

***ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ
ЖЕЛУДКА и
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ
КИШКИ***

ЯБ или пептическая язва это сложный патологический процесс, в основн которого лежит воспаление слизистой оболочки гастродуоденальной зоны, в большинстве случаев инфекционного происхождения, с формированием локального повреждения слизистой оболочки верхних отделов пищевого канала как ответа на нарушение эндогенного баланса местных факторов «агрессии» и «защиты».



Это заболевание встречается у людей любого возраста, но чаще у 30-40 летних.



В возникновении заболевания важную роль играют:

эндогенные и экзогенные



факторы ульцерогенеза (ulcus – язва).



Экзогенные факторы ульцерогенеза:

- нарушения питания;
- вредные привычки (курение, алкоголь);
- нервно-психические перенапряжения;
- профессиональные факторы и образ жизни;
- лекарственные воздействия.

Этиологическая причастность алиментарного фактора не является столь существенной, чем это считалось раньше, так как эпидемиологические исследования не подтвердили преимущественной распространенности ЯБ в тех регионах, где острая и пряная пища является повседневной.

Курение вызывает ишемию и обладает прямым цитотоксическим воздействием на слизистую.

Желудочная секреция напрямую зависит от функционального состояния нервной системы в связи с чем в лечении пептических язв широко используются седативные препараты

Большую распространенность пептических язв наблюдают среди лиц, подвергающихся в силу профессиональных особенностей психо-эмоциональным и физическим перегрузкам в сочетании с неполноценным отдыхом и нарушением режима питания (врачи, телефонистки, диспетчеры, руководители, работники железнодорожного и водного транспорта).

Среди лекарственных препаратов, способствующих развитию ЯБ, можно назвать НПВС (аспирин, индометацин и др.) и кортикостероиды, антибактериальные средства, дигоксин, теофиллин, резерпин, препараты железа, калия.

Эндогенные факторы:

- генетическая предрасположенность
- возраст и пол;
- Нарушения гастродуоденальной моторики
- хронический гастрит типа В и метаплазия желудочного эпителия
- ДПК
- *Helicobacter pylori*;
- гиперпродукция соляной кислоты и пепсина.

Наследственный фактор имеет значение у 30-40% больных.

При первой степени родства дуоденальные язвы возникают примерно в 3 раза чаще, чем у лиц с неотягощенной наследственностью и предрасположенность к ним чаще передается по мужской линии.

Установлено, что генетически детерминированы следующие признаки: повышенное количество и плотность обкладочных клеток на единицу поверхности слизистой оболочки желудка, повышенное содержание пепсиногена 1 (повышает риск возникновения язвы в 8 раз).

Дуоденальные язвы в 1,5 раза чаще возникают и тяжелее протекают у лиц с группой крови 0(I)Rh+, с наличием антигенов HLA B5, B15, B35. Соотношением мужчин и женщин составляет 4:1. Считается, что женские половые гормоны в какой-то мере предохраняют от язвообразования.

После наступления менопаузы соотношение язв у мужчин и женщин выравнивается. В молодом возрасте дуоденальная язва встречается в 13 раз чаще, чем желудочная, а в старших возрастных группах превалирует желудочная язва.

В последние годы структура возрастной заболеваемости меняется и возрастные рамки для язвенной болезни расширились за счет увеличения количества «юношеских» и «старческих» язв.

На сегодняшний день ведущими факторами в формировании язвенных поражений являются *гиперпродукция хлористоводородной кислоты и инфекция *Helicobacter pylori**. Исследователи Б.Маршалл и Д. Уоррен в 1983 г. не подозревали, что открыли новую эру в изучении заболеваний желудка, открыв инкубатор после каникулярной недели и обнаружив рост культуры спиралевидных бактерий из биоптатов слизистой желудка, полученных от больного гастритом.

Сегодня мы уже знаем, что этот микроорганизм вызывает гастриты более чем у половины населения земного шара, являясь также этиологическим фактором более 95% всех дуоденальных язв и почти 90% доброкачественных нелекарственных язв желудка.

Возможно, Н.Р. играет причинную роль в возникновении 60-70% случаев рака желудка и др. болезней. Обязательное условие существования бактерий Н.Р. – определенный оптимальный уровень рН 3-6, наличие мочевины в желудочном соке и наличие желудочного эпителия.

Все штаммы Н.Р. продуцируют большое количество фермента уреазы, который гидролизует мочевины желудочного сока, в результате чего образуется углекислый газ и аммиак. На этом факте основаны методы диагностики Н.Р. (уреазный тест).

Повышенная продукция хлористоводородной кислоты имеет важное значение в развитии дуоденальной и желудочной язв. У большинства больных дуоденальной язвой базальная продукция хлористоводородной кислоты примерно втрое выше, чем у здоровых людей.

Механизмы регуляции процесса секреции многообразны.

Центральная стимуляция секреции инициируется мыслями о еде, видом, запахом, и вкусом пищи и начинается с активации гипоталамических ядер эфферентных волокон вагуса. Далее возбуждение передается через нервное сплетение стенки желудка множеству клеток слизистой оболочки.

Растяжение желудка пищей и стимуляция компонентами пищи, аминокислотами, белками G-клеток антрального отдела приводит к высвобождению гастрина.

Повышение уровня сывороточного гастрина является ключевым моментом в эндокринной стимуляции кислоты, т.к. он активирует D-клетки, расположенные вокруг париетальных клеток в нижней трети желудочных желез и богатые гистамином.


Гастрин связывается с поверхностными рецепторами ECL-клеток, в результате чего стимулируется выделение гистамина, который, в свою очередь, связывается с H₂рецептором и запускает всю внутриклеточную биохимическую цепь, результатом действия которой является выделение в просвет желез и желудка хлористоводородной кислоты. В конце желудочной фазы секреции, когда рН в антральном отделе достигает значение ниже 3, начинаются обратные процессы торможения желудочной секреции. Это связано, в первую очередь с выделением из D-клеток антрального соматостатина, угнетающего не только функцию G-клеток антрального отдела и выработку гастрина по типу «обратной связи», но и являющимся «универсальной тормозной жидкостью» для других гормонов и биологически активных веществ.

В кишечную фазу секреции при попадании в 12-перстную кишку желудочного содержимого с рН ниже 4, из клеток слизистой оболочки кишки выделяется секретин, который ингибирует как желудочную секрецию, так и выделение гастрина.


Ингибирующим влиянием на желудочную секрецию обладают также простагландины, воздействующие на париетальную клетку через специальный рецептор.

Но наряду с агрессивными факторами (гиперпродукция хлористоводородной кислоты и пепсина, бактерии *H.pylori*, травматизация слизистой гастродуоденальной зоны, нарушение эвакуаторно-моторной функции желудка и дуодено-гастральный рефлюкс, лекарственные средства с ульцерогенным эффектом), имеются и защитные факторы.

Это поверхностный эпителий и покрывающий его слизисто-бикарбонатный барьер, активную клеточную регенерацию, достаточный кровоток в слизистой оболочке, цитопротективные вещества.



Традиционно считается, что в патогенезе пилородуоденальных язв большее значение имеет усиление агрессивных факторов, а при медиогастральных язвах – ослабление или несостоятельность факторов защиты.



Вот почему в лечении гастродуоденальных язв применяется много медикаментов с самыми различными точками приложения.

Классификация ЯБ (по В.Г. Передерню).

1. Локализация пептической язвы:

язва желудка

язва 12-перстной кишки

(луковицы, постбульбарная)

сочетанные язвы желудка и 12-

перстной кишки

гастроеюнальная язва.

2. Этимология:

Нр-положительная язва

Нр-негативная язва:

- лекарственная

- стрессовая

- при

эндокринологических

болезнях (синдром

Золлингера-Эллисона,

гиперпаратиреоз)



- при болезни Крона, лимфоме или саркоидозе



- при заболеваниях внутренних органов (СН, цирроз печени, ХОЗЛ)



- идиопатическая



Смешанная (НР +другой





установленный этиологический фактор)






3. Стадия (фаза) язвенного процесса:

- активная (острая, свежая)
 - рубцующаяся
 - стадия рубца
 - длительно не рубцующаяся
- 



4. Сопутствующие морфофункциональные изменения:

- локализация и активность гастрита и дуоденита
 - наличие и степень выраженности атрофии слизистой оболочки
 - характеристика секреторной и моторной функции.
- 



наличие кишечной
метаплазии



наличие эрозий, полипов



наличие гастроэзофагеального
или дуоденогастрального
рефлюксов



характеристика секреторной и
моторной функции.





5. Осложнения

кровотечение

перфорация

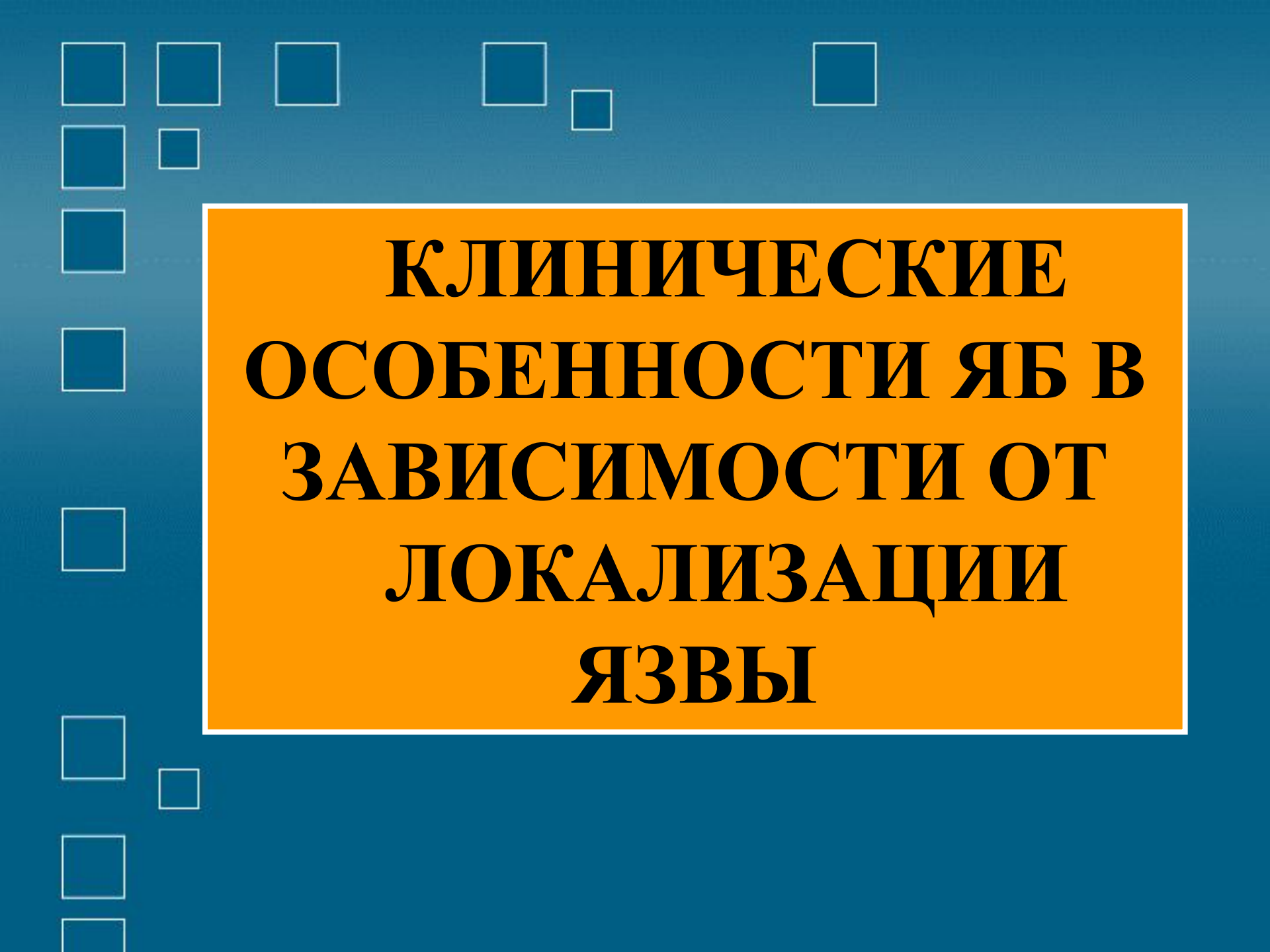
пенетрация

стеноз

малигнизация

Примеры формулирования диагноза

- ЯБ тела желудка в активной фазе, НР-положительная, гастрит тела желудка с атрофией и кишечной метаплазией.
- ЯБ луковицы 12-перстной кишки в активной фазе, НР-положительная, хронический антральный гастрит, дуоденит с выраженной желудочной метаплазией.



**КЛИНИЧЕСКИЕ
ОСОБЕННОСТИ ЯБ В
ЗАВИСИМОСТИ ОТ
ЛОКАЛИЗАЦИИ
ЯЗВЫ**

A decorative pattern of white-outlined squares of various sizes is scattered across the blue background. Some squares are arranged in vertical columns, while others are isolated or in small groups.

Язвенная болезнь желудка.

При язве кардиального отдела или задней стенки желудка боль локализуется за грудиной и иррадирует в левое плечо, напоминая стенокардию.

Боль при язве пилородуоденальной зоны иррадирует в спину, правое подреберье, под правую лопатку.


Боль при язве тела желудка локализуется в надчревной области слева около мечевидного отростка и нигуда не иррадирует.

*Характерной является ритмичность
болей и связь с употреблением пищи.*

При локализации язвы в кардиальном отделе или на задней стенке желудка, боль появляется сразу после еды.

На язву антрального(препилорического отдела желудка указывает голодная боль, возникающая через 2-3 часа после еды или поздно ночью.

Боль длится, пока не наступит опорожнение желудка.



*Выраженность боли
зависит от количества
пищи: чем больше больной
съедает, тем сильнее и
длительнее боль, что
обусловлено замедлением
эвакуации химуса из
желудка.*

A decorative pattern of white squares of various sizes is scattered across the dark teal background. Some squares are arranged in vertical columns, while others are isolated. The squares vary in size, with some being quite large and others being small.

Язвенная болезнь 12-перстной кишки

Встречается преимущественно у молодых мужчин.

У женщин определяют в период климакса.

Чаще язвенный дефект локализуется в луковице 12-перстной кишки на ее задней стенке.

Иногда находят и так называемые целующиеся язвы, т.е. локализующиеся на задней и передней стенках луковицы 12-перстной кишки.

Главным признаком является боль в надчревной области через 1,5-3 часа после еды. Это голодная, ночная боль, которая проходит после приема пищи или щелочей. У больных с сопутствующим дуоденитом наблюдаются упорные ночные боли.

Иногда боли не связаны с едой.

Очень характерна сезонность болей с периодами и обострений осенью и весной.

Изменения характера боли может быть признаком развития осложнений.

При пенетрации в поджелудочную железу боль появляется в левом верхнем квадранте живота и иррадиирует в позвоночник.

При пенетрации в желчный пузырь боль локализуется в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку, спину.

Кроме боли больных беспокоят **тошнота и рвота**, которая наступает на высоте боли и, как правило, приносит облегчение.

Изжога – ощущение жжения в области нижней трети грудины, она может быть эквивалентом боли, может усиливаться при изменении положения тела, наклонах книзу. Возникновение изжоги обусловлено рефлюксом, т.е. обратным поступлением содержания желудка в пищевод вследствие снижения тонуса кардиального замыкателя и повышения внутрижелудочного давления. Кроме рефлюкса, в развитии изжоги имеет значение эзофагит.

Кроме того, могут наблюдаться отрыжка кислым, вздутие живота, упорные запоры с овечьим стулом.

A blue gradient background with several white-outlined squares of various sizes scattered across the top and left sides. A dark red horizontal bar is positioned in the center, containing the word 'Диагностика' in white serif font.

Диагностика

При физикальном обследовании

ВЫЯВЛЯЮТ :

- ❖ синдром вегетативной дисфункции (повышенную потливость, красный и белый дермографизм, расстройства сна, повышенная раздражительность)
- ❖ локальную болезненность и напряжение мышц в надчревной области и пилородуоденальной зоне
- ❖ усиленную перистальтику желудка и спастическое состояние толстой кишки.

Верифицирует язву эндоскопически - проведение гастрофибродуоденоскопии.

Каждая эндоскопия должна сопровождаться проведением биопсии для решения 3-х задач:

- ✓ проведение CLO-теста с целью экспресс-диагностики хеликобактерной инфекции,
- ✓ забор биопсийного материала для последующего посева на селективные среды, получения культуры Н.Р. и определения ее чувствительности к различным антибактериальным препаратам,
- ✓ проведение гистологического исследования биопсийного материала для исключения редких причин дуоденальной язвы и уточнения степени выраженности хронического гастрита.

CLO-тест – быстрый уреазный тест, при котором биоптат помещают в агар, содержащий мочевины и индикатор pH. Образовавшийся вследствие уреазной активности аммиак вызывает сдвиг pH среды в щелочную сторону, что обуславливает изменение окраски.

Тест прост и может проводиться в эндоскопическом кабинете.




Возможен серологический
метод (определение антител кл.
IgA и IgG против антигенов Н.
Р.), однако, тест не годится для
диагностики реинфекции.



Дыхательный тест с мочевиной.

В настоящее время наиболее чувствительный и легко выполним. Метод основан на том, что после перорального приема р-ра мочевины, меченой ^{13}C или ^{14}C , уреазы Н.Р. метаболизирует меченую мочевины и высвобождает меченый углекислый газ, который определяется в выдыхаемом воздухе в течение 10-30 мин. В отличие от серологических реакций тест положителен при текущей инфекции Н.Р. .













Во время эндоскопии можно провести и рН-метрию для уточнения характера секреции кислоты и наличия сопутствующей рефлюксной болезни.

Секреторная функция желудка выявляется повышенной, причем как в период базальной, так и стимулированной секреции.

Рентгенологически – находят

«нишу» с конвергенцией складок при
язве желудка, деформацию луковицы
12-перстной кишки, спазма
привратника, дискинезию луковицы,
повышение тонуса и перистальтики
12-перстной кишки, зубчатость
контуров слизистой оболочки
луковицы и гиперсекрецию желудка.



**Особые формы
язвы 12-перстной
кишки:**

Язва привратника.

Характеризуется атипичным клиническим синдромом, приступами тошноты, быстрой потерей массы тела, боль утрачивает периодичность, носит постоянный характер, ноющий усиливается непосредственно после еды. Характерны кровотечения (иногда это первый признак болезни).

Показатели желудочной секреции остаются нормальными, д-з подтверждается рентгенологически и эндоскопически язвенных дефектов по малой кривизне, чаще на задней стенке привратника.

Гигантские язвы.

Чаще выявляют у лиц пожилого возраста, имеют размеры не менее 3 см в диаметре. Они располагается на малой или большой кривизне желудка, в луковице 12-перстной кишки.

Характеризуются атипичной клинической картиной – боль может напоминать почечную колику или панкреатит.

Гигантские язвы длительно протекают бессимптомно и проявляются кровотечением или пенетрацией.



Постбульбарные язвы

Локализуются дистальнее луковицы 12-перстной кишки.

Боль при них чаще локализуется правой половине живота или в спине, возникает в конце дня, трудно поддается лечению.



Дифференцировать ЯБ следует с симптоматическими язвами, синдромом Маллори-Вейса, синдромом Золлингера-Эллисона.

Острые изъязвления слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки включают стрессовые, аспирин-индуцированные, глюкокортикоидиндуцированные, гепарином, нестероидными противовоспалительными средствами.

Могут возникать при остром коронарном синдроме, циррозе печени, ХПН, заболеваниях щитовидной железы, ожогах (язвы Карлинга), при злоупотреблении алкоголя и других токсикантов и т.д.

Локализуются чаще в области дна и тела желудка. У больных отмечаются боль в надчревной области, изжога, тошнота, отрыжка, сухость во рту, общую слабость, тахикардию. Д-ка ФГДС, Лечение – отмена ульцерогенных препаратов, назначение H₂гистаминовых блокаторов или блокаторов протонной помпы, сукральфата.



Синдром Маллори-Вейсса – трещины- разрывы слизистой кардиального отдела желудка, непосредственной причиной их являются многократная рвота. Спазмы нижнего пищеводного замыкателя. Трещины-разрывы локализируются по продольной оси желудка, изредка захватывают подслизистый и мышечный слой. Клиника- кровавая рвота. Лечение – остановка кровотечения, назначение блокаторов протонной помпы.



Синдром Маллори-Вейсса

Трещины - разрывы слизистой кардиального отдела желудка, непосредственной причиной их являются многократная рвота. Спазмы нижнего пищеводного замыкателя.

Трещины-разрывы локализуются по продольной оси желудка, изредка захватывают подслизистый и мышечный слой. Клиника- кровавая рвота.

Лечение – остановка кровотечения, назначение блокаторов протонной помпы.

Синдром Золлингера-Эллисона.

Ульцерогенная гастринома
(гастрисекретирующая нейроэндокринная опухоль), *клинически* проявляется рецидивирующими дуоденальными изъязвлениями, поносом (инактивация панкреатической липазы).

Кислотообразующая функция – пангиперхлоргидрия. Концентрация гастрин в крови повышена. Лечение – ингибиторы протонной помпы.

A decorative background of a blue gradient with a grid of white-outlined squares of varying sizes scattered across the page. A central pink banner contains the title text.

ЛЕЧЕНИЕ ЯБ


Основные цели терапии при ЯБ:

- Быстрое купирование боли и диспепсических явлений
- Ускорение заживления язвы
- Предупреждение осложнений и рецидивирования язвы
- стремление к полному излечению язвы



Лечебный режим

первый этап противо-
язвенного лечения,
особенно при впервые
выявленной язве лучше
проводить в стационаре.



Лечебное питание

Диету № 1а и 1б назначают в фазе обострения на 2-3 дня, после чего переводят на диету № 1, которая стимулирует процессы репарации слизистой оболочки, предупреждает развитие запора, восстанавливает аппетит.

Цель – механическое, термическое и химическое щажение слизистой. Еда дается в вареном, но не протертом виде 5-6 раз в день. В рацион включают белый черствый хлеб, супы из круп, овощей, хорошо разваренные каши, картофельное пюре, птичье мясо.

Существует мнение, что назначение столов 1, 1а и 1б подходит только лицам с осложненной язвой.



Фармакотерапия.

Основные группы противоязвенных препаратов.

1. Антациды

(нейтрализуют и связывают хлористоводородную кислоту, инактивируют пепсин, нормализуют моторно-эвакуаторные расстройства, имеют вяжущий, обволакивающий эффект).

Алмагель – во флак, прием 1-2 ч.л. 4 раза в день за 30 мин. до еды, фосфалюгель в пакетиках по 16 г, прием 1-2 пакет. С небольшим количеством воды за 30 мин. до еды, маалокс, висмут, натрия гидрокарбонат).

2. Антихолинергические средства:

-неселективные (группа атропина)

-селективные М-холинолитики

пирензепин (гастроцепин — таб. по 25 и 50 мг, амп. — 2 мл в/м) и телензепин.

3. Локально действующие средства

коллоидный субцитрат висмута (де-нол – таб. по 120 мг, гастро-норм – таб. по 120 мг) и сукральфат (антепсин, вентер).

Коллоидный висмут является единственным а/б препаратом, действующим на Н.Р. *in vitro* и *in vivo*.

Недостатки – частый прием, окрашивание кала в черный цвет, тошнота.

4. Простагландины

(мизопростол- энпростил,
сайтотек)

Преимущество у злостных
курильщиков, алкоголиков и
невосприимчивых к лечению
H2гистаминоблокаторами).

5. H₂-гистаминоблокаторы

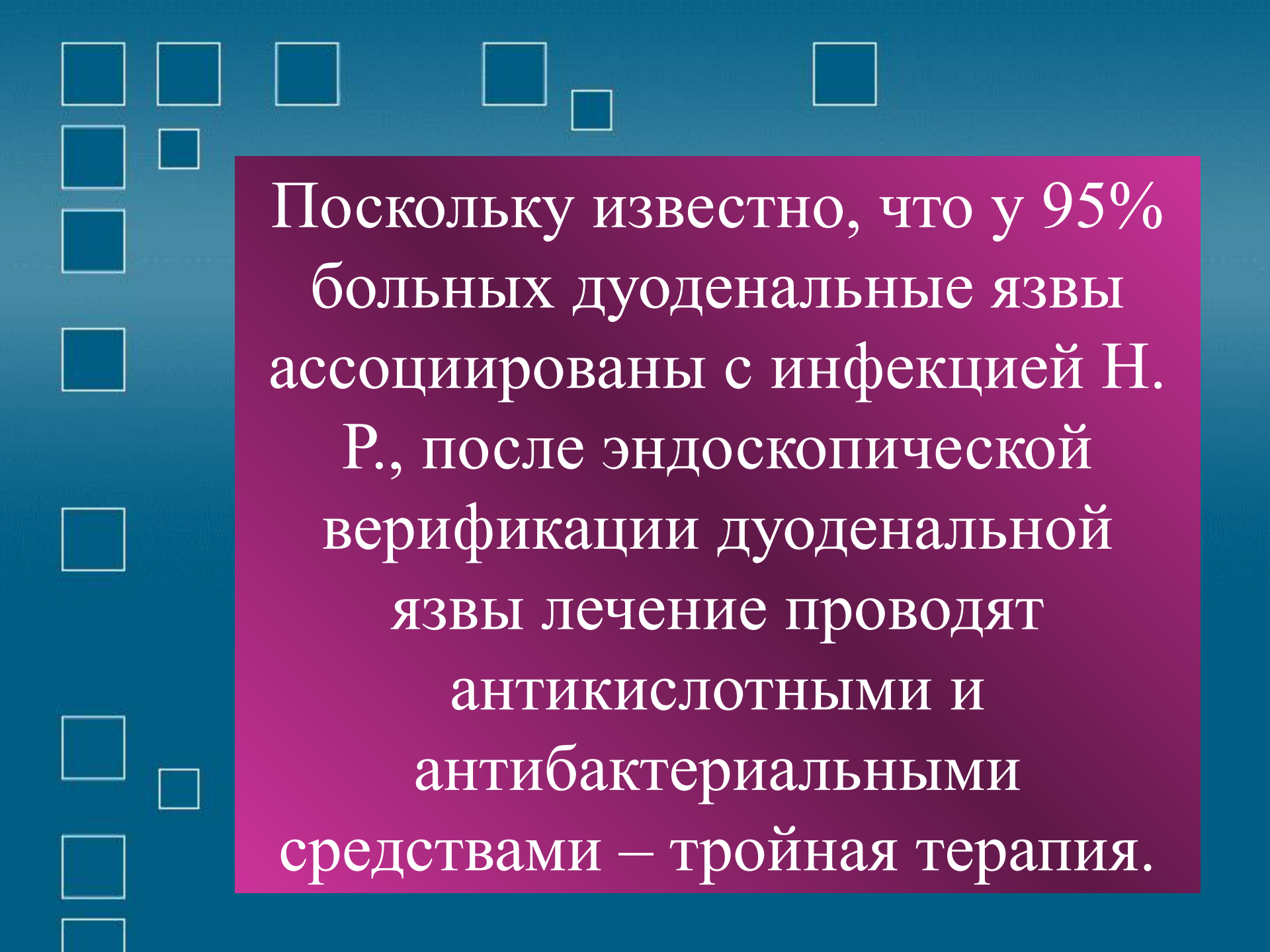
(подавляют базальную кислотную секрецию)

– циметидин, фамотидин- квамател таб. по 20 и 40 мг, амп. по 20 мг, ранитидин – таб. по 150 мг утром после еды и 150 мг-300 мг вечером перед сном, низатидин – аксид таб по 150 мг 2 р в день или 300 мг н/н, роксатидин – таб. по 75 мг н/н.

6. Блокаторы протонной помпы

– тормозят как базальную, так и стимулированную секрецию хлористо-водородной кислоты.

Омепразол таб. по 20 мг,
пантопразол (контролок),
применяется в дозе 20-60
мг/день



Поскольку известно, что у 95% больных дуоденальные язвы ассоциированы с инфекцией *H. P.*, после эндоскопической верификации дуоденальной язвы лечение проводят антикислотными и антибактериальными средствами – тройная терапия.

The background is a solid blue color. On the left side, there is a vertical column of ten white-outlined squares. In the upper left quadrant, there is a cluster of seven white-outlined squares of varying sizes and positions. In the upper right quadrant, there is a single white-outlined square. In the lower left quadrant, there is a single white-outlined square. In the lower right quadrant, there is a single white-outlined square.

СХЕМА ТРОЙНОЙ ТЕРАПИИ

Характеристика лечения	Препараты второй степени	Препараты первой степени
Терапия	Контролок + Амоксициллин + метронидазол	Контролок + Кларитромицин + метронидазол
Дозы	40 мг 2 раза в день + 500 мг 4 раза в день + 500 мг 3 раза в день	40 мг 2 раза в день + 500 мг 2 раза в день + 400 мг 2 раза в день
Продолжительность	2 недели	1 неделя
Побочные эффекты	Диарея (редко)	Диарея, тошнота (редко), нарушения вкуса
Эрадикация <i>H. pylori</i>	92-95 %	97 %

Первой ступенью эрадикации является 1-недельная терапия, в редких случаях неудачи назначается вторая ступень лечения.

Существование метронидазол-резистентных штаммов может снижать частоту эрадикации, поэтому в таких случаях следует переходить к четвертной терапии (+коллоидный субцитрат висмута).

A decorative pattern of white-outlined squares of various sizes is scattered across the blue background. Some squares are arranged in vertical columns, while others are isolated or in small groups.

Терапия метронидазол -резистентности Н.Р.

Характеристика лечения	Препараты четверной терапии
Схема	Контролок + Тетрациклин + Коллоидный висмут + метронидазол
Дозы	40 мг 2 раза в день + 500 мг 4 раза в день + 120 мг 4 раза в день + 400 мг 4 раза в день
Продолжительность	1 неделя
Побочные эффекты	Тошнота, диарея
Эрадикация НР	90%

Следует помнить, что высокие цифры эрадикации инфекции Н.Р. возможны только при дисциплинированности больного в обеспечении комплайенса. Успешная эрадикация исключает необходимость дальнейшей поддерживающей терапии.

После эрадикации Н.П. дуоденальная язва практически всегда заживает.

При успешной эрадикации, возможности ее контролирования с помощью дыхательного теста (не ранее чем через 4 нед. после прекращения терапии) и отсутствии клинических проявлений у больного контрольную эндоскопию проводить необязательно.

Критерии излечения от ЯБ 12-перстной кишки.

Под излечением от ЯБ понимают стойкую клиничкоэндоскопическую ремиссию (в течение не менее 1 года) при отсутствии клинических признаков воспаления и колонизации Н.Р. в слизистой оболочке гастродуоденальной зоны.

Причины неудачного лечения ЯБ

- ❑ Неполная эрадикация или реинфекция Н.Р.
- ❑ Резистентность штаммов Н.Р. к а/б терапии
- ❑ Ранее не распознанная рефлюксная болезнь при зарубцевавшейся язве.
- ❑ Неполное выполнение программы лечения из-за побочных эффектов или недисциплинированности больного.
- ❑ Сопутствующая терапия НПВС по другим показаниям.
- ❑ Появление дуод. язвы с иным патогенезом.

Лечение язвы желудка

Диагностические шаги – эндоскопия с биопсией (для решения вопроса о доброкачественности язвы). Курация отличается в зависимости от наличия или отсутствия Н.Р.









Доброкачественная НР- Позитивная язва		Доброкачественная НР негативная язва (лекарственная, б-знь Крона)	
1-недельная тройная терапия		8-недельная терапия контролоком	
ФЭГДС с множ. биопсией ч/з 8 нед., CLO-тест, цитология		ФЭГДС, если язва не зажила, повторить биопсию с цитологией	
Язва зажила, НР отсутствует	Язва зажила, НР имеются	4-недельное лечение гистаминоблокаторами	Н2-
Лечение не требуется	1-нед. тройная или четверная терапия	ФЭГДС	
	Дых. тест через 4 нед. положит.	Решение вопроса об операции	
	Длительная антисекреторная терапия		

*Если язва желудка
заживает, но дыхательный
тест остается
положительным, то с целью
предупреждения рецидивов
проводят один из
представленных видов
противорецидивной
терапии.*



ВИДЫ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ ТЕРАПИИ

Виды терапии	Показания к назначению
<p>Длительная поддерживающая терапия</p> <p>3-год. при дуоден. и 2-год. при медиогастр. язве прием</p> <p>н/н 150 мг ранитидина или 20-40 мг контролока за завтраком</p>	<p>Неэффективное лечение НР-инфекции, осложненное течение пептических язв, сопутствующий рефлюкс-эзофагит или рефлюкс-гастрит, наличие сопутствующих заболеваний требующих приема ulcerогенных препаратов, грубые рубцовые изменения, злостные курильщики</p>
<p>Терапия по требованию</p>	<p>Назначается при появлении первых симптомов без диагн. эндоскопии ранее эффективными препаратами в теч. 3-4 дней в полной дозе, затем 2 нед. – в половинной дозе</p>
<p>Прерывистая терапия</p>	<p>По эндоскопическим показаниям (наличие открытой язвы)</p>
<p>Терапия по выходным дням</p>	<p>Поддерживающие дозы антисекреторного препарата принимаются в пятницу, субботу и воскресенье</p>



*Если в течение 3-х мес.
язва желудка не
заживает, решается
вопрос о хирургическом
лечении язвы.*



По-прежнему
дискутабелен вопрос:

**Язвенная болезнь или
пептическая язва?**

Это не одно и то же и не подмена одного термина другим.

Язвенная болезнь – неоднородное полиэтиологическое хроническое рецидивирующее заболевание, а использование термина «пептическая язва» позволит ориентировать врачей на установление ведущей причины дуоденальной или желудочной язвы и ориентирование на ее полное излечение.

Любой ученый или врач, заявляющий что он все знает о язвенной болезни, во-первых, некомпетентен как профессионал, и, во-вторых, нескромнен как человек.