***ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ***

**Лечение в амбулаторно-поликлинических условиях больных с заболеваниями ЖКТ.**

Главная задача поликлинического врача - выявление первой стадии, предболезни и назначить адекватное лечение.

Принципы лечения в амбулаторных условиях:

1) значительная часть лекарств назначается перорально для того, чтобы препарат дошел до места поражения ЖКТ;

2) при назначении лекарств необходимо учитывать индивидуальную чувствительность к препарату у пациента;

3) важно правильно объяснять больному, как уму принимать лекарство - до или после еды;

4) так как оптимальных (сильнодействующих) препаратов мало, то необходимо знать то минимальное количество препаратов, которые помогут больному;

5) учитывая, что появились сильнодействующие препараты, появилась тенденция, особенно на западе, назначать монотерапию; назначать терапию заболевания, преобладающего в клинической картине у данного больного; полипрагмазия (5-6 препаратов) могут нивелировать действие друг друга, быть синергистами или антагонистами;

6) необходимо знать цену препаратов.

Критерии ВОЗ (предложены в 1997 году):

1) врач должен знать эффективность препаратов;

2) безопасность лекарства;

3) доступность лекарства;

4)стоимость лекарства.

Вотчал рекомендовал три принципа:

1) врач должен лечить, когда нельзя не лечить больного;

2) поменьше лекарств, только когда необходимо;

3) назначать лекарства, без которых нельзя обойтись.

ДИЕТОТЕРАПИЯ

При заболеваниях ЖКТ назначают ту или иную диету.

Эффективность диеты при многих заболеваниях ЖКТ до настоящего времени еще не доказана. Особенно большой спор идет при назначении диеты больным с язвенной болезнью. По мнению западных ученых и некоторых отечественных исследователей слишком большая ограниченность в диете (максимально щадящие и шаблонные диеты) не нужно назначать. Эти диеты считают неполноценными. Так мелкоизмельченная пища, протертая и проваренная приводит к тому, что у больного отпадает I фаза пищеварения, нет прожевывания пищи. Жесткая диета не ограничивает рецидив язвенной болезни. Сейчас отказались от 1 а, б, в столов. Остался 1 стол (более полноценный).

Существуют три заболевания, которые требуют строжайшего подхода к диете:

1) Целиакия или аглютеновая энтеропатия. Нет фермента, который растворял бы глютен. Глютен содержат пшеница, овес и рожь. Больные сидят на картошке и мясной диете всю жизнь.

2) Печеночная кома. Ограничивают прием белка до минимума (так как образуется аммиак). Если больному с язвенной болезнью дают до 30 г белка, а по Певзнеровской диете - 110 г, то при печеночной коме исключаются любые белки.

3) Выраженная стеаторрея. Нарушается расщепление жиров. Необходимо безусловное ограничение жиров.

При всех остальных заболеваниях диета должна быть индивидуальная.

Частый прием пищи рекомендуется при язвенной болезни (4-6 раз в день). Белки действуют как антациды. Нужно учитывать этнографические данные пациента. Ограничивать то, что может вызвать выделение желудочного сока. Это кофе, алкоголь.

Необходимо знать все 15 столов. Молочные продукты тоже могут вызвать обострение язвенной болезни. Выяснить как больные переносят тот или иной молочный продукт.

Сейчас существует тенденция давать больше свежую капусту, фрукты, овощи (кроме смородины), но не килограммами. Доступна белковая пища (мясо, рыба). Пища должна вызывать положительные эмоции у больного.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВОДА

В последнее время увеличилось число больных с недостаточностью запирательного отверстия кардии, грыжей пищеводного отверстия диафрагмы или хиатальной грыжей, эзофагитом. Все это теперь относится к рефлюксной болезни. Желудочно-пищеводный рефлюкс - это ретроградное поступление желудочного содержимого в пищевод при снижении тонуса нижнего пищеводного сфинктера. Этому способствует повышение внутрибрюшного давления в результате неразборчивости в диете, ожирения, подъема тяжестей, стягивания талии. Снижают тонус кофе, алкоголь, шоколад, томатный сок, апельсины. Лечение в основном консервативное, даже тяжелого эрозивного эзофагита. Больные измучены постоянной изжогой, чувством тяжести после еды, болями.

Тактика медикаментозного лечения при рефлюксной болезни:

1) снизить повреждающее действие желудочного сока, а так же повысить тонус нижнего пищеводного сфинктера;

2) предотвратить гастро-эзофагальный рефлюкс;

3) назначение препаратов, оказывающих протективное действие.

Существуют малосимптомные эзофагиты - только исжога.

Назначают антациды - маалокс или альмагель по 1 столовой ложке (30 г) во время изжоги в течении дня и на ночь.

1. При лечении эрозивно-язвенного эзофагита, хиатальной грыжи на первом месте стоят блокаторы Н2-рецепторов и омепразол. При выраженном эрозивном гастрите предпочтительнее омепразол (Н2-блокаторы не назначают) по 20-40 мг на ночь. Омепразол заживляет язву луковицы двенадцатиперстной кишки за 2 недели и язву желудка за 3 недели. В литературе имеются данные, что он в малой степени подовляет секрецию желудочного содержимого, что приводит к канцерогенезу, особенно если его назначают более 4 недель. При эрозивном эзофагите достаточно применять до 10 дней (безопасно).
2. Также применяются антоциды. Альмагель вызывает запоры (повышение внутрибрюшного давления), поэтому больного надо расспрашивать. Применяют фосфолюгель, малаокс, смекту, смесь Бурже. При язвенной болезни антациды даются 4 недели и больше, но с перерывами. При эрозивном гастрите даются 10-12 дней.
3. Также даются препараты повышающие тонус нижнего пищеводного сфинктера и улучшающие эвакуацию из желудка. Сюда относятся метоклопрамид (церукал, реглан) по 10 мг за 20 мин до еды 4 раза в день. Вызывает головокружение. Цизапред (препульзид) - хороший новый препарат. Домперидон (мотилиум) - антагонист допоминовых рецепторов. Эти препараты значительно улучшают самочувствие больных.
4. Цитопротекторы. При умеренном эзофагите, недостаточности запирательного отверстия можно назначать сукральфат или вентер плюс альмагель и плюс церукал.

Все эти группы вместе назначать не нужно. Если больной принимает омепразол, то не нужно принимать сукральфат.

**Блокаторы Н2-гистаминовых рецепторов и омепразол.**

|  | внутрь | парэнтерально |
| --- | --- | --- |
|  | язва двенадцатиперстной кишки | язва желудка |  |
|  | заживление | поддерживающая терапия |  |  |
| Циметидин 200 мг  | 300 мг х 4 р/сут 400 мг х 2 р/сут 800 мг на ночь | 400 мг на ночь | 300 мг х 4 р/сут | 300 мг каждые 6 ч |
| ранитидин 150 мг | 150 мг х 2 р/сут 300 мг на ночь | 150 мг на ночь | 150 мг на ночь | 50 мг каждые 8 ч |
| фамотидин 20-40 мг  | 40 мг на ночь | 20 мг на ночь | 40 мг на ночь | 20 мг каждые 12 ч |
| нецадидин 150 мг  | 300 мг на ночь 150 мг х 2 р/сут | 150 мг на ночь | ---- | ---- |
| омепразол 20-40 мг | 20 мг х 1 р/сут | ---- | ---- | ---- |

Сейчас существует тенденция давать препараты на ночь ("царство вагуса").

ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ

Существует хронический гастрит типа А и В. Гастрит следует лечить только в период обострения.

Лечение хронического гастрита А:

В основном это гастрит у больных со сниженной секрецией.

1) Больным назначается такие травы, как подорожник, гранулированный плантаглюцид, травы в комплексе: тысячелистник, ромашка, мята, корень валерианы, зверобой (если у больного поносы). Дается по 1/2 стакана перед завтраком и ужином в течении месяца.

2) Заместительная терапия, так как снижена кислотность желудочного сока, снижены его бактерицидные свойства, в желудке развивается микрофлора. Отсюда запах изо рта. Вместо соляной кислоты можно использовать лимон (лимонный сок или лимон с цедрой). Существуют препараты: ацедин пепсин, бетацид, аципепсал, пепсидил, пепсамин.

3) Полиферментные препараты (фестал, дигистал, панзинорм, мезим форте, панкреатин).

4) Препараты улучшающие микроциркуляцию желудка: солкосерил внутримышечно 15-20 инъекций, анаболики (ретаболил 1 раз в неделю), витамин В12.

Лечение хронического гастрита В:

В 1983 г Митчел и Маршал нашли микроорганизм Helicobacter Pylori в Австралии. Встречается при гастрите типа В (100%). Находится в подслизистом слое в основном выходного отдела желудка. Считают, что H. Pylori распространяется в следствие широкого применения ФГДС. При обнаружении H. Pylori:

1) Де-нол: 120 мг 3 раза в день до еды и на ночь. Курс 28 дней. Не сочетается с антацидами.

2) Двойной стандарт:

- де-нол,

- метронидазол 200 мг 4 раза в день (тинидазол 500 мг 2 раза в день: утром и на ночь) 10 дней,

3) Тройной стандарт:

- де-нол,

 - трихопол (или фуразолидон),

- амоксициклин 0,5 4 раза в день (тетрациклин 0,25 4 раза в день или эритромицин 0,5 4 раза в день) курсом 5-7-10 дней.

Это "удар по кишке". Вызываются дизбактериозы. Назначать эти препараты очень осторожно.

ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Возможна монотерапия. Назначается препарат, который хорошо переносится больным. Этот препарат назначается один раз в сутки на ночь.

Больные у которых обострения 1-2 раза в год могут лечиться амбулаторно.

Больные с язвами желудка требуют иного подхода. Это прежде всего динамическое наблюдение (фиброгастроскопия), так же этим больным нужно производить биопсию из краев язвы, исследование желудочного содержимого (нет язвы без кислотности).

Современные базисные средства:

1. Антисекреторные препараты:
2. 1) Блокаторы Н2-гистаминовых рецепторов и омепразол;
3. 2) Селективные холинолитики. Гастроцепин очень неплохо назначать при язвах желудка. Не имеет побочного действия. По 1 таблетки 2 раза в день 4-6 недель.
4. Пленкообразующие препараты:
5. 1) Сукральфат или вентер;
6. 2) Де-нол (требимол).
7. Они не обладают противорецидивным эфектом.
8. Цитопротективные препараты:
9. Основным цитопротективным действием обладают препараты из группы синтетических простогландинов: Е2-абупростил, энпростил, мезопростил. Они усиливают устойчивость слизистой желудка, снижают секрецию. Назначаются по 200 мг 4 раза в день около 4-6 недель. Много побочных действий: головные боли, головокружения, поносы, боли в животе.

Для снятия болей при язвах желудка применяются холинолитики (платифилин 0,2%-1 мл подкожно, спазмолитики (но-шпа, папаверин), антациды.

При резистивности к проводимой терапии больным рекомендуются нетрадиционные средства лечения:

1) лечение покоем (лежать в горизонтальном положении);

 2) иглорефлексотерапия;

3) клей "лиофузоль" на язву;

4) обкалывание язвы гормональными препаратами;

5) баротерапия.