## Лекция по поликлинической терапии

## Тема: лечение в амбулаторных условиях больных с заболеваниями ЖКТ

Здравоохранение нашей страны переживает тяжелый период реформирования и перехода в амбулаторно-поликлиническом звене на принципиально новую основу - врач общей практики.

В связи с перспективой улучшения диагностического потенциала поликлиники, введения в действие мощных диагностических центров в значительной степени изменяет подход к госпитализации больных и ведения больных в амбулаторных условиях.

Помещение больных на койку в стационар становится необходимым чтобы снять остроту процесса, чтобы лечить больных, которые не поддаются лечению в амбулаторных условиях, а также с целью проведения сложных, инвазивных исследований.

Роль поликлиники изменяется с тех позиций, что 80% больных обращаются в поликлинику, и 20% госпитализируются в стационар. Таким образом, роль поликлиники все более и более растет.

Задача врача не только четко, быстро правильно поставить диагноз с учетом различных уровней диагностического поиска (анамнез, объективное исследование, лабораторные и инструментальные методы исследования), но также задачей поликлинического врача является выявление доклинических, ранних признаков заболевания (предболезни).

Лечение в амбулаторных условиях предусматривает ряд принципов:

Часть лекарств назначается перорально для того чтобы препарат дошел естественно до места поражения.

При назначение лекарств необходимо учитывать индивидуальную чувствительность больного.

Вряд ли найдется другая группа заболеваний при которых так важно говорить как принимать лекарства (до или после еды). Точные рекомендации важны не только для больного и его психики, но и для того чтобы привести к оптимальному действию лекарств.

Из практики известно, что хороших сильнодействующих препаратов немного поэтому каждый врач должен приобрести опыт назначения какого-либо препарата и назначать самое необходимое - те препараты, которые истинно помогут больному при данном заболевании.

В настоящее время, учитывая, что появились сильнодействующие препараты, появилась тенденция (особенно на западе) назначать монотерапию. Многие врачи выступают против полипрагмазии, то есть назначения 4 и более препаратов одновременно. У пожилых нужно назначать препарат против заболевания, которое доминирует в клинике, а не назначать 5-6 препаратов. Кроме того, врач поликлиники должен знать цену того или иного препарата.

В этом году введены критерии ВОЗ:

Врач должен знать эффективность препарата

Безопасность лекарства.

Доступность лекарства.

Стоимость лекарства.

3 принципа:

врач должен лечить, когда нельзя не лечить больного

Назначать поменьше лекарств - только когда необходимо

Назначать лекарства, без которых нельзя обойтись

ДИЕТОТЕРАПИЯ.

Эффективность диетотерапии при многих болезнях пищеварительного тракта до настоящего времени не доказана. Особенно большой спор идет в назначении диеты при язвенной болезни. По мнению западных ученых и некоторых отечественных исследователей слишком большая ограниченность в диете, назначение максимально щадящих диет (по Певзнеру) являются неполноценными.

Например резко измельченная, протертая, проведенная пища не участвует в 1 фазе пищеварения, нет прожевывания пищи, воздействия амилазы.

1а, 1б, диагностический стол сейчас не используют.

Существуют 3 заболевания, которые требуют строго подхода к диете:

Целиакия или аглютеновая энтеропатия. Нет фермента, который растворяет глютен. Глютен содержится в пщенице, овсе, рже.

Печеночная кома. Ограничивается прием белка до минимальных количеств (любых белков)

Выраженная стеатореия при патологии поджелудочной железы, желчевыводящх путей. Нарушается расщепление жиров. Используется ограничение жиров.

При остальных заболеваниях диета должна быть индивидуальная.

Частый прием пищи рекомендуется только при таких заболеваниях как язвенная болезнь - 4-6 раз в день.

Нужно учитывать этнографические данные пациента. Нужно ограничивать все, что раздражает, стимулирует выделение желудочного сока - кофе, алкоголь и др.

Молоко, молочные продукты могут привести к обострению язвенной болезни. Молоко стимулирует желудочную секрецию. В настоящее время существует тенденция, когда больным рекомендуют свежую капусту. Овощи, мягкие фрукты можно разрешать больному в небольших количествах. Больны доступны белковые продукты.

Пища должна быть приятна на вид, вкусна, хорошо пахнуть.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.

Заболевания пищевода.

Недостаточность замыкательного отверстия кардии, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (хиатальная грыжа); эзофагит. Все это относится теперь к рефлюксной болезни. Желудочно-пищеводный рефлюкс - это ретроградное поступление желудочного содержимого в пищевод при снижении тонуса нижнего пищеводного сфинктера. Нижний пищеводный сфинктер в норме препятствует попаданию желудочного содержимого в пищевод. Рефлюксу способствует ожирение, поднятие тяжестей, злоупотребление алкоголем, шоколад, томатный сок, апельсины.

Лечат рефлюкс антацидами.

Тактика медикаментозного лечения рефлюксной болезни:

Снизить повреждающее действие желудочного сока, а также увеличить тонус нижнего пищеводного сфинктера.

Предотвратить гастроэзофагальный рефлюкс.

Назначение препаратов оказывающих протективное действие.

Малосимптомный эзофагит. При этом заболевании беспокоит только изжога. Применяются:

Маалокс (антациды)

Альмагель во время изжоги. По 30 г в течении дня и на ночь (1 ст ложка)

Аналогичное лечение применяется при хиатальной грыже.

Эрозивный язвенный эзофагит:

Н2 - гистаминоблокаторы - омепразол. Омепроазол за 2 недели заживляет язву. Сейчас появились данные, что омепразол обладает канцерогенным действием. Не назначают более 4-х недель.

Также назначают антациды. Альмагель (вызвает упорные запоры), фосфолюгель, маалокс, смекта, смесь Бурже. Не более 2-х недель. У больных с язвенной болезнью антациды даются 4 недели и даже больше, но с перерывами. При рефлюкс эзофагите антациды даются 10-12 дней.

Препараты, повышающие тонус нижнего пищеводного сфинктера: церукал (метоклопрамид, реглан), сизаприд (препульсид) - 10 мг, долперидон (антагонист дофаминовых рецепторов). Церукал 10 мг, 1 таблетка 4 раза в день за 20 минут до еды (один раз на ночь). Может быть побочный эффект - головокружение.

Цитопротекторы - сукральфат (вентер) - соль алюминия с сульфатированным дисахаридом.

Все препараты назначать не следует. При умеренно эзофагите, недостаточности замыкательного отверстия кардии может быть использован сукральфат (вентер) + альмагель + церукал. При медиогастральных язвах, язвах желудка могут быть использованы цитопротекторы.

Хронический гастрит.

Гастрит необходимо лечить только в период обострения.

Аутоиммунный гастрит А.

Травы: подорожник, гранулированный пантаглюцид 0.5 - 1 г 2-3 раза в день перед едой, 2-3 недели. Травы в комплексе: тысячелистник, ромашка, мята, настойка корня валерианы и зверобоя. При поносе - только зверобой - 1-2 столовых ложки 4-6 раза в день до еды. Полстакана перед завтраком и ужином. Травы давать в течение месяца. Низкая секреция в желудке ведет к размножению там микробов.

Заместительная терапия: соляная кислота, лимонный сок. Препараты: желудочный сок - 1 столовая ложка на 0.5 стакана воды (можно использовать лимонный сок). Ацедин пепсин, бетацид, пепсидил, ацепепсал

Полиферментные препараты (так как нарушено переваривание пищи): фестал, дигестал, панзинорм, панкреатин, абомин, мезим-форте.

Препараты, улучшающие микроциркуляцию желудка: солкосерил (2 мл 1 раз в день - 15 - 20 иньъекций на курс), анаболики (ретаболил) - 1 раз в неделю, нерабол.

При гастрите типа А наблюдается атрофия, часто наблюдается отсутствие внутреннего фактора Кастла, поэтому у этих больных может развиваться В12-дефицитная анемия. Витамин В12 200 мкг внутримышечно 10 дней или 100 мкг 2 раза в неделю.

В 1983 году Маршал и Митчел открыли микроб - Helicobacter pylori. В 100% встречается при гастрите типа В, в антральном (выходном) отделе желудка. Назначают де-нол. Де-нол сочетается с молоко и антацидами. Клиника более выражена, эрозивный антральный гастрит - двойной стандарт или тройной стандарт. Эти стандарты назначаются при гастите В и язвенной болезни.

ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ.

Монотерапия - 1 раз в сутки на ночь. Стихание за несколько дней - амбулаторное лечение.

Больной может работать и амбулаторно лечится (1-2 раза в год - обострение). При медиогастральных язвах и язвах желудка необходимо делать фиброгастроскопию, динамическое наблюдение, множественные биопсии из краев язвы, исследование желудочного содержимого (нет язвы без повышения кислотности).

Базисные средства (3 группы)

Антисекреторные препараты

Пленкообразующие препараты

Цитопротективные препараты

Антисекреторные препараты.

блокаторы Н2-гистаминорецепторов

омепразол (блокаторы протонной помпы)

селективные холинолитики (М1 холинолитики) - при медиогастральных язвах. Гастроцепин (пирензипин) 25 мг - по 1 таблетке 2 раза в день. Курс - 4-6 недель.

Пленкообразующие препараты:

сукральфат (вентер)

де-нол

Содержат металлы (аллюминий, висмут), образуют защитную пленку. Сукральфат стимулирует выделение бикарбонатов, слизи, активирует заживление, рубцевание язвы. По 1 г 4 раза в день до еды и на ночь. Сукральфат (вентер) не обладает противорецидивным эффектом.

Цитопротекторы. Цитопротективный действие обладают синтетические простогландины группы Е2:

абупростил

энпростил

лизопростил

Эти препараты повышают устойчивость слизистой желудка, репарацию слизистой, немного снижают секрецию. По 200 мкг 4 раза в сутки. Курс 4-6 недель. Побочные действия: диарея, головокружение, головные боли, боли в животе. Для снятия болей используют холилитики - платифиллин 0.2% 1 мл подкожно. Иногда используется беладонна (у женщин с климаксом и язвенной болезнью) - беллаоид, беллоспон. Спазмолитики - но-шпа, папаверин.

При резистентности к проводимой терапии используются нетрадиционные средства:

лечение покоем (лежат в горизонтальном положении)

иглорефлексотерапия

клей "лиофузоль" на язву

обкалывание язвы гормональными препаратами

баротерапия

Лечение язвы проводят примерно 4-6 недель, омепразол назначают не более 2 недель. Противорецидивное лечение проводят с середины сентября (4-5 недель) и с середины марта. Для противорецидивного лечения можно использовать 1 препарат: блокатор гистаминновых рецепторов; можно использовать метацин + викалин. Пролонгированное лечение показано, если обострение язвы происходит 2-3 раза в году и есть факторы риска у больного.

Минеральные воды показаны: северный кавказ - Железноводск, Ессентуки - 4 при язвенной болезни с гиперсекрецией. При снижении секреции: боржоми, Ессентуки 4.

Ессентуки - 17 показаны при язвенной болезни с пониженной секрецией (4 недели, после чего назначают Ессентуки 4).

Если кал на реакцию Грегерсена отрицательный, то можно назначить озокерит и парафин.

Применение блокаторов Н2-гистаминовых рецепторов и омепразола.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Препарат | язва 12 п. к. заживление | язва 12 п. к. поддерживающия терапия | язва желудка | парентерально |
| циметидин (200 мг) | 300 мг 4 раза в сутки  400 мг 2 раза в сутки  800 мг на ночь | 400 мг на ночь | 300 мг 4 раза в сутки | 300 мг каждые  6 часов |
| ранитидин (150 мг) | 150 мг 2 раза в сутки  300 мг на ночь | 150 мг на ночь | 150 мг на ночь | 50 мг каждые  8 часов |
| раматидин (150 мг) | 40 мг на ночь | 20 мг на ночь | 40 мг на ночь | 20 мг каждый  12 часов |
| омепразол (20, 40 мг) | 20 мг 1 раз в сутки | - | - | - |
| низатидин | 300 мг на ночь, 150 мг 2 раза в сутки | 150 мг на ночь | - | - |

При обнаружении Н. pylori:

Де-нол 120 мг 4 раза в день за 30 минут до еды, 28 дней

Двойной стандарт:

де-нол

метронидазол 200 мг 4 раза в сутки (тинидазол 500 мг 2 раза утром и на ночь в течение 10 дней)

Тройной стандарт:

де-нол

трихопол (или фуразолидон)

амоксициллин 0.5 4 раза в сутки (тетрациклин 0.25 4 раза в сутки или эритромицин 0.5 4 раза в сутки,, то есть антибиотики с щелочной рН