

Лекція №5

Структурні та функціональні зміни травної системи при старінні. Особливості патології травної системи при старінні. Старіння органів ротової порожнини. Особливості харчування людей похилого та старечого віку.

ГАСТРИТИ

Гастрит – це запалення слизової оболонки шлунка.

Розрізняють **гострі і хронічні гастрити**.

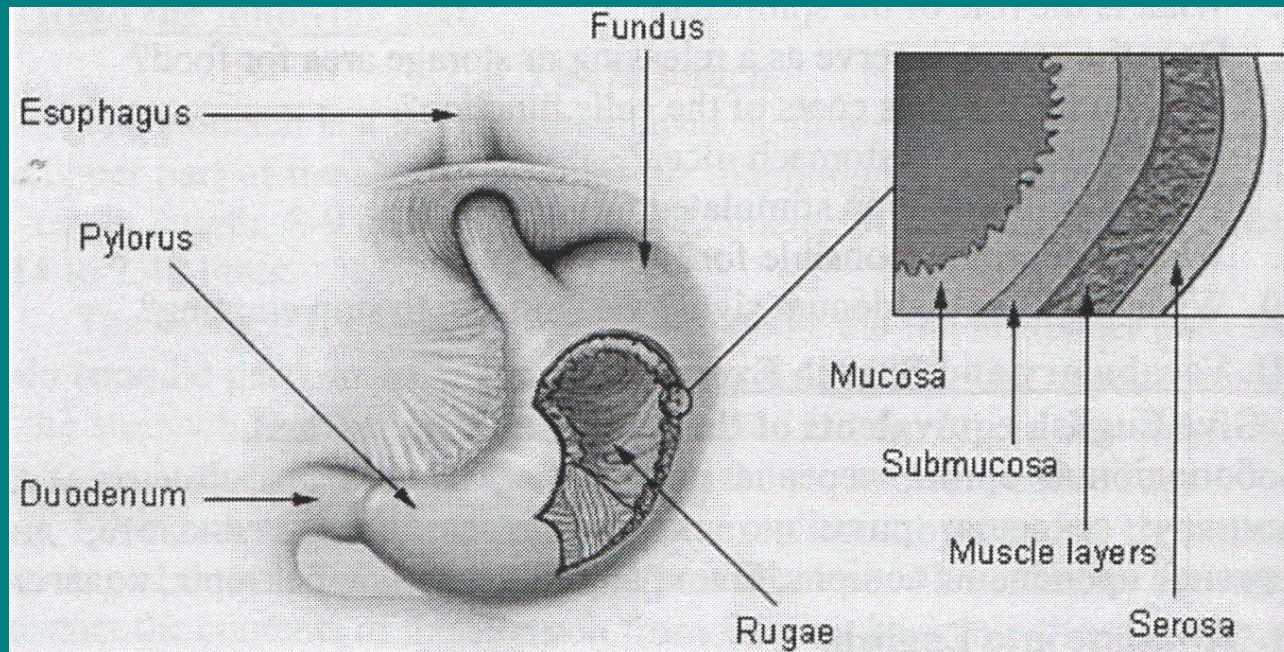
- **Гострий гастрит**. За ступенем і характером ураження шлунка гострий гастрит поділяють на 3 форми:
- **простий** (катаральний, іритативний) – уражається лише слизова оболонка шлунка;
- **корозивний** – патологічний процес поширюється на підслизовий шар із розвитком ерозій, геморагій та некрозу;
- **флегмонозний** – гнійне запалення усіх шарів стінки шлунка.

СКАРГИ: больовий і диспепсичний синдром (1)

- **Біль в епігастрії** – важкість, розпирання.
- **Диспепсія** – нудота, слинотеча, неприємний присмак в роті, відсутність апетиту.
- **На висоті болю** – блювання їжею, а потім жовчю, слизом, можуть бути домішки крові.
- **Часто підвищується температура.**
- **Огляд:** блідість шкіри, язик обкладений, з рота неприємний запах.

ХРОНІЧНИЙ ГАСТРИТ

- Хронічне запалення слизової оболонки шлунка із порушенням фізіологічної регенерації і послідуною атрофією залозистого епітелію, що супроводжується порушенням секреторної, моторної, а іноді й інкреторної функцій шлунка.



КЛАСИФІКАЦІЯ ХРОНІЧНОГО ГАСТРИТУ (МКХ-10)

• За етіологією:

- Аутоімунні (тип А);
- Асоційовані із *Helicobacter pylori* (тип В);
- Хіміко - токсичний (тип С);
- Алкогольний;
- Змішаний (багатофакторний).

КЛІНІКА ХГ

- У фазі загострення клінічна картина хронічного гастриту характеризується симптомами місцевого і загального характеру.
- Серед місцевих проявів провідне місце займає
- **Біль** – важкість і стиснення в епігастрії,
 - виникає відразу ж після вживання їжі, рідше відзначається “голодний” або пізній біль,
 - тупий характер,
 - без іррадіації,
 - посилюється при ходьбі й у вертикальному положенні.

КЛІНІКА ХГ (2)

- **Диспептичний синдром:**
- відрижка повітрям, нудота, печія, неприємний присмак в роті, особливо вранці.
- Кишкова диспепсія при ХГ:
- бурчання, переливання в животі, метеоризм, флатуленція, порушення стільця, частіше проноси.
- Закрепи і схильність до них частіше спостерігаються у хворих на хронічний хелікобактер-асоційований антральний гастрит із підвищеною кислотоутворюючою функцією шлунка.

ВИРАЗКОВА ХВОРОБА ШЛУНКА ТА 12-ПАЛОЇ КИШКИ

- Хронічне рецидивуюче захворювання гастродуоденальної ділянки з утворенням виразок в слизовій оболонці шлунка чи дванадцятипалої кишки.
- Це одне із найбільш поширених захворювань органів травлення, складає 3-8% серед дорослого населення, було вперше описане Морганом в 1737 році.
- **ВИРАЗКОВА ХВОРОБА** характеризується утворенням ерозивних та/або виразкових дефектів слизової оболонки шлунка та/або дванадцятипалої кишки.

ОБЄКТИВНО:

- **Загальний огляд**– синдром вегетативної дисфункції:
 - підвищена пітливість,
 - червоний і білий дермографізм,
 - втрата маси тіла.
 - Блідість шкіри і слизових оболонок відзначається після кровотеч.

ДІАГНОСТИКА ВХ:

ОЦІНКА КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ:

БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ,
ДИСПЕПСИЧНИЙ СИНДРОМ,
СТІЙКІСТЬ ПЕРЕБІГУ,
ВТРАТА МАСИ ТІЛА.

ЛАБОРАТОРНІ МЕТОДИ:

ЗАГАЛЬНИЙ АНАЛІЗ КРОВІ;
ВИЗНАЧЕННЯ ГАСТРИНУ В КРОВІ,
АНТИТІЛ ДО ПАРІЄТАЛЬНИХ КЛІТИН (АУТОІМУННИЙ ГАСТРИТ);
АНАЛІЗ ВИПОРОЖНЕНЬ НА ПРИХОВАНУ КРОВ;

ВИЗНАЧЕННЯ H. PYLORI за методами: УРЕАЗНИЙ, ДИХАЛЬНИЙ,
ІМУНОФЕРМЕНТНИЙ, В ГІСТОЛОГІЧНИХ ПРЕПАРАТАХ.

ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ МЕТОДИ:

ЕЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПІЯ,
РЕНТГЕНОЛОГІЧНЕ,
ГІСТОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ,
ІНТРАГАСТРАЛЬНА PH-МЕТРІЯ

УСКЛАДЕННЯ

- ГОСТРА КРОВОТЕЧА,
- ПЕРФОРАЦІЯ,
- ПЕНЕТРАЦІЯ,
- ПІЛОРОСТЕНОЗ,
- МАЛІГНІЗАЦІЯ.

ЛІКУВАННЯ (2)

- А. Базові засоби – це основні середники в лікуванні.
Вони поділяються на 3 великі групи: **антисекреторні**
гастроцитопротектори
антихелікобактерні.
- I. **Антисекреторні** середники – підвищують внутрішньошлунковий рН і знижують кислотність внутрішньошлункового вмісту шляхом пригнічення секреції хлористоводневої кислоти і пепсину, або шляхом їх зв'язування в просвіті шлунка:
 1. Антихолінергічні засоби - М-холінолітичні: атропін, платифілін, метацин, гастроцепін, амізил; гангліоблокатори: бензогексоній.
 2. Блокатори H₂-гістамінових рецепторів: циметидін, ранітидін, фамотидін, нізатидін, роксатидін.
 3. Блокатори протонної помпи, які блокують всі 3 основних рецептори парієтальної клітини – гістамінові, гастринові та ацетилхолінові: омепразол, лансопразол, пантопразол (контролок).
 4. Антагоністи гастринових рецепторів: проглумід.
 5. Антациди: препарати алюмінію і магнію, маалокс, альмагель, фосфалюгель, натрію гідрокарбонат.

ЛІКУВАННЯ (3)

II. Гастроцитопротектори – засоби, що підвищують резистентність, тобто стійкість слизової оболонки гастродуоденальної зони:

1. Стимулятори слизоутворення – синтетичні простагландини: мізопростол (цитотек), енпростіл, ріопростіл та карбеноксолон.
2. Плівкоутворюючі – колоїдний субцитрат вісмута (денол); сукральфат, вентер.
3. Обволікаючі та в'яжучі середники – препарати вісмута: вікалін, вікаїр.

III. Антихелікобактерні середники: антибіотики (амоксицилін, тетрациклін, кларитроміцин); метронідазол; колоїдний субцитрат вісмута (денол).

РАК ШЛУНКА

- Злоякісна пухлина, яка росте з епітеліальних клітин слизової (внутрішньої) оболонки шлунка.
- Пухлина може виникати в різних відділах шлунка: у верхньому, де він з'єднується з стравоходом, в основній частині (тілі) шлунка або в нижньому, де шлунок з'єднується з кишечником.

РАК ШЛУНКА

- **Клінічно** характерний біль, диспепсія, анемія, кахексія.
- **Діагноз** підтверджується при ендоскопії з біопсією - атопічні клітини, часто аденокарцинома - швидко прогресуюча форма раку з метастазуванням у внутрішні органи.
- **Rtg** - плюс тінь
- Діагноз підтверджується при гістологічному дослідженні.

ХРОНІЧНИЙ КОЛІТ

- належить до найбільш поширених захворювань у людей літнього і старечого віку і має звичайно спастичний або атонічний характер. Частіше причиною хронічного коліту служить інфекційний збудник, важливе значення мають погрішності харчування, екзогенні і ендогенні інтоксикації, а також безпосередньо вікові фізіологічні зміни структури і функції товстої кишки і всього шлунково-кишкового тракту.

КЛІНІКА

- больовий,
 - диспепсичний синдром: кишечна диспепсія:
 1. Метеоризм,
 2. Бурчання в животі
 3. Порушення стільця (проноси, закрепи): характер – типу козячого, домішки слизу, свіжої крові,
- Загальні психоневротичні реакції з перевагою іпохондрії.

ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ І ЖОВЧНИХ ШЛЯХІВ. ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ

- У літніх і старих людей в основному зустрічається персистуючий, хронічний гепатит. Його відрізняють безсимптомний перебіг, стертість клінічних проявів.
- Хворі скаржаться на швидку стомлюваність, загальну слабкість, запаморочення, зниження апетиту, відзначають відрижку, нудоту, здуття і відчуття тяжкості в животі, тупі болі у області печінки, схильність до запорів або проносів.
- При підвищеному навантаженні на печінку (вживання алкоголю, надмірної кількості жирної їжі, різних прянощів і приправ) спостерігається значне посилення перерахованих симптомів.
- Для діагностики хронічного гепатиту широко використовують біохімічні методи.

ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ

- **Хронічний панкреатит** частіше спостерігається у жінок в зв'язку з більшою поширеністю у них захворювань жовчного міхура/пузиря і печінки.
- **Етіологія і патогенез.** Хронічний панкреатит у людей старшого віку рідше є результатом гострого панкреатиту і звичайно являється результатом інших, перенесених раніше захворювань органів травлення.
- **Основними етіологічними чинниками** хронічного панкреатиту є захворювання печінки і жовчних шляхів, хронічний гастрит з секреторною недостатністю, виразкова хвороба шлунку.

РАК ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

- **Займає четверте місце** по частоті ураження органів шлунково-кишкового тракту.
- Захворювання частіше зустрічається у людей в віці 50 років і старше, чоловіки хворіють частіше за жінок (співвідношення 2:1).
- **Діагностика.** Лабораторні функціональні методи дослідження при раку підшлункової залози малоінформативні. Спостерігається зниження об'єму секреції при нормальній концентрації ферментів і бікарбонатів. Іноді можна виявити збільшений вміст амілази в крові і сечі. Підвищення рівня лужної фосфатази і білірубіну спостерігається при обтурації жовчних шляхів пухлиною головки підшлункової залози. Характерна підвищена ШОЕ, при кахексії може спостерігатися анемія.
- У зв'язку з частим порушенням вуглеводного обміну виявляється підвищення рівня цукру в крові.