

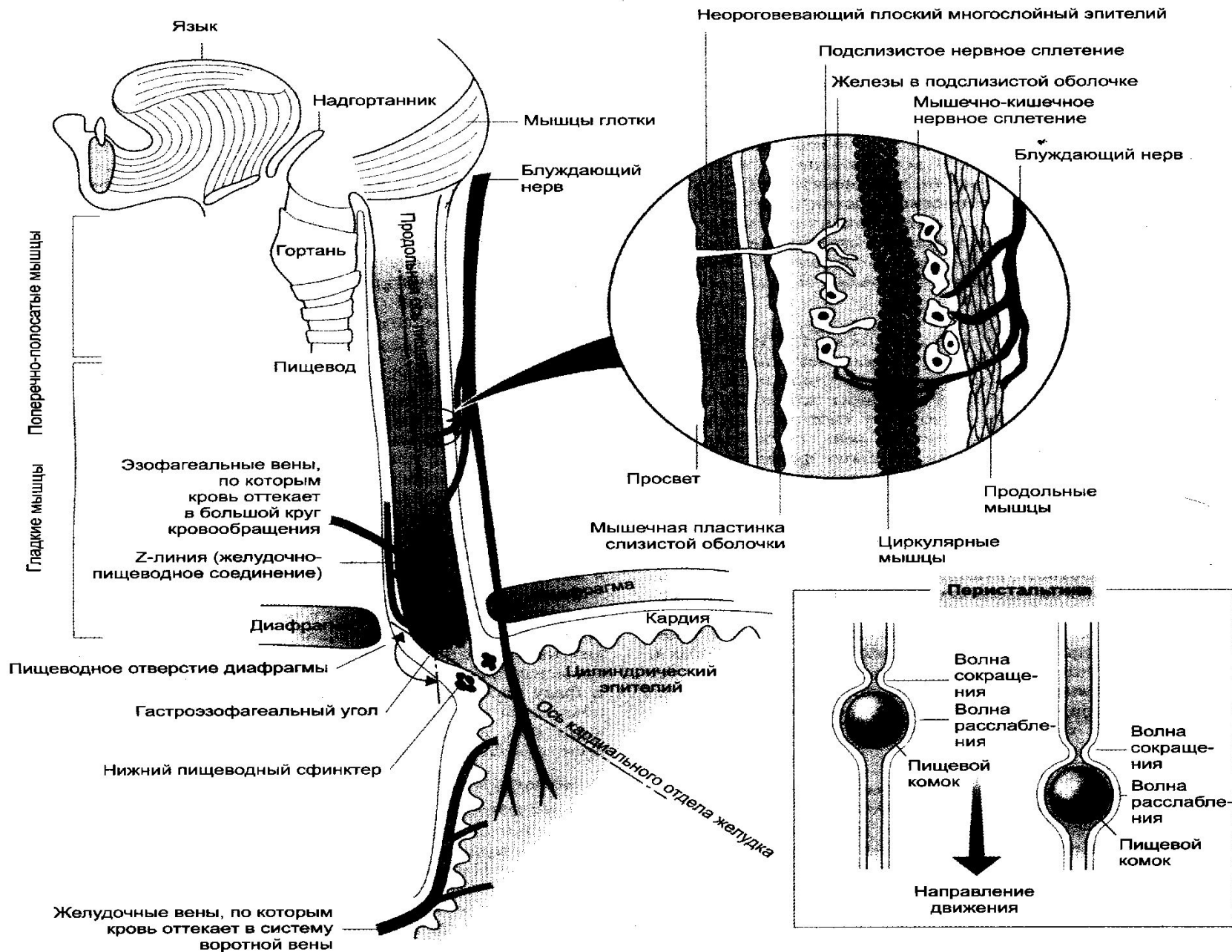
Лекция I

Заболевания органов пищеварения

Воробьева О.В.

Заболевания пищевода

Пищевод



Анатомо-физиологические сведения

- Пищевод – полый мышечный орган, соединяющий глотку и желудок.
- Начинается на уровне перстневидного хряща (уровень VI шейного позвонка), на уровне II грудного позвонка проходит в заднее средостение, выходит через пищеводное отверстие диафрагмы на уровне IX-X грудных позвонков.
- Длина у мужчин 24-30 см, у женщин 21-23,5 см.
- Имеет 4 анатомических сужения: при переходе глотки в пищевод, при пересечении с дугой аорты, в зоне левого главного бронха и на уровне диафрагмы. Это места задержки инородных тел, поражения кислотами и щелочами, развития опухолей.
- Функция перемещения пищи в желудок осуществляется перистальтикой.
- Нижний пищеводный сфинктер, или кардия, имеет сложную регуляцию, обеспечивает попадание пищи в желудок при расслаблении и препятствует регургитации содержимого желудка.

Симптомы заболеваний пищевода

- Дисфагия (Д) – нарушение глотания и продвижения пищевого комка по пищеводу.
- Различают - презофагеальная и эзофагеальная Д.
- Д. встречается при ахалазии кардии, при системной склеродермии, синдроме Пламмера –Винсона (сидеропенический синдром при железодефицитной анемии), при психогенных нарушениях (globus hystericus).
- выделяют Д. –
 - высокая,
 - на уровне средней трети пищевода
 - дистальная

- **Боли** – жгучие за грудиной (изжога),
- при рефлюкс-эзофагите — после еды, усиление при наклонах туловища, в горизонтальном положении, уменьшение после приема антацидов.
- при ахалазии кардии - боли тупые, давящие, по ночам болевые кризы, снимающиеся нитроглицерином.
- при остром эзофагите - жжение и боли заставляют отказываться от приема пищи.

- Отрыжка – из-за сокращения мускулатуры желудка при расслаблении кардии,
- м. б. воздухом (при переедании, быстром поглощении пищи),
- съеденной пищей (при ослаблении тонуса нижнего пищеводного сфинктера, при застое в дивертикулах,
- гнилостный запах - при стенозах и ахалазии
- кислый вкус – гиперацидность,
- вкус прогорклого масла – снижение секреторной функции желудка,
- горький привкус – регургитация содержимого 12-ти перстной кишки.
- процесс срыгивания с повторным заглатыванием пищи – руминация, часто у новорожденных.
- у взрослых при ахалазии кардии, стриктурах пищевода, моторных нарушениях желудка, при психосоматических нарушениях

■ Пищеводная рвота (регургитация)

- без тошноты и участия мускулатуры желудка и брюшного пресса (в отличие от рвоты).

- обычно содержимое пищевода вытекает пассивно (симптом «мокрой подушки»): слизь, слюна, непереваренная пища, если кровь – изъязвление или распад опухоли.

- **Кровотечения** – при разрыве варикозных вен (при циррозах печени, подпеченочной блокаде воротной вены, при раке пищевода, прорастании его в аорту, при перфорации пищевода инородным телом, при язвенных эзофагитах, синдроме Мэллори–Вейса (продольных надрывах слизистой пищевода и кардиального отдела желудка при сильной рвоте, часто при алкоголизме)
- могут приводить к железодефицитным анемиям
- **Прочие симптомы** –
 - повышенное слюноотделение, икота (раздражение диафрагмального и блуждающего нерва),
 - неприятный запах изо рта (рак, ахалазия кардии, дивертикулы),
 - похудание, истощение,
 - парез голосовых связок (при прорастании рака пищевода в зону возвратного нерва).

Определение

- **Рефлюкс-эзофагит, или гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), – это спонтанное, регулярно повторяющееся забрасывание в пищевод желудочного или дуоденального содержимого, что приводит к повреждению дистального отдела пищевода и появлению характерных симптомов (изжога, ретростернальные боли, дисфагия)**
- по классификации МКБ –10 шифр **К 21**

Рефлюкс-эзофагит

Воздействие кислоты на многослойный плоский эпителий вызывает боль и изжогу; может возникнуть повреждение тканей (эзофагит)

Продольная ось пищевода

Угол гастроэзофагеального соединения

Диафрагма способствует работе сфинктера
Кардиальный отдел желудка

Ось гастроэзофагеального соединения
Нижний пищеводный сфинктер

Клинические проявления

Охриплость голоса и кашель

Отрыжка кислым

Изжога и боль в эпигастрии

Резкий переход по Z-линии

Желудочный цилиндрический эпителий

Пищеводная выстилка из многослойного плоского эпителия

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

Низкое внутригрудное давление
Желудок, проникающий через отверстие диафрагмы

Пищеводное отверстие диафрагмы
Диафрагма

Повышенное внутрибрюшное давление

Ослабление сфинктера (исчезновение угла, отсутствие сокращений диафрагмы)

Пищевод Барретта

Цилиндрический эпителий (желудочный или кишечный тип), появляющийся в выстилке нижней трети пищевода
Может вызвать

Аденокарцинома

Способствуют грыже пищеводного отверстия диафрагмы

Ухудшают ситуацию:

- увеличение внутрибрюшного давления
- ожирение
- положение лежа на спине
- прием пищи перед сном

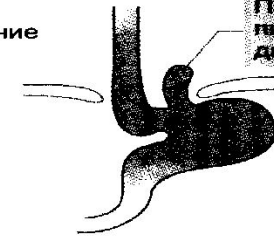
Давление



Облегчение



Параэзофагеальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (радикал)



NB!

- практически здоровых людей иногда наблюдаются забросы желудочного содержимого в пищевод;
- достаточно продолжительное закисление дистального отдела пищевода может не сопровождаться клиническими симптомами и морфологическими признаками эзофагита;
- нередко при выраженных симптомах ГЭРБ отсутствуют воспалительные изменения в пищеводе.

Эпидемиология

- D. Castell (1985)- **схема «айсберга» ГЭРБ:**
- **подводная часть «айсберга»** - симптомы слабовыраженные и спорадические, больные не обращаются к врачам, а самостоятельно принимают антацидные препараты
- **надводная часть «айсберга»** - больные с выраженными или постоянными симптомам, но без осложнений, которым необходимо регулярное лечение («амбулаторные» рефлюксы).
- **вершина «айсберга»** – больные, у которых развились осложнения (пептические язвы, кровотечения, стриктуры) («госпитальные» рефлюксы).
- Среди взрослого населения США частота **встречаемости изжоги** составляет 20-40 %, однако только 2% больных получают лечение по поводу рефлюкс- эзофагита (Speshler, 1992).
- В России встречается у **10-14 % взрослых.**

Предрасполагающие факторы■

- стресс;
- поза;
- ожирение;
- беременность;
- курение;
- хиатальная грыжа;
- лекарства (антагонисты Са, антихолинергические препараты, β-адреноблокаторы и др.).

Причины рефлюкс-эзофагита

- недостаточность нижнего эзофагеального сфинктера;
 - рефлюкс желудочного и дуоденального содержимого в пищевод;
 - снижение пищеводного клиренса;
 - уменьшение резистентности слизистой пищевода.
-
- Непосредственная причина - длительный контакт желудочного (соляная кислота, пепсин) или дуоденального содержимого (желчные кислоты, трипсин) со слизистой оболочкой пищевода.

Патогенез

- Пищеводный рефлюкс следует считать патологическим, если время, за которое рН достигает уровня 4,0 и ниже, превышает 4,2 % всего времени анализа.

Хиатальная грыжа

Причины рефлюкса при грыже пищеводного отверстия диафрагмы:

- исчезновение угла Гиса и нарушение клапанного механизма кардии (клапан Губарева);
- снижение запирающего действия диафрагмальных ножек в отношении кардии;
- воздействие положительного внутрибрюшного давления на нижний пищеводный сфинктер.
- Грыжа является достаточно частой причиной развития ГЭРБ.

W. Wienbeck и J. Barnert (1989), хиатальная грыжа обнаруживается у 50 % обследуемых в возрасте старше 50 лет, у 63-84 % из них эндоскопически определяются признаки рефлюкс-эзофагита

■ Пищеводный клиренс -

- защитный механизм,
- определяется скоростью выхода химического раздражителя из полости пищевода
- обеспечивается перистальтикой органа и ощелачивающим компонентом слюны и слизи

■ Резистентность слизистой оболочки

- обусловлена презпителиальным, эпителиальным и постэпителиальным факторами.

Клиническая картина

- **изжога,**
- **ретростернальная боль** - иррадирует в межлопаточную область, шею, нижнюю челюсть, левую половину грудной клетки, может имитировать стенокардию
- **внепищеводные проявления** –
 - **легочные** (кашель, одышка, чаще возникающие в положении лежа),
 - **отоларингологические** (охриплость голоса, слюнотечение)
 - **желудочные** (быстрое насыщение, вздутие живота, тошнота, рвота) симптомы.
 - **ранние признаки** – чувство комы за грудиной, привычка запивать еду водой, слюнотечение.

Бронхолегочные проявления ГЭРБ

- относятся кашель и одышка, возникающие преимущественно в положении лежа.
- Респираторные проявления могут развиваться двумя путями.
 - 1) прямой путь - обусловлен микроаспирацией желудочного содержимого с развитием механической бронхообструкции и пневмонии.
 - 2) непрямой путь - реализуется посредством инициации эзофаго - бронхиального рефлекса

- Атипичное, торпидное течение хронических рецидивирующих бронхолегочных заболеваний,
 - развитие клинических симптомов преимущественно в ночное время или в горизонтальном положении,
 - параллелизм в выраженности диспепсического и обструктивного синдромов,
 - отсутствие эффекта от традиционного лечения
- позволяют заподозрить ГЭР в качестве причины, вызывающей развитие бронхиальной обструкции

Кадидальные проявления ГЭРБ

- Боли в левой половине грудной клетки (non cardiac или angina-like chest pain), зависящие от положения тела и связанные с приемом пищи;
- Нарушения сердечного ритма и проводимости (экстрасистолия, преходящие блокады ножек пучка Гиса).

Классификация (K.Savary-Miller, 1994)

- 1 ст. – линейные эрозии менее 10% поверхности слизистой дистального отдела пищевода
- 2 ст. – сливные эрозии от 10% до 50%
- 3 ст. – более 50%
- 4 ст. – глубокие язвы, пептические стриктуры, цилиндрическая метаплазия эпителия

Диагностика

- **рентгенография пищевода - затекание бария из желудка в пищевод, признаки ГПОД.**
- **длительная рН - метрия пищевода - рН менее 4,0 – «закисление», в норме – 6-7.**
(оценка частоты, продолжительности и выраженности рефлюкса)
- **сцинтиграфия пищевода с радиоактивным изотопом технеция**
- **эндоскопия пищевода - эндоскопическая классификация Савари и Миллера – 4 степени эзофагита**

Эндоскопическая классификация ГЭРБ Савари и Миллера

- I степень – отдельные несливающиеся эрозии и/или эритема дистального пищевода
- II степень – сливающиеся, но не захватывающие всю поверхность слизистой эрозивные поражения
- III степень – язвенные поражения нижней трети пищевода, сливающиеся и охватывающие всю поверхность слизистой
- IV степень – хроническая язва пищевода, стеноз, пищевод Баррета

Осложнения рефлюкс-эзофагита

- **Пептические язвы пищевода**
 - наблюдаются у 2-7 % больных ГЭРБ,
 - в 15-ти % осложняются **перфорацией**,
- **Стенозирование пищевода** – при сужении просвета пищевода до 2 см.
- **Пищевод Баррета**
 - гистологическое подтверждение - обнаружение в биоптатах цилиндрического эпителия
 - риск развития рака

Лечение

- Цель терапии – купирование симптомов, улучшение качества жизни, лечение эзофагита, предотвращение или устранение осложнений
- I. Консервативное лечение
- рекомендации больному, касающиеся изменения образа жизни и диеты;
- прием антацидов и производных альгиновой кислоты;
- антисекреторные препараты (блокаторы H₂-рецепторов гистамина и ингибиторы протонной помпы);
- прокинетики, нормализующие моторику (активизация перистальтики, усиление активности НПС, ускорение эвакуации из желудка).
- II. Хирургическое лечение.

Общие рекомендации:

- после принятия пищи избегать наклонов вперед и не ложиться;
- спать с приподнятой головой;
- не носить тесную одежду и тугие пояса;
- избегать обильных приемов пищи;
- не есть на ночь;
- ограничить потребление продуктов, вызывающих снижение давления НПС и оказывающих раздражающее воздействие (жиры, алкоголь, кофе, шоколад, цитрусовые);
- отказаться от курения;
- избегать накопления избыточной массы тела;
- избегать приема лекарств, вызывающих рефлюкс (антихолинергические, седативные препараты и транквилизаторы, ингибиторы кальциевых каналов, β -адрено-блокаторы, теофиллин, простагландины, нитраты).

Препараты уменьшающие внутрижелудочное давление и повышающие тонус пищеводного сфинктера:

- *метоклопамид (церукал, реглан)* по 1 табл. (10 мг) 3–4 раза в день до еды, 3–4 недели,
- *домперидон (мотилиум)* в той же дозе за 10–15 мин. до еды,
- *цизаприд (препульсан)* по 1 табл. (5–10 мг) 2-3 раза в день и на ночь, 2–3 недели,
- *букоспан* в той же дозе 3–5 раз в день или в свечах по 10 мг 2 раза в день, 3–4 недели.

Антациды и альгинаты:

- Антациды
- Антисекреторные препараты:
фамотидин по 1 таб. (20–40 мг) или
ранитидин (150 мг)
после ужина 3–4 недели

Противовоспалительные препараты:

- *сукральфат (вентер)* по 1,0 г (2 табл.) за 20–30 мин до еды 3 раза в день и на ночь,
- *субнитрат висмута* по 1,0 г 3–4 раза в день, 2–3 недели.
- лечение *нитратом серебра 0,06%* раствором по 1 чайной ложке 3 раза в день, 7–10 дней.
- *Белая глина 1,0 г и дерматол 30 мг и сульфат бария 10–30 г*, взвесить развести в трети стакана воды, пить за 30 мин до еды маленькими глотками 7–10 дней.
- *Отвар семени льна, овса, взбитый яичный белок* – маленькими глотками между едой.
- При рефлюкс-эзофагите – облучение инфракрасным лазером кожных зон в проекции желудка, луковицы 12-перстной кишки
- Гомеопатическое лечение

Хирургическое лечение

фундопликация по Ниссену.

- при стриктурах,
- повторных пищеводных кровотечениях,
- при рецидивах аспирационной пневмонии,
- пищеводе Баретта

Лечение беременных

- невсасывающиеся антациды (фосфалугель, альмагель, маалокс, топалкан, гелюсил лак) 3-4 раза в день и на ночь.
- в тяжелых случаях добавить мотилиум (домперидон).

ДРУГИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВОДА

■ Рак пищевода

- Два ведущих симптома:

затруднение глотания и ущемление пищи в пищеводе с его обструкцией.

Постоянные боли по ходу пищевода, срыгивания, рано наступает кахексия,

- на рентгенограммах дефекты наполнения с неровными контурами, или округлый дефект с депонированием бария.

- при фиброэзофагоскопии – инфильтрация стенки локально, или раковая язва, или пристеночная экзофитная опухоль, или циркулярная стриктура.

- показана прицельная биопсия.

■ Дивертикул пищевода

- Дисфагия, тошнота, срыгивание – постепенно.

Уточняют диагноз:

- Эзофагоскопия,
- рентгеновское исследование

■ Ахалазия кардии

загрудинные боли во время еды, ночные боли, срыгивание.

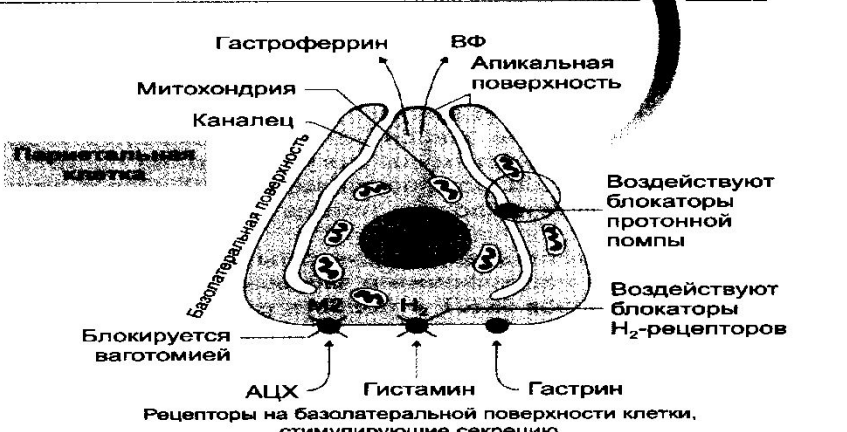
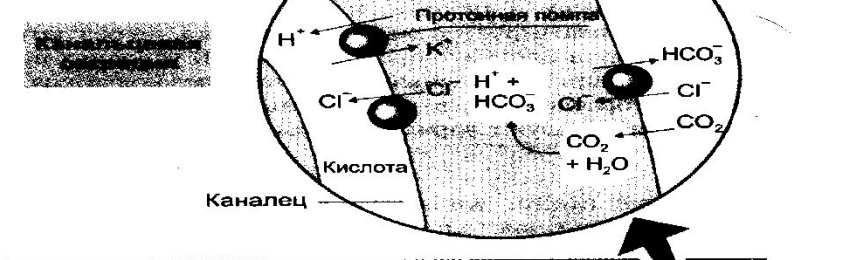
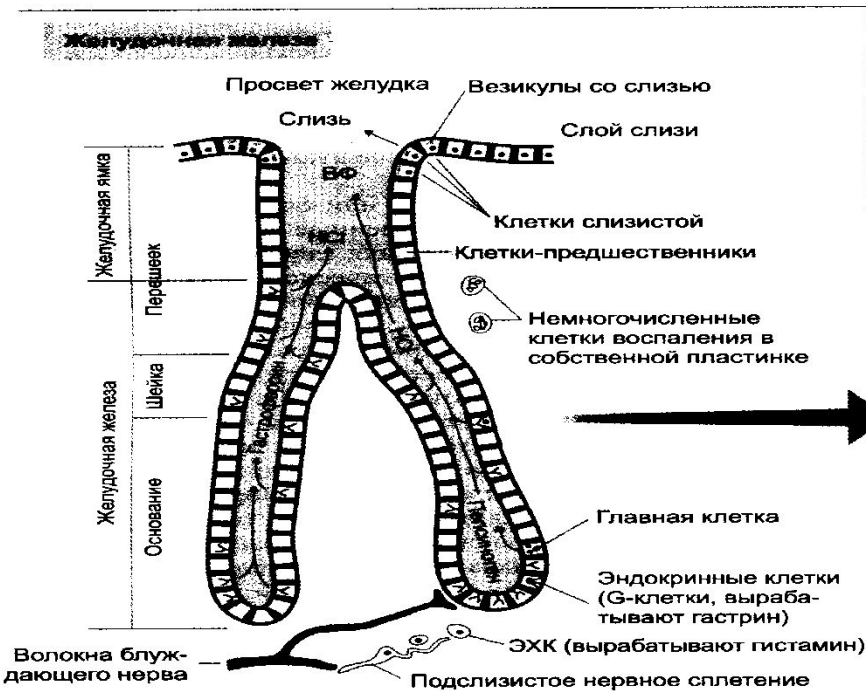
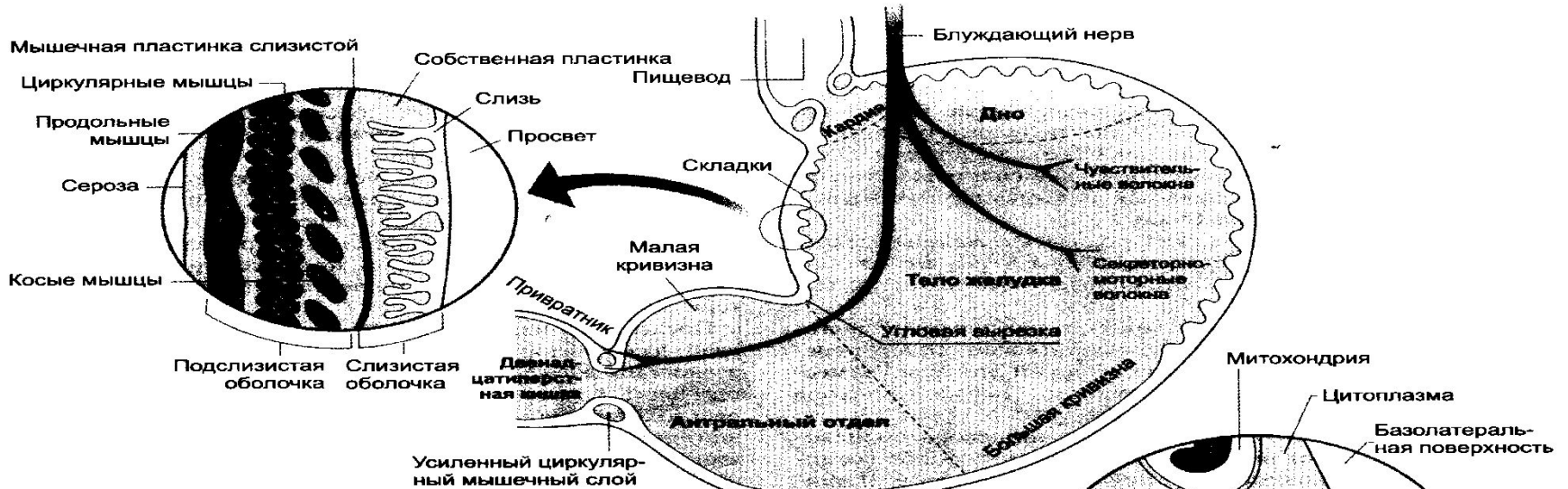
- Рентгеноскопически – расширение пищевода и его веретенообразное сужение при переходе в кардию.
- То же при фиброэзофагоскопии.

■ Дискинезия пищевода

- это симптом истерического невроза.
- Твердая пища проходит с трудом, жидкая – хорошо, боязнь принимать пищу, потеря массы тела.
- Диагноз уточняется при рентгеноскопии,
- эзофаготонометрии.

Заболевания желудка

Желудок



Хронический гастрит

- *Хронический гастрит (ХГ) – это воспалительный процесс в слизистой оболочке желудка, характеризующийся ее структурной перестройкой с прогрессирующей атрофией железистого эпителия, нарушением секреторной, инкреторной и моторной функций*
- Шифр по МКБ –10 **K 29.3 – 6**

Эпидемиология

- частота встречаемости ХГ составляет примерно 50 % всех заболеваний органов пищеварения и 85 % заболеваний желудка

Этиология

- **1. Вероятные причины.**
 - 1.1. Аутоантитела к обкладочным клеткам (гастрит тела).
 - 1.2. Инфицирование слизистой оболочки желудка Helicobacter pylori (HP) и другими (реже) микроорганизмами (Gastrospirillum hominis, вирусом герпеса, цитомегаловирусом, грибковой флорой) (антральный гастрит).
 - 1.3. Повреждающее действие дуоденального содержимого (желчных кислот, лизолецитина) на слизистую желудка при его рефлюксе.
- **2. Внешние факторы** (не являясь причинами заболевания, способствуют обострению ХГ и его прогрессированию).
 - 2.1. Нарушение режима питания.
 - 2.2. Пища.
 - 2.3. Курение.
 - 2.4. Алкоголь.
- **3. Внутренние факторы (вторичный гастрит).**
 - 3.1. Железо дефицитные анемии.
 - 3.2. Сахарный диабет.
 - 3.3. Диффузный токсический зоб.
 - 3.4. Ожирение.
 - 3.5. Подагра и др.

Классификация ХГ С.М. Рысс 1965 г.

- По этиологии (экзогенные и эндогенные факторы)
- По патогенезу - гастрит типа А,В,С и др.
- По локализации – распространенный (пангастрит) и ограниченный (антральный и фундальный)
- По морфологии - без атрофии, атрофический (вялый или раздраженный желудок)
- По характеру желудочной секреции (сохраненная либо повышенная и секреторная недостаточность)
- Фазы течения (обострение, стихающее обострение, ремиссия)

Классификация

Хьюстоновская 1996г.

1. Аутоиммунный фундальный гастрит, или ХГ типа А.
2. Ассоциированный с НР (бактериальный) антральный гастрит, или ХГ типа В.
3. Химически обусловленный гастрит, или ХГ типа С (рефлюкс-гастрит).
4. Смешанный гастрит, или ХГ типа А+В.
5. Особые формы ХГ.
 - 5.1 Антральный ригидный гастрит.
 - 5.2 Гигантский гипертрофический гастрит (болезнь Менетрие) «булыжная мостовая» на Rh
 - 5.3 Эозинофильный, лимфоцитарный, гранулематозный гастриты.

| Тип гастрита | Синонимы | Этиологические факторы |
|--|---|---|
| Неатрофический | Поверхностный, диффузный антральный, хронический антральный, тип В интерстициальный, гиперсекреторный, | H.pylori, другие факторы |
| Атрофический Аутоиммунный | Тип А, диффузный гастрит тела желудка, ассоциированный с пернициозной анемией | Аутоиммунный |
| Мультифокальный | | H. pylori, особенности питания, факторы среды |
| Особые формы Химический | Реактивный рефлюкс- гастрит, тип С | Химические раздражители, желчь, нестероидные противовоспалительные препараты |
| Радиационный | – | Лучевые поражения |
| Лимфоцитарный | Вэриломорфный, ассоциированный с целиакией | Идиопатический, иммунные механизмы, глютен, H. Pylori |
| Неинфекционный | Изолированный гранулематоз | Болезнь Крона, саркоидоз, гранулематоз Вегенера, инородные тела, идиопатический фактор |
| Эозинофильный гранулематозный | Пищевая аллергия, другие аллергены | Аллергический |
| Др.инфекционные гастриты | | Бактерии (кроме H.pylori), вирусы, грибы, паразиты |

Клиническая картина

- Боли в эпигастрии ноющие, тупые, сразу после еды, монотонные, затухающие со временем.
- Диспептический синдром: отрыжка, тошнота, срыгивание после еды, изжога, неприятный вкус во рту.
- На симптоматику влияет количество и качество пищи: после жареной, жирной, копченой, грубой, острой пищи.
- Язык обложен белым налетом, отпечатки зубов на нем.
- Живот мягкий, умеренно болезнен в эпигастрии.

Гастрит типа А

- аутоиммунный атрофический фундальный гастрит,
- встречается реже, чем гастрит типа В.
- Прогрессирующая атрофия желез, ахлоргидрия, гипергастринемия, образование антипариетальных антител и развитие В12-дефицитной анемии.
- В желудочном соке выявляются антитела к внутреннему фактору.
- Отмечается низкий уровень IgA и IgG
- выявляется у ближайших родственников, у лиц с наследственно измененным иммунным фоном.
- Иногда сочетается с аутоиммунным тиреоидитом, гипотиреозом, витилиго, сахарным диабетом

Гастрит типа В

- антральный гастрит, ассоциированный с НР (бактериальный гастрит).
- *Helicobacter pylori* – микроаэрофильная, грамотрицательная бактерия, открытая 15 лет назад австралийскими учеными Б. Маршалл и Д. Уоррен. Описано 9 видов и 2 штамма.
- передается фекально-оральным или орально-оральным путем
- НР колонизируют антральный отдел желудка, там имеются рецепторы адгезии для этой бактерии

Гастрит типа С

- рефлюкс-гастрит, возникновению которого способствует дуодено-гастральный рефлюкс.
- заброс желчи стимулирует выделение гастрина, увеличивается количество гастринпродуцирующих клеток в области антрума - нарушает защитные свойства слизистого барьера желудка

Особые формы гастрита

- Антральный ригидный (склерозирующий) гастрит
- Болезнь Менетрие (гигантский гипертрофический гастрит).
- Эозинофильный, лимфоцитарный, гранулематозный гастриты (болезнь Крона, туберкулез, саркоидоз, микозы).
- гастрит, вызванный действием лекарств, алкоголя, экзогенных токсинов или дуодено-гастральным рефлюксом

Лабораторная диагностика

- **Оценка желудочной секреции - рН- метрия содержимого желудка**
 - повышенная секреторная функция регистрируется при рН 1,9–0,9,
 - сохраненная секреторная функция при рН 2,0–2,9,
 - умеренно выраженная недостаточность секреции при рН 3,0–4,9,
 - выраженная при рН 6,9–5,0,
 - ахлоргидрия при рН 7,0 и более.

Зондовое исследование желудочного сока

- оценивается базальная и стимулированная фазы секреции:
- натощаковая секреция 20–50 мл при общей кислотности 10–15 ЕД, свободной соляной кислоты 0–40 ЕД,
- базальная секреция 50–120 мл при общей кислотности 40–60 ЕД, свободной соляной кислоте 30–50 ЕД, дебит в час соляной кислоты 50–150 мг;
- стимулированная секреция 50–130 мл при общей кислотности 40–70 ЕД, свободной соляной кислоте 30–60 ЕД, дебите в час свободной соляной кислоты 50–200 мг.

- НР защищает себя от агрессивного кислотного содержимого желудка с помощью уреазы – фермента, расщепляющего мочевину.
- Ионы аммония окружают бактерию, создавая щелочное облако и нейтрализуя ионы водорода.
- НР колонизует антральный отдел, т.к. там имеются рецепторы адгезии для бактерии.
- Повреждение слизистой происходит за счет аммиака, протеаз, цитотоксинов, ответа иммунных факторов защиты и БАВ

Диагностика инфекции **Helicobacter pylori**

- Бактериологический анализ – посев биоптата слизистой оболочки желудка
- Морфологический анализ
- Цитологический анализ – окраска бактерии в мазках-отпечатках биоптатов
- Дыхательные тесты – определение в выдыхаемом пациентом воздухе изотопов ^{14}C или ^{13}C ,
- Уреазный тест
- Скрининг и экспресс тесты

Инструментальное исследование

- *Рентгеновское исследование:*

Утолщение складок, спазм привратника при антрум-гастрите вначале, затем – вялая перистальтика, сглаженность слизистой

- *Гастроскопия*

Отек, кровоизлияния, гиперемия, эрозии, контактная кровоточивость слизистой оболочки, при биопсии – поверхностный или интерстициальный, без атрофии или атрофический, гипертрофический или гранулематозный гастрит.

Оценивается обсеменение геликобактером, нейтрофильная инфильтрация, кишечная метаплазия (если выражена – предрак).

Дифференциальный диагноз

- функциональная желудочная диспепсия;
- язвенная болезнь;
- доброкачественные опухоли и рак желудка.

Лечение

I. Диета - (диета типа №1 при «раздраженном желудке»

II. Препараты для лечения «раздраженного желудка», кардио- и пилороспазма.

III. Спазмолитические препараты

Средства, снижающие кислотность и уменьшающие объем желудочного сока:

- Антациды
- Блокаторы М- холинорецепторов
- Блокаторы H₂-рецепторов

Лечение

- I. Диета - (диета типа №2 при «вялом желудке»)
- II. Препараты для лечения «вялого желудка»
 - 1. Препараты для заместительной терапии при секреторной недостаточности
 - 2. Стимуляторы желудочной секреции.
- III. Витаминотерапия
- IV. Ферментные препараты.
- V. Препараты, возбуждающие аппетит (горечи).
- VI. Антагонисты дофаминовых рецепторов (церукал, домперидон, эглонил).
- VII. Седативные препараты и транквилизаторы

Средства для лечения **НР**-инфекции

- Принципы лечения - комбинированная
- Схемы лечения.
- Однонедельная тройная терапия с использованием блокаторов H^+ -, K^+ -АТФазы в стандартной дозировке 2 раза в день (например, омепразол по 20 мг 2 раза в день) в комбинации с
 - метронидазолом в дозе 400 мг 3 раза в день и кларитромицином в дозе 250 мг 2 раза в день ИЛИ
 - амоксициллином в дозе 1000 мг 2 раза в день и кларитромицином в дозе 500 мг 2 раза в день ИЛИ
 - амоксициллином в дозе 500 мг 3 раза в день и метронидазолом в дозе 400 мг 3 раза в день.

- Однонедельная квадротерапия:

блокатор H⁺-, K⁺-АТФазы в стандартной дозировке 2 раза в день (например, омепразол по 20 мг 2 раза в день, в комбинации с препаратом висмута (коллоидный субцитрат висмута) в дозе 120 мг 4 раза в день, с тетрациклином в дозе 500 мг 4 раза в день и метронидазолом в дозе 250 мг 4 раза в день или тинидазолом в дозе 500 мг 2 раза в день.

- **Схемы с использованием в качестве антисекреторных препаратов блокаторов H2-рецепторов гистамина.**
- Ранитидин-висмут-цитрат 400 мг 2 раза в день в комбинации с тетрациклином 500 мг 4 раза в день + метронидазол 250 мг 4 раза в день (длительность курса лечения 14 дней).
- Ранитидин-висмут-цитрат 400 мг 2 раза в день в комбинации с кларитромицином 500 мг 2 раза в день (длительность курса лечения 14 дней).
- Ранитидин-висмут-цитрат 400 мг 2 раза в день в комбинации с кларитромицином 250 мг 2 раза в день + метронидазол (тинидазол) 500 мг 2 раза в день (длительность курса лечения 7 дней).

Рак желудка

- **Рак желудка** – это злокачественное новообразование, исходящее из различных слоев стенки желудка и охватывающее его часть или весь желудок
- Рак желудка у мужчин встречается чаще, чем у женщин.
- Возраст играет большую роль – возраст от 40 до 70 лет – критический для рака желудка.
- **Предраковые поражения желудка:** доброкачественные опухоли, злокачественная анемия, язвенная болезнь, полипы желудка. Предрасполагает к раку желудка радиоактивное облучение. Определенную роль играют онкогенные вирусы.

■ Патогенез

- *Первый период* – функциональные изменения желудка.
- *Второй период* – морфологические изменения (гастрит, полип, язва).
- *Третий период* – злокачественная опухоль
- чаще в пилорической части желудка (более 50 %) - возникновения в наиболее травмируемой и поражаемой язвой и воспалением части желудка

■ Патоморфологические изменения

- *Первый тип* – полипоидный рак.
- *Второй тип* – изъязвившаяся (или пенетрирующая) опухоль.
- *Третий тип* – язвенное поражение опухоли.
- *Четвертый тип* – диффузная без заметного ограничения.

- **Международная классификация рака желудка**
– аденокарцинома, недифференцированный, плоскоклеточный, железисто-плоскоклеточный и неклассифицируемый рак

Метастазирование

- **Метастазирование по лимфатическим путям**
- **метастазы в яичниках (опухоль Крукенбекера)**
- **Метастатическое поражение лимфатических узлов слева над ключицей возле ножек m. Sternoleidomastoidei**
- **метастазы в лимфатических узлах в левой подмышечной впадине**
- **метастазы в коже около пупка, в печени, параректальной клетчатке (шиндлерский метастаз), в позвоночнике, легких, изредка в костях и других органах**

Классификация

- I стадия – небольшая, четко ограниченная опухоль, не более 2 см, регионарных метастазов нет
- II стадия – опухоль диаметром 4–5 см, врастающая в мышечный слой желудка, имеются одиночные метастазы
- III стадия – значительных размеров опухоль, выходящая за пределы стенки желудка, врастающая в соседние органы. Множественные регионарные метастазы
- IV стадия – тотальное поражение желудка, с прорастанием опухоли в соседние органы.
- Параметры: T (tumor), N (nodules), M (metastases).
- Степень прорастания опухолью (T1...4),
- наличие или отсутствие регионарных лимфатических узлов (N0 , N 1...3),
- отдаленных метастазов (M0 , M1, M 2).

Клиническая картина и течение

- ранний (начальный) период;
- период язвенных клинических проявлений;
- терминальный период.
- отсутствие аппетита
- дисфагия
- тошнота,
- рвота с примесью крови;
- мелена, приводящая к анемии;
- «беспричинная» лихорадка

Дифференциальный диагноз

- Гастрит Менетрие
- Длительно существующие пептические язвы желудка, особенно каллезные
- Сифилитические и туберкулезные язвы желудка
- Саркома желудка
- Доброкачественные опухоли желудка
- bezoary - инородное тело в желудке

Лечение

- **Радикальное лечение рака желудка** - субтотальная или тотальная гастрэктомия, удаление регионарных лимфатических узлов.
- **Консервативная терапия:** химиотерапия, лучевая терапия, симптоматическая терапия.

Язвенная болезнь

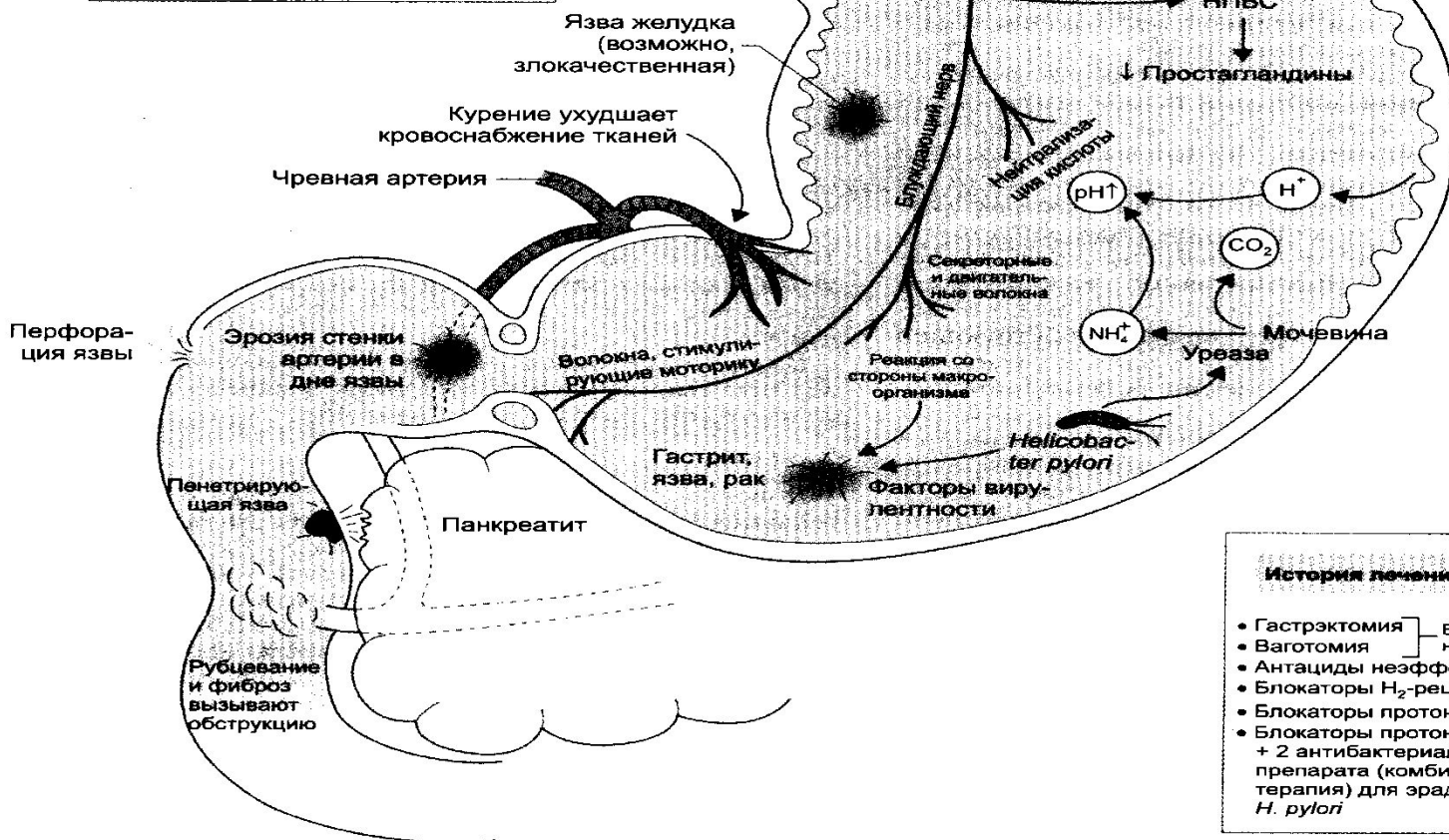
Язвенная болезнь

Клинические проявления



Helicobacter pylori

- Инфицировано до 80% населения
- У 15% развивается язвенное поражение
- У других может развиваться
 - гастрит
 - рак желудка
 - лимфома желудка
- У большинства инфицированных симптоматика отсутствует



История лечения язвенной болезни

- Гастрэктомия
 - Ваготомия
 - Антациды неэффективны
 - Блокаторы H₂-рецепторов
 - Блокаторы протонной помпы
 - Блокаторы протонной помпы + 2 антибактериальных препарата (комбинированная терапия) для эрадикации *H. pylori*
- В настоящее время не применяются
 Эффективны
 Излечивают

Язвенная болезнь

- *хроническое, циклически протекающее заболевание, характеризующееся появлением в период обострения язвенного дефекта слизистой оболочки желудка или двенадцатиперстной кишки*
- Шифровка по МКБ-10 ЯБЖ – К 25, ЯБ 12-перстной кишки – К 26.

Этиология

факторы риска

- конституционально-наследственные особенности (0 группа крови, HLA- B5 антиген, снижение активности α 1- антитрипсина);
- инфицирование *Helicobacter pylori*;
- стрессовые влияния;
- курение;
- алкоголь;
- лекарственные препараты (нестероидные противовоспалительные препараты, глюкокортикостероиды);
- химикаты и др.

Патогенез

- Первая стадия. - прорыв защитного барьера на ограниченном участке слизистой оболочки желудка или двенадцатиперстной кишки.
Продолжительность - 48-72 часа
- Вторая стадия.- Стадия быстрой регенерации (раннего заживления).
Продолжительность около 2 недель.
- Третья стадия. — Стадия медленной регенерации (позднего заживления).
Продолжительность 3-4 недели.
- Четвертая стадия. — Восстановление функциональной активности слизистой оболочки.

Классификация

1. Форма заболевания.
 - Впервые выявленная язва.
 - Рецидивирующая язва.
2. Локализация язв.
 - 1. В желудке:
 - – кардиальные и субкардиальные;
 - – медиогастральные (тело, малая, большая кривизна);
 - – антральные;
 - – пилорического канала.
 - 2. В двенадцатиперстной кишке (бульварные, постбульбарные).

Классификация

3. Фаза процесса.

- 1. Обострение (язвенный дефект, признаки воспаления).
- 2. Затухающее обострение (язвенный рубец, остаются признаки воспаления).
- 3. Ремиссия (язвенный рубец, исчезновение воспаления)

4. Течение болезни.

- Тяжелое (обострение 3 раза в год и чаще).
- Среднетяжелое (обострение 2 раза в год).
- Легкое (обострение 1 раз в 1-2 года и реже).
- Латентное (отсутствие клинических признаков, язва выявляется случайно при рентгенографии или гастроскопии).

5. Секреторная функция.

- Повышенная.
- Нормальная.
- Сниженная.
- Ахлоргидрия.

Осложнения

- **Кровотечение** - у 15-20% больных, чаще при язвах 12-ти перстной кишки, рвота кровью или кофейной гущей, дегтеобразный кал, с-м Бергмана, железодефицитная анемия
- **Пенетрация** – распространение в др.органы – печень, поджелудочную железу, кишечник, постоянные боли с иррадиацией, не эффективность лечения
- **Перфорация** – внезапная кинжальная боль, доскообразный живот, abs печеночной тупости
- **Рубцовая деформация**
- **Стеноз пилорического отдела** – похудание, отрыжка с запахом сероводорода, тошнота, рвота, шум плеска
 - компенсированный;
 - субкомпенсированный;
 - декомпенсированный.
- **Малигнизация (язвы желудка)** – в 2-10% случаях

Клиника

- Кардиальные и медиогастральные язвы.
- Язвы пилорического канала
- Язвы антрального отдела и двенадцатиперстной кишки
- Сочетание язв двенадцатиперстной кишки и желудка

Лабораторная диагностика

- Эритроцитоз
- Анемия
- Положительная реакция на скрытую кровь в кале
- При стенозе пилеодуоденального отверстия – гипохлоргидрия, гипокалиемия, азотемия, алкалоз
- Определение уровня гастрина

Инструментальная диагностика

- **Гастродуоденоскопия** показана:
 - если рентгенологическое обследование не выявило изменений в желудке или двенадцатиперстной кишке у пациента с клиническими проявлениями язвенной болезни;
 - для исключения язвенных форм рака желудка или малигнизации язвы (биопсия и морфологическое исследование);
 - для контроля эффективности лечения.
- **Эндоскопическое описание язвы:**
 - виды – острая, хроническая;
 - стадии развития – активная, рубцующаяся, незрелого («красного») рубца, формирующегося рубца (4-6 недель), зрелого («белого») рубца (3-6 месяцев);
 - размеры – небольшая (менее 0,5 см), средняя (0,5-1 см), крупная (1,1-3 см), гигантская (более 3 см).

Инструментальная диагностика

■ Рентгенологические признаки ЯБ:

- СИМПТОМЫ «НИШИ» и «ДЕПО» контрастного вещества;
- воспалительный вал;
- конвергенция складок;
- проявления гиперсекреции;
- спазм привратника и другие нарушения тонуса и перистальтики;
- признаки стеноза пилородуоденального отдела.

Дифференциальный диагноз

- **Симптоматические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки** (стрессовые, эндокринные (синдром Золлингера-Эллисона, гиперпаратиреоз, болезнь Иценко-Кушинга), лекарственные язвы, возникшие на фоне заболеваний внутренних органов язвы при хроническом абдоминальном ишемическом синдроме)
- **Язвенные формы рака желудка**
- **Хронический гастрит типа В, первичный дуоденит**
- **Вторичные дуодениты при заболеваниях желчных путей и поджелудочной железы**
- **Пролабирование слизистой желудка в луковицу двенадцатиперстной кишки.**
- **Функциональная желудочная диспепсия («раздраженный желудок»).**

Лечение

- I. Госпитализация
- II. Отказ от курения.
- III. Исключение ульцерогенных лекарств.
- IV. Диета.
- V. Лекарственные средства
- VI. Выбор препаратов и методики лечения.
- VII. Санаторно-курортное лечение.
- VIII. Хирургическое лечение.
- IX. Лечение симптоматических язв желудка и двенадцатиперстной кишки.
- X. Вторичная профилактика (диспансеризация).

Лекарственная терапия

