

КАФЕДРА ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ БГМУ

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

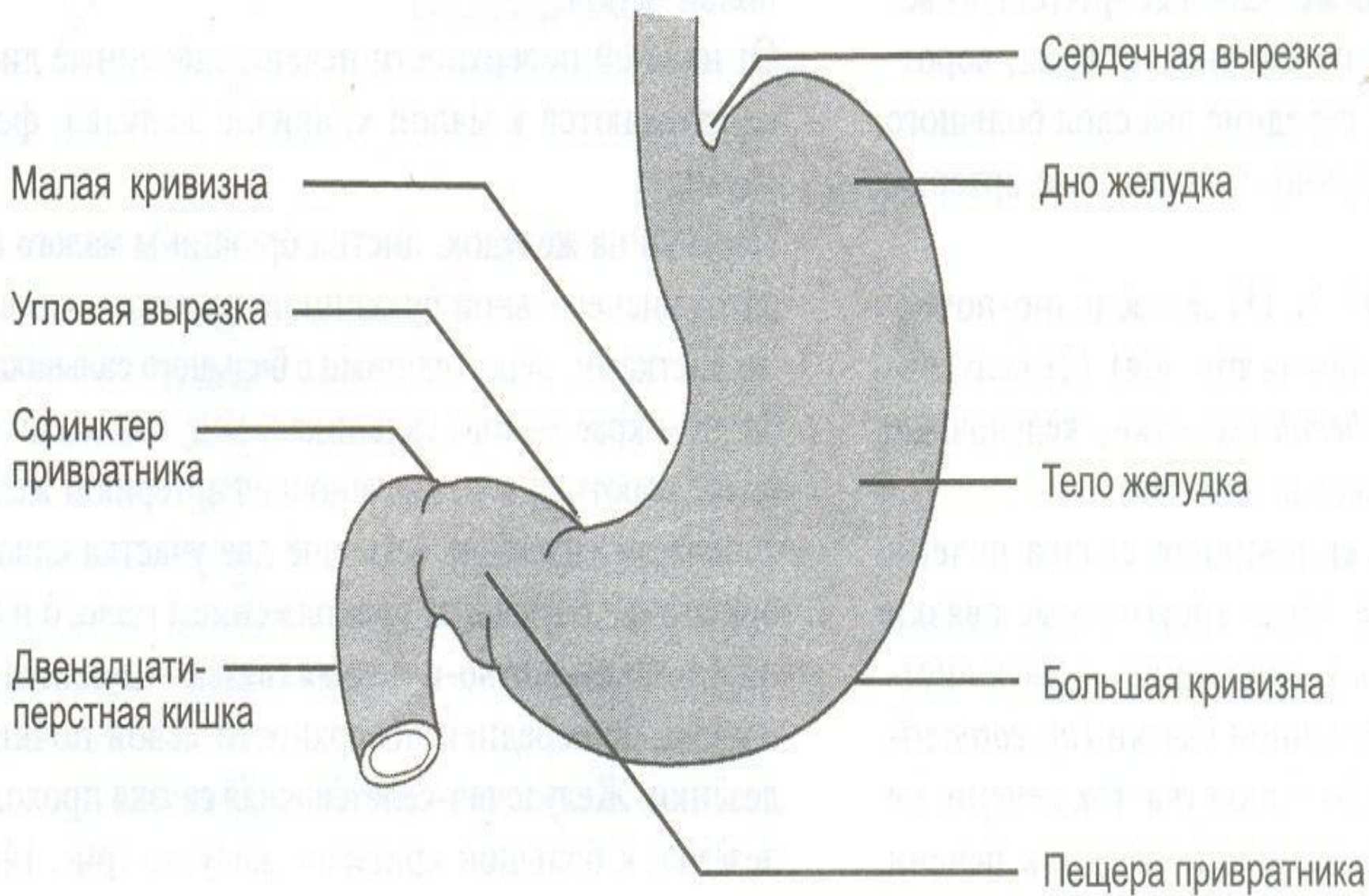
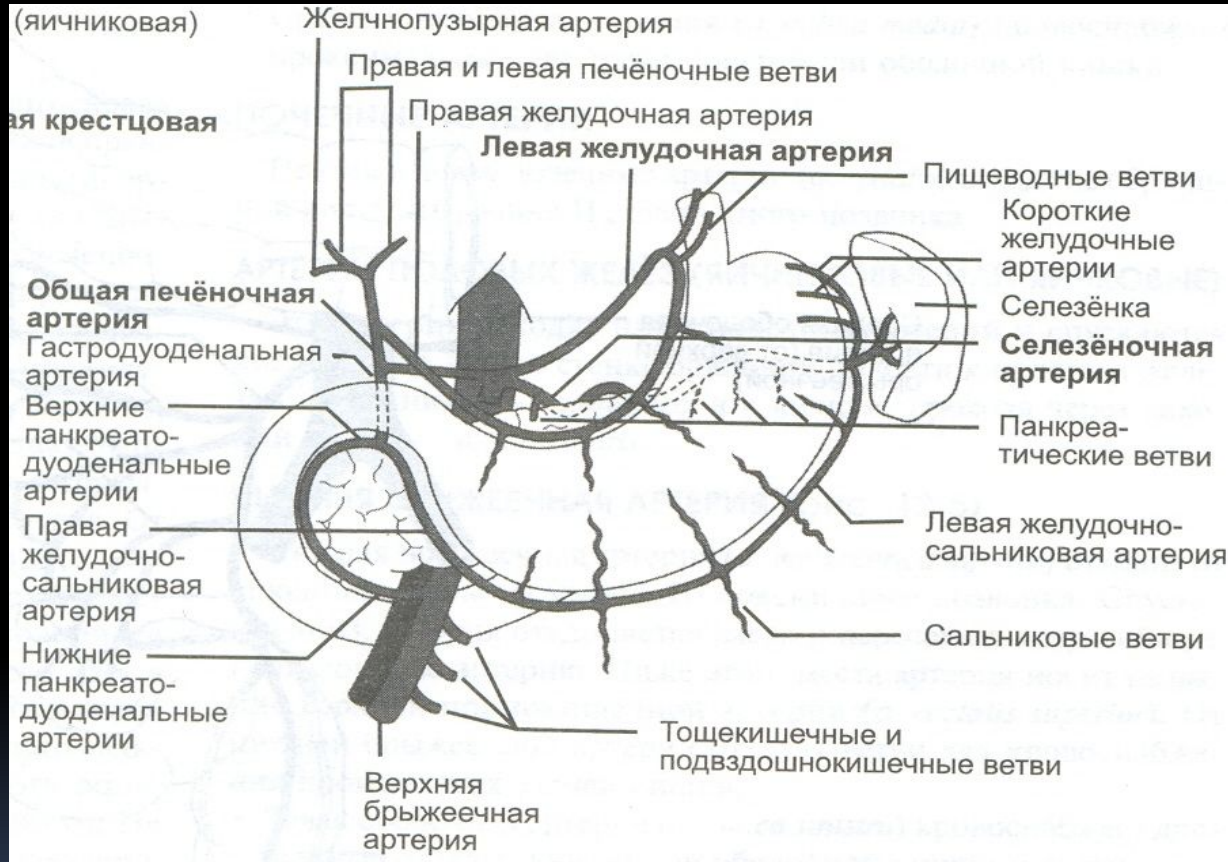


Рис. 15-1. Отделы желудка.

СЛОИ СТЕНКИ ЖЕЛУДКА

- серозный
- мышечный (продольные, косые и циркулярные волокна)
- подслизистый
- слизистый (в области дна и тела имеет кислую реакцию, так как содержит главные и обкладочные клетки, продуцирующие соляную кислоту и пепсин, в антральном отделе имеет щелочную реакцию)

Кровоснабжение желудка



НЕТ ЯЗВЫ

- Факторы защиты**
- **секреция желудочной слизи**
 - **продукция бикарбонатов**
 - **регенерация эпителиальных клеток**
 - **кровоток в СОЖ**
 - **синтез простагландинов**

ЯЗВА

Факторы агрессии

- **гиперсекреция HCL**
- **гиперпродукция пепсина**
- **пилорический геликобактериоз**
- **нарушение гастродуоденальной моторики**
- **курение**
- **лекарственные препараты**

Helicobacter pylori

грамотрицательные неспорообразующие аэрофильные бактерии спиралевидной формы



толщина
0,5-1,0 мкм

длина
2,5-3,5 мкм

2-6
жгутиков

благоприятные условия

для жизни бактерий:

температура 37° С

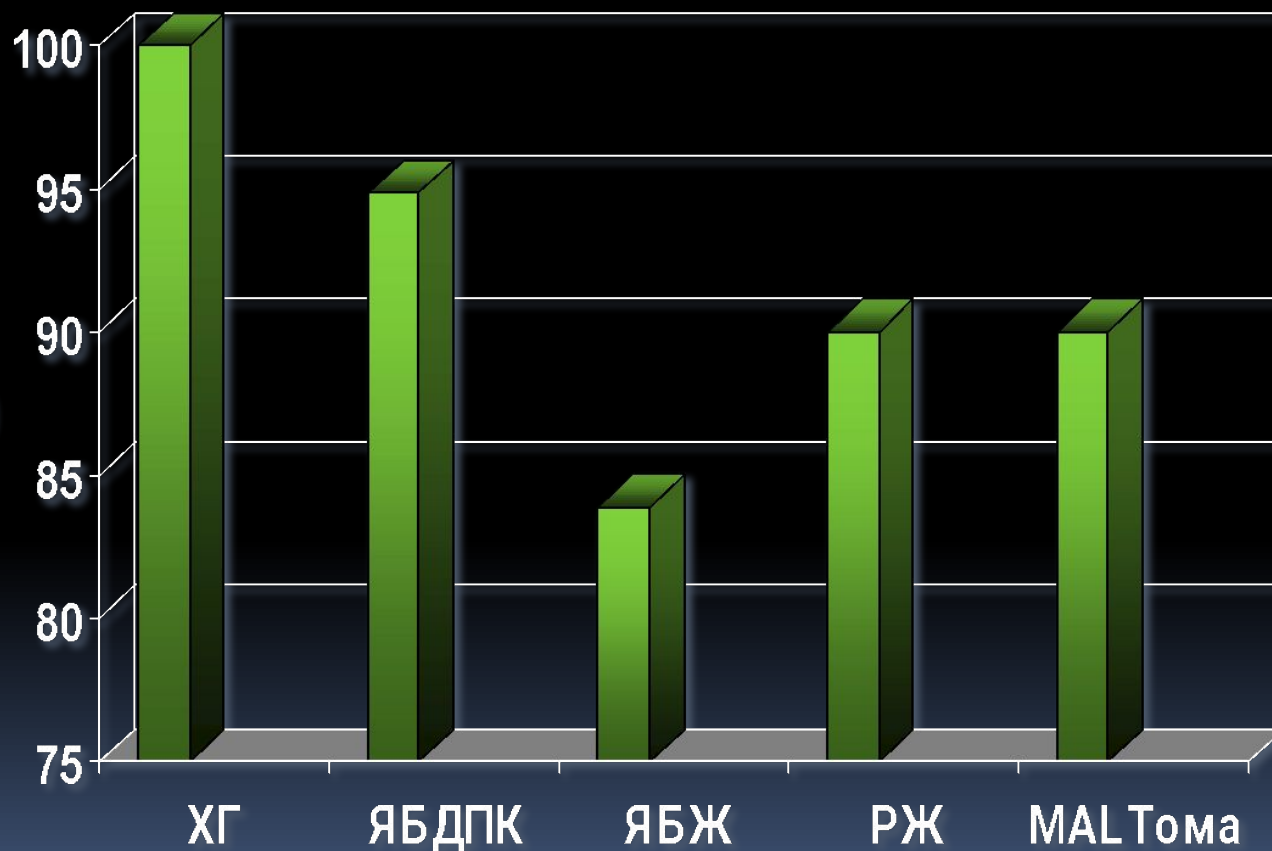
влажность 98%

уровень рН-среды 4,0-6,0

Частота выявления *H.pylori* при различных заболеваниях гастродуоденальной зоны



Hp+ (%)



С инфекцией

H.pylori связаны:

- 92% случаев ЯБ ДПК
- 70% случаев ЯБЖ
- более 50% случаев рака желудка

Пути инфицирования пилорическим хеликобактериозом

- фекально-оральный (при инфицировании пищевых продуктов бактериальные клетки НР выживают не менее 2 дней при температуре 4°C в сыром молоке, мясе, речной воде и при 22°C менее суток в тех же образцах пищевых продуктов и воде);
- оро-оральный (инфицированный зубной налет и слюна могут служить индукторами трансмиссии при тесном контакте);

Пути инфицирования пилорическим хеликобактериозом

- гастро-оральный (формально возможный в детстве, когда передача возбудителя к новому хозяину происходит при участии слизистой ахлоргидрической рвоты у детей с НР - инфекцией);
- гастро-гастральный (носит ятрогенный характер и ассоциируется с эндоскопическими процедурами и РН-метрией);

Диагностический титр специфических IgG антител к НР в 2 раза чаще обнаруживается у медсестер гастроэнтерологических отделений и врачей-гастроэнтерологов проработавших по этой специальности более 10 лет.

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

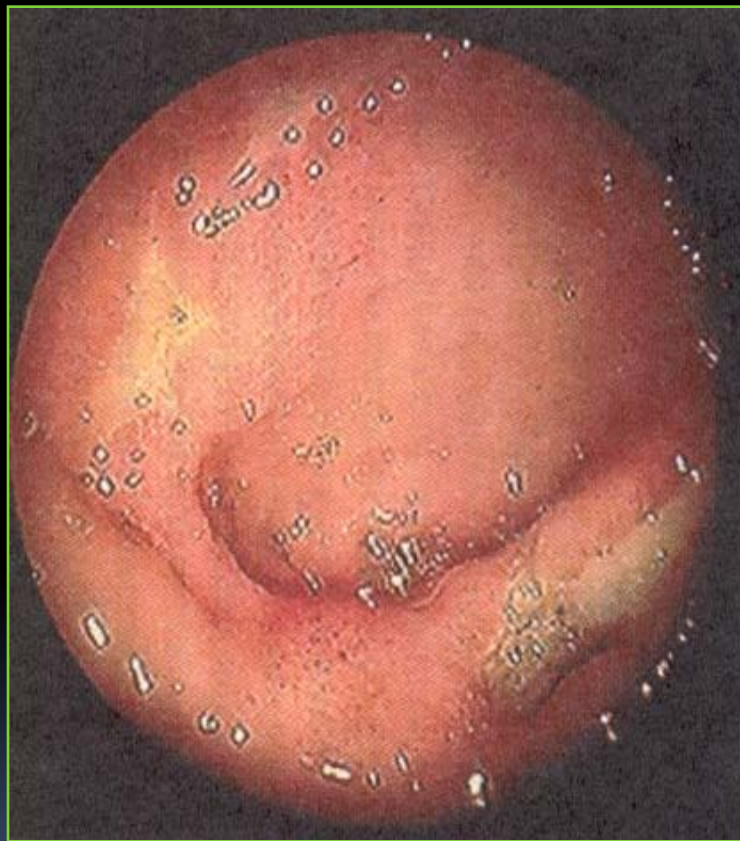
I. КОНТРАСТНАЯ РЕНТГЕНОСКОПИЯ

- наличие язвенной ниши**
- постязвенная рубцовая деформация**
- моторно-эвакуаторные нарушения**
- пилородуоденальный стеноз**
- грыжи пищеводного отверстия диафрагмы**
- наличие рефлюкс-эзофагита**

II. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА

III. ИССЛЕДОВАНИЕ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА



**ЯЗВЕННЫЕ
ДЕФЕКТЫ
ЖЕЛУДКА**

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА

ПРИ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЕ



ИНТРАГАСТРАЛЬНАЯ рН-МЕТРИЯ

1. СОСТОЯНИЕ ВНУТРИЖЕЛУДОЧНОЙ СРЕДЫ:

- выраженная гиперацидность при рН 0,9-1,2
- гиперацидность при рН 1,3-1,5
- нормаацидность при рН 1,6-2,2
- умеренная гипоацидность при рН 2,5-3,5
- выраженная гипоацидность при рН 3,6-6,0
- анацидность при рН более 6,0

2. ПРОВЕДЕНИЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОБЫ:

- изучение ритма базального кислотообразования – первые 16 часов
- I период фармакологической пробы с антисекреторным препаратом и регистрацией рН в течение 6 часов
- II период продолжительностью 4 часа

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИИ Helicobacter pylori

ПРЯМЫЕ МЕТОДЫ

- бактериологический**
- гистологический**
- полимеразная цепная реакция**

КОСВЕННЫЕ

- 1. уреазные тесты:**
 - а) с биоптатами**
 - б) дыхательные**
- 2. иммунологические методы:**
 - а) серологические реакции**
 - б) иммуноферментный анализ**

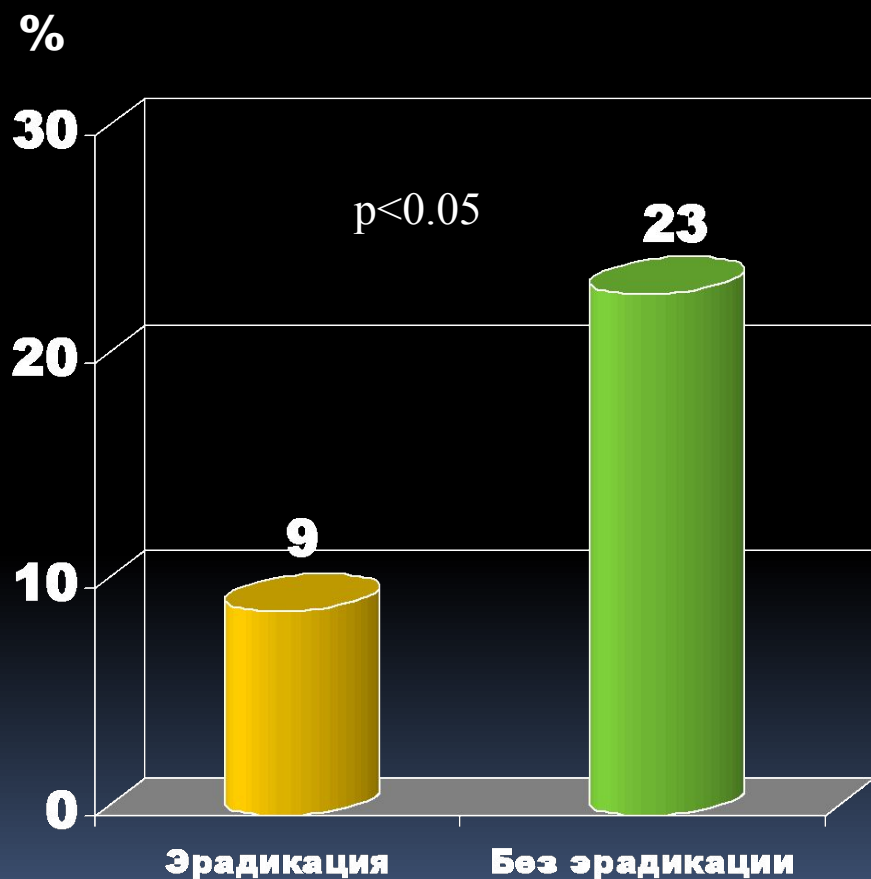
ЦЕЛИ ТЕРАПИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

- *Устранение болевого и диспепсического синдромов*
- *Заживление язвенных дефектов*
- *Удлинение периода ремиссии или полное
излечение (возможно только при эрадикации *H.pylori*)*
- *Профилактика обострений*

ГЛАВНЫЙ ПРИНЦИП ТЕРАПИИ *H. pylori* - АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ - ПРИНЦИП ЭРАДИКАЦИИ

*Эрадикация - полное уничтожение вегетативных и
кокковых форм бактерий *H. pylori* в желудке и
двенадцатиперстной кишке человека*

Частота рецидивов язвенной болезни в течение года



- Частота рецидивов ЯБ в течение года **более 20%**
- Она в **2,5 раза выше** в том случае, если эрадикационные схемы не применяются
- Эрадикация снижает относительный риск рецидива в **3,3 раза** (уменьшение общественных затрат, связанных с лечением рецидива)

Показания к назначению эрадикационной терапии

- Язвенная болезнь
- Хронический антральный гастрит
- Атрофический гастрит
- Состояние после резекции желудка по поводу рака
- Ближайшие родственники больных раком желудка

Эрадикация *H.pylori* может быть проведена по желанию пациента и при отсутствии клиники

Основные группы препаратов, применяемые в эрадикационных схемах

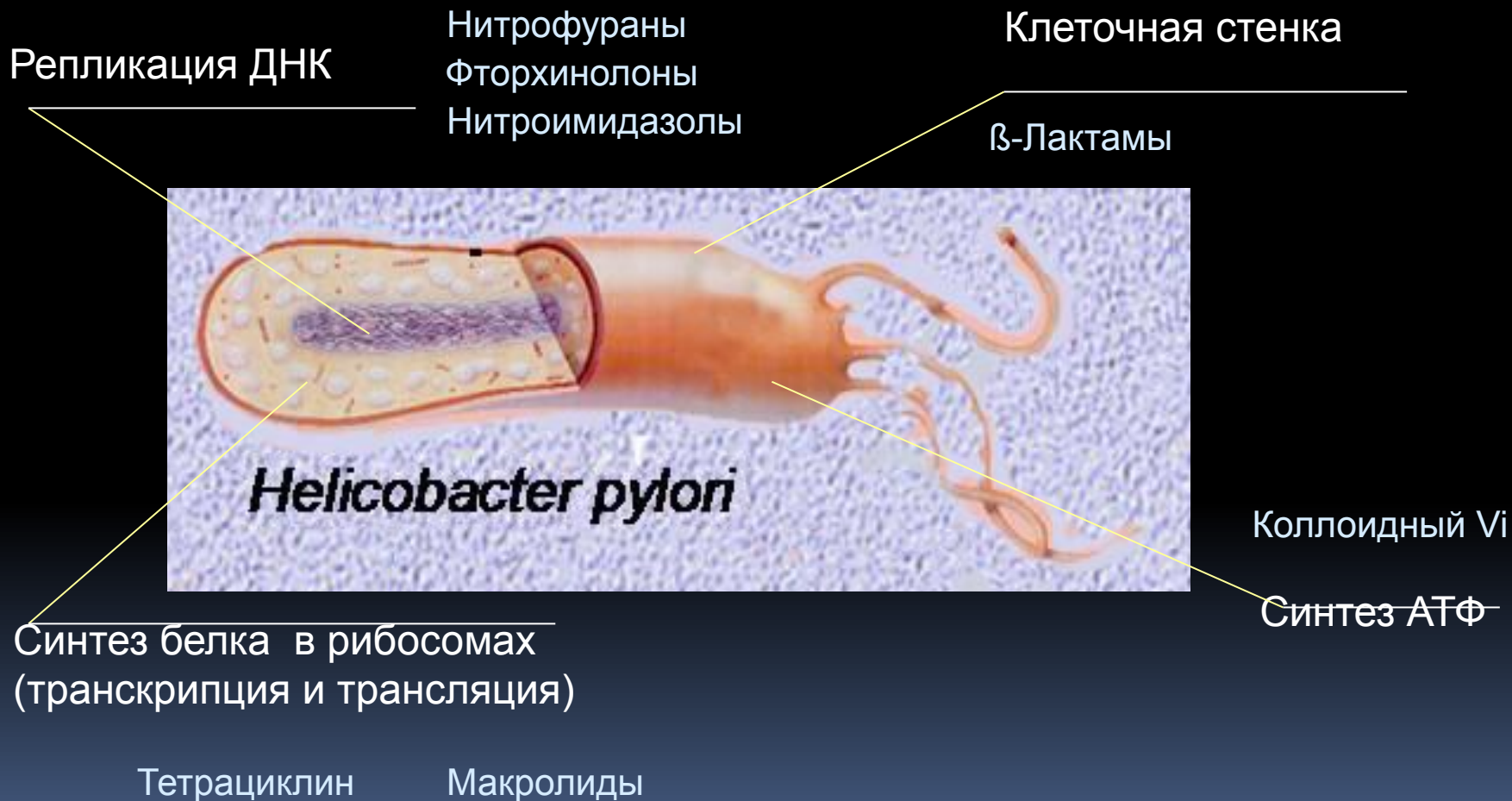
1. АНТИСЕКРЕТОРНЫЕ

- благодаря выраженному антисекреторному эффекту
- проявлению синергизма с антибиотиками

2. АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ

- препараты висмута
- производные 5-нитроимидазола (метронидазол)
- полусинтетические аминопенициллины (амоксициллин)
- макролиды (кларитромицин)
- тетрациклины (тетрациклин)

Влияние антибиотиков на рост и выживаемость *H.pylori*



Поступление лекарств к *H.pylori*

