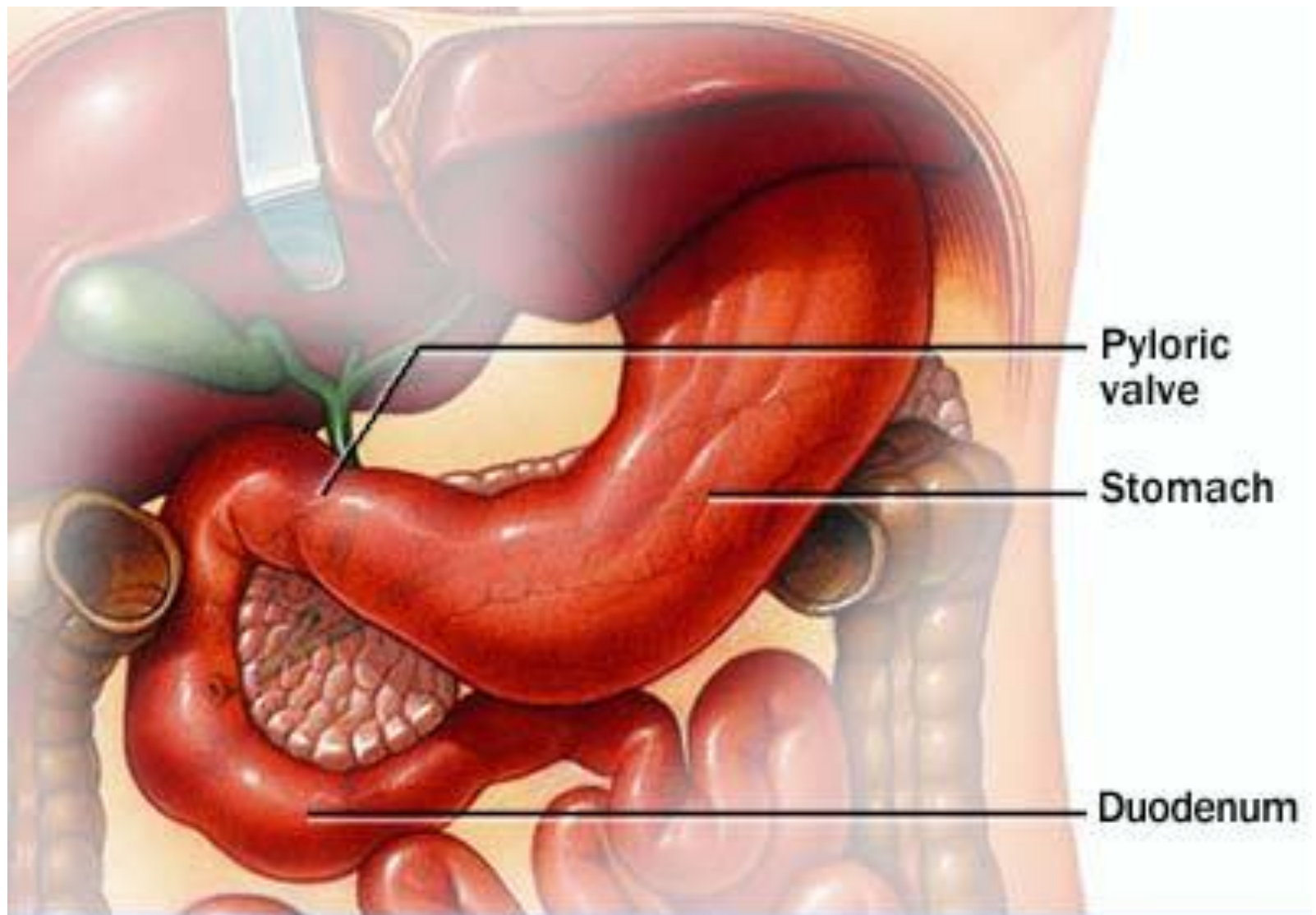


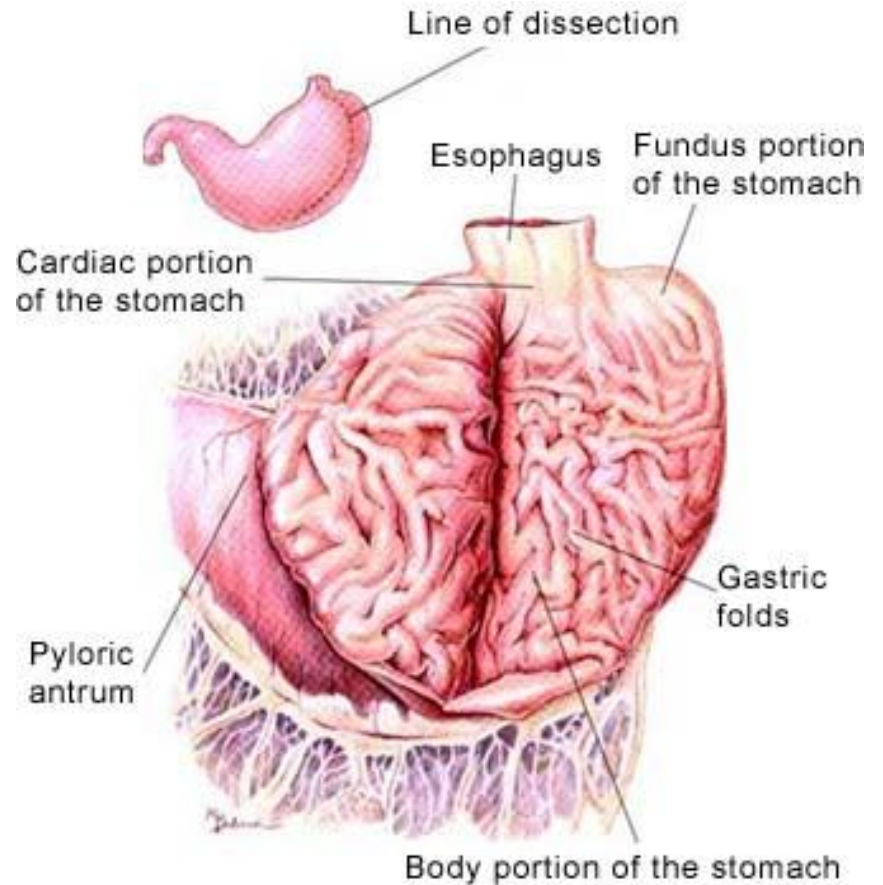
**Основні симптоми та синдроми
при захворюваннях шлунка та кишківника.
Методи клінічного, лабораторного та
інструментального дослідження при
гострих та хронічних гастритах, виразковій
хворобі шлунка та 12-палої кишки, ентеритах
та колітах.**

Кафедра пропедевтики внутрішньої
медицини та фтизіатрії - доц. *Н.А. Кавецька*



- Гастрит – це захворювання шлунка з гострим або хронічним рецидивуючим перебігом, в основі якого лежать запальні, дистрофічні та дисрегенеративні ураження слизової оболонки шлунка, які супроводжуються порушенням його секреторної, моторно-евакуаторної та інкреторної функції.

- Згідно морфологічної класифікації розрізняють катаральний, некротичний (корозивний) та гнійний (флегмонозний) гострий гастрит.



Хронічний гастрит

- Хронічний гастрит (gastritis chronica) – хронічне запалення слизової оболонки шлунка, яке характеризується порушенням фізіологічної регенерації залозистого епітелію і розвитком внаслідок цього його атрофії, що веде до розладів секреторної, моторної та нерідко інкреторної функцій.

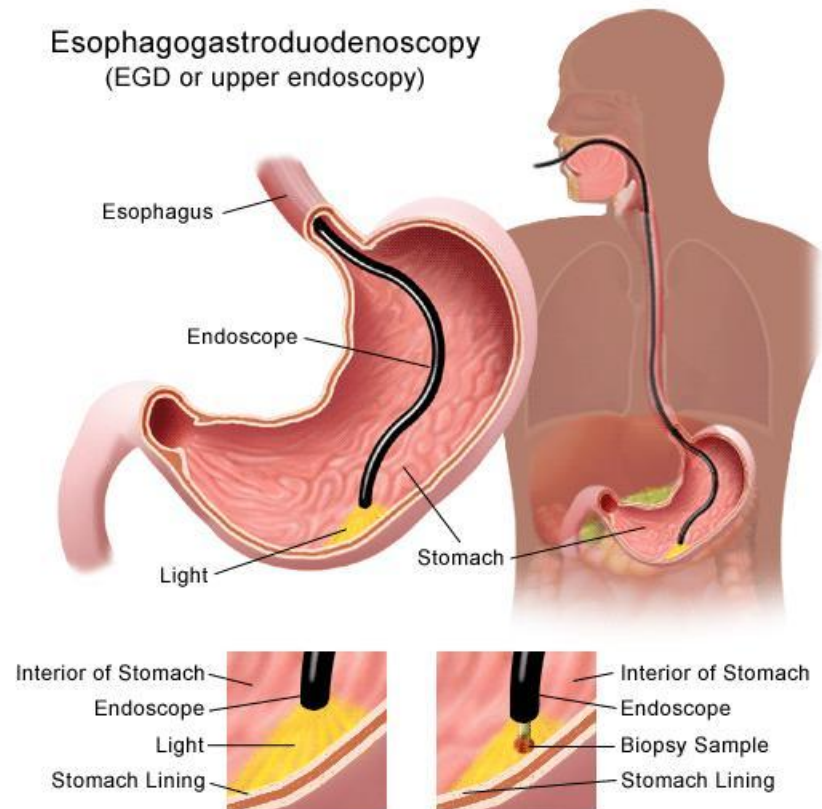
Клініка.

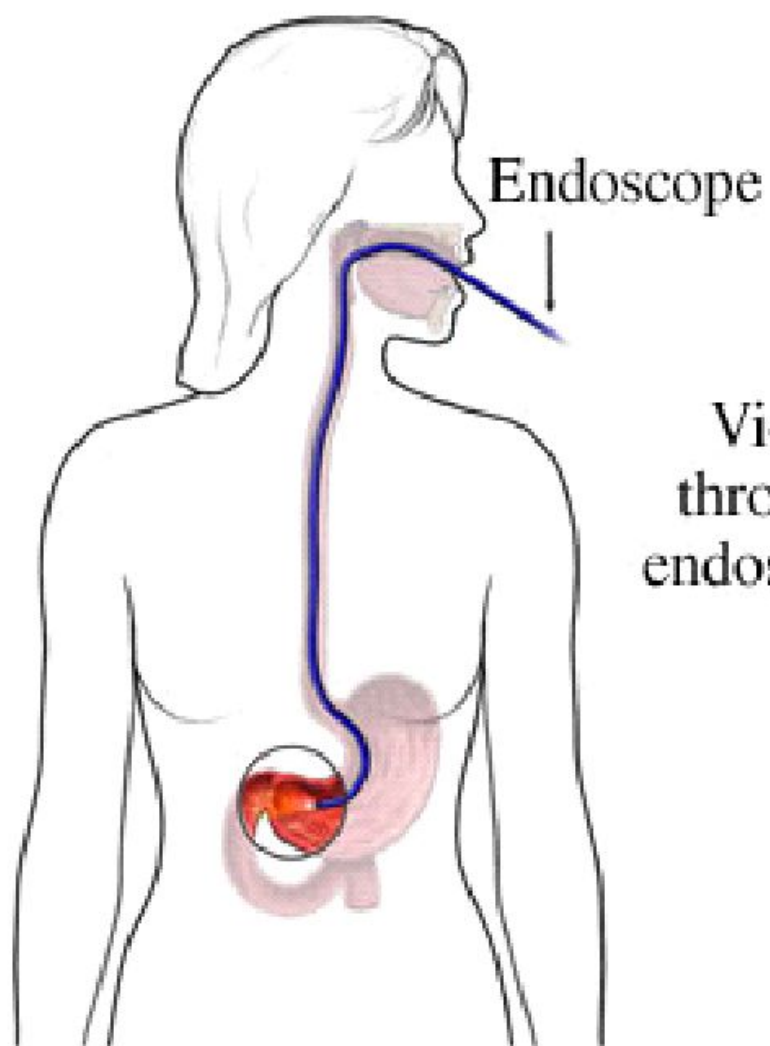
- Для неатрофічного гастриту типу В характерними є :
 - - больовий синдром;
 - - диспепсичний синдром.
- Для гастриту типу А характерні наступні синдроми:
 - - синдром шлункової диспепсії;
 - - синдром кишкової диспепсії. Біль не є типовим симптомом.
- При тривалому перебігу захворювання можуть приєднуватися:
 - - анемічний синдром
 - - синдром гіповітамінозу
 - - диселектролітний синдром
 - - астеноневротичний синдром
 - - синдром полігландулярної ендокринної недостатності.
- При хімічному гастриті (тип С) спостерігаються такі синдроми:
 - - больовий
 - - анемічний. Іноді виникають: демпінг-синдром; гіпоглікемії.



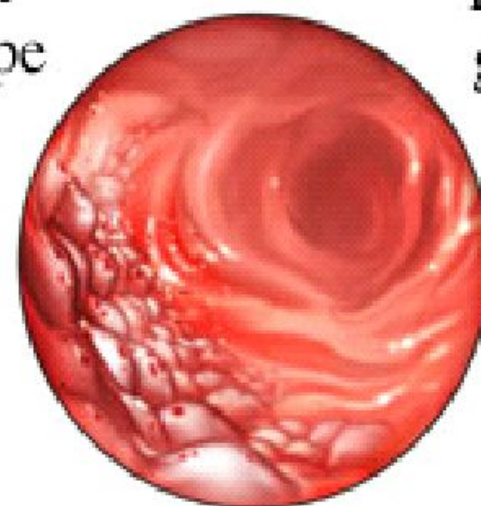
Діагностика

- Провідну роль відіграє фіброезофагогастродуоденоскопія з наступним цитологічним дослідженням мазків, відбитків та біоптатів слизової тіла і антрального відділу шлунку.





Normal



H.pylori
gastritis



Нормальна слизова шлунка при ендоскопічному обстеженні



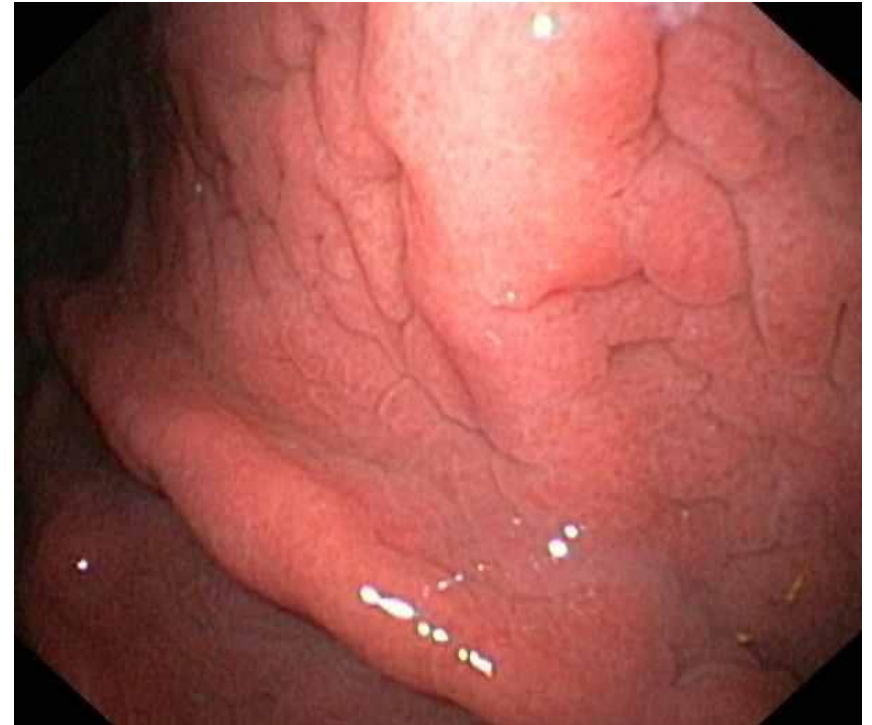
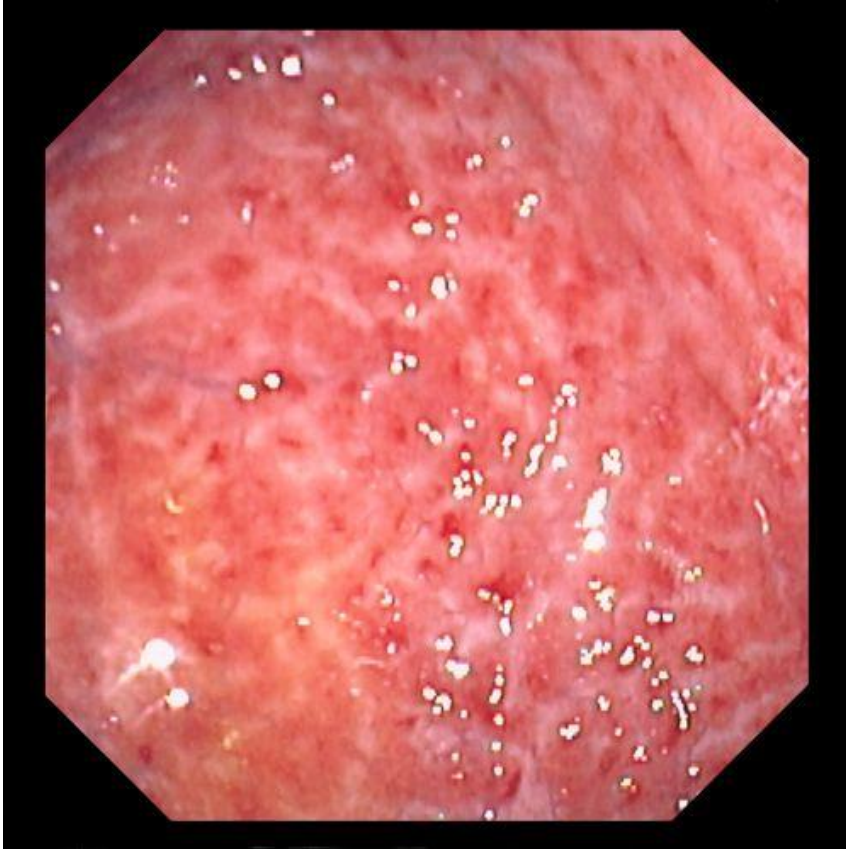
Ендоскопічна картина при гострому гастриті
Помітна дифузна гіперемія слизової та дрібні
еритематозні вогнища



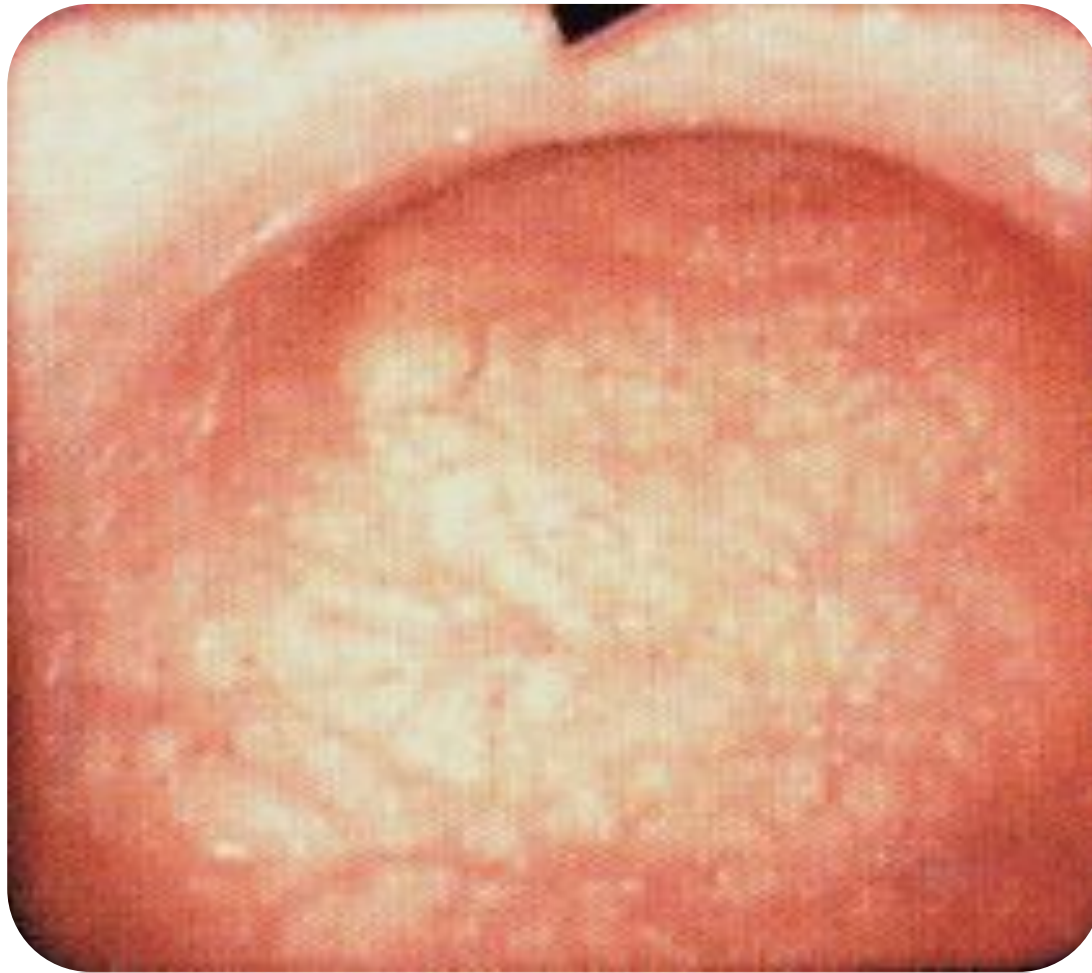
Ендоскопічна картина при хронічному неатрофічному (антральному) гастриті (типу В). Гіперемія слизової оболонки антрального відділу шлунка



Хронічний гастрит, тип В



Ендоскопічна картина при хронічному аутоімунному гастриті (типу А)



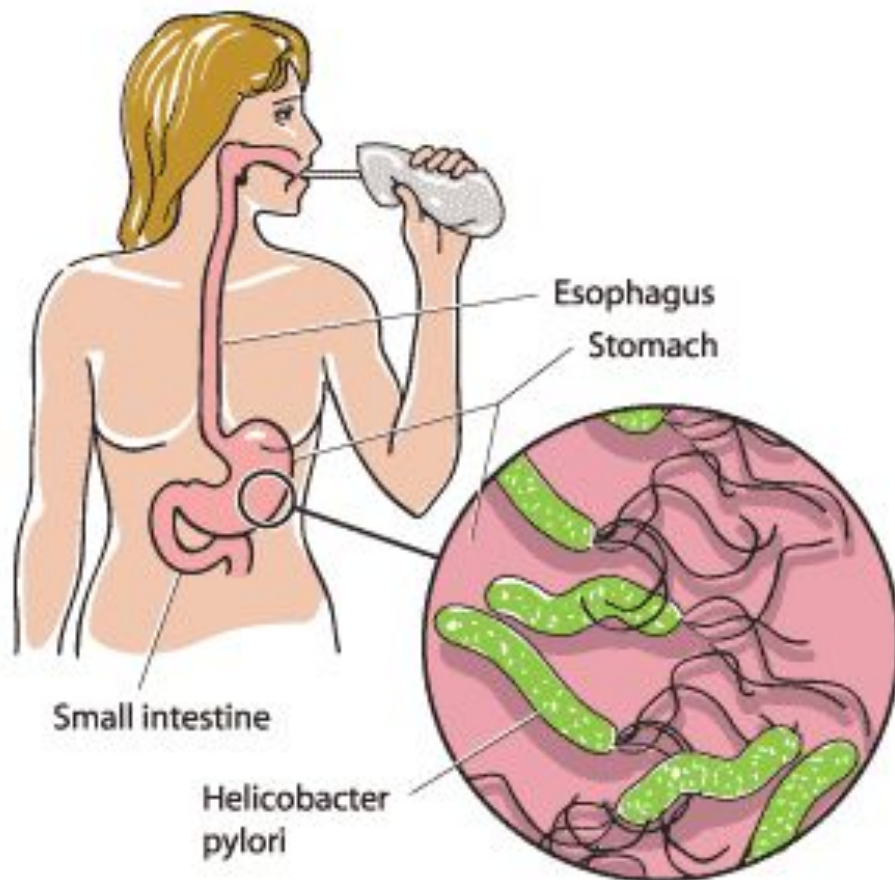
Ендоскопічна картина при хронічному гіпертрофічному гастриті (хвороба Менетріє)

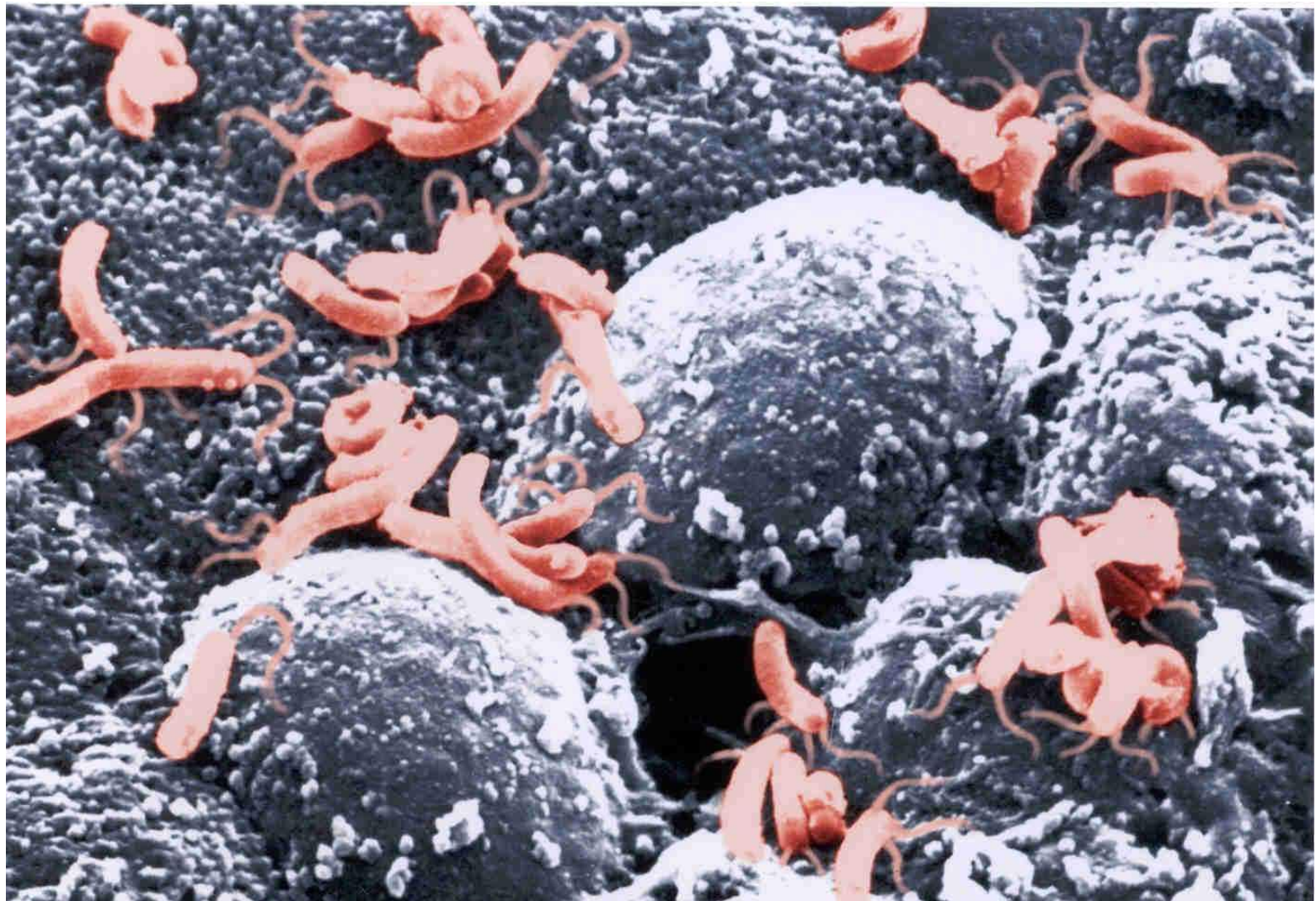


Діагностика

- Визначення ступеня обсіменіння слизової антрального відділу і тіла шлунку хелікобактеріями.
- Дослідження кислото- та пепсиноутворюючої функції шлунка, яке проводиться за допомогою фракційного шлункового зондування або інтрагастральної рН – метрії.
- Рентгенологічне дослідження шлунка

Діагностика H. Pylori



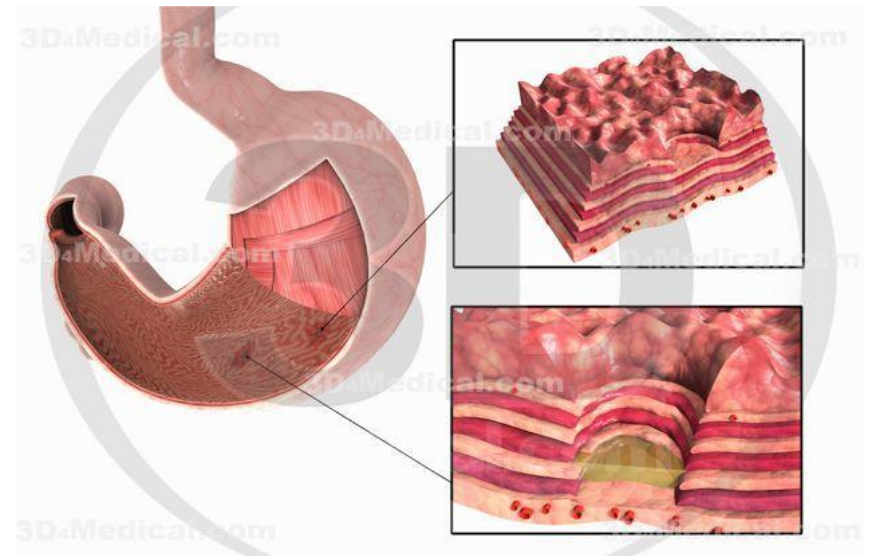


Зображення Н. Pylori, отримане за допомогою електронного мікроскопа

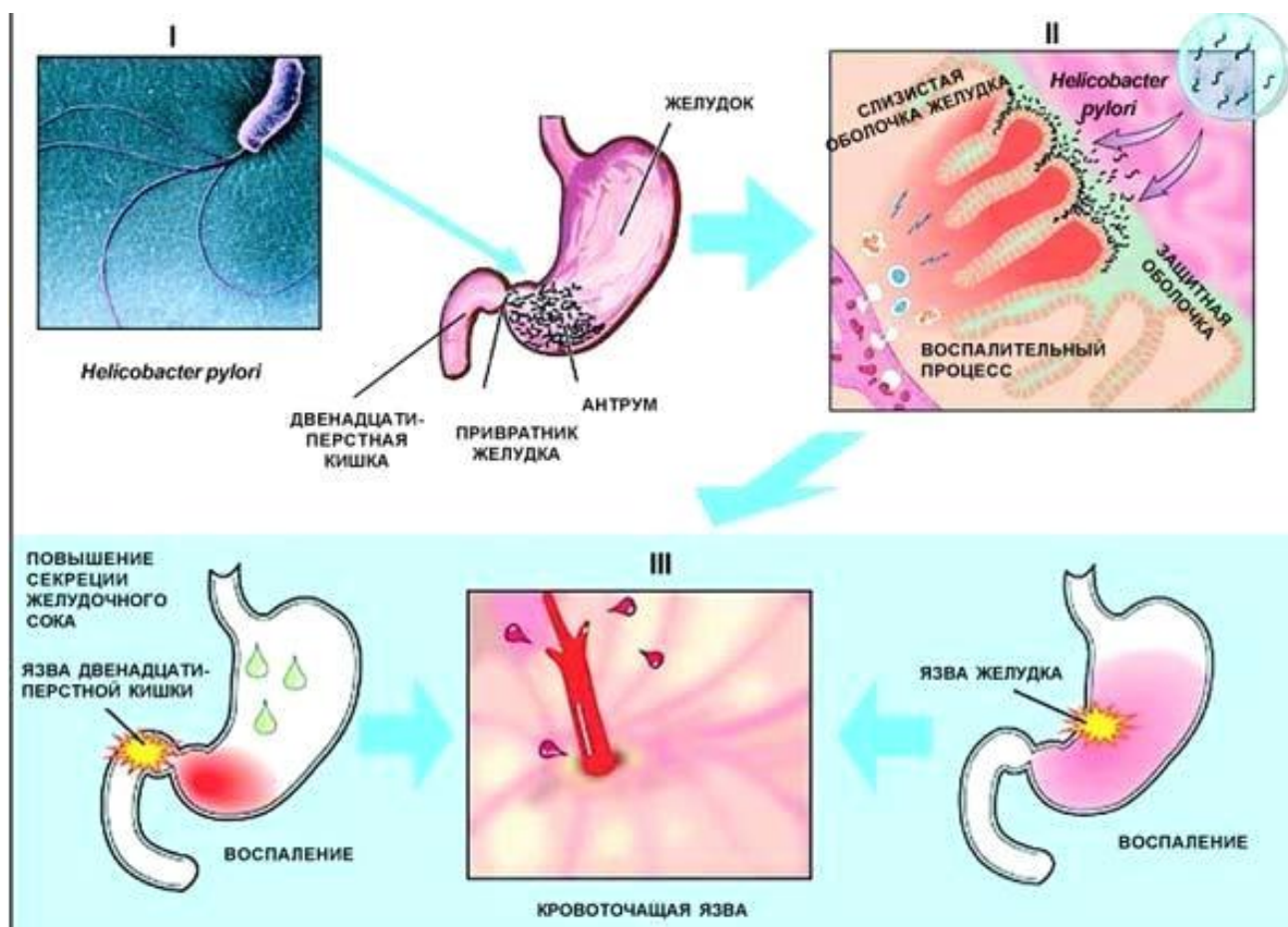


Виразкова хвороба

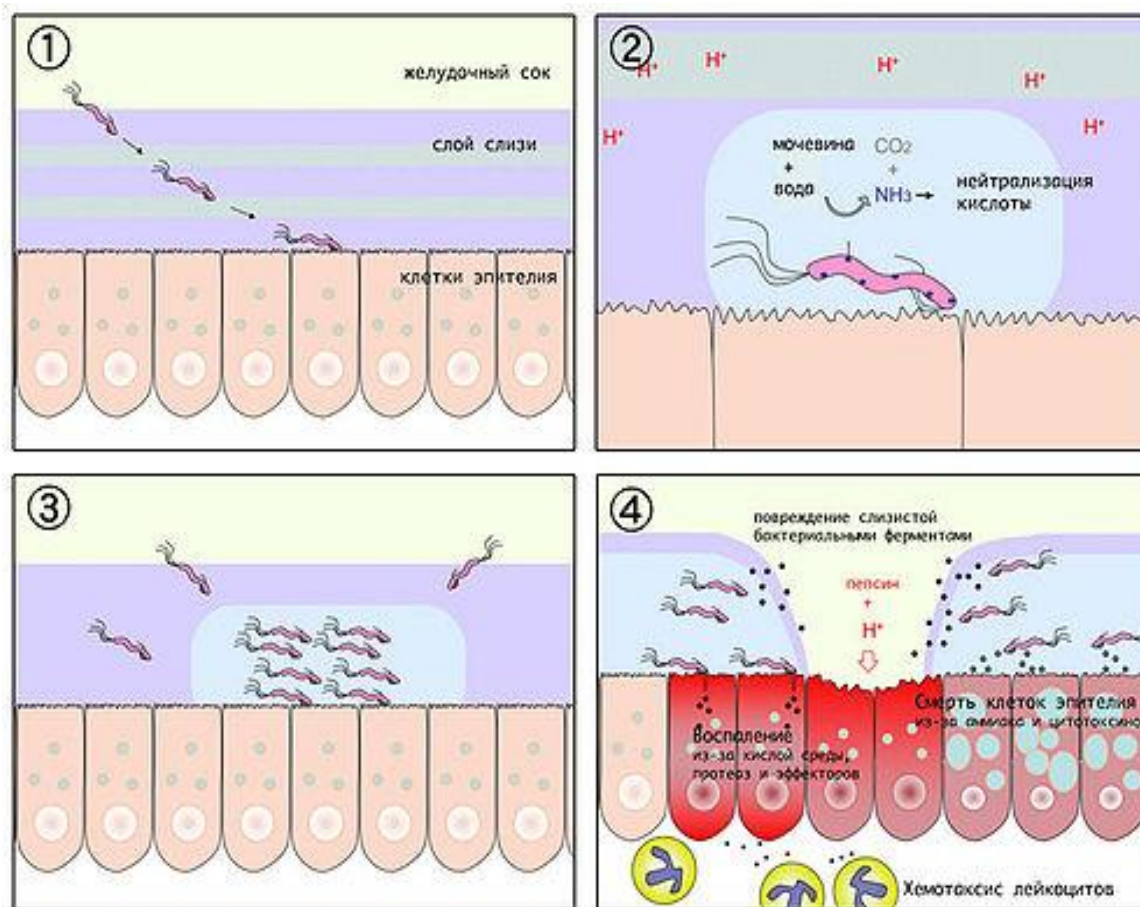
- Виразкова хвороба (morbus ulcerosus) – хронічне рецидивуюче захворювання, схильне до прогресування, перебіг якого характеризується чергуванням періодів загострення і ремісії, основним проявом якого є утворення виразкового дефекту у стінці шлунка і/або дванадцятипалої кишки.



Патогенез виразкової хвороби



Пошкоджуюча дія H. Pylori



Класифікація виразкової хвороби

- Стадії:
- I – неускладнена виразкова хвороба, вперше виявлена (гостра чи хронічна без рубцевої деформації) і неускладнена виразкова хвороба з легким перебігом;
- II – неускладнена виразкова хвороба з частими рецидивами (щорічно);
- III – ускладнена виразкова хвороба;
- IV – рецидив виразкової хвороби після оперативного лікування.
- За наявністю пілоричного хелікобактеріозу:
- НР-позитивна;
- НР-негативна.
- За локалізацією:
- виразка шлунка;
- виразка дванадцятипалої кишки;
- виразка шлунка і дванадцятипалої кишки (поєднані);
- виразки анастомозу;
- не уточненої локалізації.
- За розміром виразкового дефекту:
- мала виразка;
- середніх розмірів (у шлунку – 1-2 см, у дванадцятипалій кишці – 0,3-0,5 см);
- велика (в шлунку – 2-4 см, у дванадцятипалій кишці – 0,6-1,0 см);
- гігантська (в шлунку – 5 см і більше).

- Клінічні варіанти:
- типовий;
- гастритичний;
- юнацький;
- пізня виразка;
- «німа» виразка;
- змішаний
- За перебігом:
- легкий;
- середньої тяжкості;
- тяжкий.
- Періоди:
- загострення з рецидивом виразки (фази рецидиву – гостра, підгостра, рубцювання і епітелізації);
- загострення без рецидиву виразки;
- ремісія (стійка, нестійка).
- Ускладнення:
- стеноз вихідного відділу шлунка, цибулини дванадцятипалої кишки, зацибулинного відділу дванадцятипалої кишки;
- пенетрація;
- перфорація;
- кровотеча;
- кровотеча і перфорація;
- кальозна виразка;
- малігнізація.

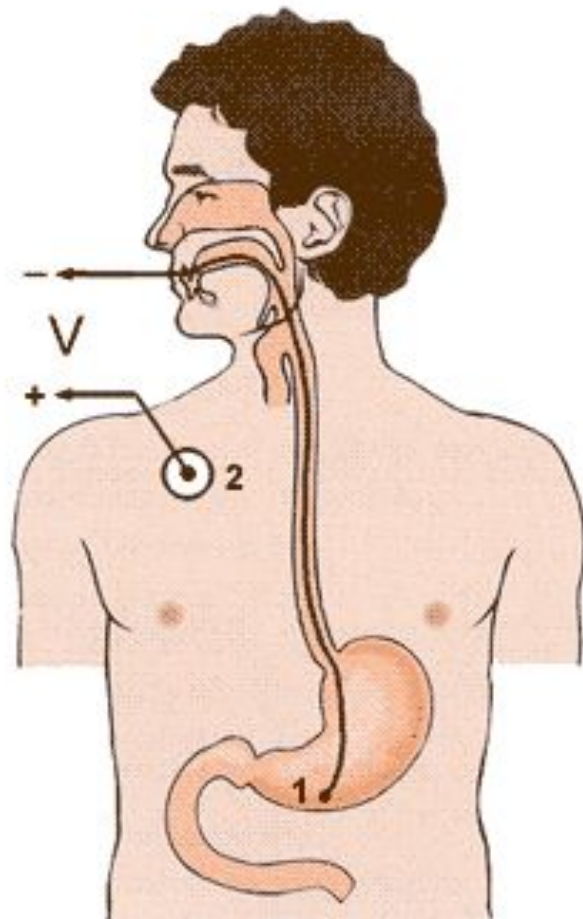
- *Клініка.* Основними синдромами при виразковій хворобі є: больовий, диспепсичний, астеновегетативний



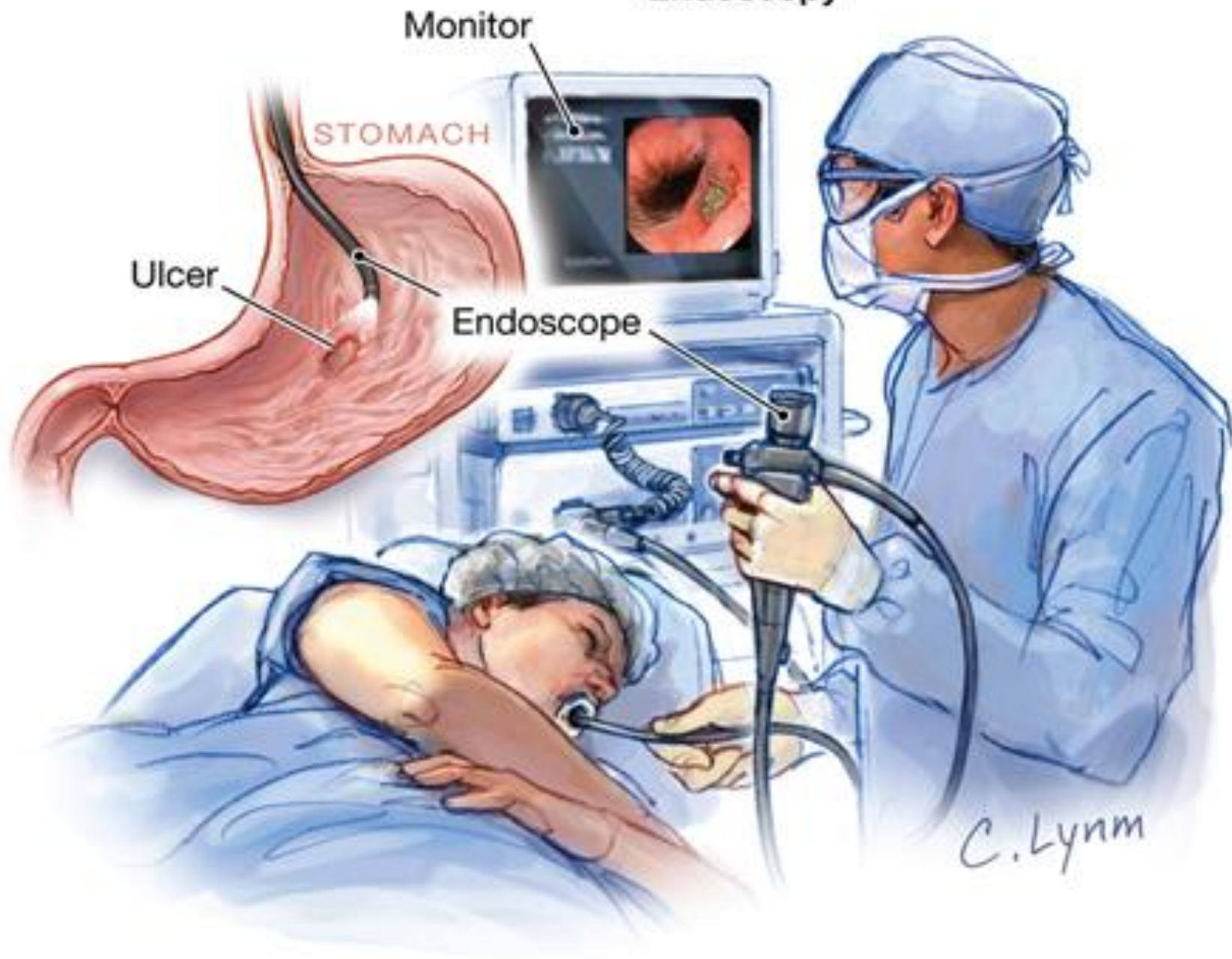
Діагностика

- Загальний аналіз крові.
- Аналіз калу на приховану кров.
- Визначення стану кислотності шлункового вмісту, секреторної функції шлунка.
- Встановлення наявності *H.pylori*-інфекції
- Езофагогастродуоденоскопія з прицільною біопсією
- Рентгенологічне обстеження.

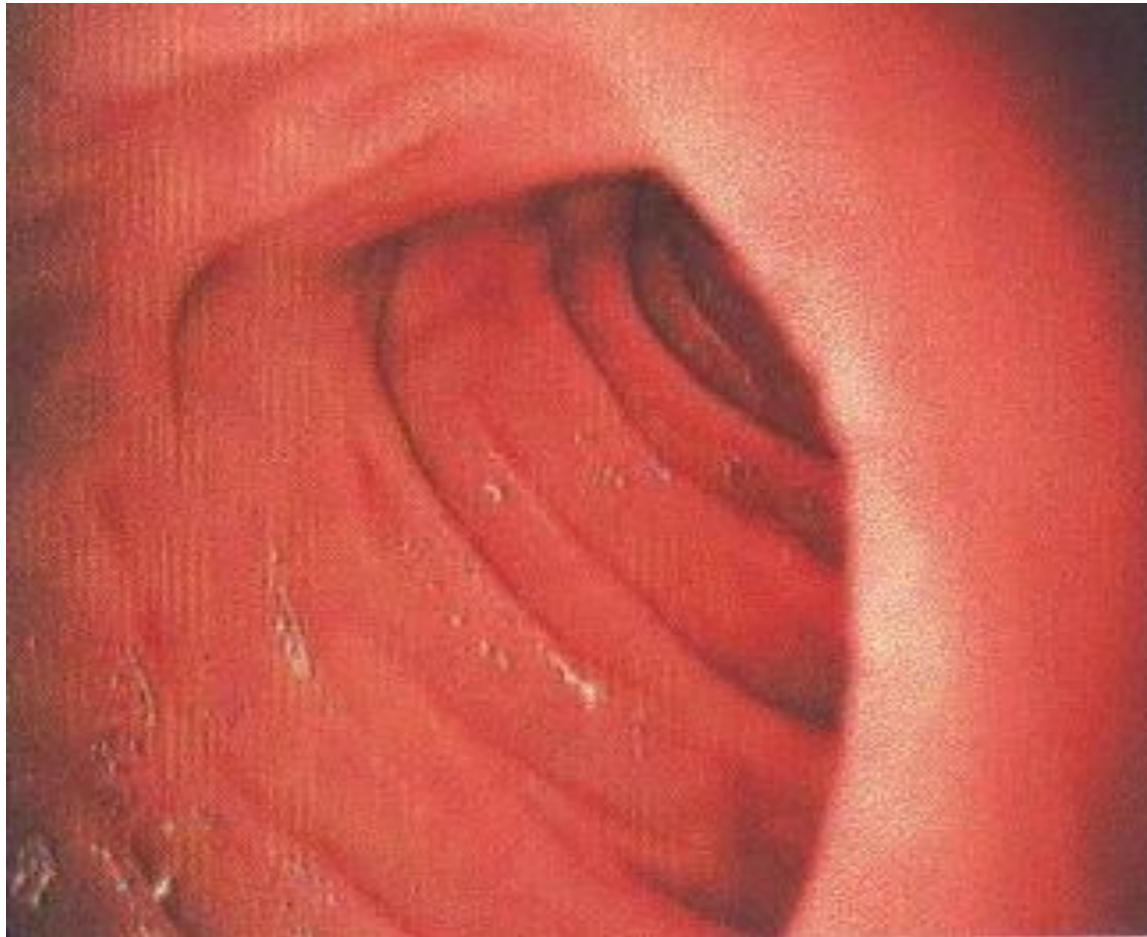
pH-метрія



Endoscopy

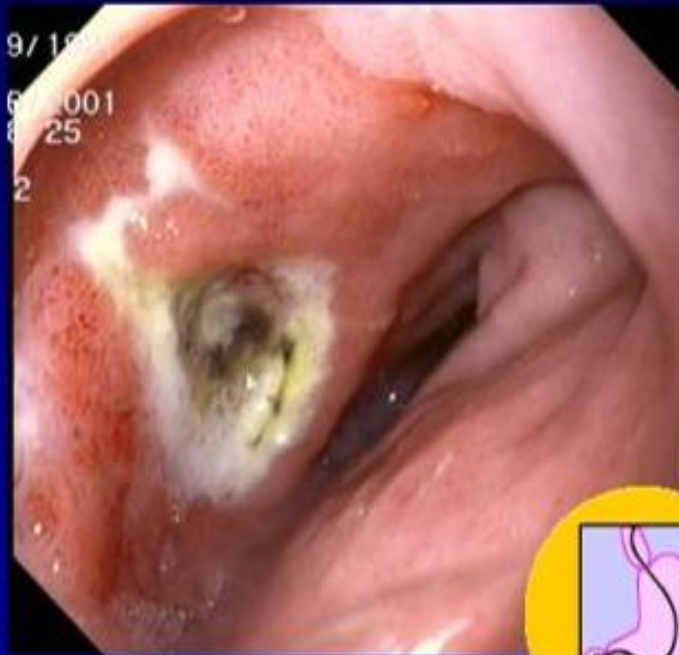


Просвіт 12-палої кишки здорової людини



Ендоскопічна картина

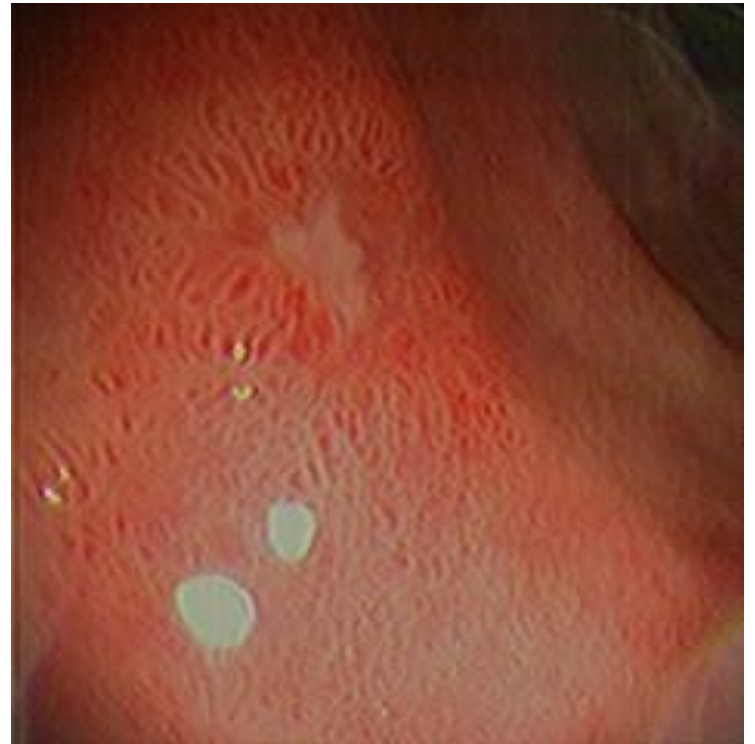
Duodenal Ulcer (DU)



Gastric Ulcer (GU)

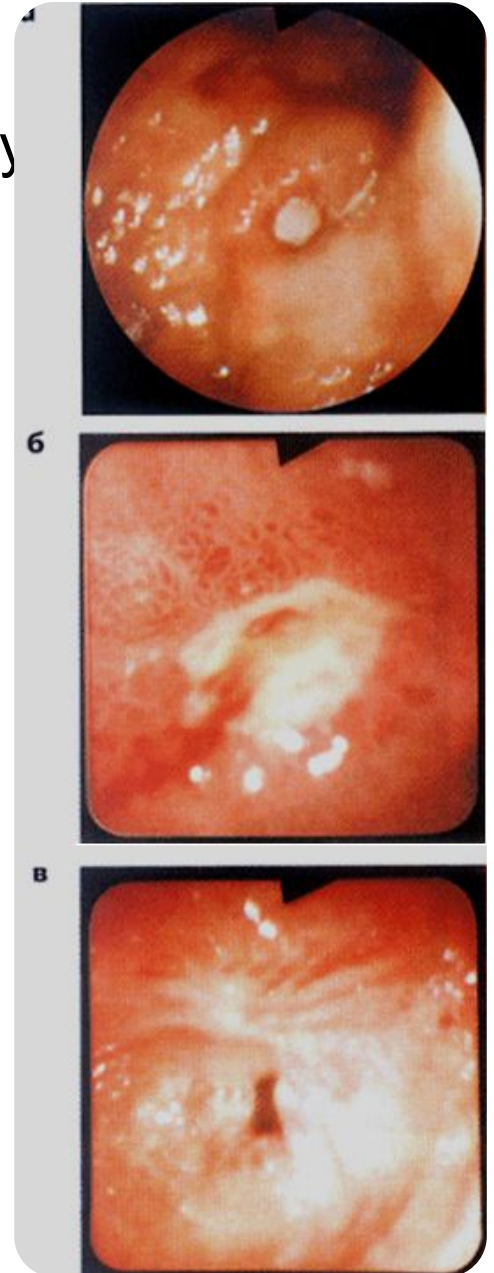


Ендоскопічна картина виразкової хвороби

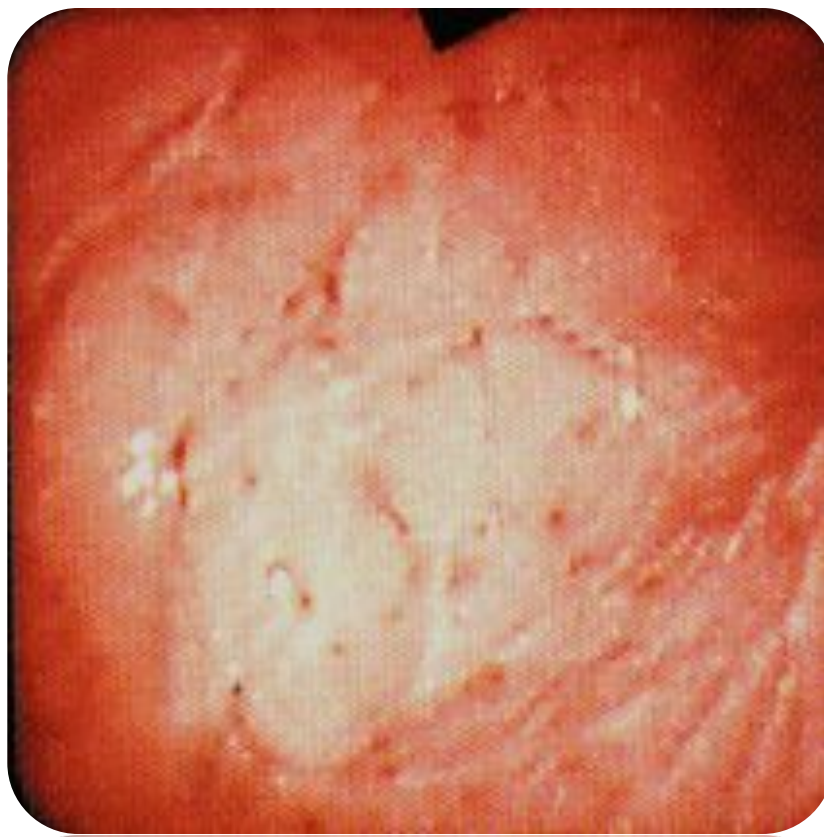


Динаміка ендоскопічної картини виразкової хвороби шлу

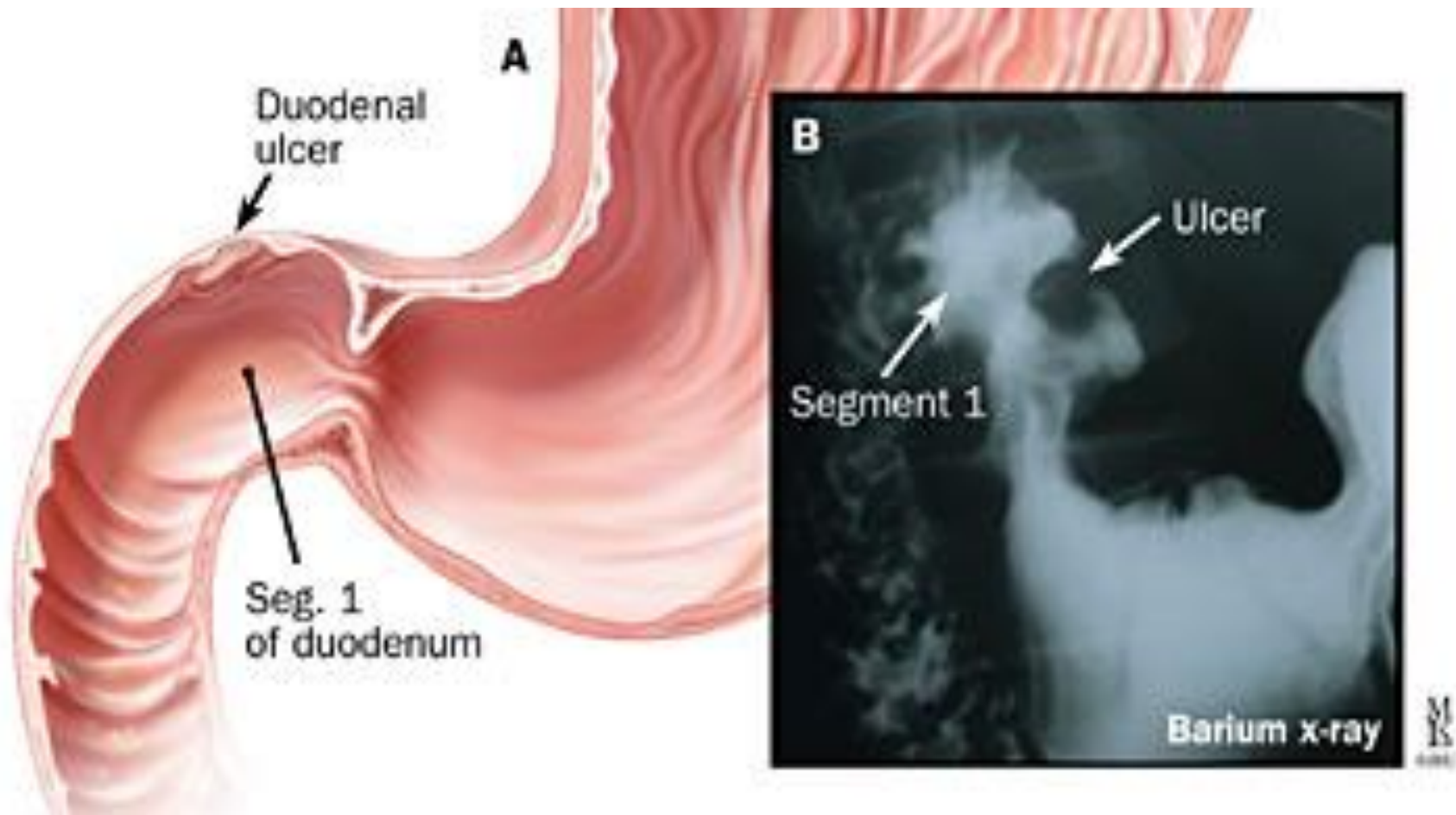
а - фаза загострення
(навколо виразки виразний
запальний вал); б - фаза
загоєння (по периферії
виразки помітна
грануляційна тканина);
в - фаза рубцювання
(утворення грубого рубця з
порушенням рельєфу
слизової та деформацією
органа)



Ендоскопічна картина деформації цибулини
дванадцятипалої кишки. В цибулині помітний
довгий лінійний рубець, деформуючий
дванадцятипалу кишку



Рентгенологічне дослідження



Рентгенологічне дослідження



УСКЛАДНЕННЯ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ

СИМПТОМАТИКА

ЛАБОРАТОРНО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ
ДОСЛІДЖЕННЯ

ЛІКУВАЛЬНІ ЗАХОДИ

ПЕРФОРАЦІЯ

Характерне
положення хворого
виразковою
хворобою



На рентенограмі відмічається
наявність вільного газу в черевній
порожнині

ЕКСТРЕННА ОПЕРАЦІЯ

КРОВОТЕЧА

Кровотеча у хворого виразковою хворобою
шлунка у вигляді блювоти "кофейною гущею"



Показники гемодинаміки і
результати термінових аналізів
крові

Артеріальний тиск - 80 і 50 мм рт. ст.

Число серцевих скорочень - 120 за
хв.

Гемоглобін 70 г/л; еритроцити - $2,9 \cdot 10^{12}$ в 1 л

1. Госпіталізація
2. Абсолютний спокій
3. На живіт міхур з льодом
4. Переливання крові до 500 мл, введення внутрішньовенно гіпертонічних розчинів і фізіологічного розчину під шкіру
5. Дієта - 1-2 доби голод, потім рідка холодна їжа і курс противиразкового дієтичного лікування
6. При повторних кровотечах - хірургічне лікування

РУБЦЕВО-ВИРАЗКОВИЙ
СТЕНОЗ ПІЛОРУСА

Характерне положення хворого
при рубцево-виразковому
стенозі пілоруса



Рентенограма хворого зі стенозом
пілоруса: розширений шлунок

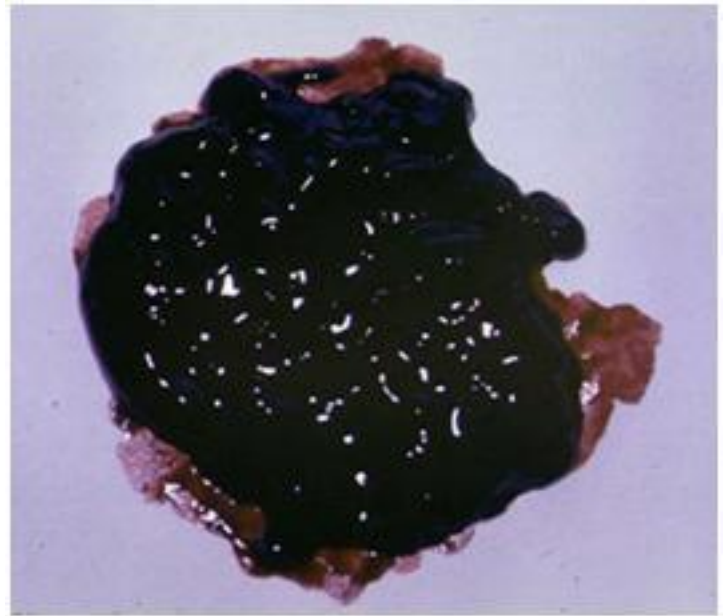
ПРИ ПОМІРНОМУ СТЕНОЗУВАННІ

1. Ліжковий режим
2. Курс противиразкового дієтичного лікування: скорочення проміжків між вживанням їжі, зменшення маси разового вживання, додання білкових продуктів
3. Повторні промивання шлунка
4. При обезводнюванні і електролітичних порушеннях - крапельні клізми, фізіологічний розчин під шкіру, розчин хлориду кальцію, хлориду натрію внутрішньовенно. При відсутності ефекту від консервативного лікування і при **ВИРАЖЕНОМУ СТЕНОЗІ** - хірургічне лікування.

Кровотеча

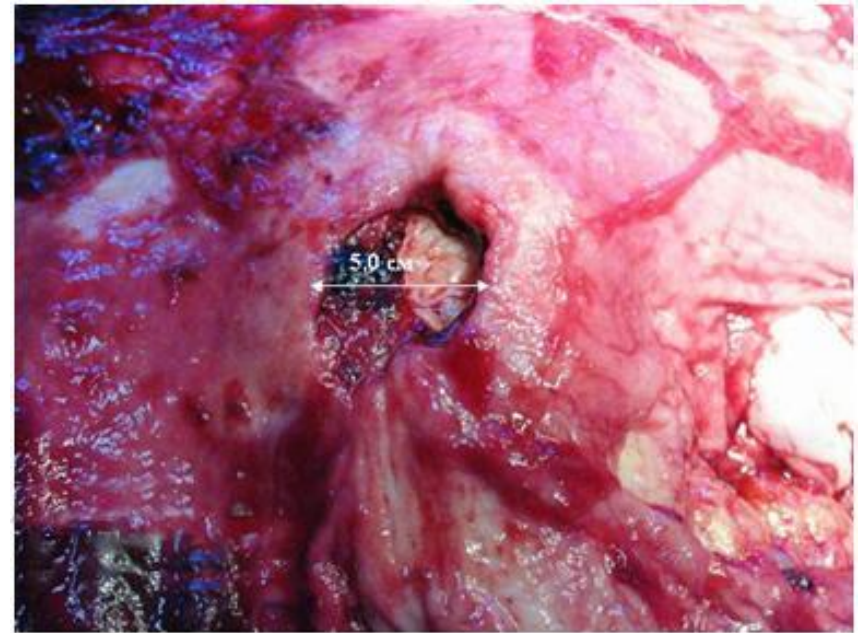


ендоскопічна картина



“мелена”

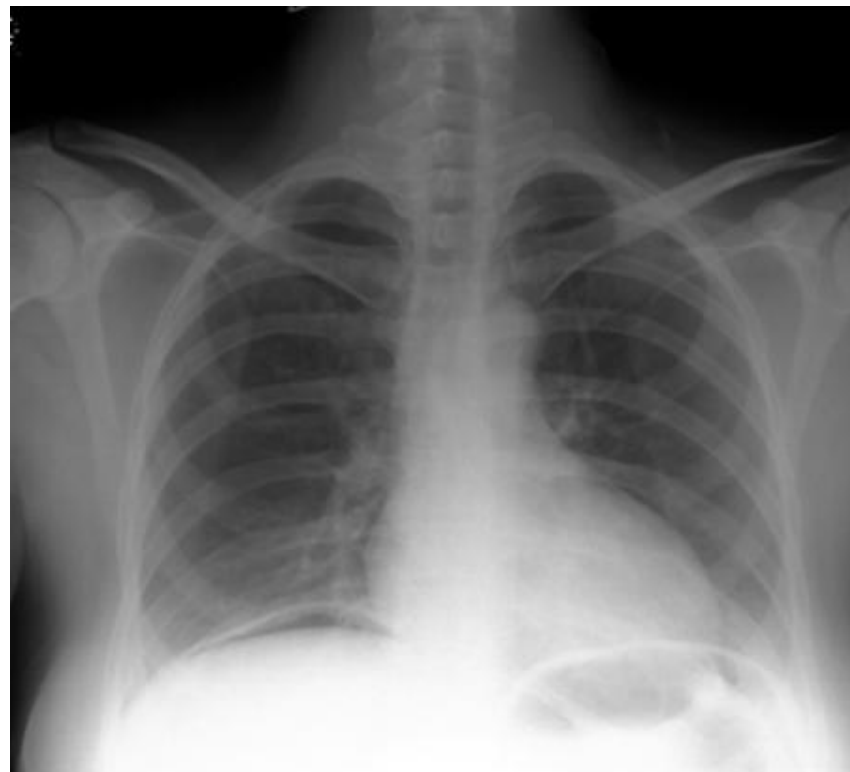
Виразка шлунка з пенетрацією в підшлункову залозу



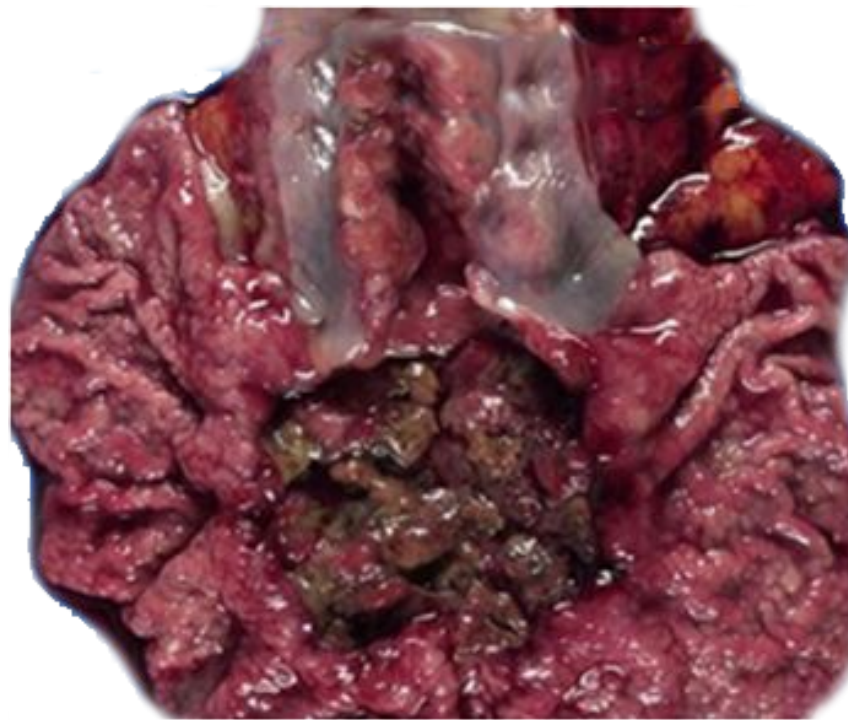
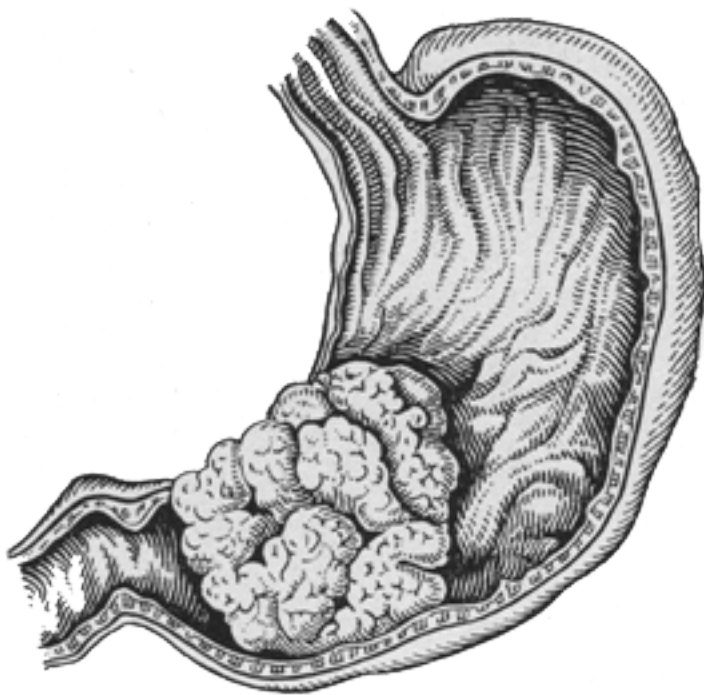
Виразка шлунка з пенетрацією в ліву частку печінки



Перфорація виразки



Малігнізація виразки



Пілоростеноз

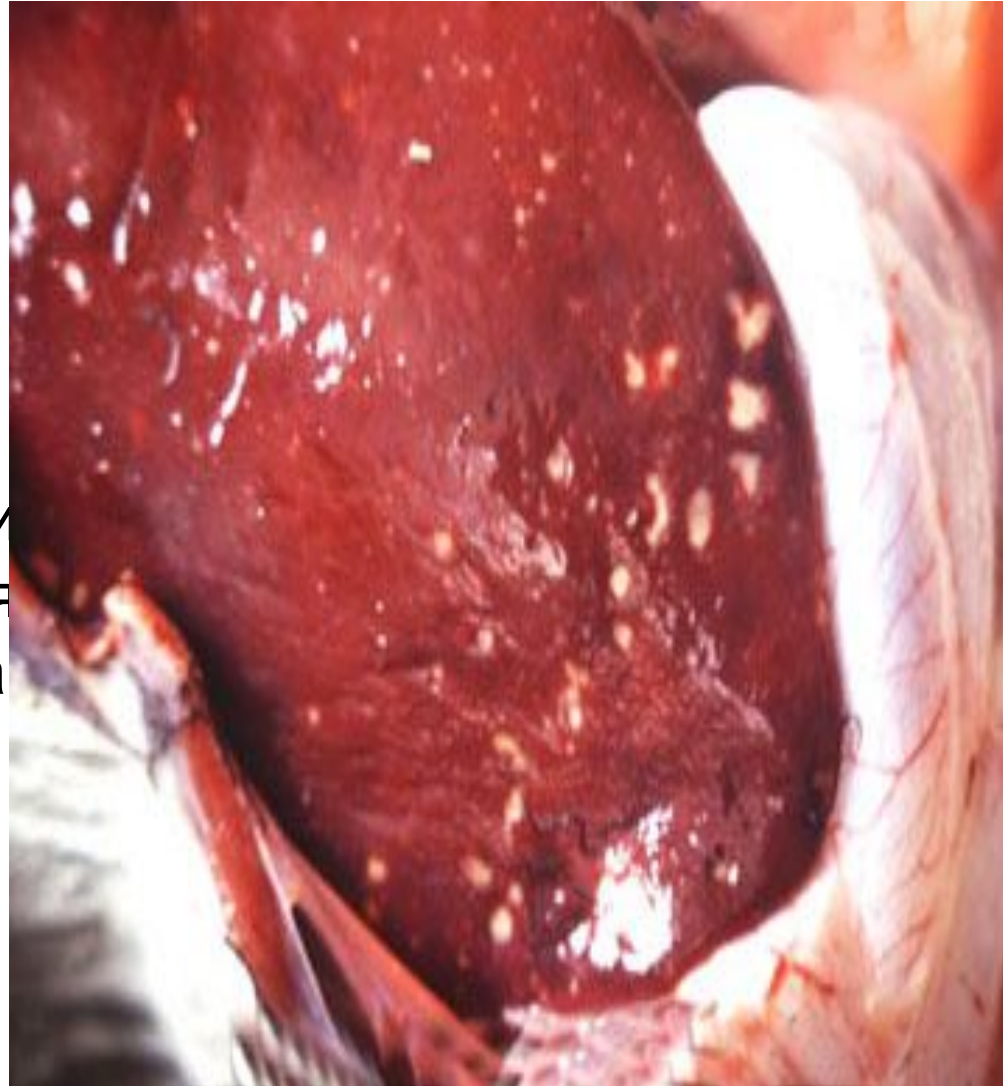


Лікування

- При НР-асоційованій виразковій хворобі рекомендуються схеми антихелікобактерної терапії, які базуються на положеннях II і III Маастрихтського Консенсуса.
- Терапія «першої лінії» призначається пацієнтам, які раніше не лікувались від хелікобактерної інфекції. Вона складається з інгібітора протонної помпи (омепразол 20 мг 2 рази на день, ланзопразол 30 мг 2 рази на день+кларитроміцин 500 мг 2 рази на день + амоксицилін 1000 мг 2 рази на день 7 днів.
- Терапія «другої лінії» призначається при проведенні повторного курсу лікування або при відомій непереносимості чи резистентності до кларитроміцину. Вона включає: інгібітор протонної помпи у стандартній дозі 2 рази на день+колоїдний субцитрат вісмуту 120 мг 4 рази на день + метронідазол 500 мг 3 рази на день + тетрациклін 500мг 4 рази на день 7 днів.
- При лікуванні НР-негативних виразок з метою підвищення факторів захисту використовуються препарати вісмуту, де-нол, бісмофальк, сукральфат.

Хронічний ентерит

- **Хронічний ентерит** – поліетіологічне захворювання тонкого кишечника, при якому спостерігаються запальні і дистрофічні зміни слизової оболонки які ведуть до порушення кишкового травлення та всмоктування.



Хронічний коліт

- **Хронічний коліт** (colitis chronica, ХК) – хронічне запально-дистрофічне захворювання товстої кишки, яке характеризується розвитком морфологічних змін слизової оболонки і порушенням моторної, всмоктувальної і інших функцій кишечника.

- Proctitis: involves only the rectum (a)
- Proctosigmoiditis: involves the rectum and sigmoid colon (b)
(the lower segment of the colon before the rectum)
- Distal colitis: involves only the left side of the colon (c)
- Pancolitis: involves the entire colon (d)
- Backwash ileitis: involves the distal ileum



(a)



(b)

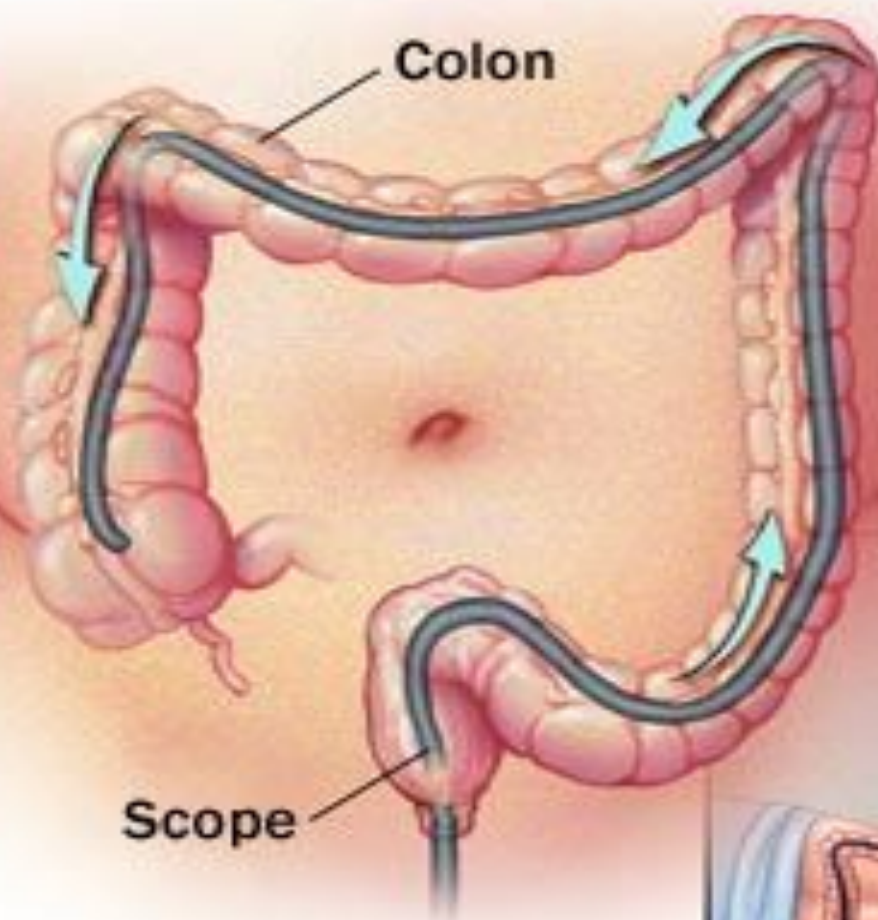


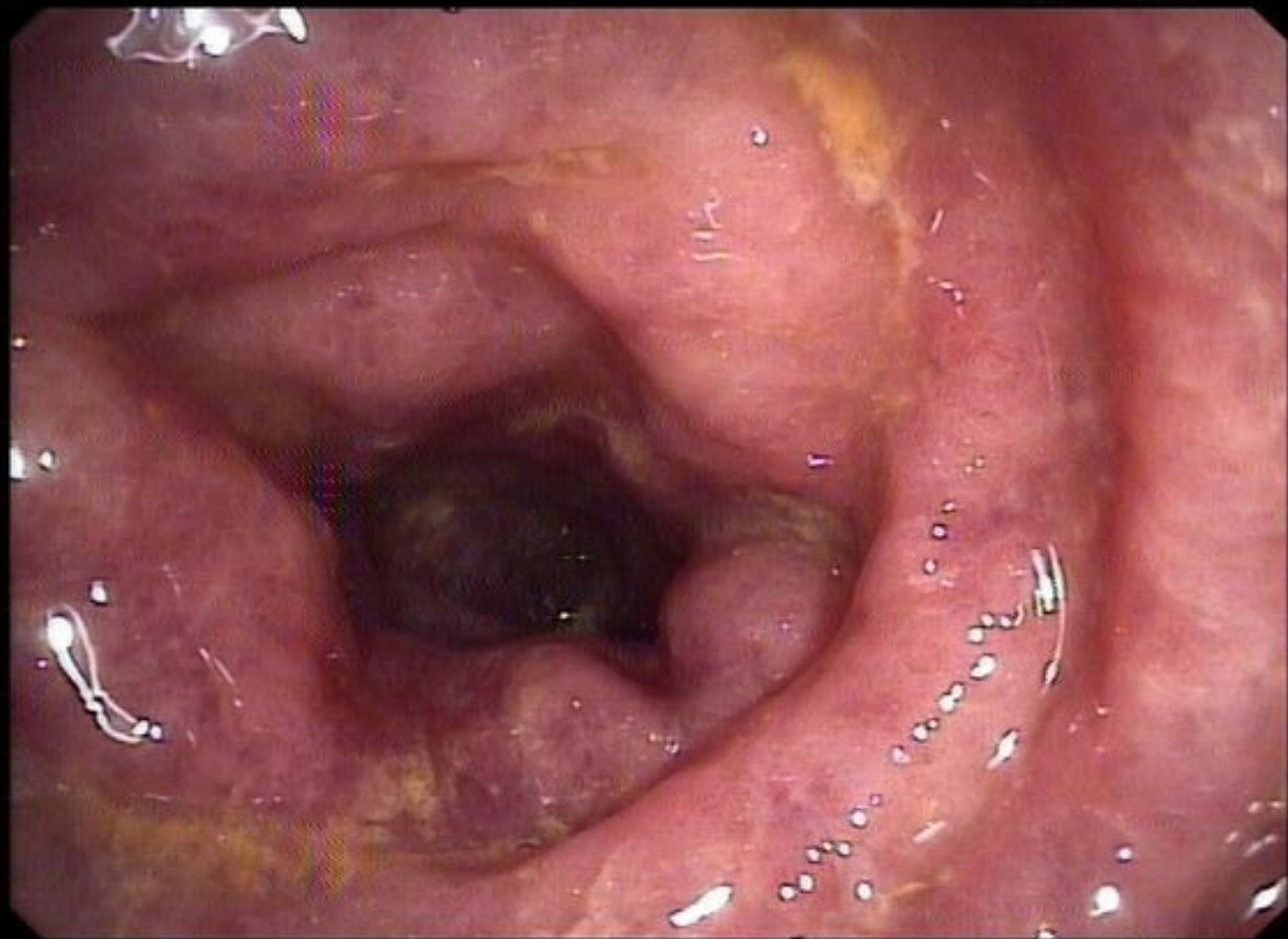
(c)



(d)

Colonoscopy





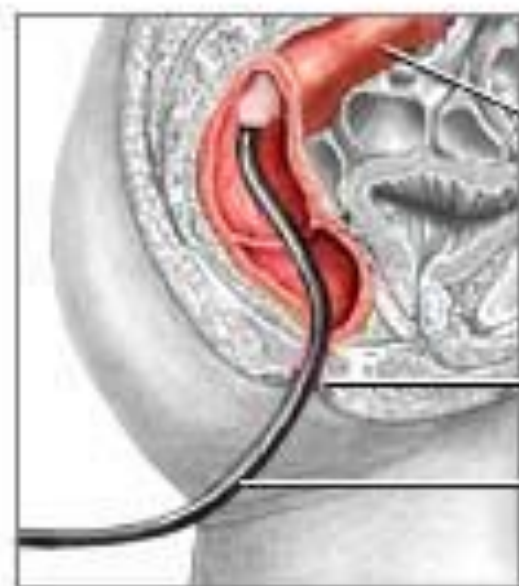


Pseudomembranous colitis

Barium liquid is instilled into the large intestine through the anus



Radiologic view of barium enema



Large intestine

Anus

Endoscope





Дякую за увагу!