Тема:

Пептична виразка (виразкова хвороба) шлунка та 12-палої кишки.

ПЛАН

1. Визначення та етіологія пептичної виразки.
2. Сприятливі чинники розвитку захворювання.
3. Основні клінічні ознаки в залежності від локалізації патологічного процесу.
4. Об’єктивні та додаткові дані, інтерпретація їх медичною сестрою.
5. Основні принципи лікування неускладненої пептичної виразки.
6. Ускладнення пептичної виразки.
7. Прогноз і профілактика.
8. Особливості догляду.

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони здоров'я України 03.09.2014 № 613

УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ ПЕРВИННОЇ, ВТОРИННОЇ (СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ) МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

ПЕПТИЧНА ВИРАЗКА ШЛУНКА ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ДОРОСЛИХ

Пептична виразка (ПВ)

Виразкова хвороба **– це хронічне рецидивуюче захворювання, яке має схильність до прогресування і втягнення в патологічний процес поряд із шлунком і дванадцятипалою кишкою інших органів системи травлення та виникнення ускладнень, що загрожують життю хворого.**

У світі хворіє ≈ 20% населення (кожен п’ятий).

В Україні – понад 5 млн. хворих

Серед хвороб системи травлення на ВХ припадає ≈ 13%

У віці до 45 років хворіють 7 : 1

На 1 хвору жінку припадає 7 чоловіків

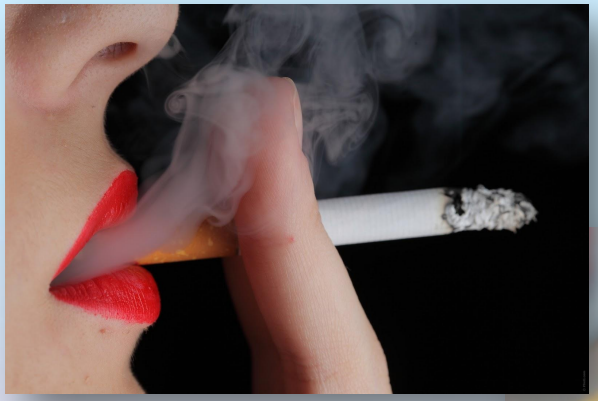
Після 45 років кількість хворих 1 : 1

Причина розвитку ПВ

Helicobacter pylori

80% - ПВ шлунка, 95% - ПВ 12-палої кишки

Чинники розвитку ПВ



Куріння

Зловживання алкоголем

Контакт з інфікованою людиною

Тривале вживання НПЗС та аспірину

Імунофіцит (цитомегаловірусні виразки)

Клініка пептичної виразки (виразкової хвороби)

Больовий синдром

- Виникає в епігастії.
- Спочатку як відчуття голоду, дискомфорту або повноти
- Згодом біль набуває пекучого, стискаючого, ріжучого чи розпираючого характеру.
- При виразці шлунку біль часто супроводжується печією.

Больовий синдром

Ранній біль

- з’являється через 0,5-1,0 год після їжі,
- поступово зростає за інтенсивністю,
- триває 1-2 год і тамується в міру евакуації шлункового вмісту.

Пізній біль

- виникає через 1,5-2,0 год після їжі на висоті травлення,
- зникає через 3 години.

Голодний біль

- виникає через значний проміжок часу (7 год) або натще і закінчується після вживання їжі,
- найближчий до «голодного» нічний біль.

Диспептичний синдром

- Печія
- Відрижка (кислим, рідше тухлим)
- Нудота
- Блювання
- Метеоризм
- Закрепи

Астено-невротичний синдром

- Дратівливість
- Емоційна лабільність
- Підвищена тривожність
- Демонстративність
- Високий рівень запитів
- Постійне незадоволення

Об'єктивно:

Положення пацієнта
при нападі болю
На боці або напівсидячи
з підведеними до живота ногами

Огляд язика

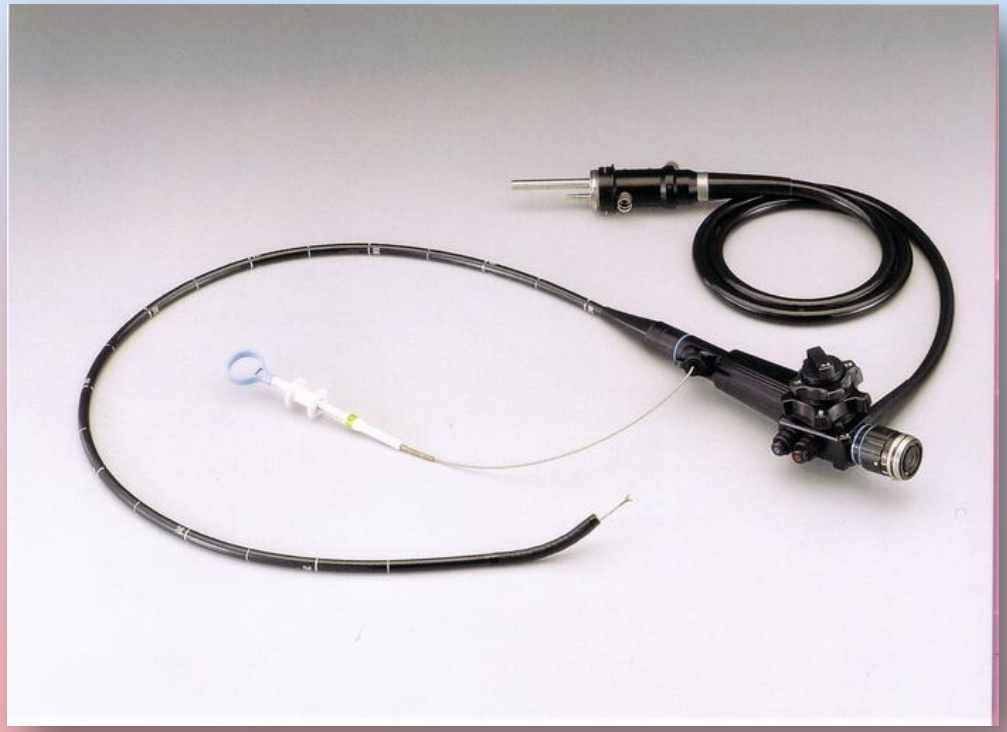
При ВХ шлунка – язик вкритий сірувато-білим налетом.
При ВХ 12-палої кишки – язик чистий, вологий.
При ускладненнях ВХ – обкладений бурим налетом, сухий

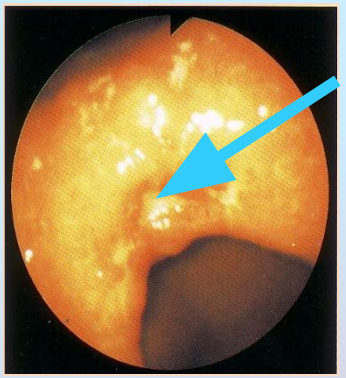
Огляд живота

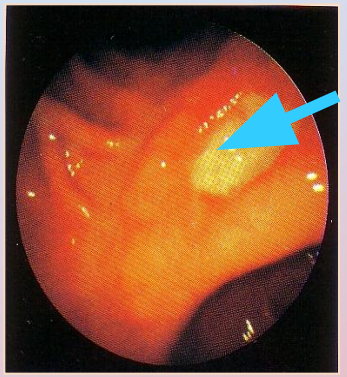
Живіт втягнутий. Можлива пігментація в епігастрії.

Діагностика ПВ

ЕГДС – езофагогастродуоденоскопія з біопсією







Діагностика ПВ

Виявлення Hb. Pylori

Серологічний тест

Антиген-тест випорожнень

Діагностика ПВ

Виявлення Hb. Pylori

Дихальний тест на сечовину
(виявлення двоокису вуглецю)

Діагностика за допомогою дихального тесту заснована на здатності Helicobacter Pylori продукувати велику кількість уреази – гідролітичного ферменту, який розщеплює сечовину на вуглекислий газ і аміак. Пацієнту необхідно випити розчин сечовини, і через деякий час проводиться аналіз газів пацієнта, що містяться в повітрі, що видихається.

Лікування ПВ

Ерадикаційна антихелікобактерна терапія лікування:

NB! Лікарські засоби необхідно приймати перед їжею.

Трикомпонентна терапія:

ІПП в стандартній дозі 2 рази на добу + амоксицилін 1000 мг 2рази на добу + кларитроміцин 500 мг 2 рази на добу впродовж 10-14 днів.

При алергії на пеніцилін:

ІПП в стандартній дозі 2 рази на добу + кларитроміцин 500 мг 2 рази на добу+метронідазол 500 мг 2 рази на добу впродовж 7-14 днів.

NB! Використання високих доз ІПП останнього покоління (езомепразол 40 мг 2 р/д) призводить до підвищення ефективності трикомпонентної схеми.

Лікування ПВ

Трикомпонентна ерадикаційна анти-хелікобактерна терапія

Ускладнення виразкової хвороби

Шлункова кровотеча

Перфорація

Малігнізація

Пенетрація

Стеноз воротаря

Шлункова кровотеча

раптове виникнення блювання з домішками темної крові (у вигляді “кавової гущі”);

- пацієнт раптово блідне, шкіра волога;
- відчуває запаморочення, загальну слабкість, серцебиття, часом буває непритомність;
- турбують спрага, головний біль, сонливість;
- артеріальний тиск знижується;
- пульс слабкого наповнення, прискорений, тахікардія;
- випорожнення хворого (через 8 годин) набувають чорного забарвлення, нагадуючи дьоготь (мелена).

Шлункова кровотеча. Невідкладна допомога.

- **Негайно викликати лікаря!**
- **Покласти пацієнта у ліжко, голову повернути на бік, під голову підкласти клейонку і рушник.**
- **До рота пацієнта прикласти ниркоподібний лоток.**
- **Припідняти ніжний кінець ліжка.**
- **Покласти на епігастральну ділянку міхур з льодом.**
- **Виміряти артеріальний тиск та пульс.**
- **Максимально усунути психічні подразники.**

Шлункова кровотеча. Невідкладна допомога.

Промити шлунок 1л холодної води, потім увести амінокапронову кислоту 5% - 100 мл і перетиснути зонд на 2 години;

- **Підготувати необхідні антикоагулянти і систему для в/в краплинного введення інфузійних розчинів:**
- **Вводити в/в амінокапронову кислоту 5% - 100 мл кожних 8 годин протягом трьох днів;**

в/в або в/м 12,5% розчин дицинону 2-4 мл;

Препарат ГЕМОТРАН у 8-10 раз сильніший за амінокапронову кислоту.

Шлункова кровотеча. Невідкладна допомога.

- в/в введення ІПП (лансопразол, ЕЗОМЕПРАЗОЛ) 20-40 мг 1 р/д.
  200мл свіжозамороженої одногрупної плазми крові;
- внутрішньовенне введення плазмозамінників:
  рефортану – 500 мл або стабізолу – 500 мл;
- холодне обволікуюче пиття (молоко, кисіль);
- езофагогастродуоденоскопія з метою проведення аплікації
  гемостатичною плівкою;
- у випадку виникнення мелени, забезпечити пацієнта судном.

Перфорація

Це прорив виразки та надходження шлунково-дуоденального вмісту і повітря у вільну черевну порожнину.

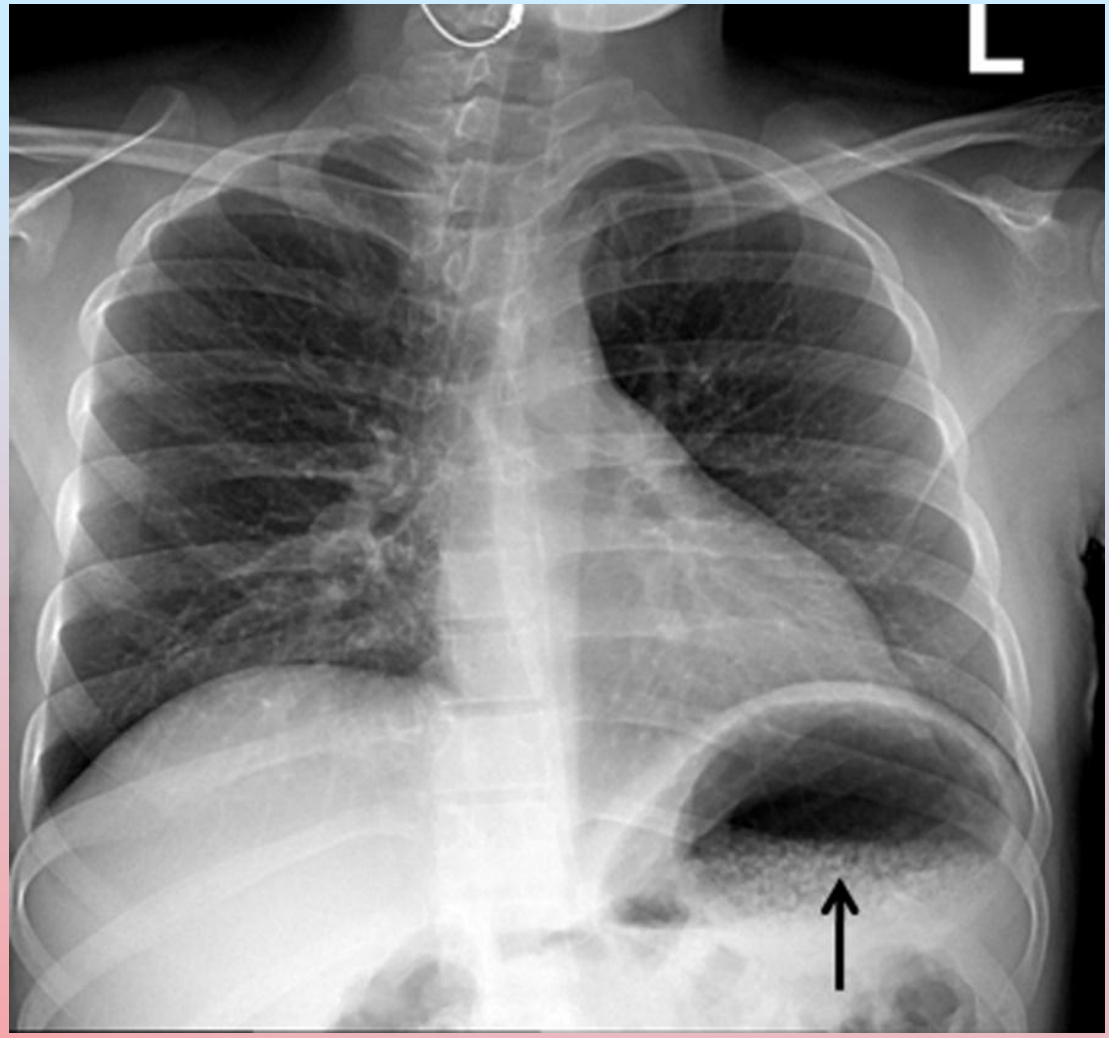
Перфорації передують:

- **загострення захворювання;**
- **фізичні та нервово-психічні навантаження;**
- **вживання алкоголю;**
- **переповнення шлунка їжею;**
- **блювання.**

Перфорація

- різкий “кинджальний” біль у надчерев’ї;
- дошкоподібне напруження м'язів передньої черевної стінки (в епігастрії);
- позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга;
- перкуторно – зникнення печінкової тупості;
- блідість шкіри і слизових оболонок, лихоманка;
- колапс, брадикардія, ниткоподібний пульс;
- через 6-8 годин ознаки перитоніту;
- явища динамічної кишкової непрохідності;
- лейкоцитоз із нейтрофільним зсувом.

Перфорація



При ультразвуковому або рентгенологічному дослідженні черевної порожнини виявляють повітря під діафрагмою.

Перфорація. Невідкладна допомога.

- **Негайно викликати лікаря!**
- **госпіталізація в хірургічне відділення**
- **оперативне лікування.**

Пенетрація

Пенетрація = перфорація.

- **вихід вмісту шлунку відбувається не в черевну порожнину, а в сусідній орган.**

Малігнізація

Рак шлунка – це пухлина, яка займає перше місце серед злоякісних захворювань у чоловіків та друге (після раку яєчників) – у жінок. Найчастіше виникає у віці 40-60 років.

Ознаки малігнізації:

- **погіршення апетиту; схуднення (аж до кахексії);**
- **відраза до м´ясної їжі;**
- **відчуття важкості та баль в епігастрії;**
- **інколи – блювання у вигляді "кавової гущі“;**
- **шкірні покриви бліді, анемія;**
- **пальпаторно: живіт здутий**
- **пухлина може бути рухома під час дихання та пальпації.**

Малігнізація

Основний метод діагностики раку шлунка – езофагогастродуоденоскопія з біопсією

Лікування раку шлунка:

- **Хірургічне – субтотальна резекція шлунка.**
- **Променева терапія.**
- **Хіміотерапія.**
- **Медикаментозне – анальгетики, спазмолітики, препарати крові та заліза.**

Стеноз воротаря

Затримка їжі в шлунку.

Основна ознака – блювання їжею, вжитою кілька днів назад.

Лікування – оперативне.

Тема наступної лекції:

Гепатити.
Цирози.