

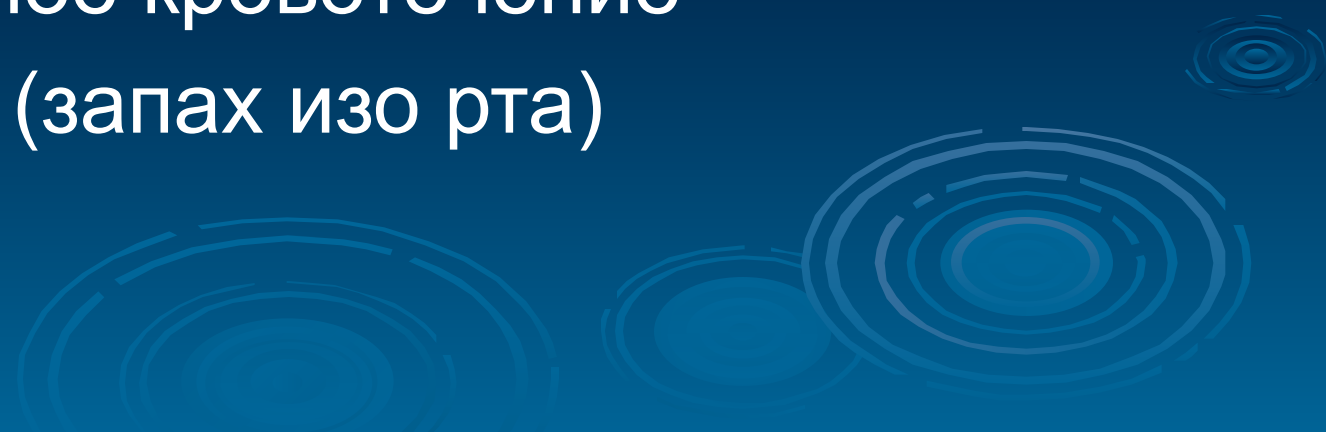
Дифференциальный диагноз пищевода и желудка



БОЛЕЗНИ ПИЩЕВОДА

- Ахалазия кардии пищевода
- Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- Дивертикулы пищевода
- ГЭРБ
- Пищевод Барретта
- Эзофагит
- Язвы пищевода
- Рак пищевода
- Доброкачественные опухоли пищевода
- Стриктуры пищевода
- Функциональные расстройства

Основные СИНДРОМЫ при заболеваниях пищевода

- Дисфагия
 - Болевой синдром
 - Пищеводная рвота (регургитация, срыгивание)
 - Изжога
 - Пищеводное кровотечение
 - Какосмия (запах изо рта)
- 

ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВОДА

- Сбор анамнеза
- Осмотр
- Эзофагогастродуоденоскопия с биопсией
- Рентгенологическое исследование пищевода с контрастированием
- Эзофагоманометрия, эзофаготономография
- 24-часовая рН-метрия
- Провокационные пробы
- Пробы с антисекреторными препаратами

ДИСФАГИЕЙ называется затруднение акта глотания - прохождения твердых или жидких веществ изо рта в желудок, обусловленное функциональными или органическими поражениями пищевода.

Диф. диагностика заболеваний пищевода проявляющихся ДИСФАГИЕЙ

- Какие факторы провоцируют или/и усиливают дисфагию?
- Какие факторы облегчают дисфагию?
- Характер течение?
- Сопутствующие симптомы и состояния?



Лабораторно-инструментальное
обследование для уточнения диагноза

Диф. диагностика заболеваний пищевода проявляющихся пищевой ДИСФАГИЕЙ



Диф. диагностика заболеваний пищевода проявляющихся БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ

- Какие факторы провоцируют болевой синдром?
- Локализация и иррадиация болей?
- Какие факторы купируют болевой синдром?
- Сопутствующие симптомы и состояния?



Лабораторно-инструментальное
обследование для уточнения диагноза

Зависимость характера болей от механизма возникновения

Характер боли	Заболевание
Приступообразные (ангиноподобные) загрудинные боли раздирающего характера, иррадиирующие в шею, челюсть, спину. Могут сопровождаться вегетативными проявлениями (ощущением жара, потливостью, дрожью в теле). Купируются нитроглицерином, глотком воды, анальгетиками	Дискинезия пищевода Ахалазия кардии Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы ГЭРБ
Загрудинные боли жгучего характера, усиливающиеся в горизонтальном положении или наклоне туловища вперед. Купируются переменой положения тела, антацидами	ГЭРБ
Постоянные тупые или жгучие боли за грудиной, сопровождающиеся астеническим и интоксикационным с-м.	Дивертикулиты Опухоли пищевода
Загрудинная боль с чувством распирания в эпигастрии и нехватки воздуха, проходит после отрыжки	Аэрофагия

ИЗЖОГА чувство жжения за грудиной в области мечевидного отростка.

Возникает натощак, после обильной еды, большого количества сладостей, острых блюд, в горизонтальном положении, во время беременности.

Характерна для рефлюкс-эзофагита, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, склеродермии;

Стадии ахалазии пищевода

- 1 стадия.** Макроскопически – изменений нет, микроскопически – на границе нормы.
- 2 стадия.** Заметное сужение кардии и расширение пищевода до 3 см. Микро – периваскулярная инфильтрация, гипертрофия и отек мышечных волокон.
- 3 стадия.** Кардия сужена, просвет пищевода расширен до 5 см. СО утолщена, отечна, гиперемирована. Подслизистый и мышечный слои увеличены в 2-3 раза
- 4 стадия.** Дистальные сегменты сужены, пищевод расширен более 5 см (иногда до 15-18 см). Пищевод удлиняется и S-образно деформируется.

ДИАГНОСТИКА АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА

- ❑ Жалобы больного.
- ❑ Анамнез (течение заболевания).
- ❑ Объективное исследование.
- ❑ Инструментальные и лабораторные методы исследования:

Рентгеноконтрастное исследование пищевода

+ лекарственные пробы

(обнаруживает различной степени расширение и удлинение пищевода, в ряде случаев сочетающиеся с его S-образным искривлением, нарушение перистальтики, скопление в пищеводе жидкости натошак, задержка поступления контраста в желудок)

Синдром мышиноного хвоста при ахалазии III стадии

Синдром «завязанного мешка» при ахалазии IV стадии

Синдром «клюва голубя» при ахалазии IV стадии

Эзофагоскопия (позволяющей провести диф/диагностику и взять биоптат для гистологического исследования)

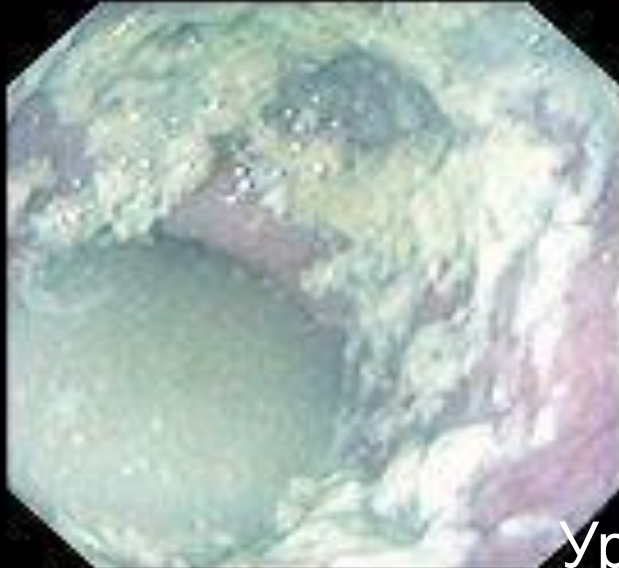
Манометрия (определяет нормальный или увеличенный уровни давления НСП, снижение релаксации НСП, отсутствие перистальтики)

Рентгенконтрастное исследование пищевода

Кардиальный сегмент пищевода сужен, имеет ровные контуры и вид "кончика морковки" или "мышинного хвоста", не раскрывается при глотании, задерживая поступление контраста в желудок; газовый пузырь желудка отсутствует (патогномоничный признак). Тонус и перистальтика снижены или полностью отсутствуют, что создает картину «сонливости пищевода» или «завязанного мешка».



Эзофагоскопия



Уровень
жидкости в
пищеводe
у пациента с
дисфагией

Тактика лечения

- Диета – частое, дробное питание, малыми порциями.
- Устранение психоэмоционального стресса.
- Нитраты – для снижения тонуса нижнего пищеводного сфинктера.
- Спазмолитики.
- Инструментальное расширение кардиального отдела пищевода с помощью кардиодилататоров.
- Оперативное лечение – экстрамукозная миотомия нижнего пищеводного сфинктера.

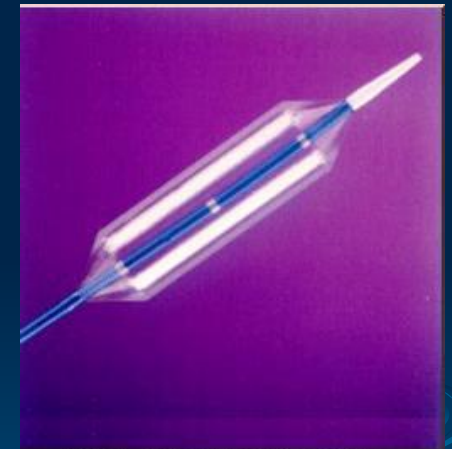
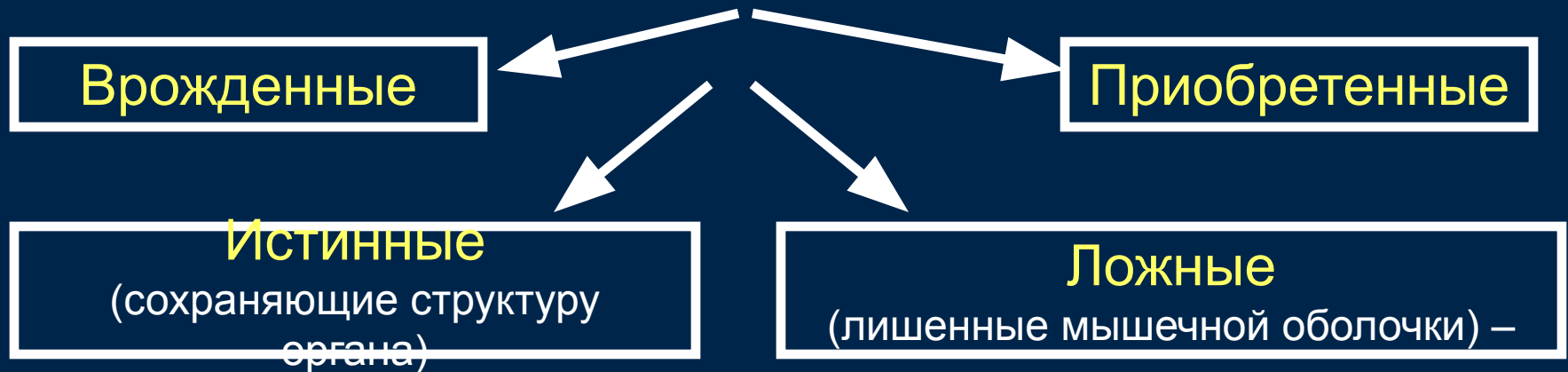


Рис. 1. Баллон для лечения ахалазии (Wilson Cook)

ДИВЕРТИКУЛЫ ПИЩЕВОДА

дивертикул - слепо заканчивающийся отросток или выпячивание органа.



- Фарингоэзофагеальные (пограничные) дивертикулы Ценкера
- Бифуркационные (эпибронхиальные)
- Наддиафрагмальные (эпифренальные)

КЛИНИЧЕСКЕ СИМПТОМЫ ВЫЯВЛЯЕМЫЕ

при дивертикулах пищевода

Дивертикулы Ценкера

1 стадия – чувство першения или царапания в горле,

сухость или обильное слюнотечение, покашливание, запах изо рта.

2 стадия – (клиника связана с застоем пищи, слизи и

воздуха в теле д.) дисфагия, регургитация, кашель, одышка, запах изо рта.

3 стадия – декомпенсация – выраженность симптомов,

потеря веса, развитие осложнений (кровотечение, перфорация, рак) нет.

Бифуркационные

Больше 2 см или с узким входом – боли за грудиной, спине, дисфагия, срыгивание, какосмия, субфебрилитет (клиника дивертикулита).

Наддиафрагмальные

е

В 50% -рентгенологическая находка
Клиника – дисфагия, тяжесть за грудиной, срыгивание, какосмия, тошнота.

Спазм стенок пищевода вызывает боли после еды, регургитацию и пищеводную рвоту .

ДИАГНОСТИКА ДИВЕРТИКУЛОВ ПИЩЕВОДА

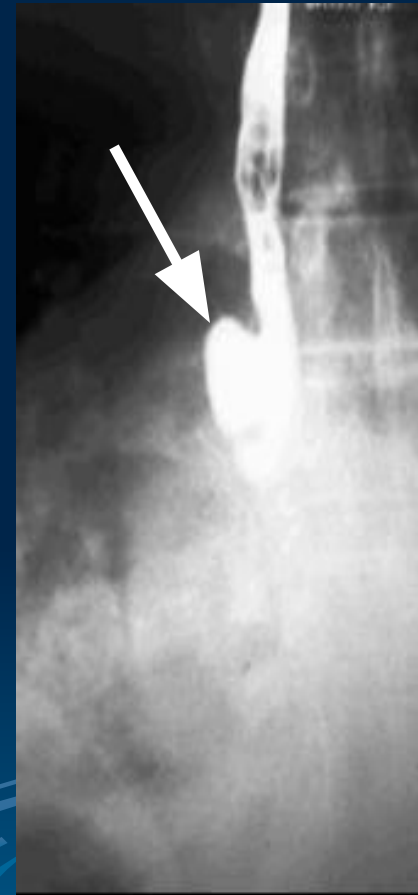
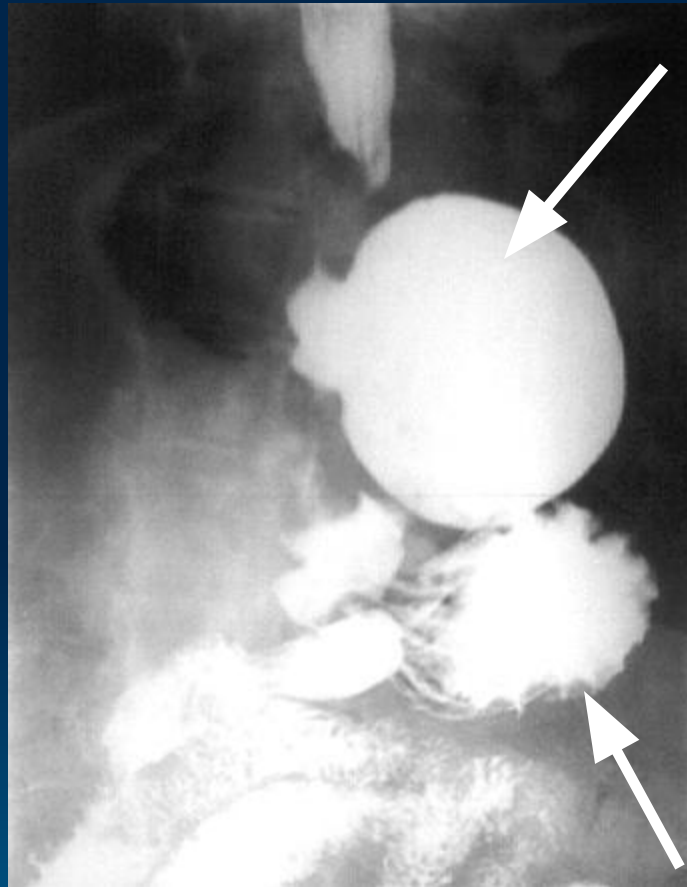
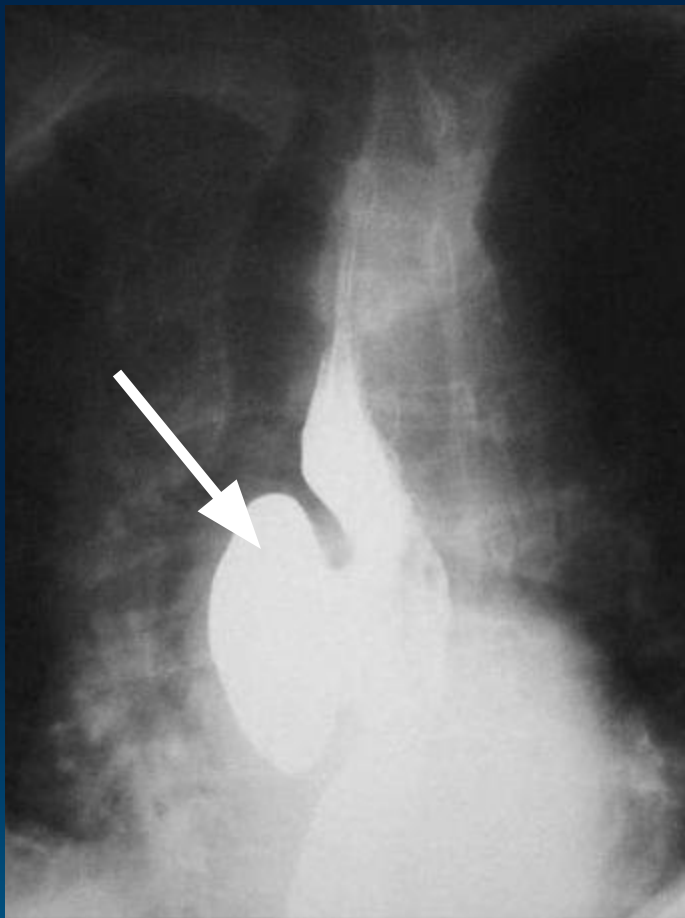
- ❑ Жалобы больного.
- ❑ Анамнез (течение заболевания).
- ❑ Объективное исследование.
- ❑ Инструментальные и лабораторные методы исследования:

Рентгеноконтрастное исследование пищевода

(выявляются одно или несколько округлых образований мешковидной или булавовидной формы с ровными контурами и эластичными стенками. Они связаны с просветом пищевода узкой или широкой шейкой. Если на рентгенограммах выявляются неровные контуры дивертикула и грубый рельеф его слизистой (отек шейки и отсутствие сокращений стенок), а опорожнение дивертикула задерживается более 24 ч, речь может идти о его воспалении — *дивертикулите* пищевода)

Эзофагоскопия (для уточнения диагноза и диф.диагностики)

Рентгенконтрастное исследование пищевода (дивертикулы)



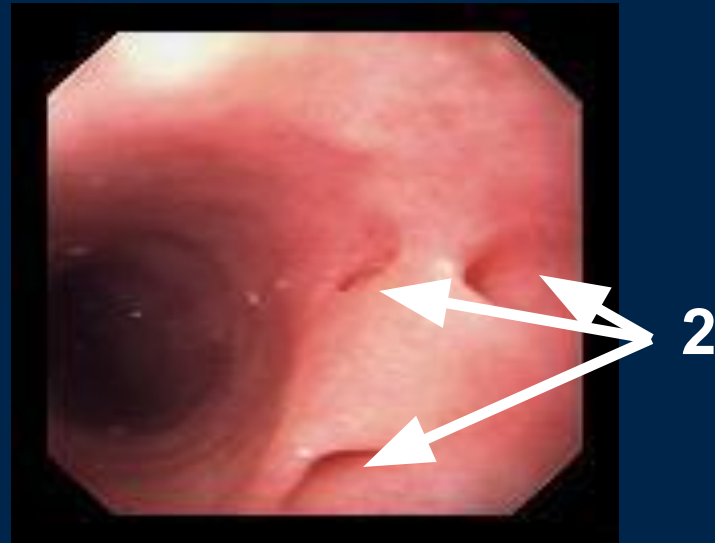


Эзофагоскопия



Дивертикул Ценкера
(1).

Слева округлое отверстие дивертикула, справа треугольной формы вход в трахею, образованный голосовыми связками



Несколько маленьких дивертикулов в верхней трети пищевода **(2)**

Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

Скользящие грыжи

(аксиальная, осевая)

– абдоминальная часть пищевода, кардии и фундального отдела желудка свободно проникают в брюш. полость и возвращаются обратно.

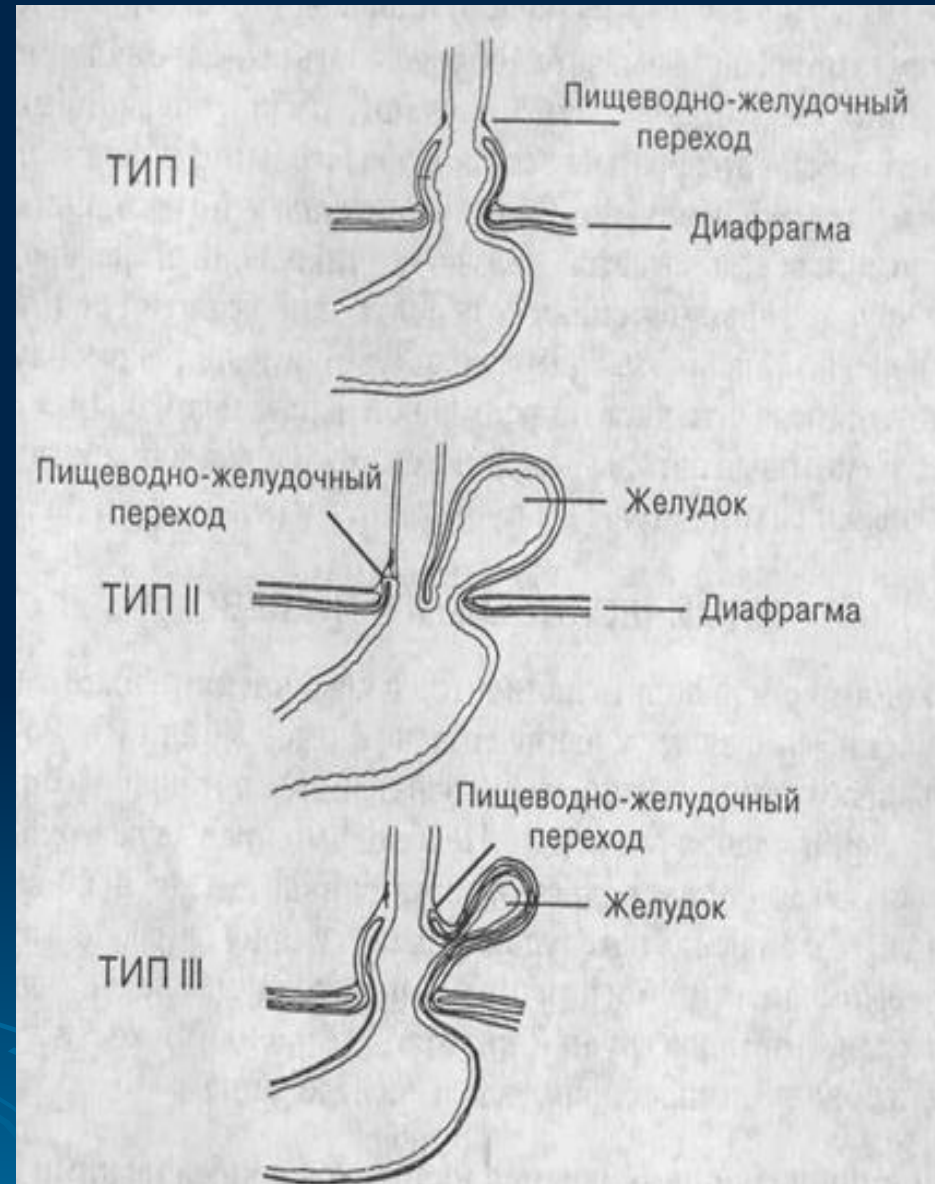
полость и возвращаются обратно.

Параэзофагеальные грыжи

– часть фунд.отдела желудка проникает в грудную полость и

располагается рядом с груд.отделом пищевода

Смешанный тип грыж



Клинические синдромы выявляемые при ГПОД

1. Болевой синдром
2. Регургитация
3. Дисфагия
4. Икота
5. Жжение и боль в языке
6. Анемический синдром

ДИАГНОСТИКА ГПОД

- ❑ Жалобы больного (выявление клинических симптомов).
- ❑ Анамнез (течение заболевания).
- ❑ Объективное исследование.
- ❑ Инструментальные и лабораторные методы исследования:

Рентгеноконтрастное исследование пищевода

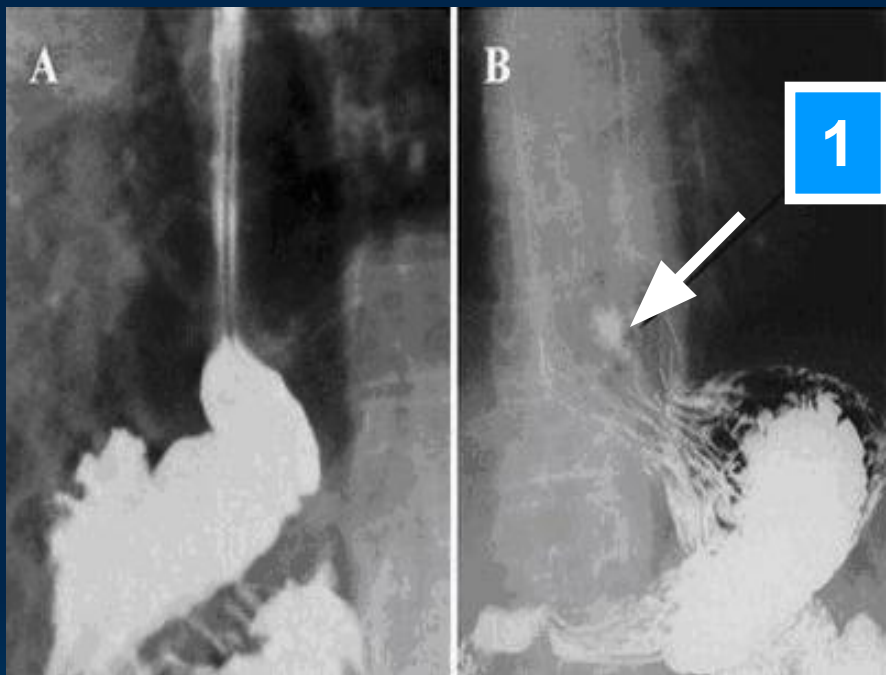
(выявляют грыжевое выпячивание в области пищеводного отверстия и изменения диафрагмы)

Эзофагоскопия (определяется состояние слизистой пищевода желудка и двенадцатиперстной кишки (наличие язв, эрозий и т.д.), так же оценивается состояние пищеводно-желудочного сфинктера (смыкается или нет)).

Манометрия пищевода (выявляет нарушение его перистальтики и повышение давления в нем)

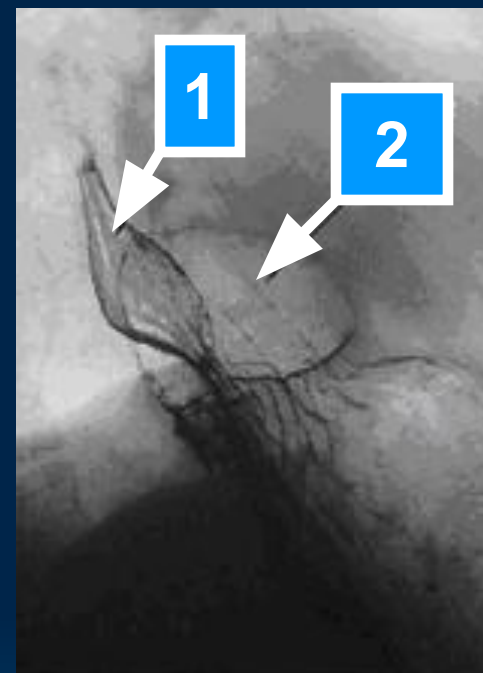
Пищеводная рН-метрия (выявляет желудочно-пищеводный рефлюкс)

Рентгенконтрастное исследование пищевода



1. Часть желудка проникшая в грудную клетку через расширенное пищеводное отверстие диафрагмы

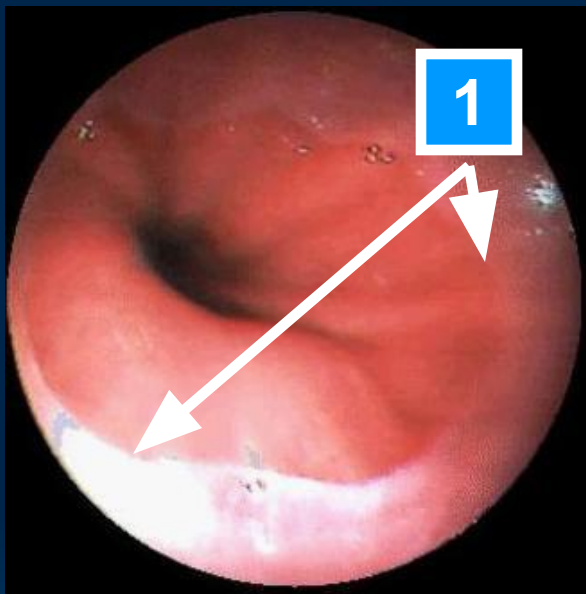
Аксиальная грыжа



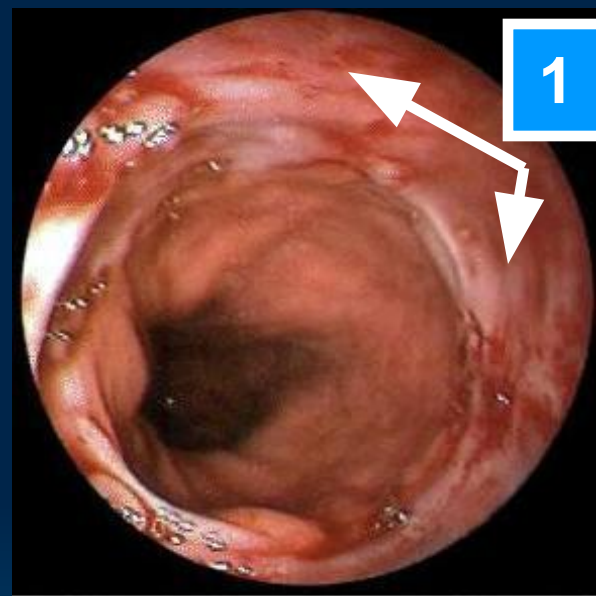
1. Пищевод
2. Дно желудка проникшего в грудную клетку через расширенное пищеводное отверстие диафрагмы

**Параэзофагеальная
грыжа**

Эзофагоскопия



Грыжа ПОД. Хорошо видна
разделительная линия (1)
между
слизистой пищевода и
желудка



Грыжа ПОД с эрозивным
эзофагитом (1)

ЛЕЧЕНИЕ ГРЫЖИ ПОД

- Диета. Исключить табак, кофе, алкоголь. Принимать пищу следует небольшими порциями.
- Медикаментозная терапия: миотропные спазмолитики, антациды.
- Хирургическое лечение показано при больших грыжах, не поддающихся консервативному лечению; при наличии пептического болевого эзофагита с явлениями стенокардии, выраженной дисфагии, кровотечений; при наличии пептической стриктуры пищевода; при грыжах с выраженной регургитацией и легочными осложнениями.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ)

- это хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное нарушением моторно-эвакуаторной функции гастроэзофагеальной зоны и характеризующееся спонтанным или регулярно повторяющимся забрасыванием в пищевод желудочного или дуоденального содержимого, что приводит к повреждению дистального отдела пищевода с развитием в нем эрозивно-язвенных, катаральных и/или функциональных нарушений.

КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ выявляемые при ГЭРБ

1. изжога
2. отрыжка кислым
3. срыгивание
4. одинофагия
5. ретростернальная боль
6. внепищеводные проявления («маски» ГЭРБ):
хр.кашель, приступы удушья, осиплость
голоса, рецидивирующий ларингит, фарингит
подглоточный стеноз.

Диф. диагностика БОЛЕВОГО СИНДРОМА при ГЭРБ и приступе стенокардии

	Локализац. болей	Характер болей	Продолжительность	Провоцирующие факторы	Что купирует боль	Сопут. симп-мы
ГЭРБ	За грудиной или в области сердца, иррадирующая в шею, челюсть, спину, левую руку	Жгучие, могут быть сжимающими, раздражающими	Колеблются в широких пределах	Обильная еда, кислая, острая пища,, горизонтальное положение тела, иногда физическая нагрузка	Изменение положения тела, антациды	Изжога отрыжка дисфагия
ИБС, стенокардия	Та же	Сжимающие, давящие, жгучие, ощущение тяжести	От 1-3 до 20 мин	Физическая и эмоц. нагрузки, холод, обильная еда	Покой, нитроглицерин	Страх, тревога, иногда одышка, тошнота

Эндоскопическая классификация

ГЭРБ

- Эндоскопически негативная ГЭРБ (нет эзофагита) – 60% случаев ГЭРБ
- Эндоскопически позитивная ГЭРБ (есть эзофагит):
 - 1 ст. – изолированные эрозии < 5 мм
 - 2 ст. – изолированные эрозии > 5 мм
 - 3 ст. – сливные эрозии между 2 складками СО
 - 4 ст. – эрозии по всей окружности СО (>75%).

Осложнения ГЭРБ:

Язвенное поражение 5%, стриктуры пищевода 7-23%,
пищевод Баретта(3%),пищеводное кровотечение 2%.



ДИАГНОСТИКА гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

- ❑ Жалобы больного (выявление клинических симптомов).
- ❑ Анамнез (течение заболевания).
- ❑ Объективное исследование.
- ❑ Инструментальные и лабораторные методы исследования:

Рентгеноконтрастное исследование пищевода (важна при диагностике грыжи пищеводного отверстия диафрагмы частой причины развития недостаточности кардии)

Эзофагоскопия

Пищеводная суточная рН-метрия (позволяет не только установить факт наличия патологического рефлюкса, но и оценить его характер (кислый, щелочной), продолжительность эпизодов, проанализировать их связь с различными факторами и субъективными ощущениями, рекомендовать индивидуальный режим приема лекарственных препаратов) *Рефлюкс считается патологическим лишь в тех случаях, когда частота появления рефлюкса, по данным суточной рН-метрии, превышает 50 раз в сутки и значение внутрипищеводного рН менее или равно 4 при более 4,2% всего времени записи).*

Эзофаготономография (позволяет определить тонус в различных отделах пищевода, давление в нижнем пищеводном сфинктере).

Тактика лечения ГЭРБ

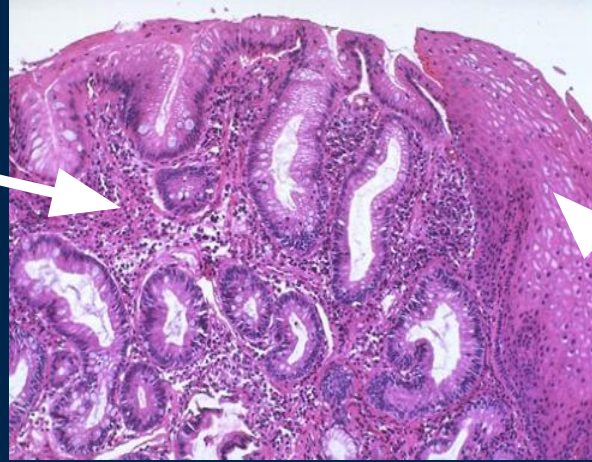
Цель лечения: купировании симптомов, лечении эзофагита, предотвращении или устранении осложнений заболевания, улучшении качества жизни больного.

- слабо выраженное заболевание (рефлюкс-эзофагит 0 - 1 степени) требует особого жизненного режима и, при необходимости, приема антацидов или блокаторов H₂-рецепторов;
- при средней степени выраженности (рефлюкс-эзофагит II степени) наряду с постоянным соблюдением особого режима жизни и диеты необходим длительный прием блокаторов H₂-рецепторов в сочетании с прокинетиками или ингибиторов протонной помпы;
- при тяжелом заболевании (рефлюкс-эзофагит III степени) назначают комбинацию блокаторов H₂-рецепторов и ингибиторов протонной помпы или высокие дозы блокаторов H₂-рецепторов и прокинетиков;
- отсутствие эффекта консервативного лечения или осложненные формы рефлюкс-эзофагита являются показанием к хирургическому лечению.

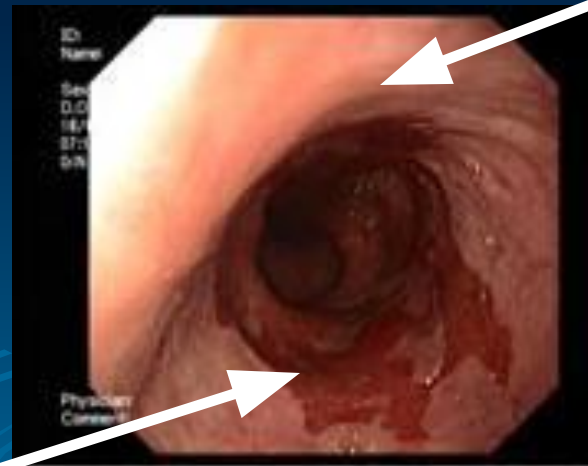
ПИЩЕВОД БАРРЕТТА

- патологическое состояние, при котором многослойный плоский эпителий пищевода замещается специализированным тонкокишечным цилиндрическим эпителием.

Кишечная
Метаплазия
(1)



Здоровый
эпителий
пищевода
(2)



Пищевод
Барретта

ПИЩЕВОД БАРЕТТА

- Развивается в 10% случаев эрозивного эзофагита.
- Является предраковым состоянием.
- Клинические проявления отсутствуют.
- ЭГДС с биопсией – проводится всем больным с ГЭРБ, продолжительностью более 5 лет.
- Если дисплазии нет – ЭГДС 1 раз в год.
- Дисплазия низкой степени – назначают омепразол по 20 мг 2 р/день – 8/12 недель с повторной ЭГДС через 1 год.
- Дисплазия высокой степени – оперативной лечение.

РАК ПИЩЕВОДА

Клинические симптомы

1. Дисфагия

- 1 степень Затруднение прохождения твердой пищи
- 2 степень Затруднение прохождения кашицеобразной пищи
- 3 степень Затруднение прохождения жидкости.

2. Повышенная саливация.

3. Регургитация (срыгивания, "пищеводная рвота").

4. Боли при глотании. Боль означает распространение опухоли за пределы стенки пищевода.

5. При поражении органов грудной полости: тупые боли в груди, синдром верхней полой вены, кашель - при образовании пищеводно-трахеальной фистулы, синдром Горнера (поражение симпатического нерва), паралич диафрагмы (поражение диафрагмального нерва), выпот в плевральную полость, массивная рвота кровью при образовании пищеводно-аортальной фистулы (абсолютно летальна).

6. Общие неспецифические симптомы: прогрессирующее похудание. беспричинный субфебрилитет. адинамия.

TNM КЛАССИФИКАЦИЯ РАКА ПИЩЕВОДА

T1 Поражение собственной пластинки слизистой/подслизистая. Опухоль меньше или 5 см без обструкции

T2 Поражение мышечной оболочки. Опухоль более 5см/обструкция/рост по всей окружности

T3 Поражение адвентиции. Опухоль распространяется за пределы пищевода.

T4 Опухоль распространяется на ткани и органы регионарных л/у.

Для шейного отдела - надключичные и шейные лимфоузлы

Для внутригрудных отделов -

медиастинальный, перикардальный, узлы метастазов

M1 есть отдаленные метастазы

Стадия 1	T1N0M0
Стадия 2А	T2,3 N0 M0
Стадия 2Б	T1,2 N1 M0
Стадия 3	T3 N1 или T4N1M0
Стадия 4	Любая T, любая N,M1

ДИАГНОСТИКА РАКА ПИЩЕВОДА

- ❑ Жалобы больного (выявление клинических симптомов).
- ❑ Анамнез (факторы риска).
- ❑ Объективное исследование.
- ❑ Инструментальные и лабораторные методы исследования:

Рентгеноконтрастное исследование пищевода (позволяет установить диагноз, определить локализацию и протяженность опухоли)

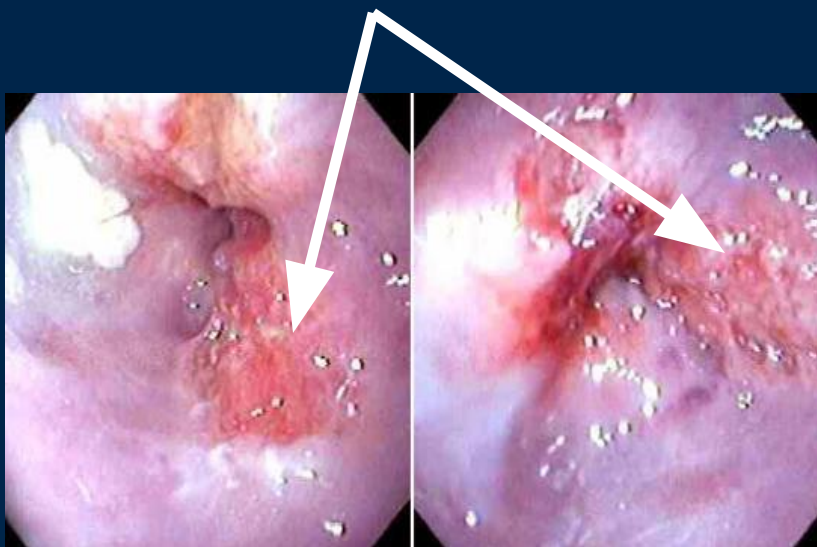
Эзофагоскопия (устанавливают характер роста опухоли, ее локализацию)

Бронхоскопия (выполняют для оценки возможности прорастания опухоли в трахеобронхиальное дерево и для оценки движения голосовых связок)

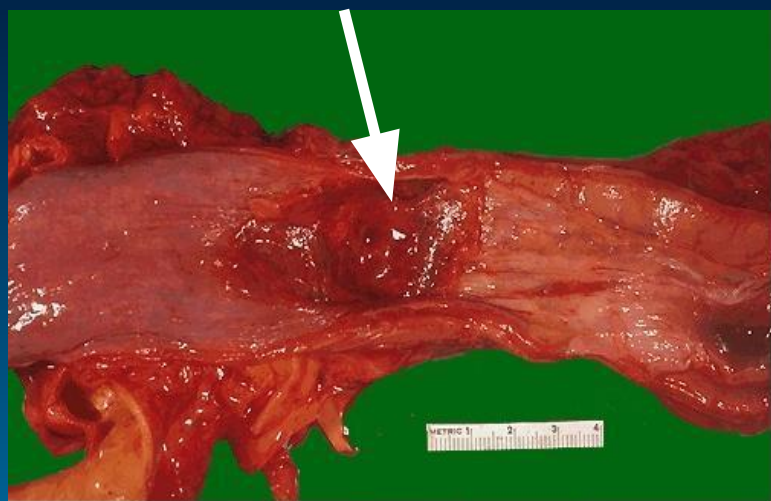
Компьютерная томография (выполняют для оценки местного распространения опухоли по лимфатическим сосудам, а также для обнаружения возможных отдаленных метастазов)

Внутриполостное ультразвуковое исследование (позволяет оценить степень прорастания опухоли)

Рак пищевода (эзофагоскопия)



Рак пищевода (аутопсия)



дефект контрастирования
(указано стрелками) при
экзофитном раке пищевода.

БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА



Заболевания желудка

- Хронические гастриты
- Язвенная болезнь желудка и ДПК
- Симптоматические язвы: *стрессовые, лекарственные, эндокринные (при синдроме Эллисона-Золлингера, болезни Иценко-Кушинга, гиперпаратиреозидизме), язвы, возникающие на фоне заболеваний внутренних органов.*
- Рак желудка
- Гастроптоз
- Портальная гастропатия
- Туберкулез желудка
- MALT- лимфома желудка

Основные СИНДРОМЫ при заболеваниях желудка

- Болевой синдром
- Диспепсический синдром (изжога, тошнота, рвота, отрыжка, «чувство переполнения желудка», икота, нарушение аппетита)
- Синдром нейроциркуляторной дистонии (эмоциональная лабильность, вегетативные расстройства, головные боли, головокружение, общая слабость, утомляемость, снижение настроения, повышенная возбудимость, нарушение сна, потливость и др.)

Диф. диагностика заболеваний желудка и ДПК проявляющихся БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ

- Какие факторы провоцируют болевой синдром?
- Локализация и иррадиация болей?
- Характер болей?
- Связь болевого синдрома с приемом пищи?
- Какие факторы купируют болевой синдром?
- Сопутствующие симптомы и состояния?



**Лабораторно-инструментальное
обследование для уточнения диагноза**

ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДКА

- Сбор анамнеза
- Объективный осмотр пациента
- Лабораторные методы исследования:
 - общий анализ крови
 - анализ кала на скрытую кровь
 - иммуноферментный анализ крови (на обнаружение антител к обкладочным клеткам и внутреннему фактору Кастла, антитела к *H.pylori*)
 - диагностика инфекции *H.pylori* при помощи гистологического исследования, серологического метода, обнаружения антигена бактерии в кале, быстрого уреазного теста, дыхательного теста
- Инструментальные методы исследования:
 - Фиброэзофагогастродуоденоскопия с биопсией
 - Рентгенологическое исследование с контрастированием
 - Внутрижелудочная рН-метрия желудка

КЛАССИФИКАЦИЯ ХР. ГАСТРИТОВ

Этиологический фактор

Неатрофический (тип В)

H.pylori

Атрофический (тип А)

А) аутоиммунный

аутоиммунный

Б) мультифокальный

H.pylori, особенности питания и тд.

Особые формы

А) радиационный

Лучевые поражения

Б) лимфоцитарный

Идиопатический иммунный механизм, глютен, *H.pylori*

В) эозинофильный

Пищевая аллергия

Г) гранулематозный

Болезнь Крона, гранулематоз, саркаидоз

Д) инфекционный

Бактерии, вирусы, грибы

Е) Химический (тип С)

,химические раздражители, желчь, НПВС

КЛАССИФИКАЦИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДПК

1. Локализация

- Язва желудка
- Язва ДПК
- Сочетанные язвы желудка и ДПК
- Гастроэюнальная язва анастомоза

2. Этиология

- Нр-положительная
- Нр-отрицательная
- Симптоматическая
- Идеопатическая

3. Стадия язвенного процесса

- Активная
- Рубцующаяся
- Стадия рубца
- Длительно нерубцующаяся

4. Осложнения

- Кровотечение 10-15%
- Перфорация 6-20%
- Пенетрация 15%
- Стеноз 6-15%
- Малигнизация



Диагностика язвенной болезни желудка и ДПК

□ Сбор анамнеза

Жалобы на болевого синдром (боли в эпигастрии, ранние боли, поздние боли, «голодные» боли) купирующийся антацидами, приемом пищи; диспептический синдром (изжога, отрыжка кислым, рвота приносящая облегчение, запоры)

□ Объективный осмотр пациента.

Локальная болезненность при пальпации живота, с-м Менделя «+»

□ Лабораторные методы исследования:

- общий анализ крови
- анализ кала на скрытую кровь
- иммуноферментный анализ крови на обнаружение антитела к *H.pylori*)
- диагностика инфекции *H.pylori* при помощи гистологического исследования, серологического метода, обнаружения антигена бактерии в кале, быстрого уреазного теста, дыхательного теста

□ Инструментальные методы исследования:

- Фиброэзофагогастродуоденоскопия с биопсией
- Рентгенологическое исследование с контрастированием
- Внутрижелудочная рН-метрия желудка

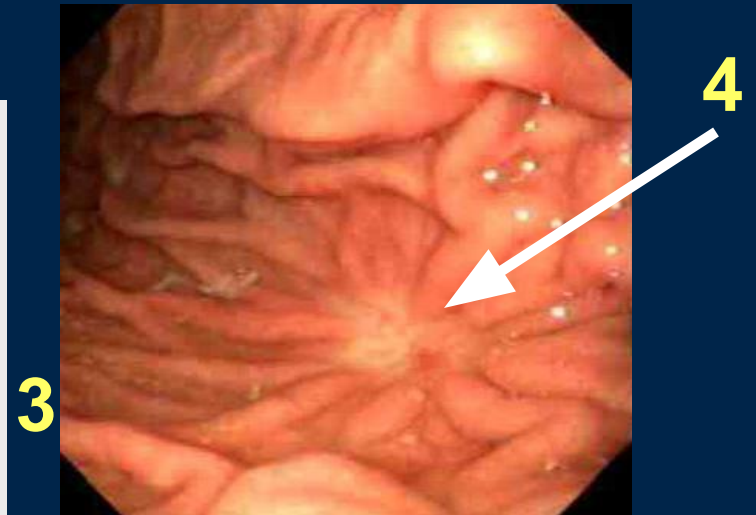
Рентгенография желудка с контрастированием



Две профильные ниши на малой кривизне желудка (1).

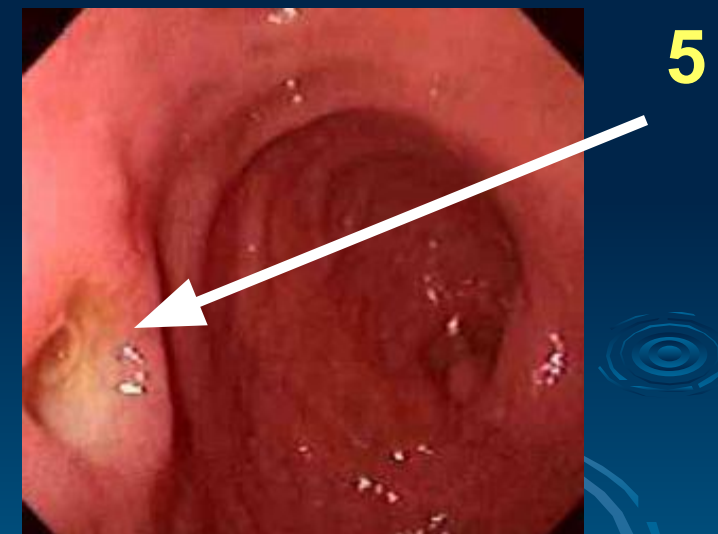
Язва на малой кривизне (2). Втяжение контура большой кривизны желудка, обусловленное локальным спазмом (3).

Фиброгастродуоденоскопия



Язвенный дефект слизистой желудка (4)

Язвенный дефект слизистой ДПК (5)



Диф. диагностика язвенной болезни желудка и ДПК

ЯБ желудка	Признаки	ЯБ двенадцатиперстной кишки
Более 40 лет	возраст	До 40 лет
Ранние боли	характер болей	Поздние боли
часто	рвота	редко
Снижен, ситофобия	аппетит	нормальный
снижена	масса тела	стабильная
малигнизация	осложнения	Кровотечение, перфорация
На 2-3 неделе	Эффект от приема антисекреторных препаратов	На 2-3 день

Диф. диагностика ЯБ желудка и симптоматических язв

критерии	Язвенная болезнь	Симптоматические язвы
возраст	Молодой, средний	Пожилой
Клиническая картина	Типичная с выраженной симптоматикой	Малосимптомная, маскируется симптомами основного заболевания
Длительность язвенного анамнеза	Несколько лет	Острое начало
Локализация язвы	Чаще луковица ДПК, реже желудка	Преимущественно в желудке
Наличие предшествующих заболеваний	Не характерно.	Развивается на фоне основного заболевания (ожоги, инфаркт миокарда, сердечно-легочная недостаточность, цирроз печени и тд., или заболевания по-поводу которого проводилась длительная лекарственная терапия.
Число язв	Чаще одиночные.	Часто 2-3 язвы, которые сочетаются с эрозиями слизистой
Частота осложнений (кровотечение, перфорация)	До 15-20%	До 40-70%

ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДПК

Цель терапии ЯБ:

1. достижение репарации язвы и устранение субъективных проявлений заболевания
2. предупреждение последующих рецидивов язвенной болезни

Тактика терапии:

1. снизить избыточную кислотопroduкцию;
2. осуществить эрадикацию НР, если имеется инфицированность;
3. повысить резистентность слизистой оболочки желудка и ДПК;
4. восстановить гастродуоденальную моторику.

Общие принципы лечения:

1. Диета №1 (механическое, химическое и термическое щажение желудка, регулярность приема, привычный стереотип питания)
2. Базисная терапия: Антисекреторный препарат (H₂-блокаторы или ингибиторы протонного насоса) + 2 антибактериальных препарата (при наличии НР).
3. Симптоматическая терапия: прокинетики, антациды, цитопротекторы,



Схема эрадикации *Helicobacter pylori*(1)

Омепразол 20 мг 2 раза в день

+

Амоксициллин 1000 мг 2 раза в день

+

Кларитромицин 250 мг 2 раза в день

ИЛИ

Омепразол 20 мг 2 раза в день(утром и вечером)

+

Метронидазол (или Тинидазол) 500 мг 2 раза в день

+

Тетрациклин (или Амоксициллин) по 500 мг 4 раза в день

+

Коллоидный субцитрат висмута 120 мг 4 раза в день

Рекомендации Европейской группы по изучению *H.pylori*
И Российской гастроэнтерологической ассоциации

ДИАГНОСТИКА РАКА ЖЕЛУДКА

□ Сбор анамнеза

Жалобы на болевой синдром; диспептический синдром; астенический синдром, синдром интоксикации

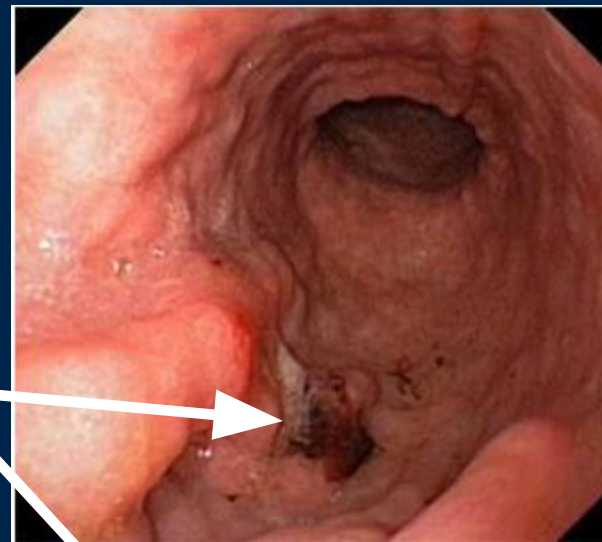
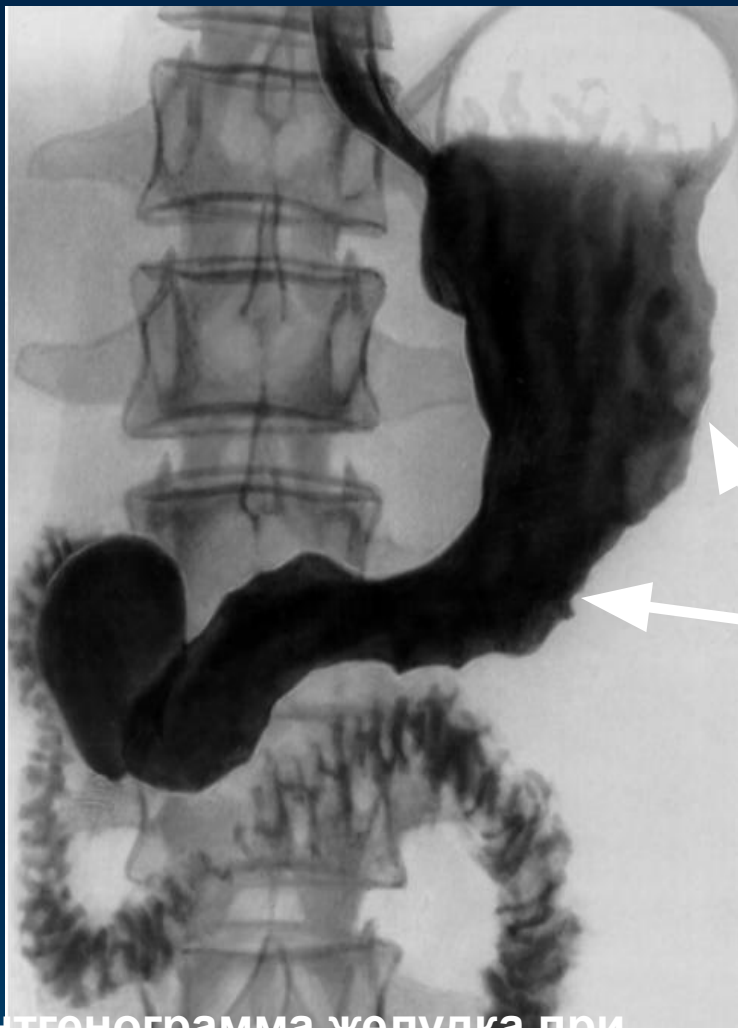
□ Объективный осмотр пациента.

□ Лабораторные методы исследования:

- общий анализ крови
- анализ кала на скрытую кровь
- иммуноферментный анализ крови на обнаружение РЭА – раковоэмбриональный антиген, СА 19-9,

□ Инструментальные методы исследования:

- Фиброэзофагогастродуоденоскопия с биопсией
- Рентгенологическое исследование с контрастированием
- УЗИ брюшной полости
- КТ органов брюшной полости



**Рентгенограмма желудка при
эндофитной
форме роста рака с тотальным
поражением:
выражены деформация и сужение
желудка
на протяжении**

**Полиповидный рак
желудка
(эндоскопия, аутопсия)**

! **Печальная статистика:** На сегодняшний день рак желудка является четвертым по частоте встречаемости онкологическим заболеванием. Однако смертность от этой патологии занимает второе место. Причем заболеваемость среди мужчин встречается в 2 раза чаще, чем у женщин.

TNM клиническая классификация рака желудка

- **T — первичная опухоль;**

TX — недостаточно данных для оценки первичной опухоли;

T0 — первичная опухоль не определяется;

T — преинвазивная карцинома: интраэпителиальная опухоль без инвазии собственной оболочки слизистой (carcinoma in situ);

T1 — опухоль инфильтрирует стенку желудка до подслизистого слоя;

T2 — опухоль инфильтрирует стенку желудка до субсерозной оболочки;

T3 — опухоль прорастает серозную оболочку (висцеральную брюшину) без инвазии в соседние структуры;

T4 — опухоль распространяется на соседние структуры

- **N — регионарные лимфатические узлы;**

NX — недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов;

N0 — нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов;

N1 — имеются метастазы в перигастральных лимфатических узлах не далее 3 см от края первичной опухоли;

N2 — имеются метастазы в перигастральных лимфатических узлах не далее 3 см от края первичной опухоли или в лимфатических узлах, располагающихся вдоль левой желудочной, общей печеночной, селезеночной или чревной артерий.

- **M — отдаленные метастазы;**

MX — недостаточно данных для определения отдаленных метастазов;

M0 — нет признаков отдаленных метастазов;

M1 — имеются отдаленные метастазы.

ДИФ. ДИАГНОСТИКА РАКА ЖЕЛУДКА и язвенной болезни желудка

Язвенная болезнь	Признаки	Рак желудка
Моложе 40 лет	Возраст	Старше 40 лет
большая	Продолжительность анамнеза	Не более 2 лет
Боли связаны с приемом пищи	Характер болей	Постоянные ноющие боли
Сохранен, ситофобия	Аппетит	Снижен, извращен
Возможно, непостоянное.	Снижение массы тела	Прогрессирующее, вплоть до истощения
нет	С-мы интоксикации	есть
Не характерна	Анемия	прогрессирующая
нет	+ р-ция Грегерсена	да
Ниши имеет четкие правильные очертания, перистальтика сохранена	Рентгеноскопия желудка	Ниша с неправильными очертаниями, перистальтика отсутствует, с-м дефекта наполнения
Язва округлая, с четкими контурами, не кровоточит при дотрагивании	ФЭГДС	Края язвы не четкие, не ровные, ригидные, кровоточат при дотрагивании

Спасибо за внимание!



Механизм возникновения БОЛЕВОГО СИНДРОМА при различных заболеваниях пищевода :

1. Нарушение моторики пищевода: дискинезия пищевода, ахалазия кардии
2. Пептическая агрессия желудочного и дуоденального содержимого при ГЭР
3. Растяжение стенок пищевода при ГЭР
4. Поражение слизистой оболочки пищевода (эзофагит, язвы, эрозии)
5. Нарушение трансэзофагеального пассажа при стенозах пищевода различного генеза
6. Прорастание серозной оболочки пищевода при злокачественных новообразованиях