

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

{



к.м.н. Дисенбаева Л.Г.

Определение

Язвенная болезнь (ЯБ) – это хроническое рецидивирующее циклическое заболевание, характеризующееся формированием язвенного дефекта в слизистой оболочке желудка и/или двенадцатиперстной кишки, распространяющегося до мышечного слоя, с возможностью развития в дальнейшем осложнений.

ЯБЖ возникает на фоне активного гастрита, а ЯБДПК – на фоне активного дуоденита.

Наследственная
предрасположенность



Воздействие неблагоприятных
факторов внешней среды



Снижение защитных сил организма
(иммунобиологической
реактивности)



Инфекция *Helicobacter
pylori*



ХГ



ХДГ



ЯБ

Инфицирование (колонизация) антрального отдела

СОЖ Нр

Повышение секреции пепсина и HCL

Нарушение координации антро-дуоденальной
моторики

Ацидификация луковицы ДПК с развитием очагов метаплазии

СОЖ

Колонизация очагов метаплазии слизистой ДПК Нр

Ослабление защитной роли слизи ДПК

Действие на слизистую оболочку ДПК через дефектную слизь
токсинов и ферментов Нр (фосфолипаза, протеаза и др.),
кислотно-пептического фактора

ЯБ ДПК

Весы Шиайя: соотношения защитных и агрессивных факторов, определяющих возможность язвообразования.
(Рысс Е.С. 1995г.)

Защитные факторы:

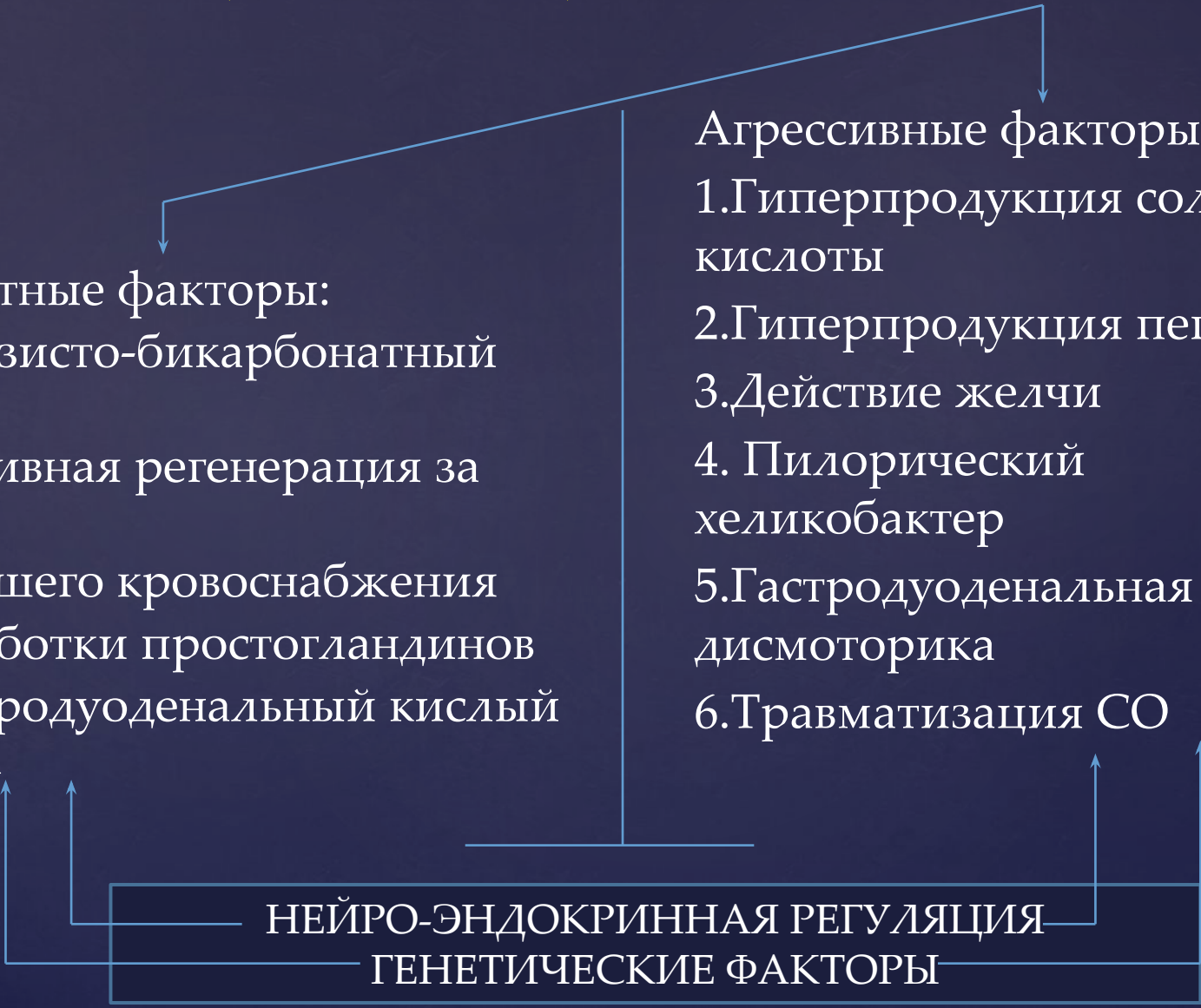
- 1.Слизисто-бикарбонатный слой
- 2.Активная регенерация за счет:
 - хорошего кровоснабжения
 - выработки простагландинов
- 3.Антродуоденальный кислый замок

Агрессивные факторы:

- 1.Гиперпродукция соляной кислоты
- 2.Гиперпродукция пепсина
- 3.Действие желчи
4. Пилорический хеликобактер
- 5.Гастродуоденальная дисмоторика
- 6.Травматизация СО

НЕЙРО-ЭНДОКРИННАЯ РЕГУЛЯЦИЯ

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ



Классификация ЯБ у детей (А.А. Баранов, 2002г.)

1. ЛОКАЛИЗАЦИЯ

Желудка

- медиогастральная
- пилороантральная

Двенадцатиперстной кишки

- бульбарная
- постбульбарная

2. Клиническая фаза и эндоскопическая стадия

а) Обострение:

- свежая язва

- начало эпителизации

б) Стихание обострения:

заживление язвы

- без рубца

- рубцово-язвенная деформация

в) Ремиссия

3. Тяжесть течения

- легкое
- средней тяжести
- тяжелое

4. Осложнения

- кровотечение
- перфорация
- пенетрация
- стеноз привратника
- перивисцерит

Дифференциальная диагностика ЯБЖ и ЯБДПК.

синдромы	ЯБЖ	ЯБДПК
Болевой	многократные приступообразные боли не связаны с приемом пищи, упорные, иррадиируют за грудину, в область сердца	голодные боли (ночью), через 1,5-2 часа после еды, приступообразные, режущие, колющие, иррадиируют в правое плечо, спину, проходят после приема пищи

Диспепсический

Тошнота	есть	есть
Рвота	редко	часто
Отрыжка	есть	есть
Изжога	редко	есть

Дифференцировать с

Острым холециститом,

Панкреатитом ,

Аппендицитом ,

Инвагинацией ,

Почечной коликой.

Цель лечения:

Эрадикация *Helikobacter pylori*;

Депрессия интагастральной
кислотности;

Восстановление репаративных
процессов в слизистой оболочке
желудка;

Устранение клинических симптомов.

На основе препаратов висмута:

1. Висмута трикалия дицитрат (Де-нол)

+ Амоксициллин (Флемоксин
Солютаб) / кларитромицин

+ Макмирор/фуразолидон

2. Висмута трикалия дицитрат (Де-нол)

+ Кларитромицин

+ Амоксициллин (Флемоксин
Солютаб)

На основе ингибиторов протонной помпы (ИПП)

1. ИПП

+ Кларитромицин

+ Макмирор /фуразолидон

2. ИПП

+ Кларитромицин

+ Амоксициллин (Флемоксин
Солютаб)

*Терапия второй линии
(«квадротерапия»)*

- Висмута трикалия дицитрат (Де-нол)
- Амоксициллин/Кларитромицин/Тетрациклин
- Макмирор/Фуразолидон
- ИПП

Учитывая высокую роль нарушений вегетативной и ЦНС, стрессовых ситуаций в реализации ЯБ у детей, необходимо использовать седативные средства. Хороший эффект при вегетативных дистониях оказывают растительные препараты: Персен, Санасон, настой валерианы, пустырника, боярышника -1-2 капли на год жизни ребенка 3 раза в день, курс 2-4 недели, чередуя препараты.

К немедикаментозным методам лечения относятся:

Лечебно-охранительный режим;

Диета;

Бальнео- и физиотерапевтические процедуры.

Физиотерапия (в острый период) – электросон №7, при наличии ВСД – электрофорез натрия бромида 2-5%, кальция хлорида 2-5% раствора на воротниковую зону №7-10. Затем токи КВЧ, лазеротерапия.

Оценка эффективности лечения

Эффективность лечения оценивается по скорости и качеству рубцевания язв. Лечение считается хорошим и законченным, если после курса эрадикационной терапии язвенные дефекты полностью закрываются с формированием рубцов, не деформирующих просвет полого органа.

Адекватная и своевременно назначенная терапия позволяет добиться репарации язвенного дефекта в течение 7-14 дней.

Диспансерное наблюдение 2 раза в год (весна, осень): острая язва- 5 лет, рецидивирующая язва – пожизненно.

Благодарю за
внимание!

