Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

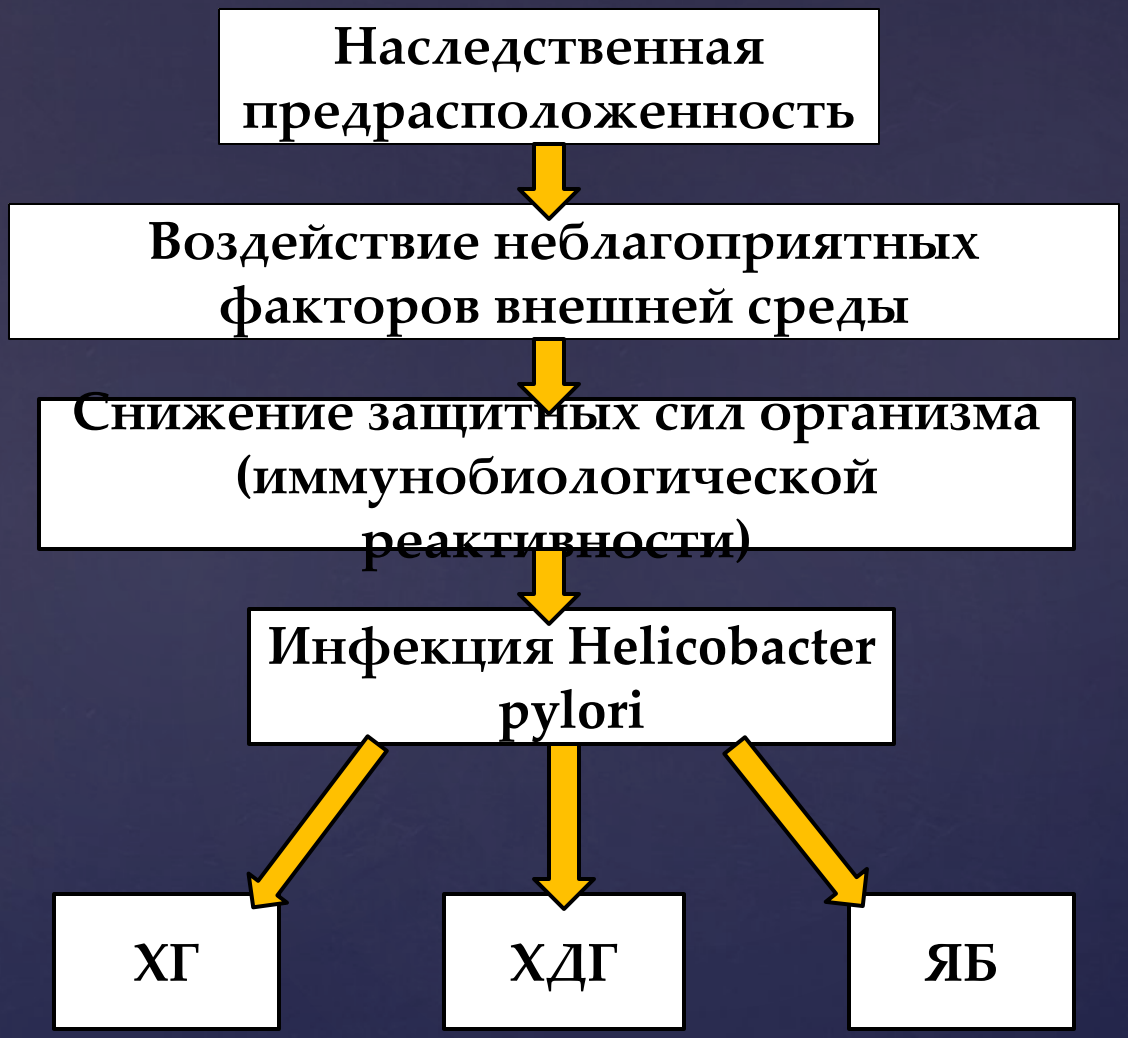
{

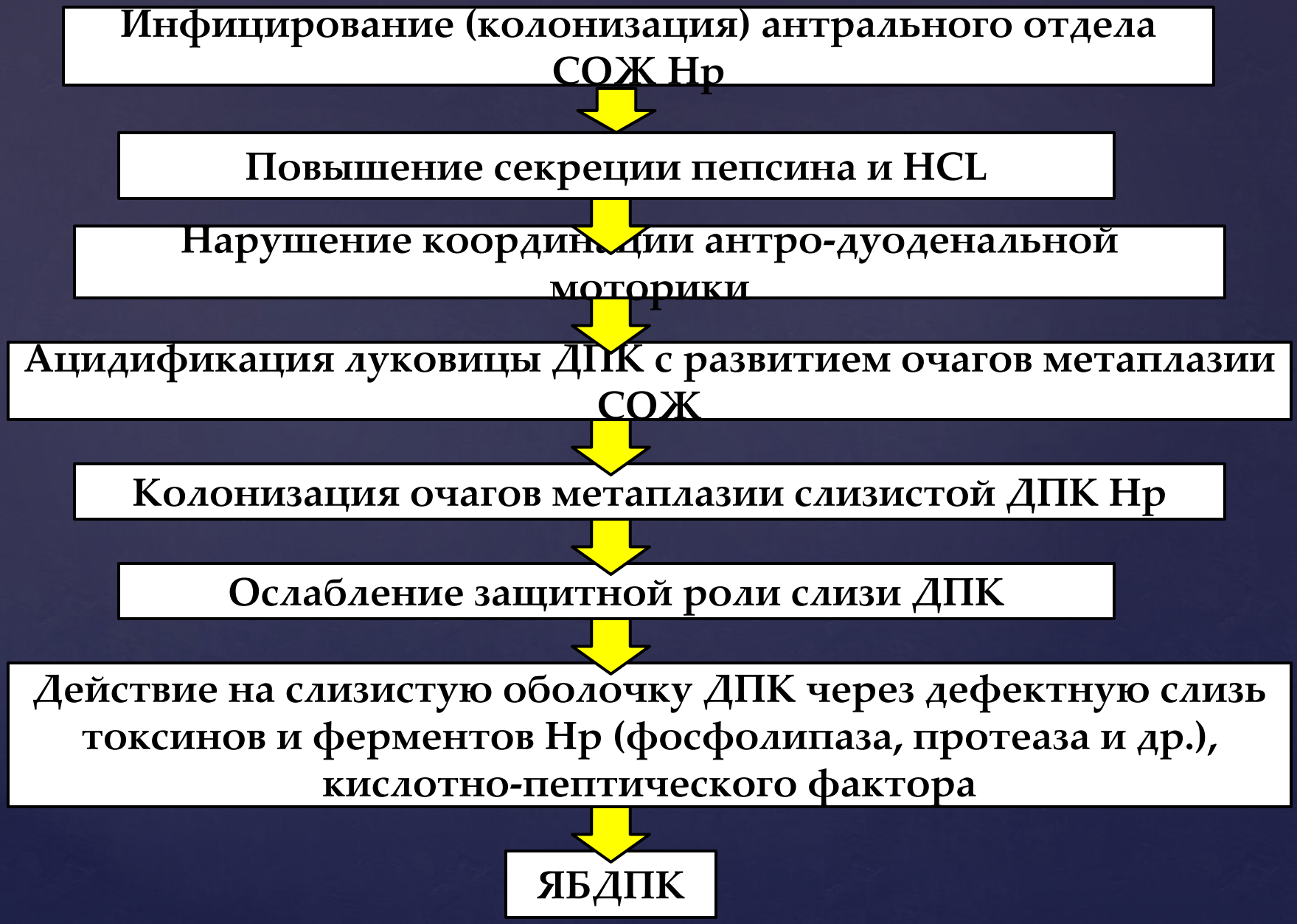
к.м.н. Дисенбаева Л.Г.

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
ЯБДПК

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 простогландинов

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 приступооб-разные боли не связаны с приемом пищи, упорные, иррадиируют за грудину, в область сердца	голодные боли (ночью), через 1,5-2 часа после еды, приступообразные, режу-щие, колющие, иррадии-руют 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 относят:

Лечебно-охранительный режим;

Диета;

Бальнео- и физиотерапевтические процедуры.

Физиотерапия (в острый период) – элктросон №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!