Петрозаводский государственный университет

Медицинский факультет

Кафедра факультетской терапии

Зав.кафедрой: к.м.н. Кузнецова Татьяна Юрьевна

Преподаватель: к.м.н. Бахирев Александр Михайлович

Реферат

Язвенная болезнь

Выполнила Куколевская Е.В.

Группа 71408

Петрозаводск 2010

Язвенная болезнь – хроническое заболевание, основным морфологическим выражением которого служит рецидивирующая язва желудка или двенадцатиперстной кишки.

**Этиология**

Основные факторы:

1. Helicobacter pylori – грамотрицательный микроорганизм, выделен в 1982 году. Возбудитель обладает целым рядом защитных механизмов, позволяющих существовать в агрессивной среде. Если уровень секреции соляной кислоты низкий, H.pylori может колонизировать любой отдел желудка. При сохранной (повышенной) кислотности единственным местом, где может паразитировать микроорганизм, являются антральный отдел желудка и участки желудочной метаплазии в ДПК.
2. нервно-психические перегрузки («хронический стресс»), действующие как комплексный фактор.
3. Алиментарные эксцессы – нарушение режима питания, употребление избыточно острой пищи

Дополнительные факторы:

1. Медикаментозные язвы: использование НПВС, ГК, резерпина
2. вредные привычки – курение, алкоголь
3. сердечно-сосудистая патология – ИМ, ИБС
4. эндокринная патология: синдром и болезнь Иценко-Кушинга, синдром Золингера-Эллиссона, гиперпаратиреоз
5. Дуоденостаз, хронический дуоденит
6. хронические гепатиты, циррозы печени
7. панкреатическая внешнесекреторная недостаточность – дефицит гидрокарбонатов
8. заболевания нервной системы – ЧМТ, инсульты, солярит

**Патогенез**

Факторы естественной защиты слизистой оболочки:

1. Слизисто-бикарбонатный барьер (секреция гидрокарбонатов, протекторные белки, нейтральные и кислые мукополисахариды).
2. Достаточный уровень панкреатической секреции
3. Нормальная клеточная пролиферация
4. Нормальная секреция IgA
5. Полноценный кровоток
6. Достаточное содержание Пг в слизистой

Факторы агрессии:

1. Ацидопептический фактор

2. ускоренная эвакуация с избыточной ацидофикацией бульбарного отдела, стаз содержимого в выходном отделе желудка, ДГР

3. H.pylori. Ингибирует секрецию бикарбонатов слизистой оболочки, в результате чего снижается нейтрализация кислотного содержимого в дуоденальном отделе. Колонизация H.pylori участков слизистой ведет к ее повреждению и воспалению.

Язвообразование происходит вследствие ослабления защитных свойств слизистой в отношении кислотно-пептического воздействия.

**Классификация**

1. Общая характеристика:

* + ЯБЖ
  + ЯБДПК
  + Пептическая гастроеюнальная язва после резекции желудка

2. Клинические формы

* + Острая или впервые выявленная
  + Хроническая

3. Течение

* + Латентное
  + Легкое
  + Средней тяжести
  + Тяжелое

4. Фаза

* + Обострение – рецидив
  + Затухающее обострение – ремиссия неполная
  + Ремиссия

5. Осложнения

* + Кровотечение (легкое, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое)
  + Перфорация
  + Пенетрация
  + Стеноз (компенсированный, субкомпенсированный, декомпенсированный)
  + Малигнизация

**Клиника**

Диагностика обострения заболевания не вызывает затруднений, так как в большинстве случаев симптоматика типичная. При дуоденальной локализации язвы – это поздние (через полтора часа после еды), ночные, голодные боли в эпигастральной области или в правом подреберье, которые проходят после еды, приема антацидных препаратов, ранитидина, омепразола. Рвота кислым содержимым желудка может наступать на высоте болей, после рвоты пациент испытывает облегчение (некоторые больные самостоятельно вызывают рвоту для уменьшения болей). Ранние боли (через 30 мин – 1 ч после еды) более характерны для локализации язвы в проксимальных отделах желудка. Неспецифические диспепсические проявления язвенной болезни включают тошноту, изжогу, отрыжку. Естественно, бывают случаи с нетипичными симптомами: отсутствие характерной связи болевого синдрома с приемом пищи, сезонности обострений не исключает данного диагноза.

**Диагностика и лечение**

Дифференциальный диагноз

* Острый и хронический гастрит
* ГЭРБ, функциональная диспепсия
* Острый и хронический панкреатит
* Рак желудка
* Рак поджелудочной железы
* Хроническая мезентериальная ишемия
* Ишемическая болезнь сердца
* Болезнь Крона с поражением верхних отделов желудочно-кишечного тракта

В 2005 году во Флоренции утверждено Маастрихтское соглашении-3 по диагностике и лечению.

Диагностика

1. ФГДС: визуальная оценка патологии; забор морфологического материала; контроль динамики заживления
2. Рентгенологическое исследование
3. исследование желудочной секреции
4. рН-метрия – оценка кислотности желудочного сока
5. Диагностика хеликобактерной инфекции
   * Дыхательный уреазный тест с мочевиной, меченной 14С или 13С
   * Иммуноферментный анализ H. Pylori в кале
   * Серологическое выявления АТ к H. Pylori
   * ПЦР
   * Гистологическое исследование препаратов слизистой желудка (окраска по Гимзе)

Лечение

1. Антисекреторные препараты

- Ингибиторы протонной помпы: блокируют Н-зависимую АТФ-азу, ответственную за секрецию протонов в полость желудка

- Антагонисты Н2-гистаминовых рецепторов: высокоэффективны, требуют постепенной отмены, так как в противном случае возможно повышение уровня гастрина в крови и желудочной секреции (ранитидин, фамотидин)

- Селективные М-холиномиметики: уступают предыдущим, поэтому используются реже (гастроцепин=пирензепин 25-50 мг х 2 раза)

- Блокаторы рецепторов гастрина: Проглумид

2. Гастропротекторы: создают защитную пленку

Де-нол (препарат коллойдного висмута): обладает антимикробным действием, усиливает кровоток в стенке желудка и ДПК

Сукральфат (препарат алюминия): без а/б активности

Мизопростол (простагландина препарат): улучшает кровоток, стимулирует регенерацию

3. Антибактериальные препараты – обязательны 7-10 дней

4. Антациды: нейтрализуют соляную кислоту.

- с преобладанием соединений алюминия: фосфалюгель, гелюсил, компенсан

- с преобладанием соединений магния: ренни

- сбалансированный состав: алмагель, гастал

5. Спазмолитики : платифиллин, дротаверин, папаверин

6. Нормализаторы моторики: метаклопромид, домперидон (мотилиум)

Схемы:

Трехкомпонентная терапия = 2 антимикробных препарата + 1 антисекреторный

Назначается, если резистентность штаммов в данном регионе к кларитромицину не превышает 10%

А. 1. Ингибитор протонной помпы:

* + эзомепразол(нексиум) 20 мг х 2 раза в день
  + рабепразол(париет) 20 мг х 2 раза в день
  + лансопразол 30 мг х 2 раза в день
  + омепразол 20 мг х 2 раза в день

2. Амоксициллин 1000 мг х 2 раза в день

3. Кларитромицин 500 мг х 2 раза в день

Б. 1. Ингибитор протонной помпы 20 мг х 2 раза в день

2. Кларитромицин 500 мг х 2 раза в день

3. Метронидазол 500 мг х 3 раза

В. 1. Ранитидин 150 мг х 2 раза или фамотидин 40 мг на ночь

2. Кларитромицин 500 мг х 2 раза в день/ Амоксициллин 1000 мг х 2 раза в день/ Тетрациклин 500 мг х 4 раза

3. Метронидазол 500 мг х 3 раза

Квадротерапия

Назначается при неэффективности трехкомпонентной схемы и если резистентность наиболее распространенных штаммов в данном регионе более 10% и имеется чувствительность к амоксициллину и кларитромицину.

1. Ингибитор протонной помпы

2. Де-нол 120 мг х 4 раза за 30 минут до еды

3. Метронидазол 500 мг х 3 раза

4. Тетрациклин 500 мг х 4 раза

Хирургическое лечение.

Впечатляющие успехи медикаментозного лечения оставили за хирургами лишь осложненные формы заболевания. Акцент и в этом случае делается на малоинвазивную хирургию – остановка желудочного кровотечения с помощью эндоскопического метода широко распространена. Лапароскопические манипуляции при перфоративной язве широко обсуждаются в литературе.

язвенная болезнь желудок лечение

**Литература**

1.Кузнецова Т.Ю., Бахирев А.М., Мартынов А.А., Лизенко М.В., Корнева Т.А. Внутренние болезни, методические рекомендации, часть 3. Петрозаводск 2009. стр. 61-83

2.Кочетова Е.В. Гастроэнтерология. Петрозаводск 2008. стр. 6-9

3.http://consilium-medicum.com/handbook/article/9688/

4.<http://consilium-medicum.com/handbook/article/9751/>