

ULCERUL GASTRODUODENAL

Bolile digestive sunt boli de larga raspandire in populatie, ocupand un loc important in morbiditatea generala. Ponderea mare pe care o au aceste boli in patologia generala, potentialul mare invalidant al unora din ele, interactiunile lor cu factorii de mediu si de alimentatie, fac necesara cunoasterea lor in stadiile cat mai incipiente pentru tratarea si prevenirea complicatiilor lor.

Ulcerul gastroduodenal este o boala destul de frecventa, survenind pana la 15% din populatie. Caracterizat prin pierdere de substanta, afectand mucoasa, submucoasa si stratul muscular ale teritoriilor tubului digestiv supuse actiunii peptice a sucului gastric, are ca localizare in primul rand, duodenul, apoi stomacul, mai rar partea inferioara a esofagului si intestinul subtire (de obicei dupa o operatie pentru o complicatie imorpatnta a ulcerului gastroduodenal). In etapa actuala cauzele ulcerului sunt incomplet elucidate, dar se stie ca este vorba despre interactiunea dintre factorii clorhidropeptici si factorii de aparare ai mucoasei gastroduodenale. Boala are caracter ereditar; evolutia se intinde pe o perioada indelungata pana la 40 de ani sau chiar mai mult, manifestandu-se in puseuri sezoniere dureroase ritmate de mese, zilnice, insotite uneori de varsaturi. Durerea este caracteristica sub forma de foame dureroasa, ce dispare la ingestia de alimente, sub forma de durere nocturna, ce se linisteste la ingestia de bicarbonat de sodiu sau lapte. Reaparitia durerii are loc la 30 de minute dupa mese la ulcer gastric, la 2-3 ore la cel duodenal. Durerea este epigastrica, cu iradieri in hipocondrul drept si stang si uneori este insotita de fenomene dispeptice necaracteristice, cu modificari de apetit, senzatie de arsuri retrosternale, eructatii, greturii, constipatie. Varsaturile nu sunt obligatorii, caracterizand stenoza pilorica, una din complicatiile ulcerului.

Pe masura ce boala inainteaza in varsta, isi pierde aspectul caracteristi, se invecbeste si se complica. Cand caracterul ulceros cu fenomenele inflamatoare supraadaugate cuprinde straturile profunde ale regiunii afectate, apare stenoza sau obstructia pilorului, caracterizate prin varsaturi tardive, slabire in greutate.

Alta complicatie este perforatia, insotita de dureri abdominale, caracteristice: foarte intense, cu aparare musculara, abdomen dur de"lemn", puls rapid (peste 100 batai pe minut).

Hemoragia, complicatie frecventa consta in hematemeze – varsaturi cu sange ca zatul de cafea – sau melene, insotite, atunci cand cantitatea de sange pierdut este mare, de cresterea frecventa a pulsului, scaderea tensiunii arteriale, lipotimie. Examinarea secretiei gastrice arata, in ulcerul duodenal, cresterea secretiei bazale si a concentratiei de acid clorhidric. In ulcerul duodenal predomina hipersecretia cu hiperclorhidrie, in ulcerul gastric secretia gastrica este normala sau subnormala. Metoda de diagnostic al ulcerului duodenal este radiologica. Aceasta pune in evidenta semnul major sau direct "nisa" sau semne indirecte ca deformatiile retractile ale zonelor inconjuratoare.

In cazul tratamentului igieno-dietetic, bonavii cu diagnostic de ulcer duodenal, in perioada dureroasa, vor tine regim slimentar de protectie gastrica cu mese mici si repetate in care vor evita alimentele acide, condimentele, dulciurile concentrate, solutiile saline concentrate. Vor fi evitate salatele de cruditati si mere. Tutunul va fi cu desavarsire

interzis, dovedindu-se ca are maxima nocivitate in intretinerea leziunilor ulceroase. De asemenea alcoolul va fi interzis bolnavilor cu ulcer duodenal si gastric.

Tratamentul medicamentos, extrem de diversificat in functie de complexele mecanisme ce produc ulcerul gastric si cel duodenal, va fi individualizat pentru fiecare bolnav. In terapia moderna s-au descoperit asa numiti inhibitori de receptori H_2 , de histamina (cimetidina) care au dat rezultate bune in ulcerile gastroduodenale

Exista unele preparate care se administreaza factorilor de aparare a mucoasei gastrice si acestea numai la indicatia medicului ce are in ingrijire bolnavul.

Ulcerul gastric la care dupa trei saptamani in conditii de spitalizare nu se modifica nisa, se opereaza. Daca nisa se diminueaza dar nu se inchide se va mai astepta trei saptamani, dupa care se va reexamina bolnavul si daca nisa nu s-a inchis, se va opera. Bolnavii cu nisa inchisa vor continua regimul de crutare, in orice caz fara tutun si alcool, vor pastra indicatiile terapeutice ale medicului, prezentandu-se periodic la control radiologic si endoscopic.

Deoarece numai ulcerul gastri pune problema diferentierii lui de cancerul gastric, este necesar si obligatoriu examenul endoscopei cu prelevari bioptice din ulceratia gastrica. Relatia ulcer gastric – cancer gastric este mai putin obisnuita, dar exista cicatrizati in care ciclul inchiderii nisei sufera si apare leziunea maligna de obicei pe marginea nisei. Chiar observandu-se inchiderea nisei gastrice, bolnavii necesita control periodic, ulcerul gastric fiind considerat ca o leziune premaligna.

Cercetarile legate de cauzele si modul de producere au aratat o frecventa crescuta a cancerului gastric legata de grupa sanguina A , de consumul anumitor alimente pregatire prin afumare, de alimente conservate cu ajutorul unor chimicale.