

Казахский Национальный Медицинский Университет
им. С.Д. Асфендиярова
Кафедра интернатуры и резидентуры по педиатрии №2

**«Абдоминальный синдром при язвенной
болезни желудка и двенадцатиперстной
кишки и ее осложнениях (перфорации,
пенетрации, стенозе). Клиника,
диагностика, дифференциальная
диагностика, лечение».**

Подготовил: асс.кафедры Кисленко А.В.

Алматы 2015

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

- Язвенная болезнь — хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с чередованием периодов обострения и/или ремиссии, основным признаком которого является образование дефекта (язвы) в стенке желудка или двенадцатиперстной кишки, проникающего в подслизистый слой.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

- обусловлена нарушением равновесия между факторами агрессии и факторами защиты гастродуоденальной зоны,
- возникает, как правило на фоне гастрита, вызванного инфекцией *Helicobacter pylori*.

ЭТИОЛОГИЯ

1. Генетическая предрасположенность.
2. Наличие хронического гастрита и дуоденита.
3. Инфицирование хеликобактер пилори и кандидами.
4. Нарушение режима питания и несбалансированное питание.
5. Злоупотребление лекарственными препаратами, обладающими ульцерогенным действием (НПВП, кортикостероиды)
6. Курение и употребление алкоголя.

Патогенез язвенной болезни

- Решающее звено – дисбаланс между факторами «агрессии» и факторами «защиты» слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки

Факторы защиты

1. Слизисто-бикарбонатный барьер
2. Постоянная перистальтика
3. Антро-дуоденальный кислотный тормоз
4. Активная регенерация слизистой
5. Хорошее кровоснабжение

Таблица 1. Основные факторы агрессии

Факторы	Повреждающие вещества
Эндогенные (условно повреждающие)	Соляная кислота Пепсин Липаза желчного сока Желчь
Экзогенные	Этанол Составляющие табачного дыма НПВП
Инфекционные	Бактерии <i>H. pylori</i>
Сочетанные заболевания • обструктивные заболевания легких • эмфизема легких • цирроз печени • почечная недостаточность	Системный ацидоз Усиление обратной диффузии ионов H^+ в слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки

Избыточная продукция НСІ

Генетическая предрасположенность:

- Увеличение массы обкладочных клеток
- Повышенное образование гастрина в ответ на приём пищи

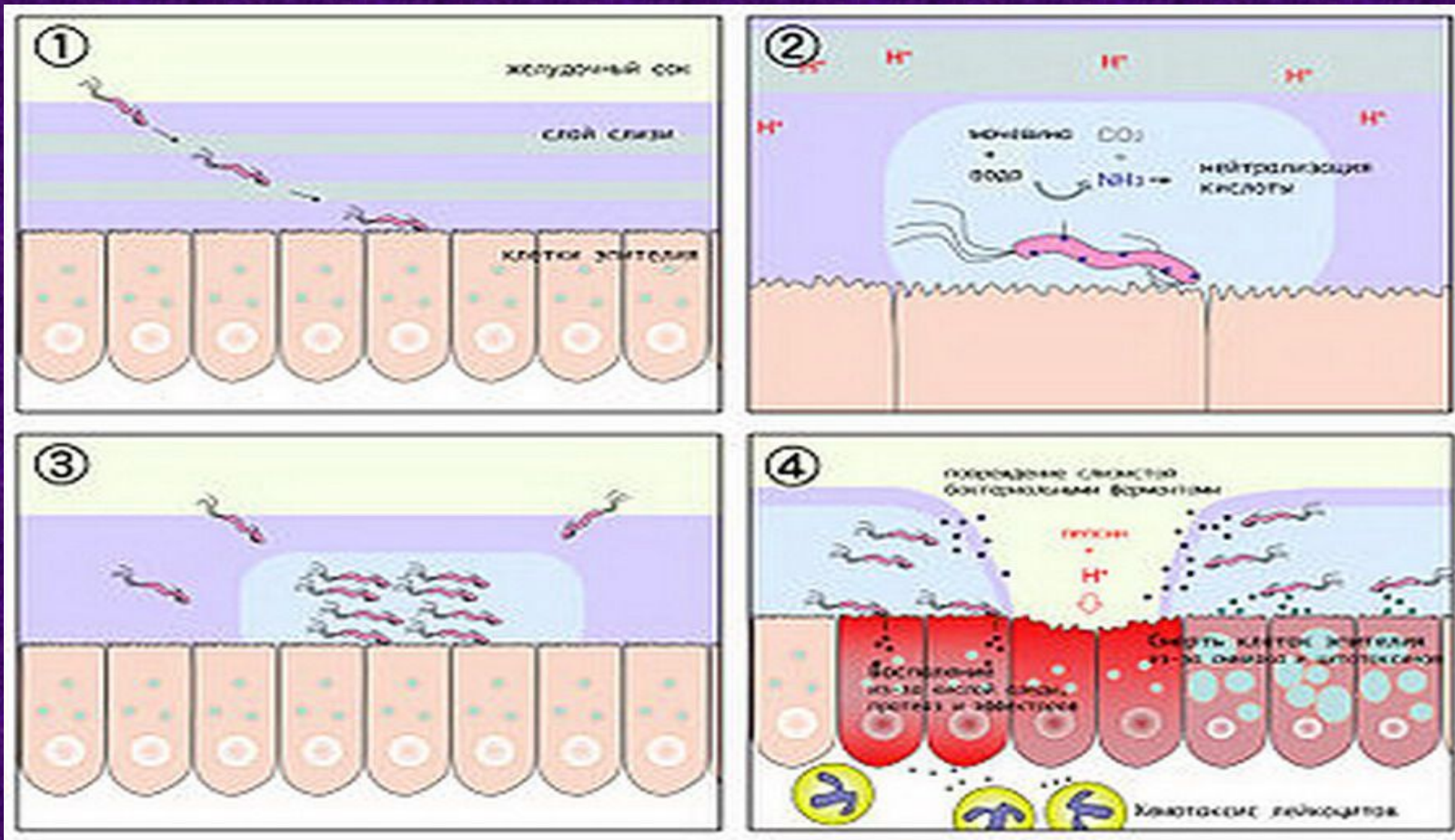
Нарушение нейроэндокринной регуляции:

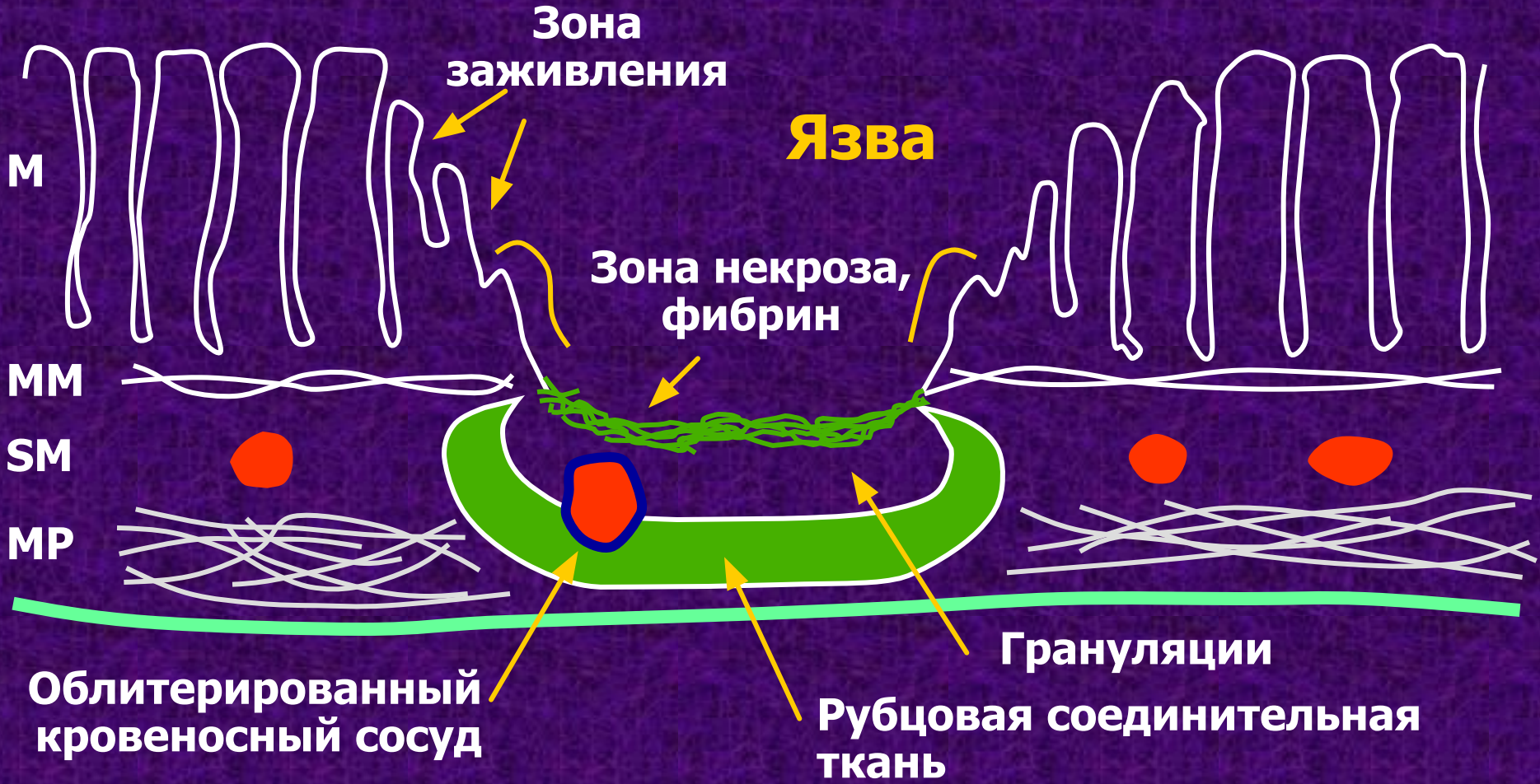
- Усиление вагусного влияния
- Гиперплазия и гиперфункция G-, ECL-клеток, продуцирующих гастрин и гистамин

Инфекция *H. pylori*

- Более 70% взрослого населения и 40% детей в России инфицировано *H.pylori*
- С инфекцией *H.pylori* связаны:
 - 92 % случаев язвенной болезни двенадцатиперстной кишки
 - 70% случаев язвенной болезни желудка
 - более 50 % случаев рака желудка

Helicobacter pylori





Классификация

В зависимости от локализации:

- язвы желудка (кардиального и субкардиального отделов, тела желудка, антрального отдела, пилорического канала);
- язвы ДПК (луковицы и постбульбарного отдела);
- сочетанные язвы желудка и ДПК.

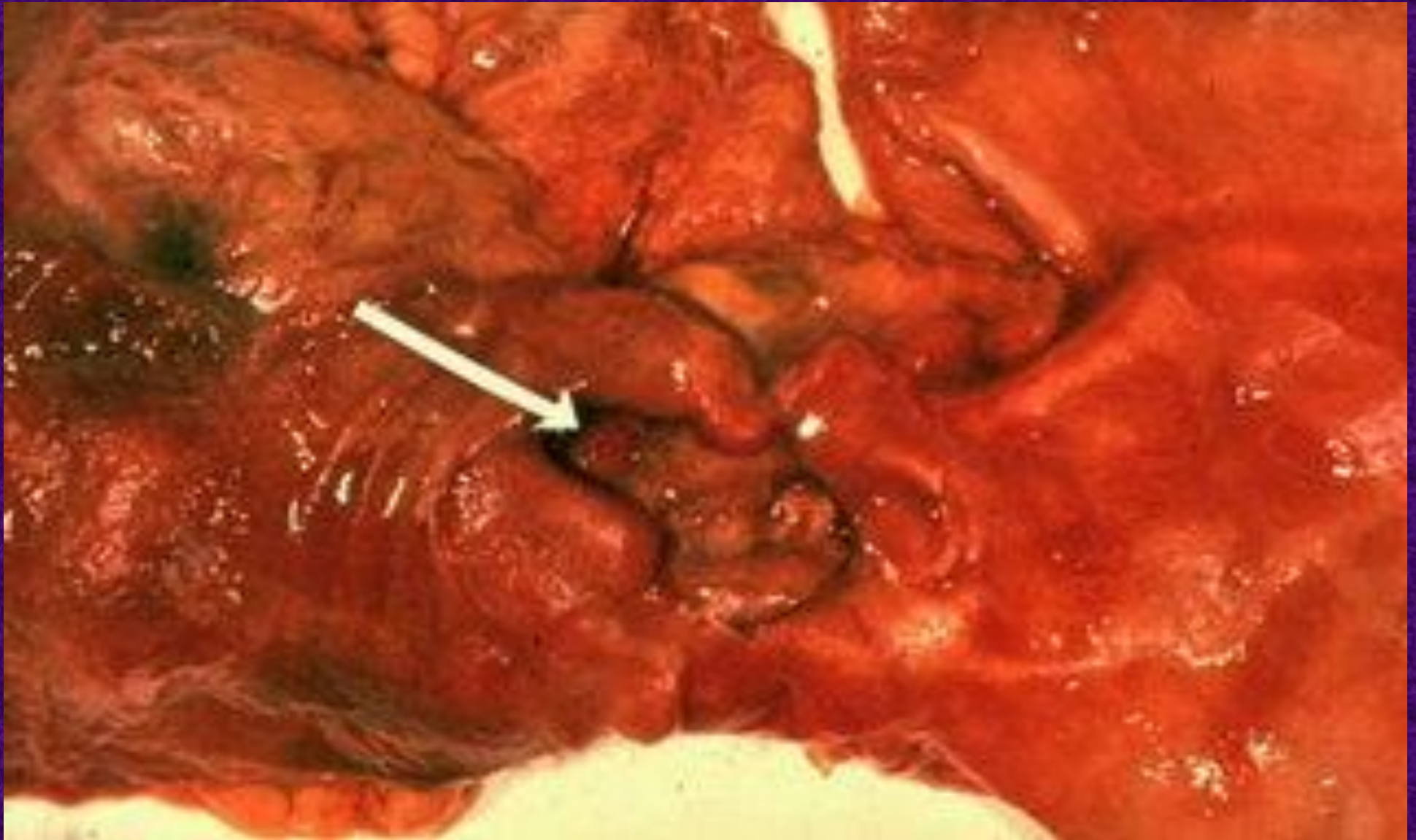
Язва желудка



Язва желудка



Язва двенадцатиперстной кишки



В зависимости от размеров язвенного дефекта:

- язвы малых (до 0,5 см в диаметре) размеров;
- язвы средних (0,6-1,9 см в диаметре) размеров;
- большие (2,0-3,0 см в диаметре) язвы;
- гигантские (свыше 3,0 см в диаметре) язвы.

По числу язвенных поражений:

- одиночные язвы;
- множественные язвы

Стадии течения заболевания:

- обострение;
- рубцевание (эндоскопически подтвержденная стадия "красного" и "белого" рубца);
- ремиссия;
- наличие рубцово-язвенной деформации желудка и ДПК.

Осложнения ЯБ

- Желудочно-кишечное кровотечение
- Перфорация
- Рубцовый стеноз
- Пенетрация
- Малигнизация

Клиническая картина зависит от локализации процесса и клинико-эндоскопической стадии заболевания.

I стадия (свежая язва)

- боли в эпигастральной области и справа от срединной линии, ближе к пупку.
- боли возникают натощак или через 2-3 ч после приёма пищи (поздние боли).
- выявляют чёткий «мойнигамовский» ритм болей: голод - боль - приём пищи - облегчение.
- выражен диспептический синдром: изжога (ранний и наиболее частый признак), отрыжка, тошнота, запоры.
- поверхностная пальпация живота болезненна, глубокая - затруднена вследствие защитного напряжения мышц передней брюшной стенки.



II стадия (начало эпителизации язвенного дефекта)

- у большинства детей сохраняются поздние боли в эпигастральной области, однако они возникают преимущественно днём, а после еды наступает стойкое облегчение.
- боли становятся более тупыми, ноющими.
- живот хорошо доступен поверхностной пальпации, но при глубокой сохраняется мышечная защита.
- диспептические проявления выражены меньше.

III стадия (заживление язвы)

Боли сохраняются только натощак, в ночное время их эквивалентом может быть чувство голода. Живот становится доступным глубокой пальпации, болезненность сохранена.

Диспептические расстройства практически не выражены.

IV стадия (ремиссия)

- общее состояние удовлетворительное.
- жалоб нет.
- пальпация живота безболезненна.
- эндоскопически слизистая оболочка желудка и двенадцатиперстной кишки не изменена.

**Клинические проявления
язвенной болезни зависят от
локализации язвы.**

Язвенная болезнь желудка:

- ранние боли, возникающие непосредственно после приёма пищи или спустя 20-30 минут.
- слабо выражена, сезонность обострений заболевания.
- боли сопровождаются тошнотой, отрыжкой воздухом, изжогой.
- боли иррадиируют в левую половину грудной клетки и левую лопатку, грудной или поясничный отдел позвоночника.
- при пальпации болезненность в эпигастральной области, сочетающаяся с умеренной резистентностью мышц передней брюшной стенки. локальная перкуторная болезненность в этой же области (симптом Менделя).
- боли проходят после приема антацидов, антисекреторных и спазмолитических препаратов, применения тепла.

В зависимости от локализации язвенного дефекта в желудке

- При язвах кардиального отдела боли за грудиной; возникают сразу после приёма пищи, могут иррадиировать в левое плечо.
- При язве в малой кривизне боли возникают в течение часа после приёма пищи.
- При язве антрального и пилорического отделов боли возникают через 1,0 – 1,5 часа после приёма пищи (поздние боли)
- Рвота приносит облегчение.

Язвенная болезнь двенадцатипёрстной кишки

- боли поздние и «ночные», сопровождаются нейровегетативными изменениями и психоэмоциональными нарушениями.
- сезонность обострения заболевания, чаще осенью и весной.
- если язвы располагаются внедуоденально (постбульбарно), то заболевание протекает наиболее тяжело (выраженные приступообразные боли, диспепсические явления, быстрое развитие осложнений: кровотечения, перфорация, пенетрация, деформация луковицы двенадцатипёрстной кишки).

Осложнения

- Осложнения язвенной болезни регистрируют у 8-9% детей. У мальчиков осложнения возникают в 2 раза чаще, чем у девочек.
- В структуре осложнений доминируют **кровотечения**, причём при язве двенадцатиперстной кишки они развиваются значительно чаще, чем при язве желудка.
- **Перфорация** язвы у детей чаще происходит при язве желудка. Это осложнение сопровождается острой «кинжальной» болью в эпигастральной области, нередко развивается шоковое состояние. Характерно исчезновение печёночной тупости при перкуссии живота вследствие поступления воздуха в брюшную полость.

Пенетрация - происходит редко, на фоне длительного тяжёлого процесса и неадекватной терапии.

Клинически пенетрация характеризуется внезапно возникающей болью, иррадиирующей в спину, и повторной рвотой.

Диагноз уточняют с помощью ФЭГДС.

Желудочно-кишечное кровотечение

- **Чаще наблюдается при желудочной локализации язв. Оно проявляется рвотой содержимым типа "кофейной гущи" (гематемезис) или черным дегтеобразным стулом (мелена). При массивном кровотечении и невысокой секреции соляной кислоты, а также локализации язвы в кардиальном отделе желудка в рвотных массах может отмечаться примесь неизменной крови.**
- **Иногда на первое место в клинической картине язвенного кровотечения выступают общие жалобы (слабость, потеря сознания, снижение артериального давления, тахикардия), тогда как мелена может появиться лишь спустя несколько часов – что объясняется высокой локализацией очага кровотечения**

Перфорация

- К развитию перфорации предрасполагают физическое перенапряжение, переизбыток.
- Иногда перфорация возникает внезапно, на фоне бессимптомного ("немомого") течения язвенной болезни.
- Перфорация язвы клинически проявляется острейшими ("кинжальными") болями в подложечной области, развитием коллаптоидного состояния. При обследовании больного обнаруживаются: "доскообразное" напряжение мышц передней брюшной стенки и резкая болезненность при пальпации живота, положительный симптом Щеткина-Блюмберга.
- В дальнейшем после периода мнимого улучшения прогрессирует картина разлитого перитонита.

Рубцовый стеноз

- Формируется после рубцевания язв, расположенных в пилорическом канале или начальной части двенадцатиперстной кишки. Р
- развитию данного осложнения способствует операция ушивания прободной язвы данной области.
- Характерными клиническими симптомами стеноза привратника являются рвота пищей, съеденной накануне, а также отрыжка с запахом "тухлых" яиц. При пальпации живота в подложечной области можно выявить "поздний шум плеска" (симптом Василенко), иногда становится видимой перистальтика желудка.
- При декомпенсированном стенозе привратника может прогрессировать истощение больных.

Пенетрация

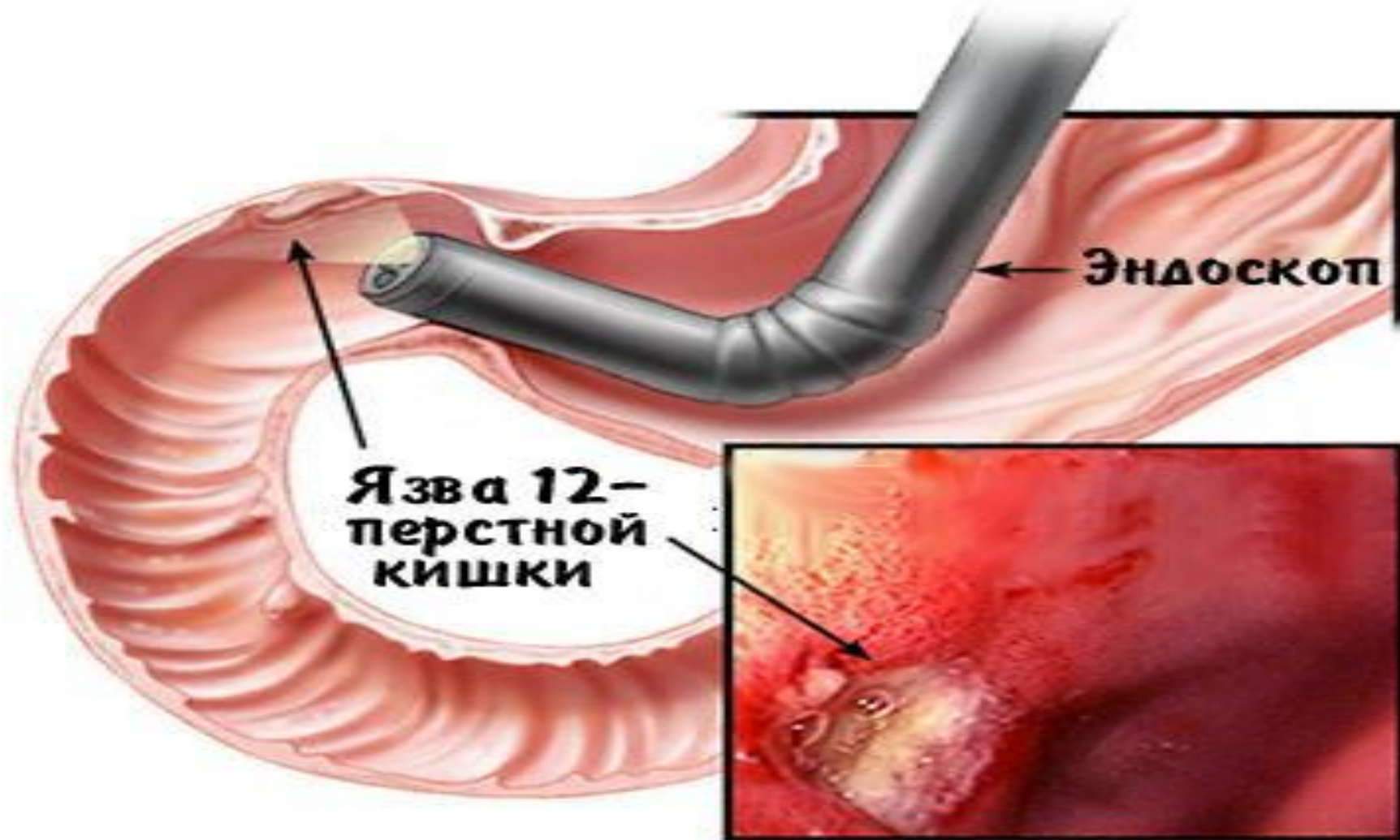
- Пенетрация может проходить в поджелудочную железу, малый сальник, желчный пузырь и др.
- При пенетрации язвы появляются упорные боли, которые теряют прежнюю связь с приемом пищи, повышается температура тела, в анализах крови выявляется повышение СОЭ.
- Наличие пенетрации язвы подтверждается рентгенологически и эндоскопически.
- Болевой синдром протекает под маской воспалительного процесса органа, куда произошла пенетрация (панкреатит, перитонит,

Диагностика язвенной болезни:

- Гастродуоденоскопия выявляет язвенные дефекты, их локализацию, глубину, характер, уточняет наличие осложнений и так далее.
- Рентгенологическое исследование желудка с помощью взвеси сульфата бария.
- Определение *H. pylori*
- Исследование кала на скрытую кровь.
- Исследование общих анализов крови и мочи.

ФГДС позволяет:

- Выявить язвенный дефект и описать его локализацию, размеры, характер, наличие и распространенность сопутствующего воспаления слизистой,
- Провести забор необходимого материала (желудочное содержимое, биоптат слизистой) для исследований (рН-метрия, обсемененность Нр, изменения слизистой: гиперплазия, атрофия)
- Обеспечить объективный контроль за эффективностью противоязвенного лечения, скоростью и качеством рубцевания.



Язва двенадцатиперстной кишки

Исследование двенадцатиперстной кишки

Эндоскопическая фотография



Язва желудка



Эндоскоп

Антральный
отдел

M
IS
ОИИЦ

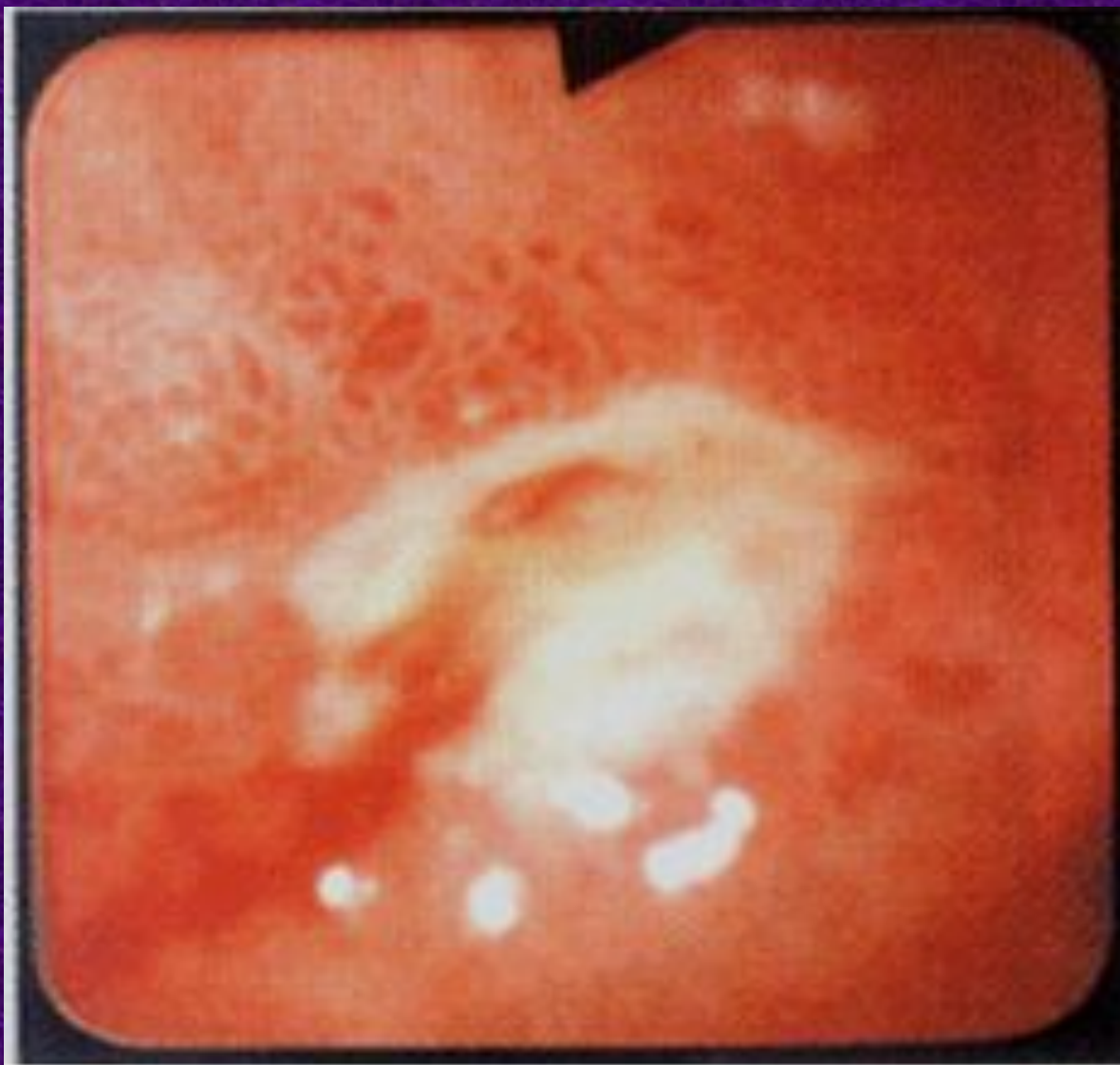
Язва желудка (рисунок и эндоскопическая фотография)

Обострение



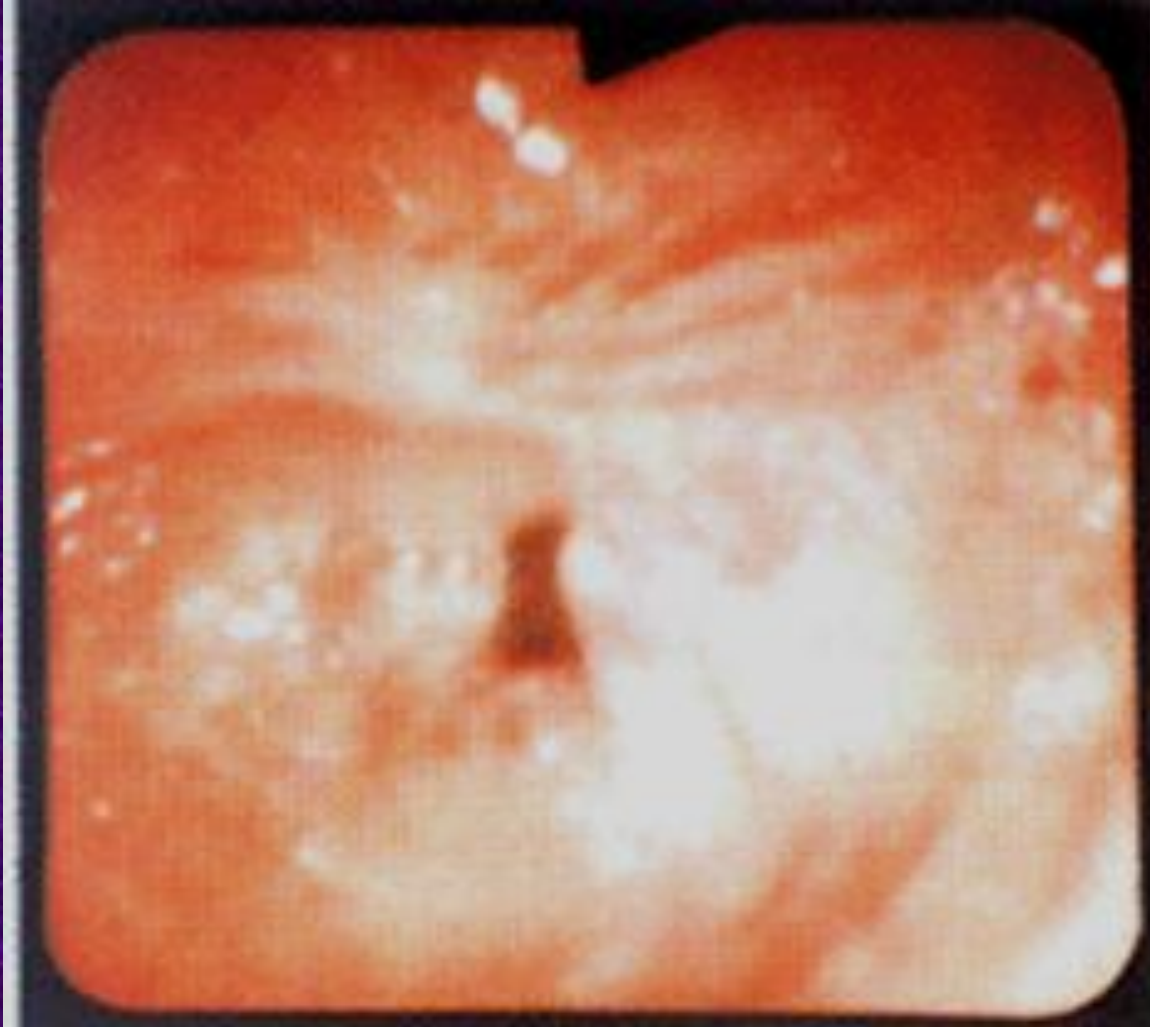
Язвы имеют округлую форму. Края язвы высокие, ровные и четко очерченные. Вокруг язвы слизистая оболочка отечна и гиперемирована, имеет вид приподнятого валика, который четко отграничен от окружающей слизистой и возвышается над ней. Дно язвы покрыто желтовато-серым налетом, иногда (при кровоточащей язве) — геморрагическим.

Заживление язвы



Уменьшение глубины и диаметра язвы. Язва имеет овальную или щелевидную форму. На дне язвы заметна грануляционная ткань. Уменьшение воспалительного валика, отека и гиперемии слизистой вокруг язвы. Конвергенция складок слизистой к области локализации язвы.

Рубцевание язвы



На месте язвы рубец линейной или звездчатой формы с различными нарушениями рельефа слизистой оболочки. При заживлении глубоких язв или при частых рецидивах болезни могут развиваться достаточно грубые деформации и стенозы.

Основные методы диагностики инфекции НР

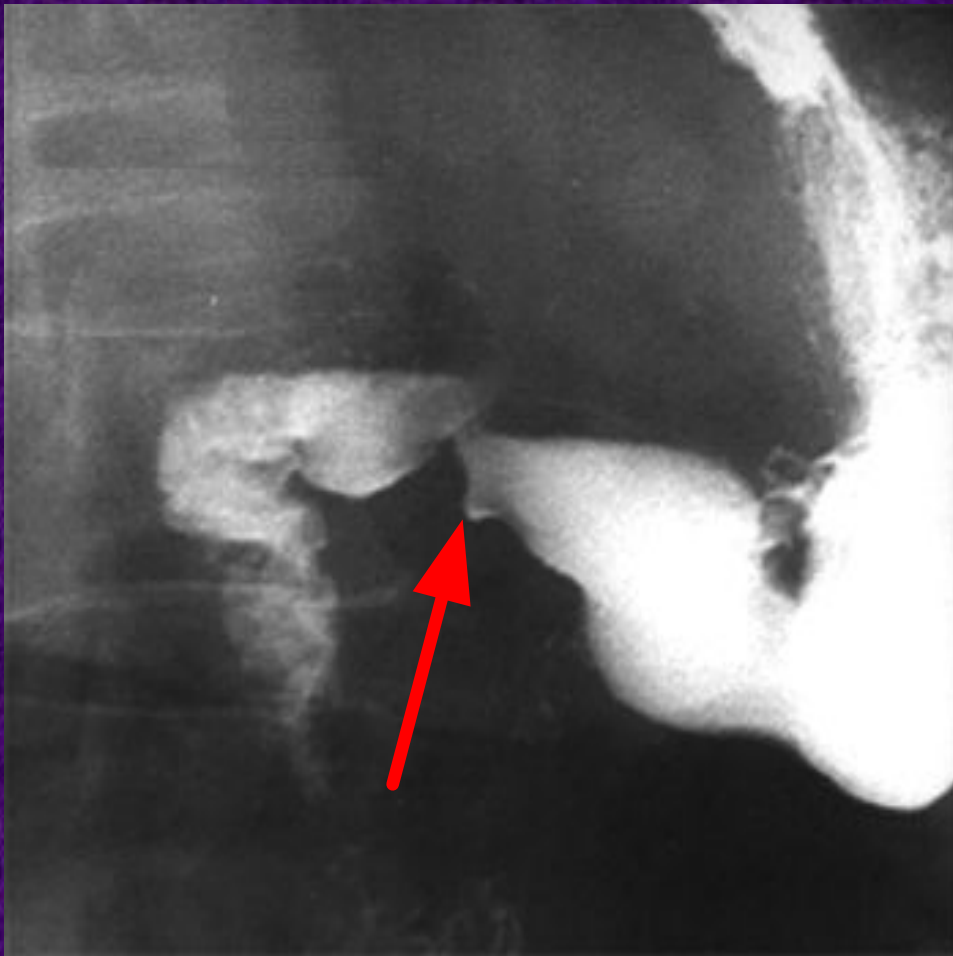
Метод диагностики	Показания к применению	Инвазивный	Неинвазивный
Серологический	Скрининговая диагностика инфекции НР	+	-
Микробиологический	Определение чувствительности НР к антибиотикам	+	-
Морфологический	Первичная диагностика инфекции НР у больных ЯБ	+	-
Уриазный тест	Первичная диагностика инфекции НР у больных ЯБ	+	-
Дыхательный тест	Первичная диагностика инфекции НР у больных ЯБ, контроль эффективности эрадикационной терапии	-	+
Определение Нр в кале	Скрининговая диагностика инфекции НР	-	+

Наиболее типичными рентгенологическими признаками язвы желудка или двенадцатиперстной кишки являются:

1. Симптом «ниши» с воспалительным валиком вокруг нее

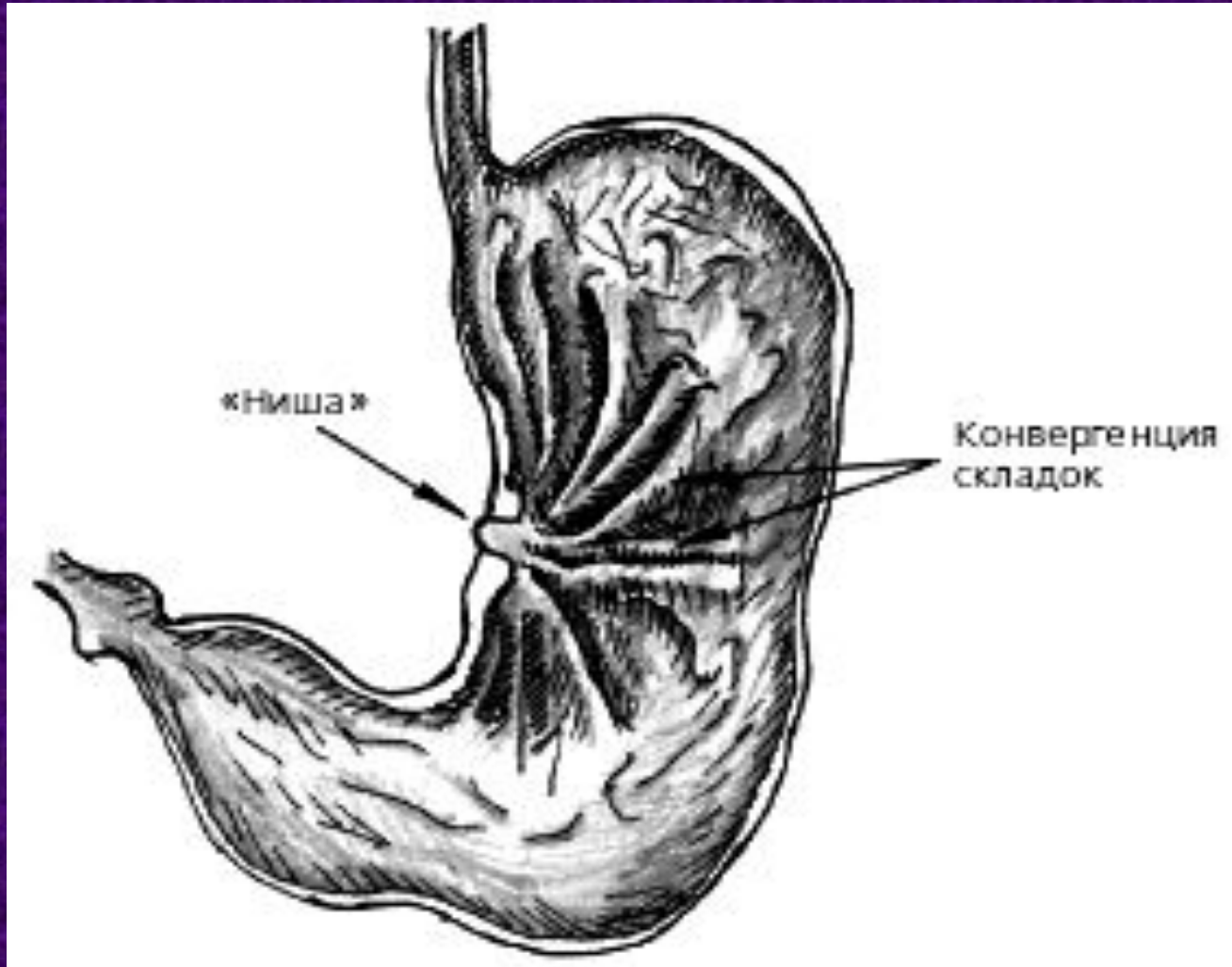


Рентгенограмма желудка больного с язвой антрального отдела

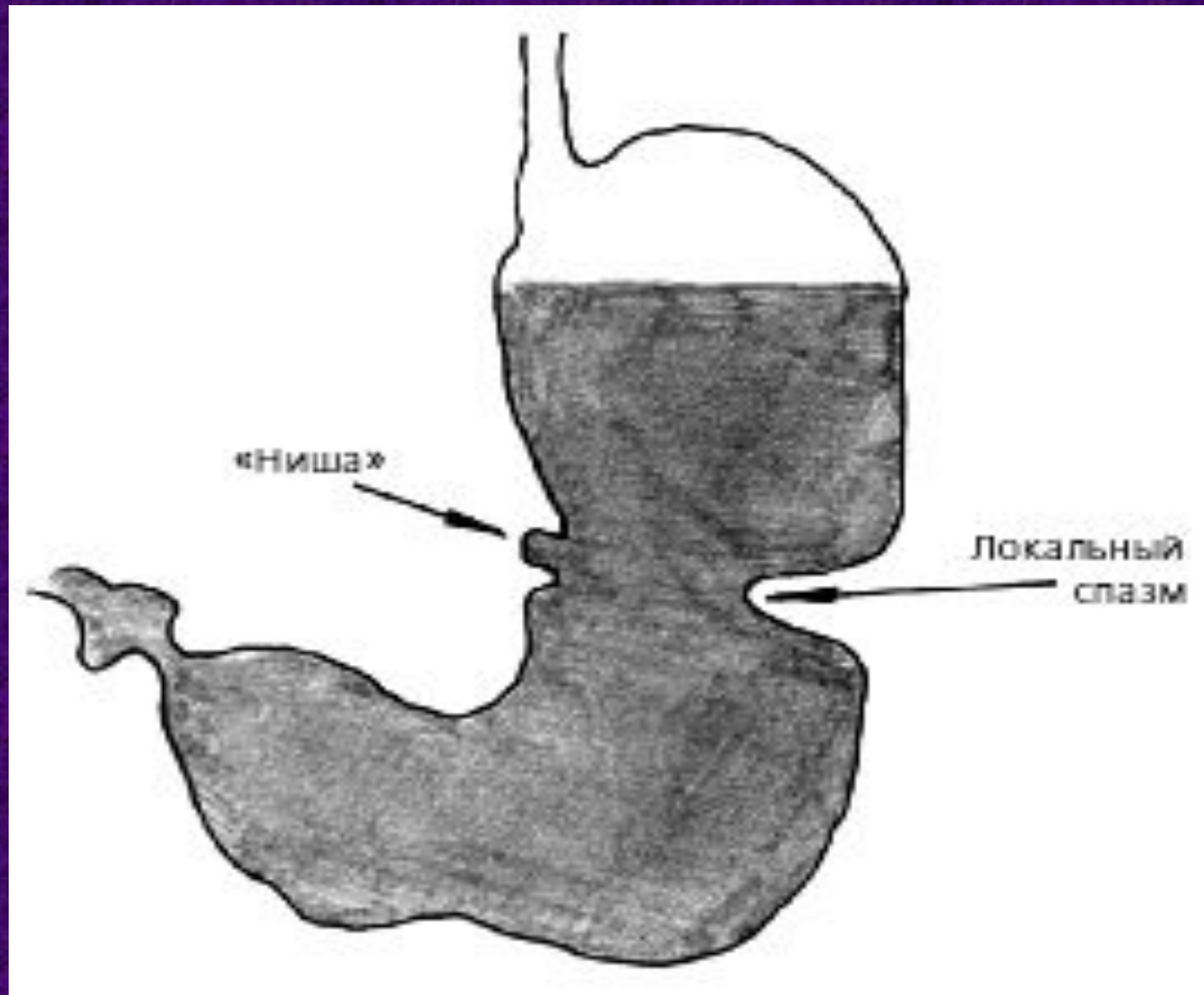


- СИМПТОМ «НИШИ»

2. конвергенция складок слизистой оболочки к нише



3. симптом «указующего перста» (симптом де Кервена);



4. Ускоренное продвижение бариевой взвеси в области изъязвления (симптом местной гипермобильности);

5 наличие большого количества жидкости в желудке натощак (неспецифический признак).

Дифференциальная диагностика

- Лекарственные язвы - развиваются остро, проявляясь внезапным желудочно-кишечным кровотечением или прободением язв, протекают с нетипичными клиническими проявлениями (стертой картиной обострения, отсутствием сезонности и периодичности).

- Гастродуоденальные язвы при синдроме Золлингера-Эллисона - крайне тяжелое течением, множественные локализации, упорные поносы. При обследовании - резко повышенный уровень базальной желудочной секреции, увеличенное содержание гастрина в сыворотке крови (в 3-4 раза по сравнению с нормой).
- При синдроме Золлингера-Эллисона положительны провокационные тесты (с секретинном, глюкагоном и др.), проводят ультразвуковое исследование поджелудочной железы.

Основные цели терапии язвенной болезни

- Снижение секреции соляной кислоты (уменьшение агрессивного воздействия и создание условий для действия антибиотиков)
- Санация слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки от *H. pylori*
- Предупреждение рецидивов и

Лечение язвенной болезни

1. Антациды: Алмагель, Алюмаг, Фосфалюгель, Маалокс, и т. д.
2. Антисекреторные препараты:
 - а) блокаторы H₂ гистаминовых рецепторов: Фамотидин, Ранитидин и Зантак.
 - б) ингибиторы «протонной помпы»: Омепразол, Лансопрозол
3. Антихеликобактериальная терапия: Кларитромицин, Амоксицилин, Тетрациклин.
4. Прокинетики: домперидон (мотилиум), цизаприд
5. Витаминотерапия (особенно витамины группы В).
6. Стимуляторы процесса регенерации (Солкосерил, Актовегин).
7. Седативные препараты по показаниям: Тиазепам, Реланиум.
8. По показаниям: анаболические гормоны.
9. Физиолечение: парафиновые аппликации на область эпигастрия, озокерит, диатермия.

Большинство больных с неосложненным течением ЯБ могут получать лечение амбулаторно при условии создания ребенку оптимального режима дня и питания.

Госпитализация в специализированное гастроэнтерологическое отделение показана в случаях осложненного течения ЯБ или по социальным показаниям.

При амбулаторном ведении таких больных необходимо соблюдение нескольких правил:

- отстранение ребенка от занятий в школе
- беспечение щадящего режима дня с организацией полупостельного режима,
- ограничение телевизионного и компьютерного времени.
- требуется также создание максимально комфортных с психологической точки зрения условий и тщательное выполнение всех врачебных рекомендаций (особенно для подростков).

«Маастрихт 4»

Терапия первой линии:

- ИПП в стандартной дозе 2 раза в сут.
- Кларитромицин 500 мг 2 раза в сут.
- Амоксициллин 1000 мг 2 раза в сут. или Метронидазол 500 мг 2 раза в сутки*

Длительность терапии – от 10 до 14 дней

«Маастрихт 4»

Терапия второй линии:

- ИПП в стандартной дозе 2 раза в сутки
- Висмута субцитрат 120 мг 4 раза в сутки
- Кларитромицин 500 мг 2 раза в сут.
- Амоксициллин 1000 мг 2 раза в сут. или
Метронидазол 500 мг 2 раза в сутки

Длительность терапии – от 10 дней, до 14 дней

Абсолютными показаниями к экстренному хирургическому вмешательству являются:

- перфорация язвы;
- профузное язвенное кровотечение с явлениями геморрагического шока или не купирующееся консервативно (в.т.ч. с использованием доступного арсенала эндоскопических методик).

- пилородуоденальный стеноз
- высокий риск рецидива при остановившемся язвенном кровотечении или рецидивирующее кровотечение.
- пенетрирующая язва

Спасибо за внимание