

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.

Распространенность

В настоящее время ЯБ составляет 1 случай на 600 детей. В структуре ЯБ у детей превалирует ЯБДПК. Составляет в среднем 81% всех случаев заболевания, а на ЯБЖ приходится 13%.

Сочетание язвы двенадцатиперстной кишки и желудка встречается в 6% случаев.

ЭТИОЛОГИЯ

Язвенная болезнь относится к полиэтиологическим (мультифакторным) заболеваниям:

1. *Наследственная отягощенность* отмечается у 30-40% больных, в результате генетически обусловленной повышенной агрессивности желудочного сока.
2. Влияние внешних факторов: ведущая роль принадлежит микробу *Helikobacter pylori* (Hр).
3. Наличие дуодено-гастрального рефлюкса (ДГР).
4. Прием нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП).

Патогенез

1. *Агрессивные факторы. Основной агрессивный фактор – кислотно-пептический.*
2. *Гастродуоденальная дисмоторика.*
3. *Пилорический хеликобактер.*

Конечным звеном патогенеза ЯБ является протеолитическое воздействие ферментов на СОЖ и ДПК в результате нарушения равновесия между защитными свойствами СО гастро-дуоденальной зоны и агрессивными свойствами желудочного сока.

Схема патогенеза язвенной болезни желудка.

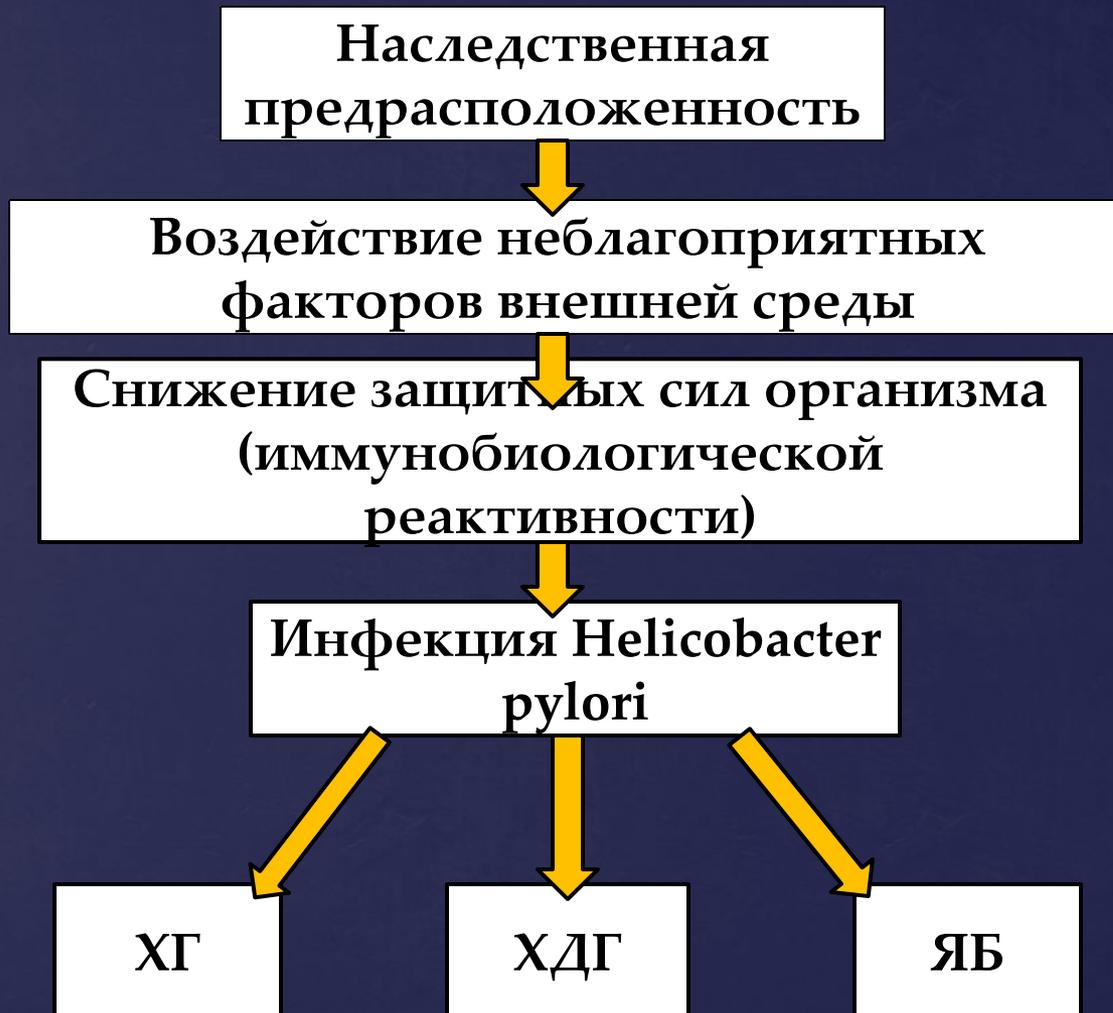


Схема патогенеза язвенной болезни ДПК при инфицировании Нр.

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 Шайя: 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 кислотный 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

Двенадцатиперс
тной кишки

- бульбарная
- постбульбарная

2.
Клиническая
фаза и
эндоскопиче
ская 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

Свежая язва.

1. Ведущий клинический синдром – боли в эпигастрии и справа от средней линии, ближе к пупку. У 50% больных –ночные боли.
2. Выражен диспептический синдром: изжога, отрыжка, тошнота, рвота, иногда горечь во рту при наличии ДГР, склонность к запорам.
3. Поверхностная пальпация живота болезненна, глубокая – затруднена («дефанс»)
4. Эндоскопия – виден дефект округлой или овальной формы, окруженный воспалительным валиком, дно покрыто фибрином серо-желтого или белого цвета.

Начало эпителизации.

1. Поздние боли сохраняются, чаще днем. У большинства детей после приема пищи боли полностью исчезают, хотя и выявляется «мойнигановский» ритм. По характеру боли становятся ноющими, тянущими, иррадиация менее выражена и сохраняется у 20% больных.
2. Уменьшается степень выраженности диспепсических проявлений.
3. Доступна поверхностная пальпация, при глубокой – сохраняется мышечная защита.
4. Эндоскопия- уменьшается гиперемия СО, исчезает воспалительный вал вокруг дефекта, дно очищается от фибрина, намечается конвергенция складок к ней.

Заживление язвы.

1. Боли сохраняются только натощак, в ночное время их эквивалентом может быть чувство голода.
2. Диспепсические расстройства слабо выражены.
3. Живот становится доступным глубокой пальпации, сохраняется болезненность в пилородуоденальной зоне.
4. Эндоскопия- на месте дефекта определяются следы репарации в виде рубцов красного цвета различной формы (линейной, циркулярной, звездчатой) с деформацией стенки желудка, ДПК или без таковой. Сохраняются признаки воспалительного процесса в СОЖ и особенно –ДПК, моторно-эвакуаторные нарушения (гипертонус, дуодено- гастральный рефлюкс).

Клинико-эндоскопическая ремиссия

1. У больных отсутствует болевой, диспепсический синдромы, пальпация живота безболезненная.
2. Эндоскопия – при наличии рубца отмечается отсутствие воспаления вокруг него. Но в 70-80% случаев сохраняется стойкое повышение кислотообразующей функции желудка.

Тяжесть течения обусловлена сроками заживления язв, наличием или отсутствием осложнений, длительностью ремиссии и частотой рецидивов.

Течение	Сроки заживления язвы	Длительность ремиссии
Легкое	До одного месяца	Более одного года
Средней тяжести	Более одного месяца	Менее одного года
Тяжелое	Свыше трех месяцев	Частые рецидивы, более двух обострений в год, сочетанные и множественные язвы.

Диагноз ставится на основании жалоб, анамнестических, объективных и данных дополнительных методов исследования.

Жалобы при ЯБ можно объединить в 3 ведущих синдрома:

1. болевой,
2. диспептический,
3. астено-вегетативный.

1. Для болевого синдрома характерны цикличность (обострения чаще в осенне-весенний период) и ритмичность. Для ЯБДПК характерен ритм Мойнигана: голод-боль – прием пищи – исчезновение боли.
2. Диспептический синдром характеризуется изжогой, вызванной рефлюксом желудочного содержимого в пищевод; обычно однократной рвотой, возникающей на высоте болевого синдрома и приносящей облегчение; тошнотой, отрыжкой, горечью во рту. Повторные рвоты должны настораживать в отношении пилородуоденального стеноза. Аппетит, как правило, сохранен или даже повышен. Отмечается склонность к запорам.

3. Астено-вегетативный синдром.

Больным с ЯБ присущи характерные типологические признаки: повышенная возбудимость, эмоциональная неустойчивость, дисциплинированность, легкая психическая ранимость, чрезмерное самолюбие, эгоцентризм. Чаще склонность к ваготонии.

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

1. Острым холециститом,
2. Панкреатитом ,
3. Аппендицитом ,
4. Инвагинацией ,
5. Почечной коликой.

Стандарт обследования

- 1) Анамнестические данные.
- 2) Наследственный анамнез.
- 3) Объективные данные.

Дополнительные лабораторные и инструментальные методы обследования

1. Общий анализ крови.
2. Определение группы крови и резус-фактора.
3. Биохимическое исследование крови (билирубин и фракции, трансаминазы, ЩФ, белок и фракции, сывороточное железо).
4. Исследование крови на маркеры гепатита.
5. Исследование кала (на скрытую кровь, копрологическое, на яйца глистов, на патогенную кишечную группу).
6. Общий анализ мочи.
7. ЭФГДС с прицельной биопсией.
8. Исследование на Hp не менее чем двумя методами.
9. УЗИ печени, желчного пузыря, желчевыводящих путей с желчегонным завтраком, поджелудочной железы.
10. Интрагастральная pH-метрия.

Методы диагностики *Helikobacter pylori*- ассоциированной инфекции.

1. Инвазивные (требуют ЭФГДС со взятием биопсийного материала из СОЖ):

- гистологический
- цитологический
- бактериологический
- биохимический (местный уреазный тест).

2. Неинвазивные :

- серологический (ИФА)
- дыхательный уреазный тест
- ПЦР
- определение антигена *Helikobacter pylori* в фекалиях с помощью моноклональных антител.

Цель лечения на 1 этапе:

1. Эрадикация *Helikobacter pylori*;
2. Депрессия интрагастральной кислотности;
3. Восстановление репаративных процессов в слизистой оболочке желудка;
4. Устранение клинических симптомов.

Терапия первой линии (тройная).

На основе ингибиторов протонной помпы (ИПП)

1. ИПП

- + Кларитромицин
- + Макмирор /фуразолидон

2. ИПП

- + Кларитромицин
- + Амоксициллин (Флемоксин Солютаб)

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)

Терапия второй линии («квадротерапия»)

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

Первую линию терапии проводят сразу после установки диагноза ЯБ, независимо от периода болезни (обострения, ремиссии) и осложнений.

Контрольная ЭФГДС с целью оценки рубцевания язвы проводится через 14 дней после начала терапии. При наличии рубца ребенок выписывается на 2 этап. При сохраняющейся язве продолжают курс *антисекторной* терапии ИПП или *H2-гистаминоблокаторами* еще 14 дней с последующим эндоскопическим контролем.

После проведения курса эридикационной терапии до возникновения полноценного рубца желательно проводить долечивание антисекреторными препаратами в амбулаторных условиях, а при тяжелом течении и в стационаре 2-5 недель при ЯБДПК и до 7 недель- при язве желудка.

Препарат выбора – Омепразол, Де-нол.

Для профилактики обострений ЯБ, а , следовательно и ее осложнений рекомендуется проводить длительную поддерживающую терапию антисекреторными перпаратами в половинной дозе, например –ранитидин принимать ежедневно в 20 часов по 150 мг, или омепразол- по 10 мг.

При наступлении ремиссии ЯБ с отсутствием активности гастродуоденита и инфицированности СО Нр, как правило, исключается назначение антисекреторного препарата на длительный срок в поддерживающей дозе.

При появлении характерных для обострения ЯБ симптомов возобновить противоязвенную терапию одним из антисекреторных препаратов в течение первых 3-4 дней в полной суточной дозе, последующие 2 недели – в поддерживающей (половинной) дозе. Этот вариант получил название терапии «по требованию».

Считается, что обострения ЯБ возникают только у тех больных, у которых после курсовой противоязвенной терапии остается инфицированность оболочки Нр и каждое последующее обострение возникает на фоне хеликобактерного гастродуоденита.

Лекарственное лечение гастродуоденальных язв (чаще язва желудка), не ассоциированных с Нр используется по одной из схем хронического гастрита, не ассоциированного с Нр.

Продолжительность стационарного лечения 10-14 дней.

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, чередую препараты.

Немедикаментозные методы лечения:

1. Лечебно-охранительный режим.
2. Диета.
3. 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 СМТ, ДМВ, токи КВЧ, лазеротерапия.

Бальнеотерапия назначается на втором этапе лечения.

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.

Противорецидивное лечение проводится при отсутствии жалоб и отрицательных результатах дыхательного теста два раза в год (весной, осенью):

1. Фитотерапия противовоспалительными, вяжущими, усиливающими регенерацию травами (зверобой, тысячелистник, льняное семя, мята), по 1/3 стакана за 15-20 минут до еды 3 раза в день- 3-2 недели.
2. Витаминотерапия (компливит, юникап) – 1 месяц.
3. Минеральные воды низкой минерализации 3 мл/кг 3 раза в день через час после еды в теплом виде без газа – 3-4 недели.
4. Раз в год посещение гастроэнтерологического санатория (Железноводск, Ессентуки).

ЭФГДС проводится при наличии жалоб, а также при положительных результатах реакции кала на скрытую кровь или дыхательного теста на Нр.

При обнаружении на ЭФГДС обострения ЯБ или активного Нр-ассоциированного гастродуоденита лечение вновь начинают с 1 этапа.

Профилактические прививки в период ремиссии проводятся по обычной схеме.

Занятия физической культурой разрешаются в специальной группе не ранее чем через год после окончания лечения обострения, т.е. при полной ремиссии.

После оперативного лечения осложнений ЯБ (кровотечение, перфорация), формировании пилородуоденального стеноза больной должен быть направлен в бюро медико-санитарной экспертизы для оформления инвалидности.

В соответствии со ст.58 Постановления Правительства РФ больные ЯБ признаются негодными к военной службе в мирное время.

Прогноз

Благоприятное и неблагоприятное течение ЯБ, прежде всего, определяется частотой рецидивирования и сроками заживления язв. При этом на характер течения заболевания оказывают влияние фоновые факторы (пол, возраст ребенка, наследственная отягощенность по ЯБ, сезон года, характер сопутствующей патологии), так и особенности самой ЯБ (локализация, численность, размер и глубина язвенных дефектов), распространенность и выраженность структурных изменений в СО гастродуоденальной зоны, степень повышения местных факторов агрессии и снижение факторов защиты.

Благодарю за
внимание!

