

Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки

Выделенные слова голубым цветом – гиперссылка. Кликните курсором в полноэкранном режиме и вы на веб-странице.

Определение

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБ) хроническое заболевание желудочно-кишечного тракта основным проявлением которого формирование достаточно стойкого язвенного дефекта в желудке и/или двенадцатиперстной кишке (ДПК).

В международной классификации болезней (МКБ-10) ЯБ соответствует название пептическая язва (peptic ulcer disease).

ЯБ - хроническое и рецидивирующее заболевание, склонное к прогрессированию вовлечению в патологический процесс, кроме желудка, других органов пищеварения и всего организма. Неадекватное лечение ЯБ приводит к осложнениям, которые угрожают жизни больного.



ГОРОДСКОЕ НАСЕЛЕНИЕ

1.90%

3.40

Распространенность ЯБ среди жителей в РФ

Клинические формы

Острая или впервые выявленная

хроническая

течение

Легкое или редко рецидивирующее

Латентное

Средней тяжести или рецидивирующее (**1—2** рецидива в течение года)

Тяжелое (**3** рецидива и более в течение года) или непрерывно рецидивирующее;

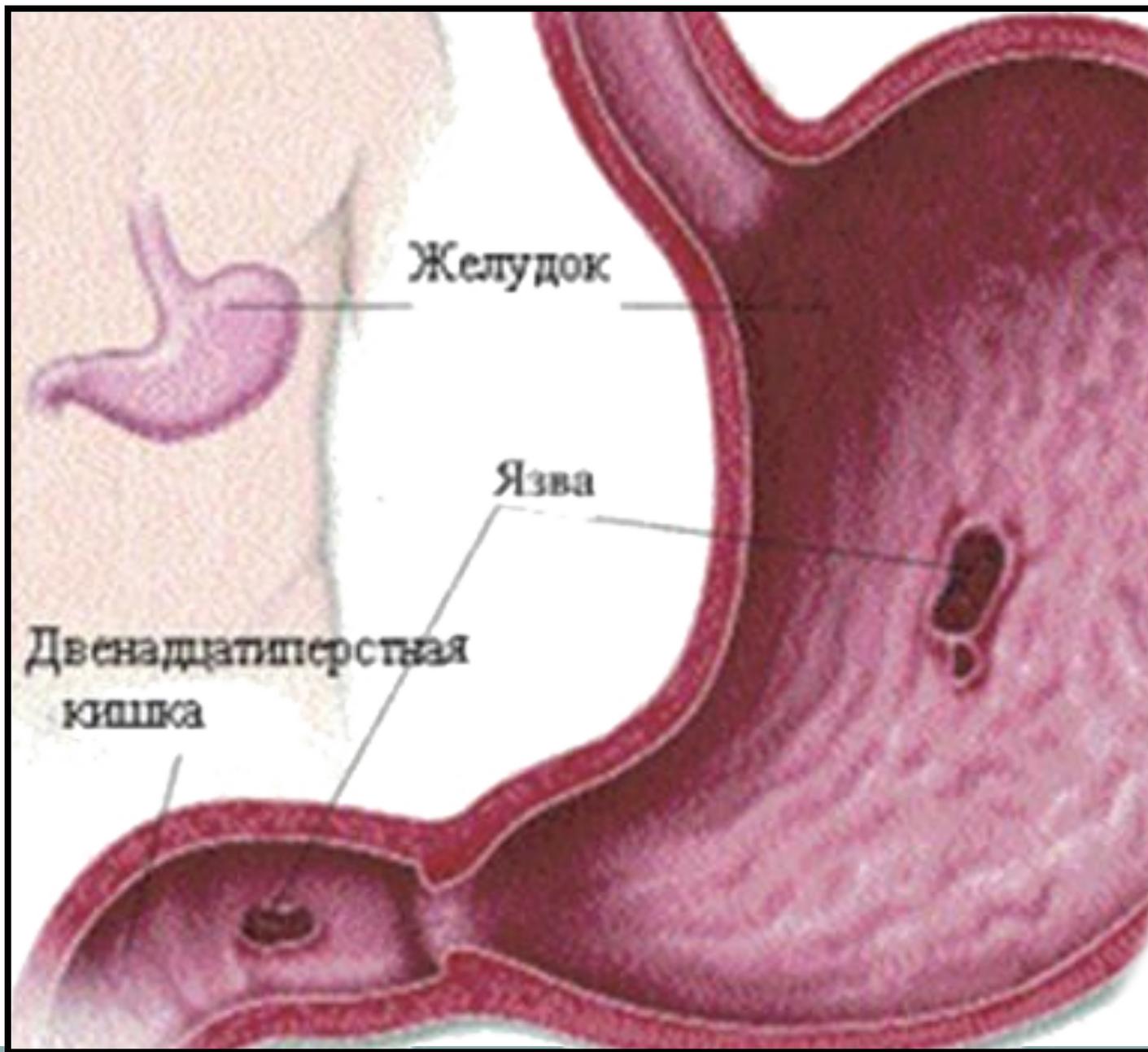
развитие осложнений

Фаза

Обострение (рецидив)

Затухающее обострение (неполная ремиссия)

Ремиссия





Бактерия хеликобактер пилори



Этиология ЯБ

ЯБ полиэтиологическое, генетически и патогенетически неоднородное заболевание. Среди неблагоприятных преморбидных факторов, которые повышают риск развития ЯБ, важное место занимает наследственность. Вероятно, наследуется не само заболевание, а только склонность к нему. Без определенной наследственной склонности тяжело представить возникновение ЯБ. Причем следует отметить, что детям с отягощенной наследственностью присущ так называемый синдром опережения: то есть они, как правило, начинают болеть ЯБ раньше, чем их родители и близкие родственники.

Генетические факторы, которые способствуют возникновению ЯБ:

- высокий уровень максимальной секреции соляной кислоты;
- увеличения числа париетальных клеток и их повышенная чувствительность к гастрину;
- дефицит ингибитора [трипсина](#);
- дефицит фукомукопротеидов;
- повышенное содержимое [пепсиногена](#) в сыворотке крови и мочи;
- избыточная выработка [гастрина](#) в ответ на стимуляцию;
- гастродуоденальная дисмоторика - продолжительная задержка пищи в желудке;
- повышение образования пепсиногена;
- И т.д.

Клинические проявления ЯБ

Клинические проявления ЯБ у детей зависят от возраста больного, локализации язвы, стадии болезни, индивидуальных и половых особенностей .

1. Болевой синдром – ведущий клинический синдром. В период обострения ЯБ двенадцатиперстной кишки больные жалуются на боль эпигастрии, пилородуоденальной зоне. Характер боли – приступообразный, или же ноющий. Боль возникает натощак или через 2-3 часа после пищи (так называемые поздние боли). Почти половина больных жалуется на ночные боли.

Классический Мойнингановский ритм: "голод > боль > прием пищи > облегчение" нам приходилось наблюдать сравнительно редко, преимущественно у детей старшего возраста. Иррадиация болей в спину или в поясницу характерна для осложнений со стороны поджелудочной железы. Пальпаторно в период обострения ЯБ преобладает болезненность в эпигастрии, где часто обнаруживается положительный симптом Менделя, локальное напряжение мышц. Немного реже указанные симптомы обнаруживаются в пилородуоденальной зоне. Кожная гиперестезия в зонах Захарьина - Геда в педиатрической практике почти не выявляется.

2. Диспептический синдром включает изжогу (ведущий симптом), тошноту, отрыжку, кислым, рвоту. В определенной мере к диспептическому синдрому можем отнести и тенденцию к запорам, которая часто наблюдается в больных с гиперацидностью желудочного сока в период обострения болезни.

Болевой и диспептический синдромы имеют сезонный характер (усиливаются осенью и весной)

3. Синдром неспецифической интоксикации и нейроциркуляторной дистонии: эмоциональная лабильность, астено-невротический синдром, вегетативные расстройства, головная боль, нарушения сна, потливость. Аппетит у с ЯБ, как правило, не страдает и даже усиливается, что может быть проявлением гиперацидности и эквивалентом голодных болей. Указанные выше клинические проявления, характерны для периода обострения болезни. С началом эпителизации язвенного дефекта, как правило, уменьшается интенсивность болей, которые приобретают мало интенсивный ноющий характер, исчезает иррадиация болей. Постепенно исчезает рвота и уменьшается интенсивность изжоги, хотя на протяжении длительного времени сохраняются поздние боли. При поверхностной пальпации значительно уменьшается или исчезает болезненность, хотя может сохраняться локальное напряжение мышц. В стадии заживления и в период ремиссии язвы ребенок перестает жаловаться на боли в животе, но еще отмечается умеренная болезненность в гастродуоденальной зоне при глубокой пальпации.

Ни в коем случае не надо забывать, о том, что часто отсутствует соответствие между субъективным улучшением самочувствия больного, клинической и эндоскопической картиной.

В клинической практике нам приходилось наблюдать абсолютно «немые» язвенные поражения пищеварительного тракта.

Лечение ЯБ

Объем лечебных мероприятий зависит от локализации язвы (желудок или ДПК), фазы заболевания, тяжести течения, наличия осложнений, связи с НР, ведущих патогенетических механизмов и клинико-эндоскопического симптомокомплекса. По сложившейся в отечественной педиатрии традиции лечение больного с впервые выявленной ЯБ и при её обострении осуществляется в стационаре. В то же время многие зарубежные педиатры более сдержаны в отношении рекомендации стационарного лечения.

При обострении, средняя продолжительность стационарного лечения составляет около 1 месяца.

1. Режим. В первые недели пребывания в стационаре постельный или полупостельный режим.

2. Питание. Назначаются последовательно диетические столы № 1а, 1б, а потом N5. Учитывая маленькую калорийность вариантов диеты N1, выбор двигательного режима зависит от продолжительности её назначения. В основе диетотерапии ЯБ лежит принцип предотвращения термического, химического и механического раздражающего воздействия на язву. То есть исключается очень горячая или холодная пища, экстрактивные, пряные, блюда, грубая пища богатая пищевыми волокнами. При осложнении ЯБ кровотечением назначают диету Мейленграхта, куда входит пюре обогащенное белками, солями и витаминами.

Соль и язва желудка

Количество **поваренной соли** в период обострения болезни ограничивается в связи с ее отрицательным влиянием на секреторный процесс в желудке и на течение воспалительного процесса. По мере выздоровления ее количество доводится до физиологической нормы.

Диетотерапия

Диетотерапия при язвенной болезни состоит из трех циклов (**диеты № 1а, 1б и 1** продолжительностью 10—12 дней каждый, с соблюдением постельного, а затем полу-постельного режима. В дальнейшем, при отсутствии резкого обострения и проведении противорецидивной терапии, может быть назначен непротертый вариант диеты № **Противоязвенная диета должна содержать соки сырых овощей и фруктов**, богатых витаминами (особенно сок капусты), отвар шиповника.

Лечебное питание

Цель назначения:

умеренное химическое, механическое и термическое щажение желудочно-кишечного тракта при полноценном питании, уменьшение воспаления, улучшение заживления язв, нормализация секреторной и двигательной функций желудка.

Общая характеристика:

по калорийности, содержанию белков, жиров и углеводов физиологически полноценная диета. Ограничены сильные возбудители секреции желудка, раздражители его слизистой оболочки, долю задерживающиеся в желудке и трудно перевариваемые продукты и блюда. Пищу готовят в основном протертой, сваренной в воде или на пару. Отдельные блюда запекают без корочки. Рыба и нежирные сорта мяса допускаются куском.

Умеренно ограничена поваренная соль. Исключены очень холодные и горячие блюда.

Химический состав и калорийность:

белки - 90-100 г (60% животные),

жиры - 100 г (30% растительные),

углеводы - 400-420 г; 11,7-12,6 МДж (2800-3000 ккал);

натрия хлорид 10-12 г,

свободная жидкость - 1,5 л.

При язвенной болезни в юношеском возрасте назначают диету № 1 с повышенным содержанием белка (до 120 г) и жира (110 г), углеводов (450 г). Энергетическая ценность — 3300 ккал.

Режим питания: 5-6 раз в день.

Осложнения язвенной болезни

1. Прободная язва

Прободная язва (перфоративная) — это возникновение сквозного дефекта в стенке желудка (перфоративная) — это возникновение сквозного дефекта в стенке желудка или двенадцатиперстной кишки (перфоративная) — это возникновение сквозного дефекта в стенке желудка или двенадцатиперстной кишки и вытекание содержимого в брюшную полость.

Клиническая картина

При типичной форме прободной язвы в клинической картине можно выделить три периода:

1. Период [болевого шока](#)
2. Период «мнимого благополучия»
3. Период диффузного [перитонита](#)

Дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз необходимо проводить со следующими заболеваниями:

1. [Острый аппендицит](#)
2. [Острый холецистит](#)
3. [Перфорация опухоли](#)
4. [Печёночная колика](#)
5. [Острый панкреатит](#)
6. [Мезентериальный тромбоз](#)
7. [Расслаивающаяся аневризма брюшного отдела аорты](#)
8. [Почечная колика](#)
9. [Инфаркт миокарда](#)
10. Нижнедолевая [пневмония](#)
11. [Плеврит](#)
12. [Пневмоторакс](#)

Лечение

Ушивание перфоративного отверстия

Показанием к простому ушиванию является:

- 1.Наличие распространенного перитонита.
- 2.Высокий операционный риск (Пожилыи возраст, наличие сопутствующей патологии)
- 3.Молодой возраст больного и отсутствие у него язвенного анамнеза
- 4.После операции больным показано лечение противоязвенными препаратами.

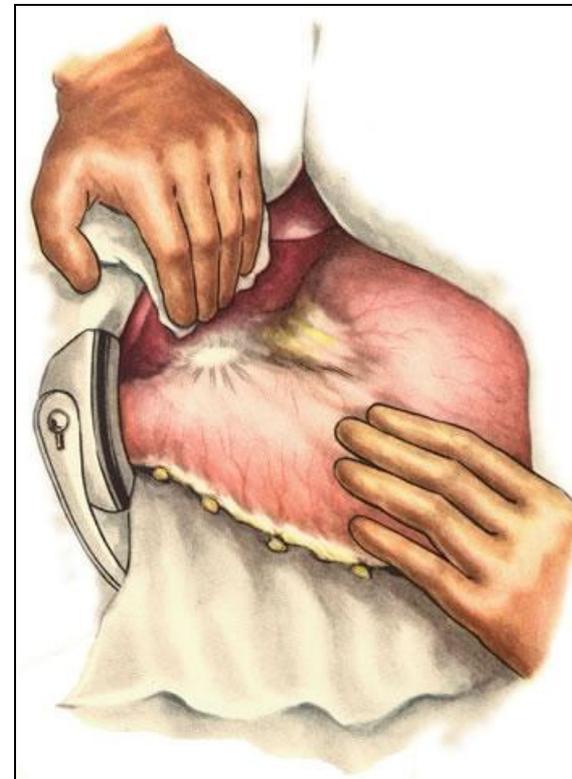
2. Пенетрация язвы

это проникновение язвы в смежные органы и ткани. Язвы задней стенки луковицы 12-перстной кишки и постбульбарные язвы пенетрируют преимущественно в головку поджелудочной железы; реже - в крупные желчные пути, печень, печеночно-желудочную связку, очень редко - в толстую кишку и ее брыжейку.

Медиогастральные язвы пенетрируют чаще всего в тело поджелудочной железы и малый сальник.

Пенетрирующая язва характеризуется следующими проявлениями:

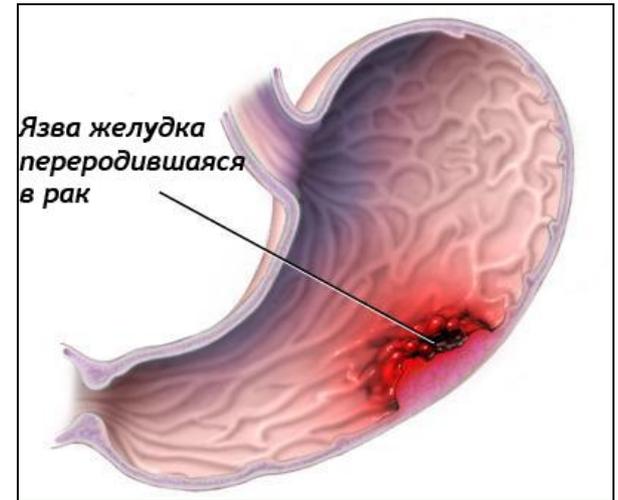
1. боли в эпигастральной области становятся интенсивными и постоянными, они теряют характерный ранее суточный ритм и связь с приемом пищи;
 2. появляется характерная иррадиация боли в зависимости от того, в какой орган пенетрирует язва. При пенетрации в поджелудочную железу боль иррадирует преимущественно в правую, реже - в левую поясничную область; довольно часто наблюдается иррадиация в спину или боль приобретает опоясывающий характер;
 3. при пенетрации язвы желудка в малый сальник боли иррадируют вверх и вправо (иногда в правое плечо, ключицу); при пенетрации высоко расположенных язв возможна иррадиация боли в область сердца; при пенетрации постбульбарной язвы в брыжейку толстой кишки боль иррадирует вниз и к пупку;
 4. в проекции пенетрации определяется выраженная локальная болезненность и довольно часто - воспалительный инфильтрат;
 5. появляются симптомы поражения тех органов, в которые пенетрирует язва;
- температура тела повышается до субфебрильной

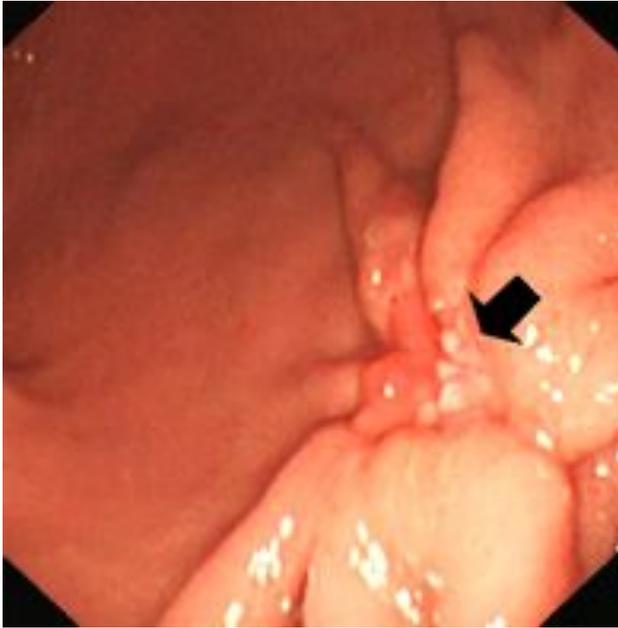


3. Язва-рак

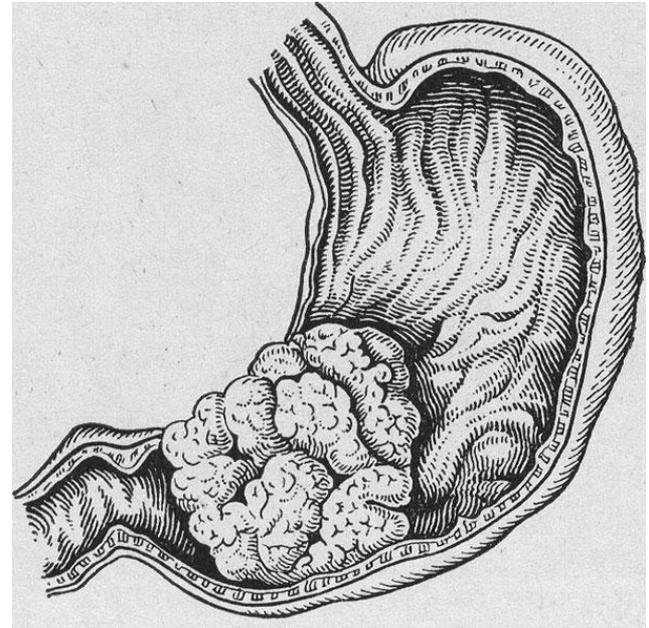
развивается из хронической язвы желудка, поэтому она встречается там, где обычно локализуется хроническая язва, т. е. на малой кривизне. Отличают язву-рак от блюдцеобразного рака признаки хронической язвы: обширное разрастание рубцовой ткани, склероз и тромбоз сосудов, разрушение мышечного слоя в рубцовом дне язвы и, наконец, утолщение слизистой оболочки вокруг язвы. Эти признаки остаются при малигнизации хронической язвы. Особое значение придают тому факту, что при блюдцеобразном раке мышечный слой сохраняется, хотя он и бывает инфильтрирован опухолевыми клетками, а при язве-раке - разрушается рубцовой тканью. Опухоль растет преимущественно экзофитно в одном из краев язвы или вдоль всей ее окружности. Чаще имеет гистологическое строение аденокарциномы, реже - недифференцированного рака.

Малигнизация хронической язвы может наступить в различные сроки язвенного анамнеза, в любом возрасте больного, однако чаще у больных среднего и старшего возраста с многолетней давностью анамнеза язвенной болезни. Клинические проявления малигнизации язвы желудка практически указывают на запущенный рак, а не на раннюю стадию его развития.





*язва желудка с
озлокачествлением*



Рак желудка (бляшковидный рак)

4. Перфорация язвы в брюшную полость

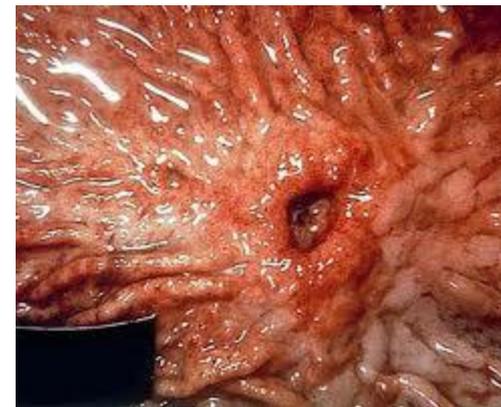
- грозное осложнение язвенной болезни и симптоматических язв. Язвы чаще перфорируют во время обострений язвенной болезни. Перфорациям язв нередко предшествуют физические нагрузки, переполнение желудка едой, прием алкоголя, нервно-психическое перенапряжение.

Клиническая картина перфорации обычно развивается остро, но при тщательном изучении анамнеза нередко выявляются симптомы, связанные с обострением язвенной болезни. Перед перфорацией возможны усиление болей и появление субфебрильной температуры, нередко озноба, тошноты, «беспричинной» рвоты. Но наиболее характерными симптомами перфорации несомненно являются резкая «кинжальная» боль в подложечной области, доскообразное напряжение мышц передней стенки живота, особенно эпигастрия, положительный симптом Щеткина-Блюмберга, исчезновение печеночной тупости, брадикардия, бледность кожных покровов.

Через 6-8 ч после перфорации обычно развивается перитонит, характеризующийся резким ухудшением общего состояния больного (частый нитевидный пульс, артериальная гипотония, лихорадка, явления динамической кишечной непроходимости, лейкоцитоз). В первые часы возможны стул и отхождение газов, но затем нарастает метеоризм, происходит задержка стула, газов и даже мочи. Рвота бывает редко.

Диагноз перфорации язвы становится несомненным, если имеются следующие признаки:

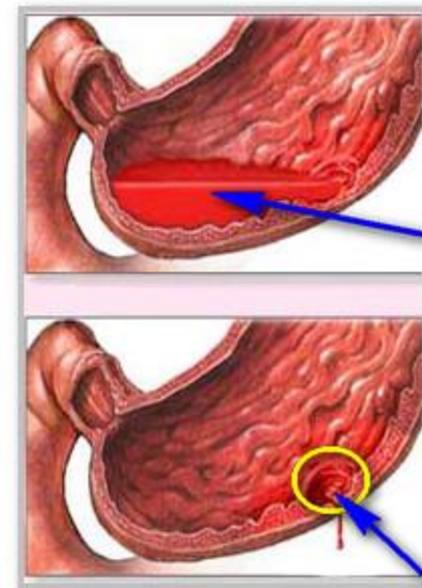
1. Внезапное начало острой непрерывной боли. При этом следует учитывать, что временное улучшение иногда возникает через 3 ч от момента ее появления, но оно ложное и может привести к потере бдительности больного, а иногда и врача. У пожилых и больных, принимающих длительное время стероидные гормоны, боль и явления перитонита могут отсутствовать.
2. Живот не участвует в акте дыхания.
3. Кишечные шумы отсутствуют.



5. Язвенное кровотечение

- одно из наиболее частых и опасных осложнений язвенной болезни, причем дуоденальные язвы кровоточат чаще чем желудочные. Язвенное кровотечение обычно возникает на фоне симптомов обострения язвенной болезни (голодная боль, изжога и др.) но у некоторых больных оно может быть первым признаком рецидива язвы. Скрытое (оккультное) кровотечение почти всегда сопутствует обострению язвенной болезни, хотя, как правило, остается незамеченным и не считается ее осложнением. Обычно диагностируют лишь массивные (профузные) кровотечения с кровавой рвотой и меленой.

Язвенное кровотечение обычно возникает при обострении язвенной болезни желудка, но чаще при обострении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки на фоне хронического активного гастрита и дуоденита. Нередко провоцирующими факторами в развитии язвенного кровотечения, по нашим данным, являются нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), алкоголь и другие агрессивные факторы (коагулянты и др.). У большинства больных в момент кровопотери возникает обморочное состояние, чаще кратковременное, появляется сухость во рту, слабость, холодный липкий пот, сердцебиение, одышка, позывы к акту дефекации с выделением неоформленных черного цвета испражнений (дегтеобразный стул), кровавая рвота (гематемезис) чаще содержимым типа «кофейной гущи». Как уже отмечалось ранее, эти симптомы с той или иной степенью выраженности наблюдаются почти у всех больных с язвенным кровотечением из верхних отделов пищеварительного тракта.



6. Перитонит

Клинические проявления: лихорадка, вынужденное положение, ригидность брюшной стенки, симптомы раздражения брюшины (не всегда четко выражены у больных, получающих терапию кортикостероидами). Кишечные шумы всегда отсутствуют.

Причины: помимо перфоративной язвы следует иметь в виду аппендицит, холецистит, панкреатит, дивертикулит, сальпингит; выделяют также первичный инфекционный, туберкулезный, склерозирующий, гранулематозный перитонит, перитонит при периодической болезни (семейная средиземноморская лихорадка).

Лечение состоит в проведении реанимационных мероприятий и включает также в/в введение антибиотиков (цефуроксим 750 мг и метронидазол 500 мг 3 раза в день). Показана лапаротомия.

Первичный инфекционный перитонит чаще связан с инфицированием брюшины *Escherichia coli* и *Str. pneumoniae* и развивается преимущественно у больных циррозом печени с асцитом. Для выявления возбудителя и определения чувствительности бактериальной флоры к антибиотикам необходимо срочное взятие асцитической жидкости на микробиологическое исследование. Сразу же необходимо начать в/в введение цефотаксима (клафоран и другие синонимы) - 1 г 2 раза в день и далее антибактериальную терапию продолжить в зависимости от результатов посева асцитической жидкости.

Туберкулезный перитонит чаще всего диагностируется при лапароскопии, но его можно также заподозрить при исследовании асцитической жидкости.

