

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

Кафедра Госпитальной педиатрии № 1

ЛЕКЦИЯ

**ТЕМА: «Актуальные вопросы детской
гастроэнтерологии»**

TASHKENT – 2007

**Аннотация на лекцию по теме «Актуальные вопросы детской
гастроэнтерологии»
доцента Жураевой З.Ё.**

Лекция посвящена актуальным вопросам детской гастроэнтерологии, подробно раскрыты вопросы распространенности, этиологии, предрасполагающих факторов, патогенеза, клиническое течение, критерии диагностики, дифференциальной диагностики, течение и современные методы лечения. Подробно остановлена на классификации, триплетных методах лечения.

Тема: Язвенная болезнь желудка и 12-п кишки.

План лекции

1. Определение
2. Этиология
3. Предрасполагающие факторы
4. классификация
5. Клинические критерии
6. Диагностика
7. Дифференциальная диагностика
8. Лечение

Язвенная болезнь- хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся формированием язвенного дефекта в желудке или двенадцатиперстной кишке, обусловленное нарушением равновесия между местными факторами защиты и агрессии.

Этиология

I. Эндогенные факторы.

- а) высокий уровень максимальной секреции соляной кислоты
- б) повышенное содержание пепсиногена I в сыворотке крови, моче
- в) Избыточное высвобождение гастрина в ответ на симуляцию
- г) Принадлежность к 0(I) группе крови
- д) Более часто выявляют у больных HLA-антигены B5, B15, B35.
- е) обнаружение *Helicobacter pylori* (Hр)

II. Экзогенные факторы.

- а) алиментарные
- б) нервно-психические
- в) вредные привычки

Патогенез. характеризует нарушение равновесия между местными факторами защиты и агрессии.

Агрессивные факторы.

1. Кислотно-пептический-основной агрессивный фактор.
2. Гастродуоденальная дисмоторика
3. Пилорический хеликобактер. Внедрение Hр в слизистую оболочку антрадного отдела желудка сопровождается местным защелачиванием среды, что стимулирует выработку гастрина находящимся здесь G-клетками. Гипергастринемия приводит к гиперпродукции HCl. Компенсаторна в ответ на закисление здесь развивается метоплозия эпителия по желудочному типу, последний может заселяться Hр.

Защитные факторы:

Способность слизистой оболочки предохранять эпителий от гибели носит название цитопротекция. Звеньями цитопротекции являются:

- а) слизисто-бикарбонатный барьер
- б) нормальная регенерация,
- в) достаточное кровоснабжение

Классификация.
Локализация
Клиническая фаза и эндоскопическая стадия
Тяжесть течения
осложнения
Желудка:
-медиогастральная
-пилороантральная
двенадцатиперстной кишки:
-булбарная
-постбулбарная
Желудка и двенадцатиперстной кишки
Обострение
I-свежая язва
II-начало эпителизации
Стихание обострения
III-заживление язвы
-без рубца
-рубцово-язвенная деформация

ремиссия
Легкое

Средней тяжести

тяжелое
Кровотечение
Перфорация
Пенетрация
Стеноз
Перивисцерит

Клиника: Классическая клиническая картина ЯБ характеризуется типичным болевым синдромом. Боли возникают натощак или спустя 1,5-2ч после приема пищи, беспокоят иногда по ночам, но главной их особенностью является исчезновение или уменьшение после приема пищи. Боли могут купироваться также приемом антацидов или спазмолитиков. Боли могут иметь разную интенсивность. Локализуется боль обычно в эпигастрии.

Из диспепсических расстройств самым частым является изжога. Иногда может быть отрыжка и рвота.

При пальпации живота отмечают болезненность в эпигастрии. Симптом Менделя не является патогномичным при ЯБ у детей. Для классического течения ЯБ типичны сезонные (осенне-весенние) обострения.

Тяжесть течения ЯБ определяются сроками заживления язв, наличием или отсутствием осложнений длительностью ремиссии и частотой рецидивов. О легком течении свидетельствует заживление язвы в срок до 1 мес, ремиссия более 1 года. Средняя тяжесть характеризуется более длительным сроком заживления (более 1 мес) и короткой ремиссией (менее 1 года), тяжелое течение характеризуется наличием осложнений, частыми рецидивами.

Различают следующие типы острых гастродуоденальных язв:

I. Стрессовые: возникают вследствие чрезвычайных раздражителей-физической или психоэмоциональной травмы, в том числе, черепно-мозговой (язвы Кушинга), при ожогах (язвы Курлинга), шоке, обморожениях. Они являются следствием ишемии слизистой оболочки. Клинические проявления стрессовых язв скудный, болевой синдром отсутствует, и первым признаком является остро возникшее кровотечение.

II. Медикаментозные: могут быть осложнениями терапии НПВП, особенно аспирином, кортикостероидами, цитостатиками, резерпином. Их возникновения связано с нарушением выработки простагландинов и слизи, снижением темпов регенерации.

III. Гепатогенные: встречаются у детей с циррозом печени и хроническим гепатитом, локализуются чаще в желудке, реже в двенадцатиперстной кишке.

IV. Панкреатогенные: развиваются на фоне панкреатита, локализуются обычно в двенадцатиперстной кишке.

V. Эндокринные: могут быть связаны с диабетической ангиопатией и локализуются обычно в желудке. В 10% при гиперпаратиреозе образуются язвы в двенадцатиперстной кишке, что связано с гиперкальциемией и повышением вследствие этого желудочной секреции, по течению похожи на тяжелую ЯБ.

VI. Синдром Золлнгер-Эллисона: гастринпродуцирующая опухоль (гастринома), локализуются обычно в поджелудочной железе, в 16 % -злокачественная. В результате постоянной гиперпродукции гастрина секреторная функция желудка значительно возрастает, исчезает нормальный суточный ритм секреции. Заболевание характеризуется непрерывным течением с образованием язв в желудке и двенадцатиперстной кишке. Диагностическим является определение уровня гастрина в крови, он повышается в 2-3 раза (N- до 100пмоль/л) и УЗИ, КТ.

Диагностика.

I. Эзофагодуоденоскопия.

Эндоскопически свежая язва (I стадия) выглядит как округлый или овальный довольно глубокий дефект слизистой оболочки, обычно покрытый беловатым налётом фибрина, окруженный воспалительным валом.

На фоне эпителизации (II стадия) уменьшается гиперемия слизистой оболочки, сглаживается отек вокруг язвы, края ее уплощаются и надвигаются к центру, уменьшая размеры и глубину. Дно дефекта начинает очищаться от фибрина, язва может иметь красно-белый вид как соль с перцем.

При заживлении язвы на месте дефекта определяют сначала красный рубец (III стадия). Регрессия которого наступает через 2-3 мес, рубец на месте язвы становится белым.

II. Рентгенологическое исследование с барием симптомом язвы является обнаружение ниши-затек контраста вглубь стенки органа.

III. Диагностика Hp-инфекции.

1. Инвазивные (требуют биопсии.):

- а) гистологический
- б) бактериоскопический
- в) бактериологический
- г) биохимический (уреазный тест)

2. Неинвазивные

- а) серологический
- б) ПЦР

в) определение антигена Нр в кале (ИФА)

При обнаружении язвенного поражения желудка или двенадцатиперстной кишки следует дифференцировать язвенную болезнь с симптоматическими или острыми язвами, которые образуются под действием конкретного неблагоприятного фактора.

Признаком, определяющим и верифицирующим язвенную болезнь, служит наличие язвенного дефекта слизистой оболочки желудка или двенадцатиперстной кишки. Диагностировать предъязвенное состояние при отсутствии язвенного дефекта весьма сложно, но тем не менее можно выделить некоторые критерии, при совокупности которых формирование язвенной болезни весьма вероятно:

- 1) отягощенная наследственность по ЯБ
- 2) повышение кислотообразующей функции желудка, особенно базальной
- 3) повышение уровня пепсиногена 1 в крови и моче
- 4) отсутствие секреции бикарбонатов в желудочном соке.
- 5) принадлежность к 0(I) группе крови