

Циркулярные язвы желудка у детей. Два клинико-эндоскопических наблюдения

Т.А. Волерт, А.Б. Корнилова, Н.Б. Думова, Н.В. Гончар

Санкт-Петербургская ГБУЗ Детская городская больница №1, Санкт-Петербург, Россия
Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург, Россия

В структуре эрозивно-язвенных поражений желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у детей язвы желудка составляют, по данным разных авторов, от 6 до 15%. Эпидемиологические исследования, основанные на тщательном изучении анамнестических данных, клинико-эндоскопических и функциональных параллелей, позволяют установить частоту язв гастродуоденальной зоны в зависимости от возраста и пола ребёнка. Зафиксированы случаи выявления язвенных поражений у детей первого года жизни, в дошкольном возрасте заболеваемость составляет 0,4 на 1000, а у школьников – 2,7 на 1000 детского населения. При этом язвенная болезнь у девочек чаще обнаруживают в возрасте 10–12 лет, а у мальчиков – в 12–15 лет. Половых различий до 4–8 лет не отмечают, однако с возрастом формируется тенденция к преобладанию числа мальчиков, страдающих язвенной болезнью, над девочками в соотношении 3:1, достигающем к 18 годам 5:1. Основными особенностями, отмечаемыми разными авторами в отношении эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны, являются: «омоложение» язвенной болезни, что может быть обусловлено еще и более частым использованием эндоскопического исследования у детей младшей возрастной группы в последние годы; увеличение частоты осложнений, при этом у детей раннего возраста преобладают кровотечения, у детей школьного возраста – перфорация; отсутствие типичных клинических проявлений, «язвенного анамнеза», что затрудняет своевременную диагностику; отсутствие сезонности обострений. Осложненное течение язвенной болезни регистрируют у 8–10% детей с преобладанием у мальчиков.

По данным Л.Н. Цветковой с соавт., в структуре язв гастродуоденальной зоны у детей преобладают язвы луковицы двенадцатиперстной кишки (около 99% случаев), в 1% случаев диагностируют язвы пилорического отдела и у 0,25% пациентов верифицируют сочетанную локализацию язв в желудке и двенадцатиперстной кишке.

Несмотря на отсутствие в Международной классификации болезней X пересмотра термина «язвенная болезнь», в России этот диагноз прочно удерживает свои позиции. В то же время отдельно выделяют так называемые симптоматические язвы – вторичные, являющиеся осложнением основного заболевания или формирующиеся в результате какого-то экстремального воздействия, основным морфологическим субстратом которых является острая язва. Для этих язв характерны следующие клинические особенности: отсутствие типичного болевого синдрома и диспептических явлений, отсутствие сезонности и периодичности обострений, особенности патогенеза и клинических проявлений этих язв определяются характером основного заболевания, язвы, чаще множественные, неглубокие, локализуются в желудке или в желудке и двенадцатиперстной кишке, быстро эпителизируются без значимой деформации, при этом имеют высокий риск развития жизнеугрожающих состояний. Основными патогенетическими вариантами острых язв являются:

стрессовые язвы (Курлинга при обширных ожогах, Кушинга при травме ЦНС, язвы в результате воздействия чрезвычайных раздражителей: психоэмоциональных и физических травм, на фоне соматических и инфекционных заболеваний с тяжелым течением, при оперативных вмешательствах и т. д.);

медикаментозные язвы (на фоне приема нестероидных противовоспалительных препаратов, кортикостероидов, кофеина);

эндокринные язвы (при синдроме Золлингера-Эллисона, гиперпаратиреозе, сахарном диабете);

симптоматические язвы (гепатогенные, панкреатогенные, язвы при хронической почечной недостаточности, коллагенозах, аллергические язвы, ишемические язвы и др.).

Основным фактором патогенеза таких язв является ишемия слизистой оболочки участка гастродуоде-

нальной зоны вследствие выброса биоактивных аминов, интоксикации и/или вазопатии. Роль инфекции *H. pylori* при формировании таких язв не доказана.

Язвенную болезнь оценивают как мультифакторную патологию. При этом в качестве вероятных этиологических факторов развития заболевания рассматривают: наследственно-генетические, нейропсихические (психотравмы, устойчивые стрессы, в том числе семейные конфликты), нейроэндокринные, алиментарные, инфекционные, иммунные, аллергические. Отягощенная наследственность по язвенной болезни отмечается более, чем у 50% пациентов. У таких больных отмечают генетически детерминированные: увеличение массы обкладочных клеток и гиперактивности секреторного аппарата, повышение продукции соляной кислоты, сывороточного пепсиногена I и/или доминирование в структуре пепсиногена-I 3-й фракции (Pg3), снижение «антродуоденального кислотного тормоза», дефект слизиобразования в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки (так называемые «несекреторы» антигенов системы АВН), O (I) группа крови, фенотип Gml (–), нарушение кровоснабжения слизистой оболочки желудка (преимущественно малой кривизны) и луковицы ДПК, гиперчувствительность обкладочных клеток к гастрину и гистамину.

Основным методом диагностики язв гастродуоденальной зоны, в том числе язв желудка, является эзофагогастродуоденоскопия. По размеру язвы разделяют на небольшие (менее 0,5 см), средние (0,5–1 см), крупные (1,1–3 см). К гигантским язвам относят язвенные поражения, диаметр которых превышает 3 см (Бачев И.И., 1981; Логинов А.Ф., 1992; Gustavsson S., 1987). По локализации: язвы кардиального отдела, малой и большой кривизны, передней и задней стенки, антрального отдела, привратника.

Сроки заживления язв желудка зависят от многих факторов. Среди них выделяют: размер язв, их глубину и множественность, отечность слизистой оболочки вокруг и вдалеке от язвы, утолщение складок слизистой оболочки желудка. На сроки заживления язв влияет также и локализация их в желудке: чем ближе язва располагается к выходному отделу желудка, тем длительнее сроки ее заживления. Так, по данным Б.Г. Смольского и Л.К. Соколова, язва пилороантрального отдела заживает в среднем за 103 дня, язва тела желудка за 75 дней, язва верхнего отдела желудка – за 48 дней. В то же время В.П. Салупере и соавторы отрицают статистически достоверную связь между сроками заживления язв желудка, с одной стороны, и возрастом, полом, длительностью анамнеза, диаметром язвы, содержанием гастрина в крови натошак – с другой. По их мнению, эти сроки зависят в большей

мере от пептической активности желудочного сока. По данным этих авторов, в течение 2 мес. комплексного лечения язва желудка зажила лишь у 63% больных, а по данным I. Вено, медикаментозное лечение было успешным в 73% после среднего срока лечения язв, составляющего 35 дней. У детей сроки заживления язв желудка не превышают 5 недель. При этом не отмечают больших различий в сроках заживления язв тела и антрального отдела желудка.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Представляем вашему вниманию два клинических случая циркулярной язвы желудка у детей 5 и 8 лет, наблюдавшихся в нашем стационаре в течение 2011 года.

Клинический случай I

Ребенок Х., 8 лет, поступил в состоянии средней тяжести. Основные жалобы при поступлении на боли в животе, преимущественно в мезогастрии, усиливавшиеся после еды, лихорадку (до 39°), однократно жидкий стул. Болен в течение двух дней. Отмечался положительный эффект приема спазмолитических препаратов.

Из анамнеза жизни: рос и развивался по возрасту. Хронических заболеваний нет. На учете у специалистов не состоит. Лекарственные препараты длительно не принимал. Наследственность отягощена по язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (у отца).

В приемном покое осмотрен педиатром, детским хирургом. Для динамического наблюдения госпитализирован на инфекционно-хирургическое отделение. В первые сутки наблюдения сохранялся болевой синдром. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастриальной области, перитонеальных симптомов нет.

Проведена обзорная рентгенография органов брюшной полости, по данным которой свободного газа и уровней жидкости не обнаружено. Гемодинамические показатели стабильные. Признаков анемии не выявлено, пульс и артериальное давление – в пределах возрастной нормы. На следующий день утром до приема пищи отмечалась однократная рвота «кофейной гущей».

По экстренным показаниям проведена видеоэзофагогастродуоденоскопия (ВЭГДС). При осмотре: пищевод свободно проходит, слизистая оболочка его не изменена. Кардиальный сфинктер смыкается. В просвете желудка значительное количество содержимого типа «кофейной гущи». В антральном отделе желудка выявлен циркулярный язвенный дефект шириной от 0,3 см до 1,5 см. Из края язвы подтекает кровь. Зона язвенного дефекта, привратник, двенадцатиперстная

кишка проходима аппаратом диаметром 8,2 мм. В двенадцатиперстной кишке возможных источников кровотечения не выявлено.

Заключение: Язва антрального отдела желудка. Кровотечение Forrest IB. Поверхностный дуоденит. Уреазный тест (Хелпил-тест) в биоптате из краев язвенного дефекта (+).

Учитывая размеры язвенного дефекта, продолжающееся кровотечение, выполнен эндоскопический гемостаз. После предоперационной подготовки в условиях операционной проведено эндоскопическое клипирование сосудов в дне язвенного дефекта. Мелкие сосуды коагулированы точечным электродом.

Ребенок сутки находился в палате интенсивной терапии, получил внутривенно болюсно ингибитор протонной помпы (Лосек 10 мг), затем пролонгировано из расчета 1 мг/кг в сутки. Проводилось комплексное лечение больного с использованием диеты, гемостатических препаратов (викасол, дицинон), антибиотиков и цитопротекторов (Де-нол) в структуре эрадикационной терапии.

На вторые сутки нахождения в стационаре в стуле больного был обнаружен фрагмент инородного тела (световолоконный кабель?), состоящий из пучка волокон, расщепленный с одного конца по типу метелки. Это позволило предположить причину развития язвенного дефекта попаданием инородного тела в желудок у ребенка с отягощенной по язвенной болезни наследственностью и наличием инфицирования *Helicobacter pylori* (Hр). При контрольной ВЭГДС (№3), проведенной через 10 дней после клипирования, выявлено: язва антрального отдела желудка в стадии рубцевания, сохраняются два язвенных дефекта размерами 0,5 см х 0,7 см в областях, где ширина дефекта была максимальная (до 1,5 см). За счет выраженного отека слизистой оболочки антральный отдел сужен, аппарат диаметром 8,2 мм за зону сужения не проведен. Слизистая оболочка желудка отечная, в нижней трети тела, антральном отделе сливные эрозии под гемосидерином. ВЭГДС №4 на 20-й день лечения: сохраняется щелевидный язвенный дефект размером 0,1 х 0,5 см. Зона изъязвления проходима аппаратом диаметром 6 мм. Эрозии в желудке эпителизировались.

По результатам морфологического исследования фрагмента слизистой оболочки из края язвы: минимальные воспалительные изменения с наличием в отечной стро-ме единичных плазматических клеток и лимфоцитов. Поверхностные мелкоочаговые кровоизлияния. Hр (+).

Перед выпиской из стационара на 28 день лечения при ВЭГДС №5 выявлено: рубцовая деформация антрального отдела желудка без явлений стеноза, при-

вратник, двенадцатиперстная кишка свободно проходима аппаратом диаметром 8,2 мм. Ребенок выписан в удовлетворительном состоянии.

В данном случае можно предположить, что инородное тело желудка послужило триггером формирования язвы желудка у ребенка соответствующей группы риска.

Клинический случай II

Ребенок С., 5 лет, поступил в стационар с жалобами на боли в эпигастральной области. В боксе приемного покоя у ребенка возникла рвота содержимым с измененной кровью (по типу «кофейной гущи»). Осмотрен педиатром, детским хирургом, госпитализирован в отделение реанимации и интенсивной терапии. До настоящей госпитализации мальчика беспокоили боли в эпигастрии в течение 3 суток. В первые 24 часа рвота 7 раз. Осмотрен в стационаре (Центральная районная больница), рекомендован прием энтеросорбента (Смекта) и Хилака-форте. В течение следующих суток рвота возобновлялась при каждом приеме назначенных препаратов. Через 72 часа от начала заболевания госпитализирован в ДГБ №1.

По данным анамнеза: ребенок наблюдается аллергологом с диагнозом «бронхиальная астма, атопический дерматит». Гипоаллергенную диету не соблюдает. Пациент из многодетной семьи с низким доходом, питание количественно и качественно неадекватное. В семье конфликтная обстановка, ребенок эмоционально лабилен, с особенностями поведения. Наследственность отягощена по язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Два месяца до настоящей госпитализации получал ингаляционно Пульмикорт, накануне данного заболевания выпил около 2 л газированных напитков. Нельзя было исключить факта проглатывания каких-то агрессивных гранулированных химических удобрений.

Для выявления источника кровотечения проведена экстренная ВЭГДС.

Выявлены множественные язвы антрального отдела желудка с тенденцией к слиянию. Дно язвенных дефектов под фибрином с точечными мелкими сосудами в дне. В просвете желудка содержимое типа «кофейной гущи». В биоптате из краев язвенного дефекта – по данным уреазного теста, Hр (–).

Начата комплексная терапия: гемостатические и антисекреторные препараты, антибиотики и цитопротекторы. На вторые сутки, перед переводом на хирургическое отделение, выполнена ВЭГДС: в антральном отделе желудка выявлен циркулярный язвенный дефект шириной 1,5–2,0 см. Края дефекта рыхлые, дно под фибрином. В просвете желудка небольшое коли-

чество слизи. Осмотрены пищевод, привратник и двенадцатиперстная кишка. Других возможных источников кровотечения не выявлено. На десятые сутки при контрольной ВЭГДС: язвенный дефект с тенденцией к рубцеванию, однако сохраняется зона изъязвления 1,0 см x 0,7 см под фибрином с крупным тромбированным сосудом в дне. На следующий день ребенок выписан домой по требованию родителей. Со слов матери, ребенок получал назначенную терапию. При морфологическом исследовании: слизистая оболочка с выраженным отеком и умеренной лимфоплазмочитарной инфильтрацией. Нр не выявлен. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости – умеренная гепатомегалия. Ребенок был обследован с целью исключения паразитарной инвазии, проведено аллергологическое обследование (пищевая аллергия), серологические маркеры болезни Крона (–).

На контрольный осмотр мальчик пришел в поликлиническое отделение ДГБ №1 через две недели после выписки из стационара. Мать отмечает многократную рвоту съеденной пищей, нарастающую к концу второй недели. При ВЭГДС натощак: слизистая оболочка пищевода гиперемирована, в просвете желудка значительное количество жидкого содержимого,

«старой» пищи. В антральном отделе желудка рубцовый стеноз, диаметр сужения – 0,1–0,2 см. Рекомендована экстренная госпитализация в стационар для решения вопроса об оперативном лечении.

При рентгенографии желудка с водорастворимым контрастом подтвержден диагноз стеноза антрального отдела желудка. Попытка эндоскопического лечения (баллонная дилатация) стриктуры оказалась неэффективной. После предоперационной подготовки произведена операция: иссечение зоны стеноза, пластика антрального желудка. Во время операции была отмечена «хрящевидная» плотность в зоне стеноза. Послеоперационный период без осложнений. Перед выпиской при рентгенологическом исследовании эвакуация из желудка своевременная.



Рис. 1. Больной X. через 10 дней после клипирования кровоточащего сосуда в дне язвы. Язва в стадии эпителизации, в крае фиксирована клипса

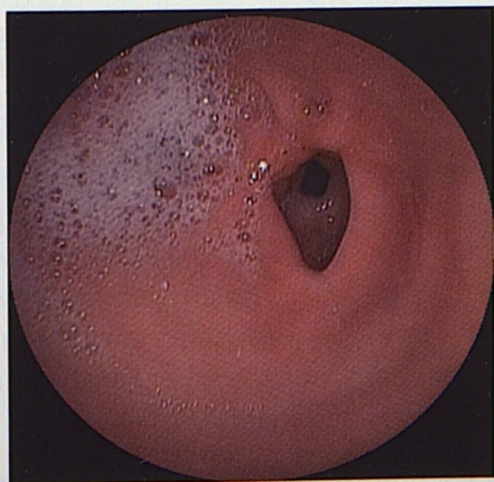


Рис. 2. Больной X. через 28 дней после клипирования. Рубцовая деформация антрального отдела желудка без нарушения эвакуаторной функции

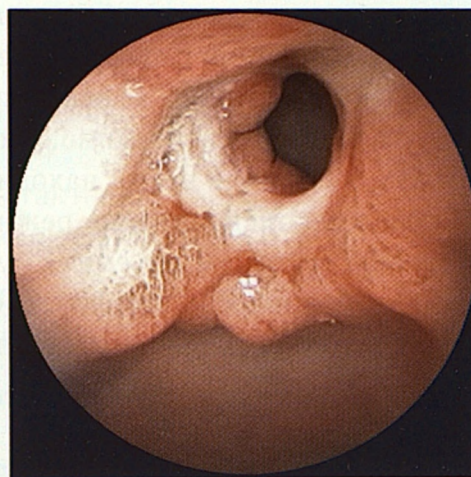


Рис. 3. Больной С. осмотр на 10 сутки после госпитализации



Рис. 4. Больной С. на фоне консервативной терапии. Выраженная деформация, тромбированный сосуд в дне язвы



Рис. 5. Операция. Гастротомия. Иссечение рубца

Во втором случае причиной формирования язвенного дефекта антрального отдела желудка, вероятно, послужила химическая травма слизистой оболочки на фоне поливалентной пищевой аллергии и отягощенной по язвенной болезни наследственности у ребенка с отсутствием Нр-инфицирования.

И в первом и во втором клинических случаях отсутствие при поступлении четких указаний на причину возникновения язвы (срыв анамнеза) привело к тому, что был проведен расширенный дифференциально-диагностический поиск ulcerогенных факторов. Были исключены паразитарная инвазия, болезнь Крона. Отсутствие выраженных воспалительных изменений при гистологическом исследовании слизистой оболочки желудка подтверждает предположение о том, что причиной изъязвления послужила локальная механическая (больной Х.) и химическая (больной С.) травматизация слизистой оболочки. Наличие Нр не явилось усугубляющим фактором, не повлияло на сроки заживления язвенного дефекта и выраженность рубцового процесса. Необходимо отметить, что в первом случае ребенок все время находился в стационаре, соблюдал рекомендованные режим и диету и получил терапию в полном объеме. Ему осуществлялось динамическое эндоскопическое наблюдение. Оценить объем реально полученной терапии и соблю-

дение режима у второго ребенка не представляется возможным. Отсутствие динамического наблюдения привело к осложнению, потребовавшему хирургической коррекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Язвенная болезнь. Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1995.
2. Волков А.И. Хронические гастродуодениты и язвенная болезнь у детей // РМЖ. – 1999. – Т. 7. – № 4.
3. Шабалов Н.П. Язвенная болезнь. Из кн.: Детские болезни. Глава 10. Заболевания органов пищеварения у детей старшего возраста.
4. Белоусов Ю.В. Гастродуоденальная патология у детей: проблемы и перспективы. ХМАПО, г. Харьков.
5. Детская гастроэнтерология: руководство для врачей /под ред. проф. Н.П. Шабалова. – М.: МЕДпресс-информ, 2011. – 736 с.: ил.
6. Цветкова Л. Н. с соавт. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки у детей. Из кн.: Педиатрия: национальное руководство: в 2 т. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Т. 1. – С. 723–733.

КОНТАКТЫ

Волерт Татьяна Алексеевна – к.м.н., заведующая эндоскопическим отделением СПб ГБУЗ ДГБ №1
E-mail: volertt@mail.ru

Л. Н. Иншаков, Г. Ф. Паламарчук,
М. И. Кузьмин-Крутецкий

КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И РАКА ПИЩЕВОДА



СПбМАПО
2011

Авторы: **Иншаков Леонид Николаевич** – д-р мед. наук, профессор кафедры эндоскопии ГОУ ДПО СПбМАПО Росздрава.

Паламарчук Галина Федоровна – д-р мед. наук, профессор кафедры эндоскопии ГОУ ДПО СПбМАПО Росздрава.

Кузьмин-Крутецкий Михаил Игоревич – д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой эндоскопии ГОУ ДПО СПбМАПО Росздрава.

Рецензент: Чл.-корр. РАМН, профессор кафедры оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией СПбМАПО
С.А. Симбирцев.

В учебном пособии представлены клинические, эндоскопические и морфологические критерии хронических заболеваний, ранних и распространенных форм рака пищевода. Показаны возможности стандартной фиброоптической и видеоэзофагоскопии, хромоэзофагоскопии, прицельной биопсии в выявлении предраковых изменений и раннего рака пищевода, а также роль новых эндоскопических технологий в повышении эффективности их диагностики.

Работа предназначена для врачей-эндоскопистов, онкологов, гастроэнтерологов и терапевтов.

I-й РОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС ПО НЕОТЛОЖНОЙ ЭНДОСКОПИИ

6–7 декабря 2012 года

Уважаемые коллеги!

Приглашаем Вас принять участие в I Российском конгрессе по неотложной эндоскопии с международным участием, который состоится 6–7 декабря 2012 года в НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского

В конгрессе примут участие 450 врачей-эндоскопистов из разных регионов нашей РФ, а также из стран СНГ. Конгресс будет проводиться в форме интерактивной дискуссии.

Вопросы для обсуждения:

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

1. Язвенные желудочно-кишечные кровотечения. Эндоскопическая тактика. Кровотечения из стрессовых язв у реанимационных больных. Особенности тактики.
2. Неязвенные кровотечения (синдром Меллори–Вейсса, травматические разрывы, язвенная форма рака, с-м Дъелафуа и т.д.). Оценка интенсивности кровотечения. Тактика.
3. Варикозные кровотечения. Тактика при продолжающемся кровотечении. Тактика при видимом тромбе-сгустке.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Классификация повреждений. Тактика. Профилактика осложнений эндоскопического вмешательства.

БРОНХОЛЕГОЧНАЯ ЭНДОСКОПИЯ

1. Лечебно-диагностическая тактика при интубационных повреждениях.
2. Эндоскопическая профилактика и лечение пневмонии у пациентов, находящихся на ИВЛ.

ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Плановые и экстренные вмешательства. Профилактика осложнений.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В НЕОТЛОЖНОЙ ЭНДОСКОПИИ

Подробная информация о Конгрессе и регистрация участников будут доступны на сайте Российского Эндоскопического Общества www.endoscopia.ru и на сайте НИИ СП им. Н.В. Склифосовского www.sklifos.ru

По всем вопросам обращайтесь в оргкомитет конгресса:
тел. +7 (495) 625-77-97, +7 (495) 625-41-75 e-mail: sklifendo@yandex.ru