

СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ.И.И.МЕЧНИКОВА

Симптоматические язвы
желудка и
двенадцатиперстной кишки



Профессор
Назаров Виталий Евгеньевич

Определение



Симптоматические гастродуоденальные язвы - вторичные язвы, патогенетически тесно связанные с другими основными («фоновыми») заболеваниями или экстремальными воздействиями.





Историческая справка



1823 г. J.Swan - обнаружил дефекты СОЖ у детей, умерших от распространенных ожогов и связал их происхождение с ожоговым поражением кожи

1842 г. В. Curling проследил развитие острых гастродуоденальных язв, осложненных кровотечением, у 12 обожженных.

1867 г. T.Billroth сообщил о случае язвенного кровотечения, остро возникшего после тиреоидэктомии

1932 г. Н. Cushing связал образование язв в желудке у 11 пациентов с повреждением межоточного мозга при хирургическом вмешательстве.

1955 г. R. Zollinger и E. Ellison связали не β -островковклеточную опухоль поджелудочной железы у двух родственников с наличием у них тяжело протекающих дуоденальных язв, осложненных кровотечением.

1967 г. R.A. Gregory и соавт. обнаружили, что клетки этой опухоли выделяют большое количество гастрина и назвали ее гастриномой

1999 г. В.Х. Василенко и М.Ю. Меликова дали подробную характеристику гастродуоденальных изъязвлений при инфаркте миокарде.

Классификация



1. Стрессовые язвы

- язвы Курлинга - при распространенных ожогах.
- язвы Кушинга - при черепно-мозговых травмах, нейрохирургических операциях и кровоизлияниях в головной мозг
- при тяжелых заболеваниях и в критических состояниях - инфаркте миокарда, шоке, сепсисе, обморожениях, разлитом перитоните,
- при ряде инфекционных заболеваний - столбняке, полиомиелите, брюшном тифе и т.д.
- после обширных полостных операций, тяжелых ранений и травм и т.д.

2. Язвы, возникшие на фоне заболеваний внутренних органов:

при печеночной, почечной, сердечно-легочной недостаточности, панкреатогенные, специфические язвы (туберкулез, сифилис, лепра, болезнь Крона, иерсиниоз)

3. Лекарственные язвы: НПВП, глюкокортикостероиды, резерпин, кофеин, реже - антикоагулянты, хлорид калия, дигиталис, нитрофураны, инсулин, этакриновая кислота, верошпирон

4. Эндокринные язвы: при гастриноме (синдром Золлингера-Элиссона),

Варианты течения симптоматических язв



1. По течению:

- острые симптоматические язвы (эрозии);
- хронические симптоматические язвы;
- язвы, спровоцированные ulcerogennymi воздействиями у больных ЯБ.

2. По наличию осложнений:

- неосложненные
- осложненные: кровотечение, перфорация, пенетрация

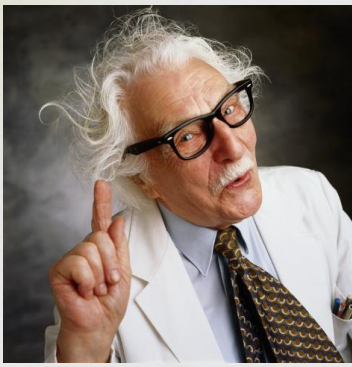




Особенности симптоматических язв

- преимущественно острые повреждения слизистой оболочки
- крупные размеры язв
- локализация в желудке, чаще в теле, реже в антральном отделе и луковице ДПК
- множественность изъязвления
- высокая частота бессимптомного течения
- склонность к кровотечениям





Инструментальная диагностика

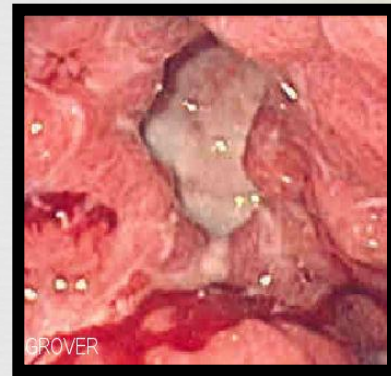
1. **Диагностическая и лечебная эндоскопия с биопсией.** Показания:
 - наличие клинических симптомов, указывающих на возможность гастродуоденальных изъязвлений
 - высокий риск образования СГДЯ даже при отсутствии диспепсических жалоб
 - признаки кровотечения из верхних отделов ЖКТ
2. **Рентгеноскопия желудка и ДПК (с барием и двойным контрастированием)**
3. **Дополнительные инструментальные методы исследования**
 - Исследование желудочной секреции (суточная и топографическая рН-метрия, реогастрография, зондовые методы)
 - Эндоскопическая ультрасонография (ЭУС)
 - Компьютерная томография или ЯМРТ
 - Доплерография чревного ствола
 - ЭКГ в динамике.
 - УЗИ парацитовидных желез

VE 8572004
I
M 59
11/28/1944
06/05/2004
12:45:37
CVP:
D, F:
B:8 q:H



DR. MURRA

Стрессовые язвы



GROVER

Предрасполагающие факторы

- Ишемия слизистой оболочки желудка и ДПК в условиях расстройства микроциркуляции, гиповолемии, плазмопотери и гипотонии.
- Увеличение при стрессе продукции АКТГ, кортикостероидов, катехоламинов, гистамина (нарушают защитный барьер слизистой оболочки и усиливают кислотно-пептический фактор).
- Повышение тонуса блуждающего нерва, что ведет к усилению кислотно-пептической агрессии
- Нарушение гастродуоденальной моторики (парез желудка и кишечника, дуоденогастральный рефлюкс)
- Нарушения белкового обмена: в результате стресса тормозится активность пищеварительных ферментов, что ведет к недостаточному поступлению в организм аминокислот и



Лекарственные язвы

Механизмы ulcerогенеза

- **Усиление кислотно-пептической агрессии** желудочного сока в результате непосредственной стимуляции (кофеин, резерпин) или гиперплазии гастрин продуцирующих клеток слизистой оболочки (кортикостероиды)
- **Высвобождение биологически активных соединений** (гистамин, серотонин и др.), способствующих гиперсекреции HCl под действием резерпина, атофана и т.д.
- **НПВП** ингибируют биосинтез простагландинов, связанный с угнетением активности ЦОГ, действуют на защитный барьер слизистой оболочки, повреждая его, изменяя количественный и качественный состав слизи, нарушают микроциркуляцию и замедляют регенерацию эпителия.
- **Глюкокортикоиды** усиливают продукцию HCl, изменяют качественный состав слизи, снижают скорость обновления



Язвы при заболеваниях сердечно-сосудистой системы

- **Декомпенсация кровообращения** – трофические желудочные язвы, множественные, нередко гигантские, характерны кровотечения
- **Гипертоническая болезнь** – связаны с поражением сосудов слизистой оболочки по типу «гипертонической микроангиопатии». Характерно хроническое течение, обострения происходят на фоне тяжелых гипертонических кризов
- **Атеросклероз аорты и ее висцеральных ветвей** («старческие» язвы): короткий анамнез, большая площадь изъязвления, относительно быстрое заживление без грубой деформации стенки, рецидивирующее течение



Язвы при хронических неспецифических заболеваниях легких

- Составляют от 9,2 до 30%
- Могут быть как острыми, так и хроническими
- Образуются в результате гипоксии и циркуляторных расстройств
- Чаще локализуются в желудке
- Отличаются слабой выраженностью болевого синдрома
- Нередко осложняются кровотечением



Гепатогенные гастродуоденальные

ЯЗВЫ

- У больных циррозом печени язвы встречаются в 2-6 раз чаще (5-19,4%), чем в популяции, особенно после операции портокавального шунтирования (27%)
- Язвы локализуются в желудке и ДПК, отличаются торпидным течением
- Образование язв происходит из-за:
 - снижения инактивации эндогенных стимуляторов желудочной секреции – гастрина и гистамина,
 - расстройства трофики слизистой оболочки гастродуоденальной зоны вследствие нарушения портального кровотока
 - гипоксии слизистой оболочки
 - нарушения слизиобразования
 - Снижения секреции гидрокарбонатов поджелудочной железой



Язвы при хроническом панкреатите



- Наблюдаются у 8-24% больных
- Чаще располагаются в ДПК, в залуковичном отделе
- Образуются из-за уменьшения интрадуоденального поступления бикарбонатов при выраженной внешнесекреторной недостаточности поджелудочной





Язвы при хронической почечной недостаточности

- Обнаруживают у 3,5-12% больных, особенно часто при программном гемодиализе и после пересадки почки (20-30% больных)
- Риск изъязвления повышается при кризах отторжения трансплантата, сепсисе, сопутствующем гепатите
- Одинаково часто в желудке и ДПК
- Причины язвообразования:
 - уремическая интоксикация
 - гипергастринемия, связанная с уменьшением разрушения гастрина в почках
 - прием лекарств (стероидные гормоны, иммунодепрессанты), применяемых в больших дозах после пересадки почки



Специфические язвы



- Туберкулезная язва – плотная при инструментальной пальпации, дно язвы и вокруг дефекта появляются бугорки. Дно язвы с творожистыми некрозом вместо фибрина.
- Сифилитические язвы (при первичном и третичном сифилисе) образование гум в лим.узлах средостения, образование язв, свищей, сдавление лим. Узлами.
- Лепра
- Болезнь Крона
- Иерсиниоз



Синдром Золлингера- Эллисона (гастринома)

Признаки, позволяющие заподозрить СЗЭ:

- Пептические язвы, сочетающиеся с диареей
- Рецидивирующая послеоперационная пептическая язва
- Множественные язвы
- Пептические язвы дистального отдела ДПК и тощей кишки
- Семейный язвенный анамнез
- Эндоскопические или рентгенологические признаки гипертрофии складок слизистой оболочки желудка



Синдром Золлингера-Эллисона (гастринома)

Проявления

- рецидивирующие дуоденальные пептические язвы
- выраженная гиперсекреция соляной кислоты
- диарея
- в сыворотке крови этих больных, а также в опухолевой ткани содержится большое количество гастрина (до 200-10 000 нг/л при норме до 150 нг/л)
- 1-2 случая на 1 000 000 населения.



Следует помнить, что гипергастринемия может быть при:
В₁₂-дефицитной анемии, хронической почечной недостаточности, при стенозе привратника, у больных, перенесших обширную резекцию тонкой кишки, а также ваготомию.

Диагностика гастриномы



Локализация гастриномы

- у 85-90% в поджелудочной железе (чаще в головке или хвосте)
- у 10-15% - в стенке нисходящей части ДПК
- редко - в желудке, печени, селезенке и др. органах (мультифокальный рост опухоли)
- в 60-90% случаев - злокачественный характер гастрином с метастазированием

Методы обнаружения гастриномы

- Трансабдоминальное УЗИ
- Эндоскопическая ультрасонография
- Компьютерная томография или ЯМРТ
- Селективная абдоминальная ангиография

Провокационные тесты

с секретинном, глюкагоном, солями кальция, стандартизированной пищевой нагрузкой



Гиперпаратиреоз

- часто рецидивирующие язвы в луковице ДПК, преимущественно у мужчин, с незначительной воспалительной реакцией слизистой
- частое сочетание с мочекаменной болезнью
- опухоль паращитовидной железы
- повышение уровня паратгормона
- гиперкальциемия и гипокальциурия,
- снижение содержания фосфора в крови и усиление его экскреции с мочой
- остеопороз и кисты при рентгенографии костей

Механизм ульцерогенеза

- повышение уровня паратгормона приводит к усилению секреторной и моторной функции желудка, повышению выработки пепсина, непосредственному неблагоприятному воздействию на слизистую оболочку
- гиперкальциемия способствует гиперсекреции HCl

Синдром Вернера



У 15-20% больных синдромом Золлингера–Эллисона или гиперпаратиреоз служат проявлением множественной эндокринной неоплазии 1-го типа (МЭН-1, синдром Вернера) – заболевание, при котором обнаруживаются поражения поджелудочной железы, паращитовидных желез, гипофиза, надпочечников.

Лечение симптоматических язв



Устранение или уменьшение действия основного этиологического фактора

1. Стрессовые язвы

- лечение основного заболевания, борьба с гиповолемией, гипотонией, инфекционными осложнениями, органной недостаточностью
- улучшение микроциркуляции и реологических свойств крови

2. Язвы, возникшие на фоне заболеваний внутренних органов

- Комплексная терапия основного заболевания

3. Лекарственные язвы

- отмена ульцерогенных препаратов или их замена

4. Эндокринные язвы

- выявление гормонально активной опухоли и радикальное ее удаление.



Лечение СИМПТОМАТИЧЕСКИХ ЯЗВ



Фармакотерапия

1. Ингибиторы протонной помпы и H_2 -гистаминоблокаторы
2. Синтетические аналоги простагландинов (мизопростол)
3. Цитопротекторы (сукральфат, коллоидный субцитрат висмута) и антациды
4. Препараты, улучшающие микроциркуляцию
5. Репаранты

Немедикаментозные методы лечения

2. Эндоскопические методы лечения (гемостаз, обкалывание и т.п.)
3. Лазеротерапия
4. Оксигенобаротерапия
5. Физиотерапия
6. Гастрэктомия или резекция желудка





Спасибо за внимание!