



ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский
университет имени М. Горького»
Кафедра педиатрии № 3
Институт неотложной и восстановительной хирургии
им. В.К. Гусака*

Кардиалгия как маска язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у подростка



Бордюгова Е.В.,
Гречка Т.С.,
Валихметова Д.В.,
Конов В.Г.*

Определение

МКБ X – язва желудка - **K25** ,
язва двенадцатиперстной кишки – **K26**

Язвенная болезнь (ЯБ) — хроническое рецидивирующее заболевание, имеющее многофакторную природу, протекающее с образованием язв в желудке и/или двенадцатиперстной кишке (ДПК), с возможным прогрессированием и развитием осложнений.

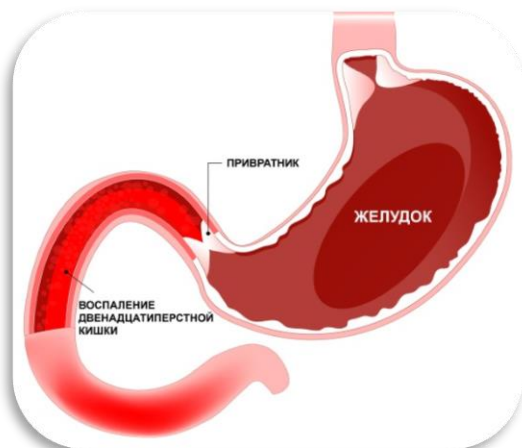


Частота встречаемости



Язвенный дефект у детей выявляют:

- в двенадцатиперстной кишке – в 81 %,
- в желудке — в 13%,
- сочетанная локализация - в 6% случаев.



Этиология и патогенез



Патогенез ЯБ:

- нарушение равновесия между факторами защиты слизистой оболочки желудка и ДПК и агрессивными свойствами желудочного и дуоденального содержимого;
- прием анаболических стероидов (стероидных препаратов), противоопухолевых препаратов (цитостатических препаратов) и иммунодепрессантов;
- инфекционные агенты, как *Candida albicans*, герпес-вирусы (HHV 1 и 2 типа, EBV, CMV), представители *Prevotella spp.* и *Streptococcus spp.* в составе бактериальных сообществ;
- наследственная предрасположенность: при ЯБЖ она составляет 15-40%, а при ЯБДПК она может достигать 60-80%

Патогенез ЯБ

**Основные факторы,
усиливающие агрессивные
свойства желудочного и
дуоденального содержимого**



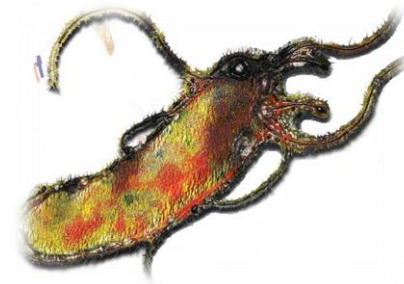
**Основные факторы,
ослабляющие защитные
свойства слизистой оболочки
желудка и ДПК**

- увеличение массы обкладочных клеток желудка (часто наследственно обусловленное);
- гиперпродукция гастрина;
- нарушение нервной и гуморальной регуляции желудочной кислотопродукции;
- повышение выработки пепсиногена и пепсина;
- нарушение гастродуоденальной моторики (замедление или ускорение);
- заброс желчи в желудок.
- обсеменение слизистой оболочки желудка *H. pylori*.

- нарушение клеточной регенерации;
- нарушение местного кровотока ;
- снижение продукции слизи и интенсивности муцинообразования и продукции сиаловых кислот;
- снижение продукции бикарбонатов поджелудочной железой;
- антродуоденальный кислотный тормоз;
- уменьшение содержания простагландинов в слизистой оболочке желудка и ДПК;
- прием анальгетиков и "антипиретики" и/или НПВП.

Этиология и патогенез

- Инфицированность *Helicobacter pylori*
- Психоэмоциональные стрессы
- Грубые погрешности в питании
- Вредные привычки (курение, алкоголь, избыточное употребление кофе и др.)
- Прием медикаментов (глюкокортикостероиды, НПВС и др.)



Патогенез ЯБ

Т.О. формирование ЯБ или возникновение рецидива заболевания может быть связано:

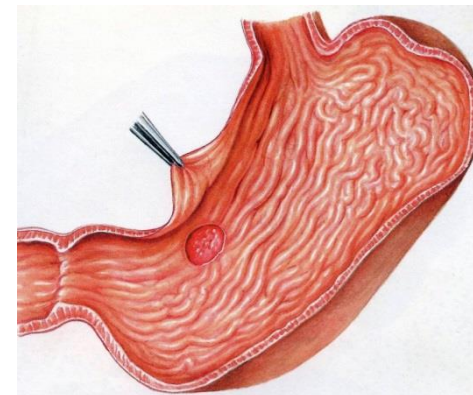
- с течением *H. pylori* инфекции, у иммунокомпрометированных пациентов – персистенцией герпетической инфекции,
- воздействием измененных сигнальных систем на местном и системном уровне,
- нарушением баланса между факторами агрессии и защиты слизистой оболочки ВОПТ.



Наличие индивидуальных особенностей естественной резистентности слизистой оболочки, в том числе и к *H. pylori*, позволяет нейтрализовать или уменьшить "агрессивность" триггерных факторов развития ЯБ.

Стадии развития язвы:

1. активная;
2. рубцующаяся;
3. стадия красного рубца;
4. стадия белого рубца;
5. длительно не рубцующаяся.



Локализация язвы:

- желудок (кардия, субкардиальный отдел, тело желудка, антральный отдел, пилорический канал, передняя стенка, задняя стенка, малая кривизна, большая кривизна);
- двенадцатиперстная кишка (луковица, постбульбарная часть, передняя стенка, задняя стенка, малая кривизна, большая кривизна).

Клиническая картина ЯБ (при обострении)

```
graph TD; A[Клиническая картина ЯБ (при обострении)] --> B[Болевой синдром]; A --> C[Диспептический синдром]; A --> D[Синдром хронической неспецифической интоксикации]; A --> E[Симптоматика сопутствующей патологии (гепатобилиарная система, кишечник, поджелудочная железа и др.)];
```

Болевой синдром

Диспептический синдром

Синдром хронической неспецифической интоксикации

Симптоматика сопутствующей патологии (гепатобилиарная система, кишечник, поджелудочная железа и др.)

Клиническая картина язвенной болезни

Жалобы на:

- слабость, быструю утомляемость;
- усиленное слюноотделение, тошноту, отрыжку, запоры;
- Чувство раннего насыщения, рвоту, приносящую облегчение.

У детей всё чаще стала встречаться безболевая форма язвенной болезни, что может осложниться перфорацией стенки ДПК с последующим перитонитом, скрытым кровотечением и анемией.

Клиническая картина язвенной болезни

Ведущим симптомом язвенной болезни является боль в эпигастральной и околопупочной областях, которые могут иррадиировать в область сердца, левое плечо, левую половину грудной клетки и левую лопатку, грудной или поясничный отдел позвоночника.



Критерии установления диагноза

При постановке диагноза следует обратить внимание на:

1. анамнестические данные (характерные жалобы, рефрактерная к терапии железодефицитная анемия, семейный анамнез);
2. физикальное обследование (обнаружение болезненности с характерной локализацией, диспепсические расстройства, снижение веса);
3. Диагноз подтверждается инструментальным обследованием (обнаружение язвенного дефекта при эндоскопическом исследовании желудка и двенадцатиперстной кишки)



Клинический случай

В отделение детской кардиологии и кардиохирургии поступил пациент Н, 16 лет,

Жалобы:

- на боль в проекции сердца давящего или ноющего характера, усиливающуюся при физической нагрузке,
- одышку при беге на уроке физкультуры,
- повышенную утомляемость.
- Указанные жалобы беспокоят в течение последних 2-х лет,
- осенью отмечает ухудшение состояния.

Анамнез жизни

- От 1 беременности, протекавшей с токсикозом 1 половины, с угрозой прерывания в 22-24 нед., с отеками перед родами.
- Родился в срок, в асфиксии легкой степени.
- На 3-и сутки жизни отмечалось желудочное кровотечение, что расценено как геморрагическая болезнь новорожденного.
- С рождения на искусственном вскармливании.
- К году имел избыточную массу — 11,5 кг.
- С раннего возраста наблюдается по поводу близорукости и астигматизма.
- В семейном анамнезе гипертоническая болезнь у деда по материнской линии. Родители считают себя здоровыми.

Анамнез болезни

- Ведет малоподвижный образ жизни.
- На улице гуляет редко, спортом не занимается.
- Вредных привычек не имеет.
- Питается однообразно, нерационально. Иногда отмечает длительное отсутствие аппетита. При обильном приеме пищи — тяжесть в животе, Почти всегда — отрыжку воздухом после еды.
- После физической нагрузки или при быстрой ходьбе ощущает колющую боль в правом подреберье.
- В последние месяцы имел пищевое пристрастие к печенью с молоком, которые употреблял 4 раза в день. Суп в рационе подростка — раз в неделю («не хочется»).

Объективно

- умеренная бледность кожных покровов,
- обложенность языка,
- болезненность в пилородуоденальной области,
- положительный симптом Менделя.

Обследован

в результатах клинических анализов крови, мочи, биохимических исследований - без патологии.

Суточное мониторирование ЭКГ и артериального давления (АД):

зарегистрирована единичная желудочковая эктопическая активность в виде одиночной экстрасистолии, **наджелудочковая** эктопическая активность в виде одиночных и одного эпизода парных экстрасистол в непатологическом количестве.

Динамика АД характерна для лабильной систолической и диастолической артериальной гипертензии в течение времени наблюдения.

Эхо КГ — пролапс передней створки митрального клапана, митральная недостаточность 1 ст., дополнительная трабекула в левом желудочке.

ДС сосудов шеи:

- выявлена умеренная экстравазальная компрессия позвоночных артерий в сегменте V2 .

Рентгенография шейного отдела позвоночника с функциональными пробами:



- На рентгенограмме шейного отдела позвоночника с функциональными пробами — нестабильность C_4-C_5 , C_5-C_6 .

При ультразвуковом исследовании органов желудочно-кишечного тракта:

- утолщение стенки желчного пузыря до 3,0 мм, перегиб в нижней трети.

Фиброгастродуоденоскопия:

слизистая желудка диффузно гиперемирована. В антральном отделе рельеф обычный, визуализируются очаговые эритемы.



Привратник полусомкнут. Луковица двенадцатиперстной кишки деформирована за счет рубцовых изменений. В просвете большое количество прозрачной желчи. Слизистая светло-розовая, местами отечная, гиперемированная, по задней стенке два язвенных дефекта с ровными краями, размером до 8 мм с надетом фибрина. Экспресс-тест на *Helicobacter pylori* — слабо положительный. Гиперацидность (pH < 1,3—1,5).

Заключение: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки с наличием «целующихся» язв луковицы.

Клинический диагноз:

Основной: (К 26) Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в стадии обострения, средней тяжести.

(К29.0) Хронический антральный эрозивный гастрит, ассоциированный с *Helicobacter pylori*, с повышенной секреторной активностью, обострение. Дуаденогастральный рефлюкс. Хронический холецистит в стадии обострения.

Сопутствующий: (I10) Лабильная артериальная гипертензия. (М 35.9) Дисплазия соединительной ткани: (I34.1) пролапс митрального клапана, дополнительная трабекула в левом желудочке; (M53.8) нестабильность шейного отдела позвоночника в сегментах С₄₋₅, С₅₋₆. Перегиб желчного пузыря в нижней трети. (H52.2) Астигматизм. (H52.1) Миопия средней степени».

- Для дальнейшего лечения подросток был переведен в профильное отделение

Выводы:

1. Сопутствующая язвенной болезни патология может затруднять диагностику и осложнять течение заболевания.
2. Особенность данного клинического случая – кардиальная маска язвенной болезни у подростка.
3. Врачи разных специальностей должны помнить о кардиальной маске язвенной болезни у подростков.



**Спасибо за Ваше
внимание!**

