

№ ЛД-21

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России)

Кафедра внутренних болезней №1

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

по Пропедевтике внутренних болезней

**ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО
ГАСТРИТА И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ
КИШКИ**

основной профессиональной образовательной программы высшего
образования – программам специалитета по специальности 31.05.01

Лечебное дело, утвержденной 24.05.2023 г.

Владикавказ, 2023 г.

Методические материалы предназначены для обучения студентов 2-3 курсов (4-6 семестр) лечебного факультета ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней»

Составители:

Тотров И.Н. , д.м.н., заведующий кафедрой

Еналдиева Р.В., д.м.н., профессор

Антониади И.В., к.м.н., доцент

Медоева А.А., к.м.н., доцент

Улубиева Е.А., к.м.н., доцент

Джикаева З.С., к.м.н., доцент

Слохова Н.К., к.м.н., ассистент

Рецензенты:

Гордеев И.Г.- заведующий кафедрой госпитальной терапии №1 РНИМУ имени Н.И. Пирогова, доктор медицинских наук, профессор

Бабаева А.Р.- заведующая кафедрой факультетской терапии ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД - артериальное давление

ОЦК - объем циркулирующей крови

ЦНС – центральная нервная система

ЧСС – частота сердечных сокращений

ЧДД – частота дыхательных движений

ИМТ – индекс массы тела

ОТ – окружность талии

ОБ – окружность бедер

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

СОЖ – слизистая оболочка желудка

ХГ – хронический гастрит

ЯБ – язвенная болезнь

ЭГДС - эзофагогастродуоденоскопия

ВВЕДЕНИЕ

В учебном пособии «Основы клинической диагностики хронического гастрита и язвенной болезни желудка и 12-п. кишки» изложены основные принципы диагностики основных синдромов и симптомов при гастритах и язвенной болезни, отличительные особенности клинических проявлений при гиперацидных, гипо- и анацидных состояниях, при язве желудка и 12-п. кишки. Пособие способствует формированию профессиональных компетенций (навыков) по проведению расспроса, общего осмотра и осмотра органов брюшной полости с оценкой результатов физического обследования: пальпации, перкуссии и аускультации живота, навыков (компетенций) выделения ведущего патологического синдрома и постановки предварительного диагноза.

В процессе обучения студенты под руководством преподавателя овладевают теоретическими знаниями и практическими навыками, позволяющими сформулировать не только основные клинические синдромы поражения органов пищеварения (болевой, диспепсический, анемический и др. синдромы), но и определить необходимый объем дополнительных методов обследования для постановки клинического диагноза.

Материалы пособия значительно дополняют учебники и в доступной форме, лаконично, но при этом полноценно раскрывают основные понятия, характеризующие клиническую симптоматику хронического гастрита и язвенной болезни, подготавливая студентов к самостоятельной работе с больными в соответствии с требованиями ФГОС III поколения.

При освоении материала студенты должны показать знания анатомии и патологической анатомии органов пищеварения, особенности физиологии и патофизиологии, биохимических процессов, связанных с деятельностью желудка; терминологию, в том числе на латинском языке, для обозначения нормальных и патологических процессов системы органов пищеварения, опираясь на которые возможно обучение дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней» и приобретение новых компетенций.

№/№	Элементы компетенции	Уровень освоения
1.	Студент должен знать: А. Анатомо-физиологические особенности системы органов пищеварения Б. Патогенез и патологическую анатомию основных симптомов и синдромов при заболеваниях ЖКТ В. Терминологию, в том числе на латинском языке, для обозначения симптомов и синдромов при обследовании системы органов пищеварения Г. Методику расспроса – субъективной части обследования больного - при болезнях ЖКТ Д. Методику общего осмотра, осмотра живота, пальпации, перкуссии, аускультации, т.е объективной части обследования больных Е. Интерпретацию данных расспроса и осмотра, особенно данных глубокой, методической, скользящей пальпации живота, перкуссии и аускультации	I
2.	Студент должен уметь: А. Провести расспрос больного, выяснив паспортные данные, жалобы и анамнез заболевания и жизни, на основе чего выделить ведущий синдром Б. Провести беседу с родственниками больного и получить максимально полное представление о больном В. Провести общий осмотр больного, осмотр по системам и органам пищеварения, оценить полученные данные Г. Провести пальпацию живота, перкуссию (симптом Менделя) с оценкой полученных результатов Д. Выделить ведущий патологический синдром, в том числе с использованием лабораторно-инструментального обследования (ЭГДС, рентгенография с бариевой взвесью, фракционное желудочное зондирование и т.д., исследование желудочного сока (гипер-, гипоацидитас)	II
3.	Студент должен владеть навыками: А. Проведения расспроса и сбора жалоб, анамнеза заболевания и анамнеза жизни. Б. Осмотра больного и выявления симптомов поражения органов пищеварения, топической диагностики локализации язвы. В. Выделять ведущий синдром; определять необходимый объем лабораторно-инструментального обследования.	III

Место проведения: учебная комната, палаты отделения.

Цель занятия: научиться умению обследовать больных с заболеваниями ЖКТ, выявлять симптомы, наиболее патогномоничные для поражения желудка, и объединять их в синдромы, характерные для гастрита и язвенной болезни; обосновать предварительный диагноз по ведущему синдрому (болевого, диспепсического и т.д.), определять необходимый объем лабораторно-инструментальных исследований для подтверждения клинического диагноза и план лечения.

Задачи занятия:

Студент должен знать:

1. определение хронического гастрита (ХГ), язвенной болезни (ЯБ),
2. этиопатогенез, классификацию,
3. роль нарушений кислотообразующей функции желудка, пепсинообразующей функции, выработки гастромукопротеина в развитии гастрита и ЯБ,
4. клиническую симптоматику и основные синдромы,
5. осложнения,
6. основные лабораторно-инструментальные методы исследования, в том числе необходимые для подтверждения развившихся осложнений,
7. основные принципы лечения.

Студент должен уметь

1. выявлять жалобы, характерные для больных гастритом и ЯБ, особенности анамнеза заболевания и жизни, наследственную предрасположенность,
2. проводить физикальное обследование больных и выявлять патологические симптомы, характерные для поражения ЖКТ,
3. объединять клинические симптомы в синдромы (болевой, диспепсический, анемический, астено-невротический и т.д.),
4. выделять ведущий синдром и обосновывать предварительный диагноз с учетом современных классификаций;
5. определять необходимый план обследования и лечения больных.

Студент должен владеть навыками:

1. -//- обследования больных с поражением ЖКТ,
2. -//- выявления ведущего синдрома,
3. -//- обоснования предварительного диагноза по ведущему синдрому,
4. -//- интерпретации данных лабораторно-инструментального исследования, полученных в ходе обследования больного,
5. -//- обоснования клинического диагноза, в том числе с указанием развившихся осложнений.

ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ:

1. Уметь выявлять и правильно интерпретировать жалобы и клинические признаки гастрита и ЯБ, полученные при физическом обследовании больного (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация живота).
2. Уметь правильно провести осмотр, пальпацию живота, выявлять болезненность, определять границы желудка, интерпретировать полученную информацию.
3. Знать современную классификацию гастритов и ЯБ.
4. Уметь обосновать предварительный диагноз на основании полученных данных обследования больного и ведущего синдрома.
5. Знать необходимый объем и диагностическую ценность лабораторных и инструментальных методов исследований, в том числе уметь правильно оценивать данные Ро-графии желудка с бариевой смесью, ЭГДС, данные рН-метрии, желудочного зондирования с использованием гистамина и пентагастрина.
6. Знать рекомендуемые схемы лечения гастрита и язвенной болезни.

ОСНАЩЕНИЕ ЗАНЯТИЯ:

1. Таблицы
2. Методические рекомендации по самостоятельной работе
3. Истории болезни
4. Наборы анализов крови, в том числе с железо- и В12дефицитной анемиями, фракционного желудочного зондирования, анализов кала, результатов ЭГДС, биопсии слизистой желудка.
5. Тематический больной
6. Тестовые задания
7. Ситуационные задачи

ВОПРОСЫ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ

(II уровень)

1. Дайте определение понятиям «Хронический гастрит», «Язвенная болезнь».
2. Каковы факторы риска развития гастрита, ЯБ?
3. Охарактеризуйте этиопатогенетические механизмы формирования хронического гастрита
4. Перечислите и охарактеризуйте основные клинические синдромы и симптомы при гастритах.
5. Охарактеризуйте основные клинические проявления гастритов в зависимости от функциональной активности слизистой желудка.
6. Перечислите и охарактеризуйте этиопатогенетические механизмы формирования ЯБ желудка и 12п.к.
7. Перечислите и охарактеризуйте основные клинические синдромы и симптомы при ЯБ желудка/ 12п.к.

8. Охарактеризуйте возрастные особенности течения ЯБ
9. Каков алгоритм обследования больных при гастритах и ЯБ?
10. Перечислите основные осложнения гастритов и ЯБ.
11. Какие исследования выполняют для выявления желудочного кровотечения, прободения, малигнизации, пенетрации и т.д.?
12. Какова тактика лечения больных гастритами и ЯБ?

БЛОК ИНФОРМАЦИИ

Хронический гастрит - клинико-анатомическое понятие, характеризующееся диффузным или ограниченным поражением слизистой желудка с функциональной недостаточностью в виде нарушения секреторной, моторной и эвакуаторной функций желудка. Ему присущи следующие признаки:

1. Морфологические изменения слизистой оболочки неспецифичны, воспалительный процесс очаговый или диффузный.
2. Структурная перестройка слизистой с нарушением регенерации и атрофией.
3. Неспецифические клинические проявления.
4. Нарушения секреторной, моторной, частично инкреторной функций.

Частота хронического гастрита с каждым годом растет (на 1,4). К 70 годам может быть у каждого.

Полиэтиологическое заболевание, в развитии выделяют **2 группы этиологических факторов:**

1. Экзогенные:

- длительное нарушение режима и ритма питания.
- длительное употребление пищи особого качества, раздражающей желудок.
- длительное употребление алкоголя.
- длительное курение.
- длительное применение лекарств, формирующих гастрит (сульфаниламиды, резерпин, хлорид калия).
- длительный контакт с профессиональными вредностями (пыль, пары щелочей и кислот).
- острый гастритогенный фактор. Сейчас он подвергается сомнению.

2. Эндогенные:

- длительное нервное напряжение.
- эндокринные (сахарный диабет, тиреотоксикоз, гипотиреоз).
- хронический дефицит витамина В12, железа.
- хронический избыток токсинов при хронической почечной недостаточности.
- хронические инфекции, аллергические заболевания.
- гипоксия при сердечной и легочной недостаточности.

Обычно имеет значение комбинация эндо- и экзофакторов.

ФАЗЫ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ:

- 1. Нервно-рефлекторная.**
- 2. Нервно-гуморальная.**
- 3. Химическая.**

В регуляции желудочной секреции участвуют:

а) угнетающие факторы:

- гастрон,
- энтерогастрон,
- секретин.

б) стимулирующие факторы:

- гастрин,
- энтерогастрин.

ПАТОГЕНЕЗ

Общие патогенетические механизмы:

1. Повреждение, прорыв защитного слизистого барьера желудка.
2. Центральное звено - блокада регенерации железистого эпителия, возникают малодифференцированные клетки. Причины блокады неизвестны. В результате снижается функциональная активность желез, быстрое отторжение неполноценных клеток. Новообразование клеток отстает от процессов повреждения и отторжения. В итоге атрофия главных и обкладочных клеток.
3. Перестройка желез эпителия по типу кишечного - энтерализация.
4. Иммунологические нарушения - антитела к обкладочным клеткам, внутреннему фактору Кастла и даже к главным клеткам.

Типы хронического гастрита по Стрикленд-МакКей

Признак	Гастрит тип А	Гастрит тип В
Состояние энтеральной слизистой	Обычно в норме	Обычно воспалена (гастрит)
Состояние фундальной слизистой	Обычно гастрит	Обычно норма
Антитела к обкладочным клеткам	Есть	Нет
Уровень гастрина в крови	Высокий	Низкий
Связь с пернициозной анемией	Частая	Отсутствует

Частные механизмы

А. Особенности гастрита, обусловленные экзофакторами:

1. Изменения слизистой желудка носят первично-воспалительный характер и характеризуются инфильтрацией, отеком, гиперемией.
2. Поражение начинается с антрального отдела и распространяется по всему желудку (т.н. антральная экспансия).
3. Медленное прогрессирование.

Б. Особенности гастрита, связанного с эндофакторами:

1. Первично возникает изменения не воспалительной природы, воспалительный компонент вторичен и выражен слабо.
2. Начинается поражение слизистой с тела желудка.
3. ***Рано развивается атрофия и ахилия.***

В. Особенность антрального гастрита (пилородуоденит, болевой гастрит) - по патогенезу близок язвенной болезни.

1. Гиперплазия фундальных желез.
2. Повышение секреторной активности.
3. Ацидотическое повреждение слизистой.

4. В этиологии гастрита большую роль играет **Helicobacter pylori**, которая активно расщепляет мочевины, окружает себя облачком аммония и обеспечивает защиту от соляной кислоты. Сохраняет жизнеспособность при pH=2. Обладает высокой каталазной и фосфатазной активностью (защита от фагоцитоза).

КЛАССИФИКАЦИЯ

Чаще используется классификация С.М.Рысса.

1. По этиологии

- экзогенный,
- эндогенный.

2. По морфологии

- поверхностный,
- с поражением желез без атрофии,
- атрофический,
- гипертрофический,
- антральный,
- эрозивный.

3. По функциональному признаку

- с нормальной секреторной функцией,
- с секреторной недостаточностью,
- с повышенной функцией.

4. По клиническому течению

- фаза ремиссии,
- фаза обострения
- фаза затихающего обострения.

5. Специальные виды

- ригидный
- гигантский гипертрофический - болезнь Минетрие,
- полипозный.

КЛИНИКА:

Нет специфических клинических симптомов, что приводит к гипердиагностике заболевания. Может протекать без клинических проявлений, поэтому большую роль отводят гастроскопии и прицельной биопсии.

В клинической симптоматике различают **7 основных синдромов**.

1. Болевой синдром – при гастритах не имеет четкой периодичности и сезонности. Однако *при очаговых поражениях* может быть следующая закономерность:

- а) Ранние боли - сразу после еды;
- б) Поздние- через 45-60 мин. при поражении тела желудка
- в) Голодные боли - через 2 часа после еды, характерны для антрального гастрита.
- в) Двухволновые – болит на голодный желудок/натощак и после еды; возникают при присоединении дуоденита.

2. Синдром желудочной диспепсии. При гиперсекреторном Г. отмечается чаще изжога, отрыжка кислым; рвота, приносящая облегчение; при гипо – тошнота, горькая, тухлая отрыжка.

3. Симптом кишечной диспепсии: нарушение стула – при высокой кислотности склонность к запорам; диарея - при пониженной секреции; чувство тяжести и распирания в животе, урчание, метеоризм, непереносимость продуктов, богатых клетчаткой; кишечный дисбактериоз.

4. Демпингоподобный синдром - после еды слабость, головокружение.

5. Полигиповитаминоз – в результате нарушенного переваривания и всасывания вит. А, Е, Д, К. В результате присоединившегося дисбактериоза снижается уровень вит. группы В.

6. Анемический (железо- и В12,фолиево-дефицитная). Страдают кожа и ее придатки. Появляется ломкость, сухость, слоистость ногтей; заеды в углах рта, сухость и шелушение кожи, выпадение волос, ломкость ногтей, койлонихии. Могут быть явления *фуникулярного миелоза (В12,фолиево-дефицитная А.)*

7. Астеноневротический синдром, часто у мужчин. Возможно развитие канцерофобии (ракового перерождения), особенно при пониженной секреторной активности слизистой желудка или ахилии; ипохондрического синдрома, скрытой депрессии.

При объективном исследовании обращают внимание на степень упитанности – особенно выражено снижение массы тела при гипоацидном Г/ахилии (**гастрит тип А**).

При пальпации определяется небольшая болезненность в подложечной области.

При тяжелом нарушении процессов переваривания и всасывания питательных веществ (**синдром мальабсорбции и малдигестии**) могут развиваться электролитные нарушения в виде дефицита калия, который определяют на ЭКГ снижением ST ниже изолинии и отрицательным з. Т и дефицита кальция. Может быть синдром полигландулярной эндокринной недостаточности (нарушение половой функции, умеренная надпочечниковая недостаточность) и т.д..

КЛИНИКА РАЗНЫХ ФОРМ

1. При **ГАСТРИТАХ С НОРМАЛЬНОЙ СЕКРЕЦИЕЙ** ведущим синдромом является **болевой**. Боли наблюдаются в подложечной области, сразу после приема пищи, умеренные, не достигающие силы язвенных. Характерен синдром ацидизма (ощущение жжения в подложечной области). Больные плохо переносят кислую пищу. Снижена толерантность к отдельным видам пищевых продуктов, что проявляется диспепсическим синдромом (тошнотой и рвотой при их употреблении). Иногда имеют место спастические запоры. Неврастенический синдром усугубляет основное заболевание.

При пальпации может быть умеренная болезненность в эпигастрии, **при перкуссии** симптом Менделя отрицательный.

При лабораторном исследовании обнаруживают нормальную или чуть повышенную секрецию. Отношение ВАО : SAO как 1 : 2 или 1 : 1.5. При рентгенологическом исследовании определяется утолщение складок слизистой. При ФГДС - поверхностный гастрит. Эта форма гастрита редко дает обострение, однако она неуклонно прогрессирует и в дальнейшем приводит к развитию атрофии. Эта форма гастрита обычно развивается под воздействием **экзогенных факторов у лиц молодого возраста**.

2. При **ГАСТРИТЕ С ПОНИЖЕННОЙ СЕКРЕЦИЕЙ** ведущим является **диспепсический синдром**: ухудшение аппетита, отрыжка воздухом с запахом съеденной пищи, тошнота. Страдают чаще **люди пожилого возраста**. Развитию этой формы гастрита способствуют **эндогенные воздействия**. Характерно чувство тяжести, переполнения желудка, непереносимость кислых, особенно молочных продуктов.

Наблюдается склонность к диарее. При частых поносах может наступить похудание, анемия.

При общем осмотре: атрофия сосочков языка - "полированный язык", при обострениях язык обложен густым темным налетом. При пальпации болезненность отсутствует. Секреция прогрессивно снижается вплоть до ахлоргидрии/ахилии. Часто присоединяется сопутствующая патология: панкреатит, холецистит, энтероколит.

3. При **ГАСТРИТЕ С ПОВЫШЕННОЙ СЕКРЕЦИЕЙ** клиника напоминает язвенную болезнь с выраженным **как болевым, так и диспепсическим синдромами**. Характерна изжога, отрыжка кислым, быстрое развитие болевого синдрома. Боли напоминают язвенные, возникают через 1-1.5 часа после еды, особенно после приема острой пищи. **Прием соды приносит облегчение. Могут наблюдаться голодные, ночные боли.** У больных имеются признаки вегетоневроза.

При рентгенологическом исследовании часто выявляются признаки воспаления и раздражения 12-перстной кишки. При ФГДС обнаруживают поверхностный гастрит в антральном отделе, гиперплазию слизистой фундального отдела и воспалительные изменения в луковице 12-перстной кишки. **В 30% случаев в дальнейшем формируется язва желудка.** Эта форма гастрита чаще возникает в антральном отделе - так называемый "ограниченный гастрит". Составляет примерно **25% всех гастритов, чаще у мужчинам молодого возраста.**

ОСЛОЖНЕНИЯ

Различают следующие 5 групп осложнений:

1. Анемии - возникают при эрозивном гастрите в результате кровотечения или при атрофическом гастрите (железо- и В12,фолиеводефицитная А)
2. Кровотечение – может быть при эрозивном гастрите.
3. Реактивный панкреатит, холецистит, энтероколит.
4. Предъязвенное состояние и язва, особенно при пилородуодените.
5. Рак желудка – при гипо-, анацидном гастрите. К ранним признакам озлокачествления относятся изменение ранее существовавшего синдрома (изменение характера болей, диспепсии), появление синдрома малых признаков (анемия, субфебрилитет, лихорадка неправильного типа и т.д.), нарастающая слабость, похудание, быстрая насыщаемость пищей, ухудшение аппетита, вплоть до **отвращения к мясной пище**. При обследовании можно **пропальпировать «вирховскую» железу** – в левой надключичной области увеличенные спаянные между собой безболезненные лимфоузлы.

Доказано, что больные с нарушением секреторной функции слизистой желудка по типу гипо-, анацидного состояния, особенно с ахилией, с первичным поражением антрального отдела и антропокардиальной экспансией (на границе между здоровой и больной тканью) страдают чаще, так как отсутствие соляной кислоты приводит к выживанию и размножению атипичных (мутировавших) клеток, к кишечной метаплазии, т.е. перерождению и перестройке эпителия слизистой желудка по типу кишечного.

При семейном анамнезе рака вероятность заболеть в 4 раза выше, если в семье есть случай рака. Нарушение иммунитета и развитие поражения слизистой желудка по типу кишечной метаплазии чаще наблюдается у больных с группой крови II (A), Rh (+).

Эволюция хронического гастрита:

1. Прогрессирование атрофии и ахилии (гастрит тип А).
2. Трансформация в язвенную болезнь (тип В).
3. Трансформация в рак.

ДИАГНОСТИКА

1. **Аспирационная биопсия** - производится с помощью зонда, который вводится в полость желудка и в желудке создается пониженное давление. Далее отсекают кусочек слизистой оболочки и проводят ее гистологическое исследование. Использование метода ограничивается тем, что он проводится "вслепую".

2. **Прицельная биопсия** - производится под контролем фиброгастроскопа. Является наиболее информативным методом для оценки состояния желудка и его слизистой.

3. Модификация метода для получения клеток слизистой – **эксфолиативная цитология** - отсасывают содержимое желудка через зонд, затем раздувают введенный в желудок резиновый баллончик, что искусственно деформирует желудок и в результате при дальнейшем отсасывании получают богатый клеточный состав, который исследуют гистологически.

4. Исследование желудочного сока с помощью тонкого зонда для оценки секреторной функции желудка. Оценивают

- пепсинообразующую функцию (см. Приложение 4);

- кислотообразующую (соляная кислота вырабатывается обкладочными клетками и особое внимание уделяют дебиту соляной кислоты. Соляная кислота является одним из стимуляторов инкреторной функции желудка, а также оказывает бактерицидное действие).

- содержание гастромукопротеина - вырабатывается добавочными клетками. Он влияет на усвоение витамина В12 и следовательно - на кроветворение. Кроме того, он входит в состав слизи и защищает слизистую оболочку желудка.

- синтез гастрина G-клетками

5. Беззондовые методы определения соляной кислоты (см. Приложение 4)

6. Гастрокимография оценивает моторную функцию желудка, глубину сокращения, скорость и частоту сокращений, наличие спазмов.

7. Рентгенологический метод - помогает в диагностике рака желудка или трансформацию в язвенную болезнь. Характерно **выявление «ниши» при язве и «дефекта накопления» при раке желудка.**

8. Гастроэлектрография.

Обычно ограничиваются следующими методами обследования:

1. Клинический анализ крови

2. Кал на скрытую кровь (реакцию Грегерсена)

3. Гистаминовый тест или тест с пентагастрином на истинную ахлоргидрию

4. Рентгеновское исследование (для дифференциации с язвенной болезнью и раком)

5. ЭГДС с прицельной множественной, ступенчатой биопсией.

6. Термография

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА:

1. Рак желудка:

- специфические клинические симптомы, отличающие рак желудка от хронического атрофического гастрита отсутствуют. Однако перерождение в рак желудка изменяет клиническую симптоматику. При пальпации можно обнаружить вирховскую железу – увеличение периферических лимфоузлов слева в надключичной области. В 95% случаев рак желудка развивается на фоне хронического атрофического гастрита. Его рассматривают как предраковое состояние. Рак желудка чаще встречается у мужчин, чем у женщин.

- При впервые возникших жалобах на желудочную диспепсию у пожилых необходимо исключить возможность опухоли желудка.

- Патогномоничным признаком для рака желудка является полное отсутствие соляной кислоты при максимальной стимуляции пентагастрином – истинная ахлоргидрия.

- Обнаружение молочной кислоты является поздним признаком рака в неоперабельной стадии.

- В диф. диагностике помогает эксфолиативная цитология на атипичные клетки.

- Рентгенологические методы позволяют диагностировать опухоль от 10 мм в диаметре и более.

- Наиболее информативным методом является ФГДС с прицельной биопсией.

2. Холецистит:

- для него характерно наличие болей в правом подреберье и их связь с приемом пищи (жирной, жареной, острой);

- иррадиация болей вверх в правую надключичную область и в правую лопатку;

- пожелтение кожи после лихорадки, иногда с потрясающим ознобом,

- и гепатомегалия.

3. Панкреатит:

- Опоясывающие боли или по типу полупояса, часто после приема алкоголя и погрешностей в диете (жирная, жареная, острая пища).

- Синдром кишечной диспепсии проявляется поносами с креаторреей, амилорреей и стеаторреей.

- Похудание больного в результате нарушенного переваривания и всасывания.

- Увеличена диастаза в моче.

ЛЕЧЕНИЕ

Как правило - амбулаторное, без выдачи больничного листа.

Показания к госпитализации:

1. Наличие осложнений;

2. Необходимость дифференциальной диагностики, прежде всего с раком желудка.

Лечение зависит от секреторной активности, фазы заболевания. При эндогенном гастрите - лечение основного заболевания.

Диета - механическое, химическое, температурное щажение, питание 4-5 раз в день. Прием пищи в строго определенное время. При секреторной недостаточности назначается стол № 2, имеет достаточное сокогонное действие. При сохраненной и повышенной секреции стол № 1, при обострении № 1Б.

Медикаментозное лечение: 9 основных групп препаратов

1. При секреторной недостаточности: натуральный желудочный сок по 1 столовой ложке во время еды. Разводить соляную кислоту по 10-15 капель на 1/4 стакана воды. Ацидин-пепсин растворить в 1/2 стакана воды, также во время еды.

2. Ферментативные препараты: креон, панкреатин, фестал, панзинорм, холензим, мексаза и др.

3. Спазмолитики миотропные (галидор, но-шпа, папаверин) и холинолитики при гиперсекреции (платифиллин, метацин, атропин).

4. Антациды и блокаторы синтеза HCL при повышенной секреции, при пилородуодените: омепразол, рабепразол, пантопразол; викалин, викаир; гастал, смесь

Бурже (натрия бикарбонат 8,0, натрия фосфат 4,0, натрия сульфат 2,0 - в 0,5 литра воды) - пить в течение дня; обволакивающие (маалокс, фосфалюгель, альмагель, через 1 и 2,5 часа после приема)

5. Горечи, используют для улучшения аппетита, часто при пониженной секреторной активности (аппетитный чай, гранатовый сок, корень одуванчика - по 1 чайной ложке на 1 стакан кипятка, настаивать 20 минут, охладить, процедить и по 1/4 стакана за 30 минут до еды).

6. Противовоспалительные: Де-нол.

7. Глюкокортикоиды применяются в основном только при пернициозной анемии.

8. Средства, улучшающие регенерацию (витамины, метилурацил, пентоксил, облепиховое масло по 1 чайной ложке 3 раза в день, нераболил, ретаболил).

9. Антибактериальная терапия (метронидазол, амоксициллин, кларитромицин, доксициклин).

Физиотерапия - с большой осторожностью! Абсолютное противопоказание - малейшее подозрение на малигнизацию.

Таблица 1.

Основные проявления антральной и диффузной форм хронического гастрита, ассоциированного с хеликобактерной инфекцией

Проявления	Формы хронического хеликобактерного гастрита	
	Антральный (неатрофический – ранняя стадия)	Диффузный (пангастрит) с атрофией (поздняя стадия)
Возраст	Чаще молодой	Чаще пожилой
Субъективные проявления	Язвенно-подобная симптоматика: периодические боли, нередко голодные, изжога, тошнота, иногда отрыжка кислым, запоры	Общая слабость, чувство тяжести, полноты, тупая боль в подложечной области, неприятный вкус во рту, снижение аппетита, тошнота, отрыжка воздухом, ощущение урчания и переливания в животе после еды, нарушение стула
Результаты пальпации живота	Локальная болезненность в пилородуоденальной области	Диффузная болезненность в эпигастрии
Результаты рентгенологического исследования	Рельеф слизистой грубый в антральном отделе, спазм привратника, сегментирующая перистальтика, беспорядочная эвакуация контрастного вещества	Рельеф слизистой оболочки сглажен, гипотония, вялая перистальтика, ускоренная эвакуация контрастного вещества
Результаты гастроскопии	На фоне пятнистой гиперемии и отека слизистой оболочки (СО) антрального отдела нередко видны подслизистые кровоизлияния и	Бледность, истонченность, сглаженность СО в теле желудка и антральной области, иногда пятнистая гиперемия,

	эрозии (плоские, приподнятые), гиперплазия складок, экссудация, антральный спазм, стаз	просвечивание сосудов, повышенная ранимость, гипотония, рефлюкс дуоденального содержимого
Результаты гистологического исследования	Выраженный активный антральный гастрит (инфильтрация собственной пластинки СО и эпителия лимфоцитами, плазмócитами, нейтрофилами). Очаги кишечной метаплазии. Множество хеликобактерий на поверхности и в глубине ямок.	Атрофия железистого эпителия, кишечная метаплазия, незначительное количество НР в СО тела желудка и антрума. Минимальная активность воспаления.

Таблица 2.

**Сравнительная характеристика хеликобактерного и аутоиммунного гастритов
(П.Я.Григорьев, А.В.Яковенко, 1997).**

<i>Признаки</i>	<i>Аутоиммунный гастрит</i>	<i>Хеликобактерный гастрит</i>
Морфологические:		
преимущественная локализация	дно, тело желудка	антральный отдел желудка
воспалительная реакция	слабо выражена	выражена значительно, гастрит активный
атрофия желудочного эпителия	первичная (развивается изначально)	вторичная (развивается в поздней стадии заболевания)
наличие эрозий СОЖ	не характерно	очень часто
НР	нет	есть
Иммунологические:		
наличие антител к НР в крови	нет	есть
антитела к париетальным белкам	есть	нет
антитела к гастромукопротеину	есть	нет
антитела к H^+K^+ATP -азе	есть	нет
Клинические:		
гипергастринемия	выражена	незначительна или уровень гастрин в крови в норме
кислотообразующая функция желудка	резкое снижение, по мере прогрессирования – анацидное состояние	в начальной стадии заболевания – норма или повышена, в поздней стадии – снижена
развитие B_{12} -дефицитной анемии	характерно	не характерно
сочетание с язвенной болезнью	не характерно	очень часто
малигнизация	часто	редко

Таблица 3.

Особенности изъязвлений желудка и ДПК в зависимости от типа ХГ

Морфологические изменения слизистой оболочки желудка (СОЖ)	Интерпретация
Нормальная слизистая оболочка	Язвенная болезнь невозможна. При наличии язвы она, вероятнее всего, вызвана употреблением НПВП
Хронический антральный или пангастрит, в фундальном отделе атрофии нет (+ бульбит)	Язвенная болезнь возможна или даже имеется; риск её возникновения велик.
Хронический пангастрит с атрофией в фундальном отделе	Язвенная болезнь ДПК исключена. Язвенная болезнь желудка возможна, но вероятность мала.
Хронический пангастрит или фундальный гастрит с выраженной атрофией в фундальном отделе	Язвенная болезнь невозможна. Если имеется язва, то скорее всего – злокачественная .

Исходы инфекции НР зависят от варианта ХГ, который, в свою очередь, во многом определяется топографией колонизации НР гастродуоденальной слизистой оболочки. Дуоденальная язва возникает на фоне гастродуоденита, то есть преимущественно антрального гастрита, а заселение СО ДПК НР возможно после формирования в ней очагов желудочной метаплазии в ответ на кислотную агрессию. Высказано предположение о том, что **начальными центрами ulcerации при ЯБ ДПК** оказываются очаги метаплазии с адгезированными НР и воспалительными изменениями. Язвы желудка формируются на фоне диффузного (пан-)гастрита или гастрита преимущественно тела желудка, при котором слизистая оболочка, «ослабленная воспалением», подвергается воздействию факторов агрессии даже при нормальных показателях кислотной секреции.

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ –

это общее хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся преимущественно **сезонными обострениями** с появлением язвенного **дефекта в слизистой** стенки желудка или 12-перстной кишки. За последние 10 лет *сезонность* перестала четко прослеживаться - обострения стали возникать даже в теплое время года. По локализации язвы делят на пилорoduоденальные и медиогастральные.

Этиология:

1. Нервно-психические перегрузки, стрессы.
2. Нарушение питания.
3. Биологические дефекты, наследуемые при рождении. Роль наследственной предрасположенности несомненна, особенно при пилорoduоденальной локализации.
4. По мнению большинства гастроэнтерологов, воспаление и изъязвление слизистой желудка вызывает *H. Pylori*. В 1983 году Уоррен и Маршалл выделили из слизистой оболочки *Campilobacter pilori* - грам (-) спиралевидную бактерию; считают,

что она способствует хронизации воспалительного процесса, снижает защитные свойства оболочки, обладает муциназной и уреазной активностью:

Уреазная - расщепляет мочевину и окружает себя облачком аммония, который защищает бактерию от кислого содержимого желудка. Муциназная проявляется в том, что расщепляет муцин, снижая при этом защитные свойства слизи.

*На сегодняшний день хорошо изучена последовательность структурных изменений слизистой оболочки желудка, происходящих при ее колонизации *H. pylori* и ведущих, в конечном итоге, к развитию рака (так называемый «каскад Correa»). Эти микроорганизмы благодаря наличию у них ферментативной активности (уреазной, фосфолипазной и др.) и способности вырабатывать цитотоксины проникают в межклеточные пространства, приводят к повреждению эпителиальных клеток слизистой желудка и запускают каскад иммуновоспалительных реакций. Гастритические изменения, **первоначально поверхностные** и локализованные в **антральном отделе**, со временем распространяются на **фундальный отдел**, становясь **диффузными**, и могут в дальнейшем приобретать атрофический характер (с частотой 1–3% ежегодно) с перестройкой эпителия (метаплазией) по кишечному и пилорическому типу.*

Факторы, провоцирующие развитие язвенной болезни:

- 1) Алиментарный. Отрицательное эрозирующее влияние на слизистую пищи, стимулирующей активную секрецию желудочного сока (в норме травмы слизистой заживают за 5 дней): острые, пряные, копченые продукты, горячая свежая еда (пироги, блины), большой объем пищи, холодная пища, кроме того нерегулярное питание, сухоядение, рафинированные продукты, злоупотребление кофе, крепкий чай.
- 2) Курение - прямое ульцирогенное действие алкоголя не доказано, но он обладает мощным сокогонным действием и не имеет антацидного прикрытия.
- 3) Нервно-психические.

В слизистой оболочке желудка **защита и агрессия в норме уравновешены**, поэтому язвенная болезнь не развивается. Однако патология возникает, как только нарушается это равновесие – как в сторону **преобладания агрессивных** факторов (с повышением выработки соляной кислоты, пепсиногена и пепсина; нарушением гастродуоденальной моторики, наличием дуоденально-гастрального рефлюкса), так и в сторону **уменьшения защитных** механизмов (нарушением бикарбонатного барьера, уменьшением упруго-вязких свойств желудочной слизи, обволакивающей слизистую стенку желудка, и недостаточной ее выработкой, появлением склеротических изменений в сосудах, приводящих к нарушению кровообращения и трофики, ухудшением процессов регенерации в слизистой, с негативным цитопротективным воздействием *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) на слизистую оболочку желудка. Персистенция *H. pylori* на слизистой оболочке гастродуоденальной зоны рассматривают как один из факторов риска возникновения ближайших рецидивов).

Патогенетические механизмы:

Факторы агрессии:

1) Кислотно-пептический - повышение секреции HCl, увеличение количества и повышение активности клеток, участвующих в выработке HCl, в том числе через активацию гастринпродуцирующих клеток (G-клеток).

2) Снижение образования щелочного дуоденально-панкреатического сока.

3) Нарушение координации между секрецией желудочного сока и секрецией щелочного дуоденального содержимого.

4) Нарушенный состав слизистого покрытия эпителия желудка (мукогликопротеиды, способствующие репарации слизистой). Это вещество называют сурфактантом желудка, оно покрывает слизистую и защищает от повреждения.

5) Секреция ульцирогенной фракции пепсиногенов.

6) Гиперсекреция гистамина тучными клетками слизистой желудка, что стимулирует избыточную выработку HCl и нарушает микроциркуляцию (создаются условия для ulcerации).

Защитные механизмы:

1. Страдает адекватный капиллярный кровоток в подслизистом слое, особенно страдает у пожилых с атеросклерозом мезентериальных сосудов.
2. -//- выработка протекторного ПГ (простагландина) клетками желудка.
3. -//- стимуляция секреции слизи клетками желудка и 12-перстной кишки и выработка бикарбонатов, которая осуществляется рефлексно и способствует ощелачиванию среды.

Чаще язва возникает на фоне гастрита типа Б, локализуется на стыке между измененной и здоровой слизистой оболочки. Язвенная болезнь реализуется не без участия других органов и систем, например, отмечено влияние **n. vagus**, который стимулирует секрецию соляной кислоты; велико значение **ЦНС** - при пилородуоденальной язве часто выявляют такие черты характера как тревожность, эгоцентризм, повышение притязаний, тревожно-фобический и ипохондрический синдромы.

Классификация язвенной болезни (по П.С. Григорьеву, 1986)

По локализации язвенного дефекта:

❖ Язва желудка

- кардиальный, субкардиальный отделы,
- медиогастральная (тело желудка),
- антрального отдела,
- пилорического канала и препилорического отдела или
- малая/ большая кривизна, передняя / задняя стенка

❖ язва луковицы 12-перстной кишки:

- Бульбарная локализация (передняя/задняя стенка)
- Постбульбарная локализация или
- Проксимальный отдел/Дистальный отдел 12п.к.

По стадиям: предязвенное состояние (дуоденит, гастрит Б) и язва.

По фазе: обострение/рецидив, затухающее обострение, ремиссия.

По характеру течения:

- Впервые выявленная
- Латентное течение
- Легкое/средне-тяжелое/тяжелое или непрерывно рецидивирующее течение.

По размеру язв (см. схему)

По стадии развития язвы (эндоскопически):

1. Стадия нарастания воспалительных изменений и увеличения язвы
2. Стадия наибольших изменений
3. Стадия стихания воспалительных изменений
4. Стадия уменьшения язвы
5. Стадия рубцевания язвы (фаза «красного» рубца)
6. Фаза «белого» рубца

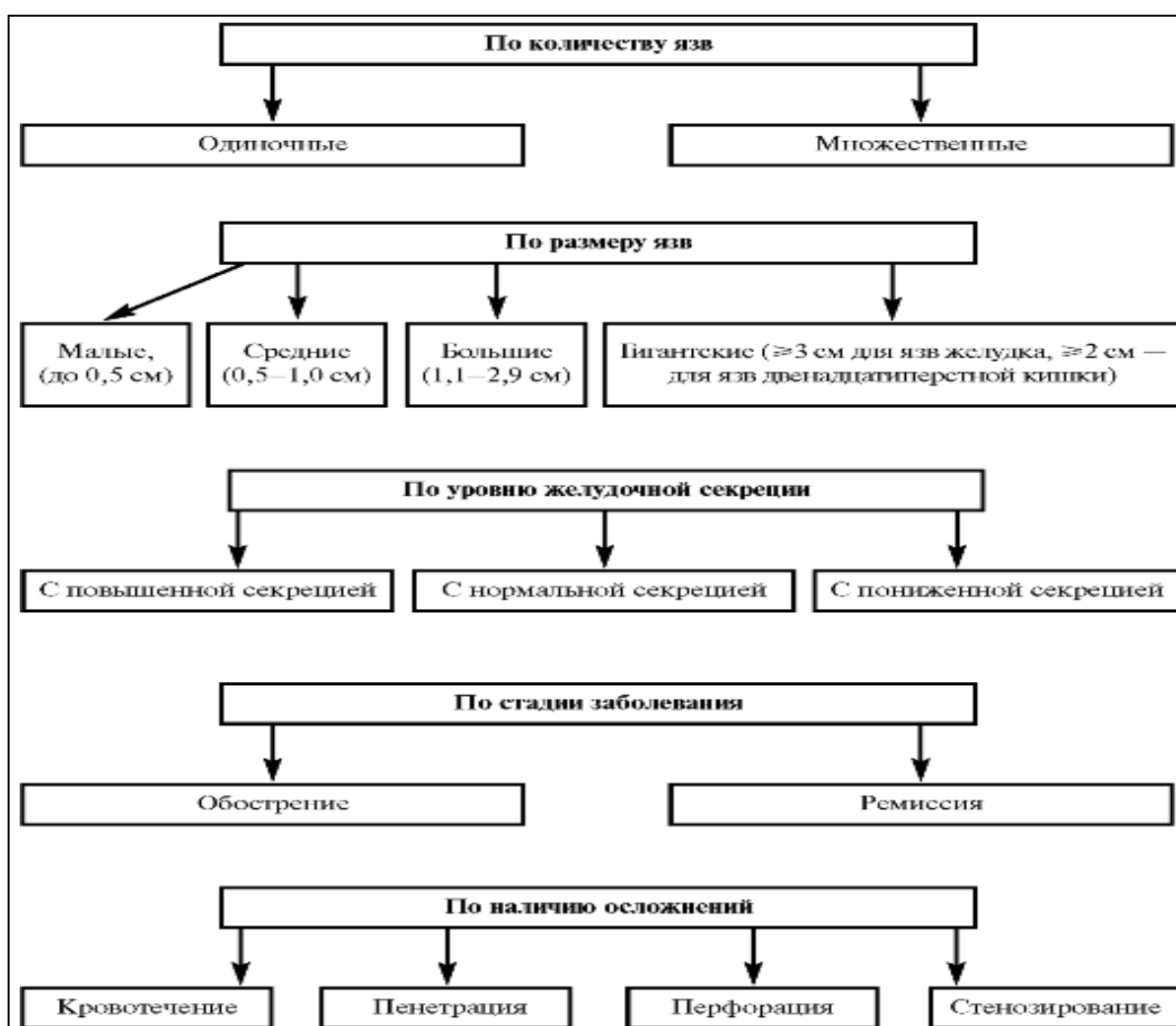


Схема «Классификация ЯБ»

По нарушениям секреторной (кислотообразованию) и моторно-эвакуаторной функциям:

- с повышенной,
- нормальной,
- пониженной секрецией,
- с ахлоргидрией (ахилией) и
- гипертоническая/гиперкинетическая дисфункция
- гипотоническая/гипокинетическая дисфункция
- дуоденогастральный рефлюкс.

По срокам рубцевания язвы:

- обычные сроки рубцевания (язва ДПК – 3-4 недели, язва желудка – 6-8 недель)
- длительно не рубцующиеся язвы.

По возрасту заболевания: юношеские, пожилого возраста.

По осложнениям: кровотечение, перфорация, перивисцерит, стеноз, малигнизация, пенетрация. Со стороны других органов и систем: реактивный гепатит, панкреатит, холецистит.

В настоящее время принято различать ЯБ в сочетании с хроническим гастритом (ХГ), ассоциированным или не ассоциированным с НР (т.е. инфекционную, требующую антибактериальную терапию, и не инфекционную).

Примеры формулировки диагноза:

1. Язвенная болезнь, впервые выявленная малая язва (0,3 см) передней стенки луковицы 12п.к. ХГ, ассоциированный с НР, фаза обострения средней тяжести.
2. Язвенная болезнь, фаза стойкой ремиссии. Рубцовая деформация луковицы 12п.к.

При выявлении симптоматических гастродуоденальных язв в диагнозе на первое место ставят основное заболевание, затем перечисляют язвы.

Например:

Ревматоидный артрит; три большие острые лекарственные (НПВП-зависимые/или стероидные) язвы передней стенки желудка, осложненные кровотечением. Острая постгеморрагическая анемия средней степени тяжести.

Признаки предъязвенного состояния при медиогастральной язве:

- Хронический гастрит, особенно в возрасте более 35-40 лет.
- Выраженность и нарастание болевого синдрома.
- Рвота кислым содержимым и изжога, исчезновение болей после рвоты.

-//- при поражении 12-перстной кишки:

- Язвенный наследственный анамнез, часто молодой возраст (до 35-40 лет), худощавые, с вегетативной лабильностью.
- Выраженный диспепсический синдром, изжога - иногда за год-два предшествует появлению язвы. Провоцируется приемом острой, жирной, соленой

пищи, копченостей, сухоядением. Через 1-2 часа после еды появляются боли, может быть болезненность при пальпации в подложечной области, в желудочном соке повышен уровень кислотности.

Рентгенологически для предъязвенного состояния характерны:

- моторно-эвакуационная дисфункция,
- пилороспазм, может быть деформация, которая исчезает после введения атропина.

ФГС- нередко выявляет эрозии, признаки гастрита, нарушение функции привратникового жома (спазм или зияние).

Клиника

Болевой синдром.

При язве желудка боли в эпигастрии слева, при язве привратниковой зоны, 12-перстной кишки - в эпигастрии справа от срединной линии туловища, иногда в правом подреберье.

Иррадиация: малая кривизна - вверх и влево, иногда имитирует кардиалгию; при локализации в теле желудка обычно нет иррадиации; в 12/п.к. - в правое подреберье, в спину под лопатку (иррадиация более характерна для перивисцерита).

Острота боли зависит от глубины язвы, особенно для пенетрирующих язв - здесь боли очень интенсивные. Каллезные (предраковые) язвы практически безболезненные.

При язве высоких отделов желудка боли появляются через 20-30 мин, длятся 1,5-2 часа. Для язвы антрального отдела характерны боли через 45 мин-1,5 часа после приема пищи, которые купируются после рвоты; для язвы 12/п.к. характерны истинные голодные ночные (натошковые) боли, которые после еды стихают. Купируют боли прием соды, молока, триган, спазган, но-шпа, атропин и другие спазмолитики, а также грелка - следы после нее указывают на язвенную болезнь.

Типичная язвенная симптоматика чаще встречается при **локализации язвы в луковице двенадцатиперстной кишки или пилорическом отделе желудка** (пилородуоденальная форма язвенной болезни). Однако она нередко наблюдается и **при язве малой кривизны тела желудка** (медиогастральная форма язвенной болезни). Все же у больных с медиогастральными язвами болевой синдром отличается **меньшей очерченностью**, болевые ощущения могут иррадиировать в левую половину грудной клетки, поясничную область, правое и левое подреберье. У части больных медиогастральной формой язвенной болезни наблюдают снижение аппетита и похудание, что не характерно для пилородуоденальных язв.

Наибольшие клинические особенности имеют место у больных с локализацией язвы в кардиальном или субкардиальном отделе желудка, пилорическом канале и постбульбарной части двенадцатиперстной кишки.

К особенностям язв верхнего отдела желудка относятся слабая выраженность болевого синдрома, **атипичная локализация и иррадиация** боли. Чаще больные жалуются на ощущение жжения и давления под мечевидным отростком, за грудиной или

слева от нее. Боль может иррадиировать в область сердца, левое плечо, под левую лопатку и напоминать приступы стенокардии. В отличие от коронарной эта боль возникает через 20—30 мин после еды и снимается приемом щелочей.

Болевой синдром при язве пилорического канала обычно проявляется в трех вариантах: 1) приступообразная, сильная боль продолжительностью 20—40 мин, многократно возобновляющаяся в течение суток; 2) постепенно нарастающая и медленно стихающая сильная боль; 3) боль умеренной силы, различной продолжительности. Почти у половины больных возникновение боли не связано с приемом пищи, у многих отсутствует сезонность обострений, характерны упорные тошнота и рвота.

Постбульбарная язва в клинических проявлениях имеет много общего с язвой луковицы двенадцатиперстной кишки, однако отличается более упорным течением, значительной частотой и длительностью обострений, тенденцией к стенозированию и кровотечениям. **Боль обычно локализуется в правом верхнем квадранте живота, распространяясь под правую лопатку и в спину.** Иногда она имеет **приступообразный характер и напоминает печеночную или почечную колику.** Болевые ощущения исчезают после приема пищи не сразу, как при бульбарной язве, а лишь спустя 15—20 мин.

Диспепсический синдром

Желудочная диспепсия:

- 1) Изжога. Эквивалент болей. Сразу или через 2-3 часа после еды, наиболее характерна для 12/п. Осложнение - рефлюкс-эзофагит. «Металлический» привкус во рту.
- 2) Отрыжка, более характерна для язвы желудка, чаще воздухом, кислым, если тухлым - то это признак стеноза привратника и гипоацидного состояния.
- 3) Тошнота - при антральных язвах.
- 4) Рвота - при функциональном или органическом стенозе привратника съеденной накануне пищей, а при осложненных язвах возникает редко, больной сам ее вызывает для облегчения болевого синдрома. Рвота может быть не переваренной пищей, «кофейной» гущей – при желудочном кровотечении; пищей, съеденной за несколько дней раньше.
- 5) Обычно сохранен или повышен аппетит, особенно при язве 12/п кишки, но есть стенофобия - боязнь еды из-за ожидаемых болей.

Кишечная диспепсия:

Запоры по 3-5 дней, характерны для локализации язвы в луковице 12/п кишки, «овечий» стул, спастическая дискинезия толстого кишечника – при повышенной кислотности. Изменения со стороны ЦНС - плохой сон, раздражительность, эмоциональная лабильность - при язве 12/п кишки.

При сборе анамнестических данных учитывают: длительность заболевания с появлением болей и изжоги и всех остальных признаков; уточнить, когда была обнаружена «ниша» - Rg-ки или язва при ЭГДС, частоту и длительность

обострений, сезонность. Важно, чем купируется боль, уточнить эпизоды «черного» стула, рвоты «кофейной» гущей и другие осложнения; регулярность приема пищи, посещение столовых, посмотреть, все ли зубы целы (опасность инфекционных заносов); стрессовые состояния, сменная работа, командировки и пр.

Наличие вредных привычек: курение, алкоголизм. Из проф. вредностей: СВЧ, вибрация, горячий цех, служба вармии.

Объективно: худощавые, астеничные; при язве 12пк снижение веса не характерно. Если край языка острый, сосочки гипертрофированны - повышена секреция HCl. Если живот втянут и болезненный - перивисцерит, перигастрит, перидуоденит, пенетрация. Характерен выраженный **красный дермографизм, влажные ладони** (вагусные проявления).

Возрастные и гендерные особенности течения ЯБ.

Типичные клинические проявления язвенной болезни могут изменяться в зависимости от пола и возраста больного.

Клиническая картина язвенной болезни у **женщин молодого возраста** с нормальной функциональной деятельностью половых желез отличается легкостью течения и мало выраженным болевым синдромом при сохранении типичных черт болезни. Более тяжелое течение язвенной болезни наблюдается у **женщин в климактерическом периоде**, а также у **женщин молодого возраста с нарушением менструального цикла**.

Язвенная болезнь в **подростковом и юношеском** возрасте часто протекает латентно или атипично с преобладанием в клинической картине нейровегетативных сдвигов. Реже язвенная болезнь в этих возрастных группах проявляется выраженной болью. Иногда единственным симптомом болезни служит изжога. Болевые ощущения при этом отличаются упорством и длительно не проходят, несмотря на активное лечение. Однако нередко язвенная болезнь у лиц подросткового и юношеского возраста по клинической картине не отличается от таковой у взрослых.

Язвенная болезнь у **больных пожилого и старческого возраста** наблюдается в трех вариантах: 1) длительно протекающая язвенная болезнь, возникшая в молодом и среднем возрасте и сохранившая характерную периодичность течения; 2) язвенная болезнь, начавшаяся в пожилом и старческом возрасте («поздняя» язвенная болезнь); 3) «старческая» язва, которую в связи с особенностями ульцерогенеза с большим основанием следует рассматривать как симптоматическую.

Длительно протекающая язвенная болезнь у **больных старше 60 лет** по клинической картине напоминает таковую у лиц молодого и среднего возраста, но отличается более тяжелым течением. Рецидивы болезни возникают чаще, протекают дольше и в то же время болевой синдром бывает мало выраженным, наблюдают снижение аппетита, похудание. Характерна для этой возрастной группы смена локализации язвы. У больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки к старости происходит миграция язвы в желудок.

Язвенная болезнь, впервые развившаяся у **лиц пожилого и старческого возраста**, также отличается преобладанием диспепсических явлений. Однако у 1/3 больных «поздняя» язвенная болезнь протекает с типичным болевым синдромом.

Таким образом, у пациентов *молодого возраста* заболевание отличается четким чередованием периодов обострения и ремиссии, ярко **выраженным болевым синдромом**, совпадением с периодом полового созревания, более благоприятным течением, чем в старшем возрасте.

ЯБ, развившаяся до 60 лет, отличается снижением уровня болевого синдрома, нормальной, реже сниженной секреторной функцией желудка, развитием осложнений (перфорация и кровотечение). Наиболее типичными симптомами болезни являются снижение аппетита, похудение, запоры, анемия, удлинение сроков рубцевания язв. Глубина язв преобладает над площадью поражения. Эти язвы часто сочетаются с заболеваниями других органов. Рубцевание язв происходит длительное время.

ЯБ у лиц старше 60 лет протекает на фоне предшествующего хронического гастрита или перенесенной ЯБ двенадцатиперстной кишки (ДПК), имеет неинтенсивный болевой синдром в сочетании с различными диспепсическими расстройствами, прогрессирующее течение; рецидивы, нередко непрерывные и длительные, сопровождаются стойким болевым синдромом; кислотообразующая и ферментативная функции желудка угнетены. Отмечаются достаточно быстрое заживление язв без заметной деформации стенки и видимых рубцовых изменений, отсутствие склонности к малигнизации.

Особенности язвенной болезни у стариков: если язва формируется после 40-50 лет, необходимо исключить **атеросклероз мезентеральных сосудов**, т.е. ишемический абдоминальный синдром.

- Течение стертое, нет типичных проявлений болевого синдрома (сезонности, периодичности от приема пищи), диспепсических расстройств. Часто боли абдоминальной локализации проявляются при тяжелой работе – при атеросклерозе мезентеральных сосудов и аорты появляется ишемия органов брюшной полости, в т.ч. желудка, **которая проходит в покое.**

Диагностика

В настоящее время постановка диагноза ЯБ невозможна без рентгеноскопического, эндоскопического и морфологического методов исследования. **Рентгенологический метод** остается незаменимым в **выявлении «ниши»** на контуре или рельефе СОЖ и ДПК, **нарушений** гастродуоденальной **моторики**, диагностике характера **осложнений** при язвах различной этиологии, но при этом **в 10–40% случаев возможны ошибки.** Рентгенологически трудно выявить язву верхнего отдела желудка, пилорического канала и привратника.

В настоящее время общепризнано, что **эндоскопический метод является самым надежным в диагностике язвенной болезни.** К преимуществам метода относятся:

- 1) подтверждение заболевания;
- 2) установление доброкачественного или злокачественного характера изъязвления, поэтому обязательно проведение биопсии слизистой оболочки из разных мест. Только цитологическая и гистологическая верификация по материалам прицельной биопсии позволяет правильно оценить характер язвенного поражения желудка;
- 3) визуальный и морфологический контроль за темпами заживления язвы;

4) выявление сопутствующих поражений слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта.

Язва является **специфическим морфологическим субстратом болезни**. Язва в **активную фазу** развития при эндоскопическом осмотре представляет собой дефект слизистой оболочки различного размера, формы и глубины. Чаще она имеет округлую или овальную форму, края ее с четкими границами, гиперемированы, отечны. В ряде случаев край, обращенный к кардиальному отделу, несколько подрыв, а дистальный край более пологий, сглаженный. Глубокие язвенные дефекты часто имеют воронкообразный вид. Дно язвы обычно покрыто фибринозными наложениями серовато-белого и желтоватого цвета, наличие темных вкраплений в дне язвы указывает на перенесенное кровотечение.

Язва в **фазе заживления** характеризуется уменьшением гиперемии слизистой оболочки и воспалительного вала в периульцерозной зоне. Она становится менее глубокой, постепенно очищается от фибринозного налета, при этом может обнаруживаться грануляционная ткань, язва приобретает своеобразный вид, который описывается как «перец с солью» или сравнивается с поверхностью колбасы «салями». Однако подобная картина наблюдается и в начале формирования язвы. На различных стадиях заживления язва изменяет форму на щелевидную, линейную или делится на несколько фрагментов.

Постязвенный рубец в фазе затухающего обострения имеет вид гиперемированного участка слизистой оболочки с линейным или звездчатым втяжением стенки (стадия незрелого «красного» рубца). В дальнейшем при эндоскопическом исследовании на месте бывшей язвы определяются различные нарушения рельефа слизистой оболочки: деформации, рубцы, сужения. Чаще образуются линейные и звездчатые рубцы. При заживлении глубоких хронических язв или при частых рецидивах развиваются **грубые деформации органа и стенозы**. Изредка заживление хронической язвы может проходить без образования видимого рубца. Зрелый рубец приобретает белесоватый вид вследствие замещения грануляционной ткани волокнистой соединительной тканью и отсутствия активного воспаления (стадия «белого» рубца). Рубцы и деформация стенки желудка и двенадцатиперстной кишки, образующиеся в результате частых обострений хронических язв, служат **достоверными эндоскопическими критериями язвенной болезни**.

Эндоскопический метод позволяет осуществлять контроль за рубцеванием язвы. В среднем заживление язвы желудка до образования «красного» рубца происходит за 5—6 нед, а дуоденальной язвы за 3—4 нед. Формирование рубца обычно заканчивается через 2—3 мес (фаза «белого» рубца). Следует учитывать, что острые поверхностные язвы могут заживать в течение 7—14 дней без образования видимого рубца.

Эрозии слизистой оболочки (поверхностный дефект, распространяющийся не глубже мышечного слоя слизистой оболочки и заживающей без образования рубца) часто встречаются при язвенной болезни и практически **диагностируются только эндоскопически**. Эрозии дистального отдела желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки наряду с язвами могут рассматриваться как специфический признак обострения болезни, так как они встречаются у 30—50% больных с пилородуоденальными язвами, а примерно у 25% больных при клинической картине обострения язвенной болезни обнаруживают только эрозивные поражения этой зоны.

Использование высокоинформативных методов исследования: баллонной кимографии, гастродуоденосцинтиграфии, электрогастрограммы, ультрасонографии, люминисцентно-эндоскопического наблюдения, УЗИ желудка с контрастированием, капсульной эндоскопии, конвексной эндосонографии позволяет оценить функциональное состояние гастродуоденальной зоны. Однако они не имеют широкого распространения.

В комплексной диагностике ***H. pylori*** применяются интрагастральная рН-метрия, метод флюоресцирующих антител при гистологическом изучении СОЖ, быстрый уреазный тест.

Важное диагностическое значение имеет **изучение микрофлоры** в желудке, поскольку различные его заболевания и иммунодефицит способствуют колонизации СОЖ бактериями. При ЯБ (острая и подострая фазы рецидива) из биоптатов слизистой оболочки периульцевой зоны **выделено до 28 родов и видов микроорганизмов** в сочетании, в среднем 5 культур, **включая *H. Pylori***, которая рассматривается в качестве основного этиологического фактора ЯБ. Из других наиболее агрессивны штаммы стафилококков, кандид, энтерококков и псевдомонад.

Наличием антител в крови к *H. pylori* подтверждают бактериемию *H. pylori*. Быстрый уреазный тест используется в комплексной диагностике *H. pylori* в качестве **неинвазивного скрининг-метода при массовых обследованиях**. Выявление микроорганизма в полости рта с помощью экспресс-теста (Хелпил-тест – исследование слюны) позволяет определить состояние обсемененности СОЖ. *Хелпил-тест и гистологический метод обследования на одном и том же биоптате повышают информативность без необходимости проведения дополнительных биопсий.*

Цитологическое исследование биоптатов СОЖ позволяет регистрировать микроорганизмы, **находящиеся не только на поверхности слизистой оболочки, но и в толще слизи.**

Дополнительные лабораторные методы диагностики

1. В клиническом **анализе крови** можно найти проявления следующих анемий: нормохромную постгеморрагическую при кровотечении; гипохромную железодефицитную анемию при гипоацидных состояниях из-за нарушения всасывания железа и гиперхромную В12дефицитную анемию из-за недостатка фактора Кастла. При анемиях может быть увеличение СОЭ. Иногда в анализе крови может быть и эритроцитоз.
2. **Исследование кала на скрытую кровь (реакция Грегерсена)** после 3-х дневного исключения из рациона мясных продуктов и красящих в красный цвет продуктов.
3. **Изучение кислотообразующей функции желудка.** Оценивается натошак и при различной стимуляции кислотообразовательной функции методом фракционного желудочного зондирования тонким зондом или беззондовым методом (ацидотест) (см. Приложение 4).

При язвах двенадцатиперстной кишки определяются преимущественно повышенные показатели базальной и стимулированной секреции соляной кислоты, при язвах субкардиального отдела и тела желудка — нормальные или сниженные.

Выявление гистаминустойчивой ахлоргидрии обычно исключает диагноз язвы двенадцатиперстной кишки и заставляет сомневаться в доброкачественном характере язвы желудка. Если свободная кислотность равна нулю и обнаружено присутствие молочной кислоты, то возможна опухоль.

А). Беззондовые методы определения кислотности, например по Сали, предложенный им в 1905 г. (см. Приложение 4).

Метод применяется, когда невозможно использовать зондирование или для скрининга населения.

Б). Фракционное желудочное зондирование тонким зондом.

- Оценивается объем желудочного сока натощак (в норме 20-40 мл). После этого оценивается качественный состав тощаковой порции: 20-30 ммоль/л - норма общей кислотности натощак, до 15 ммоль/л - свободная кислотность.

//Если свободная кислотность равна нулю и обнаружено присутствие молочной кислоты, то возможна опухоль.

- **Стимуляция:** используют капустный отвар, кофеин, раствор спирта (5% р-р), мясной бульон. Объем завтрака 200 мл, через 25 мин изучается объем желудочного содержимого (т.е. извлекается остаток завтрака) - в норме из 200 мл удается извлечь 60-80 мл. Затем каждые 15 мин в отдельную пробирку отсасывается желудочный сок. Объем за последующий час (4 пробирки) - это часовое напряжение стимулированной желудочной секреции. **В норме:**

- **Общая кислотность полученного сока 40-60,**
- **свободная 20-40 ммоль/л,**
- **связанная 10-20 ммоль/л.**

- **Оценка типа секреции:** субмаксимальная или максимальная проба с гистамином (определяют **возбудимый или тормозной тип** секреции). Парентеральная стимуляция с гистамином дает чувство жара, гипотонию. Осторожно при ГБ, ИБС, бронхиальной астме!

В начале пробы оценивается базальная секреция: рН сока — от 1,5 до 5,5. Затем вводится гистамин из расчета 0,1 мл/10 кг массы тела. Через час объем должен быть 8-14 ммоль/час. Максимальная секреция оценивается с максимальной дозой гистамина (больше в 4 раза) - через час объем 16-24 ммоль/час.

Лучше вместо гистамина использовать пентагастрин.

- **рН-метрия** - измерение кислотности непосредственно в желудке с помощью зонда с датчиками: рН измеряют натощак в теле и антральном отделе (рН 6-7), в норме в антральном отделе становится рН 4-5 после введения гистамина.

4. **Оценка протеолитической функции** желудочного сока, т.е. активности пепсина. Исследуют с погружением зонда внутрь желудка, в зонде белок – 10 см. Через сутки зонд извлекается и изучают переваривание белка (см. Приложение 4).

5. Рентгенологические изменения:

- 1) “**Ниша**” - доступность верификации при язве не менее 2 мм.
- 2) Конвергенция складок.
- 3) Кольцевидный воспалительный валик вокруг ниши.
- 4) Рубцовые деформации.

Косвенные признаки:

- 1) Чрезмерная перистальтика желудка.
- 2) Втяжение по большой кривизне - симптом “пальца”. Локальная болезненность при пальпации (надавливании тубусом рентгенаппарата).

Рентгенологически локализация язвы 12/п кишки выявляется чаще на передней или задней стенках луковицы.

6). Обязательно делают ЭГДС. Абсолютным показанием являются снижение секреции и ахилия для исключения перерождения язвы в рак. Делают многоступенчатую биопсию.

Противопоказания: ИБС, варикозные вены пищевода, дивертикулы пищевода, бронхиальная астма, недавнее кровотечение.

Методы диагностики *H. pylori*

1. Биохимические методы:

- 1.1. быстрый уреазный тест;
- 1.2. уреазный дыхательный тест с ¹³C–мочевинной;
- 1.3. аммонийный дыхательный тест.

2. Морфологические методы:

- 2.1. гистологический метод – выявление *H. pylori* в биоптатах слизистой оболочки антрального отдела и тела желудка;
- 2.2. гистологический метод – выявление *H. pylori* в слое пристеночной слизи желудка.

3. Бактериологический метод с выделением чистой культуры и определением чувствительности к антибиотикам.

4. Иммунологические методы:

- 4.1. выявление антигена *H. pylori* в кале (слюне, зубном налете, моче);
- 4.2. выявление антител к *H. pylori* в крови с помощью иммуноферментного анализа.

5. Молекулярно–генетические методы:

5.1. полимеразная цепная реакция (ПЦР) для изучения биоптатов слизистой оболочки желудка. ПЦР проводится не столько для выявления *H. pylori*, сколько для верификации штаммов *H. pylori* (генотипирование), в том числе молекулярно–генетических особенностей, определяющих степень их вирулентности и чувствительность к кларитромицину.

- *К сожалению, ни один из современных методов определения инфекции *H. pylori* не обеспечивает выявление микроорганизма в 100% случаев. Считается, что инвазивные методы обладают более высокой чувствительностью и специфичностью по сравнению с неинвазивными, но для первичного выявления*

инфекции следует применять неинвазивные методики. В целом споры вокруг преимуществ тех или иных способов детектирования *H. pylori* не прекращаются, а на практике приходится учитывать их доступность для различных медицинских учреждений.

Осложнения

1. Перидуоденит, перигастрит, **перивисцерит** - изменение характера болевых ощущений, ритмичность болей исчезает, становятся постоянными, интенсивными, особенно при физической работе, после еды могут иррадиировать в разные места. При перкуссии – положительный симптом Менделя – поколачивание пальцем в эпигастрии дает боль (следить за мимикой больного).
2. В 10-15 % **кровотечение**. Возникает рвота с примесью крови или без нее. Дегтеобразный стул (мелена) часто сопровождается гемодинамическими расстройствами, изменением содержания гемоглобина и эритроцитов, формируется острая анемия. ФСГ делать осторожно.
3. **Пенетрация** 6-10% - появляются острые опоясывающие боли, особенно при пенетрации в поджелудочную железу.
4. **Перфорация** - кинжальная боль, рвота и т.д. Развивается перитонит.
Перфорация может быть подострого характера, если сальник прикрывает перфоративное отверстие. Рентгенологически - поддифрагмальное скопление газа.
5. **Малигнизация** - **перерождение язвы в рак**. К этому склонны лица пожилого и старческого возраста. Боли становятся постоянными, пропадает аппетит, тошнота, отвращение к мясу, снижение массы тела, снижение желудочной секреции вплоть до ахлоргидрии, стойкая положительная реакция Грегерсена, повышенное СОЭ и анемизация.
6. **Рубцовый стеноз привратника**:
I стадия - эпизодическая рвота из-за задержки пищи, частотой 1 раз в 2-3 дня.
II стадия - постоянное чувство тяжести, ежедневная рвота, массы содержат пищу, съеденную накануне.
III стадия - выраженное стенозирование, с трудом проходит вода, видна желудочная перистальтика и антиперистальтическая волна, шум «плеска». Рвота вызывается искусственно, рвотные массы с гнилостным запахом.
7. **Перитонит** при прободении язвы (лицо Гиппократ).

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ №1

1. Последний прием пищи перед желудочным зондированием должен быть
а) вечером, накануне исследования б) утром, накануне исследования в) днем, накануне исследования г) утром в день исследования
2. Дегтеобразный стул бывает при кровотечении из кишки
а) 12-перстной б) ободочной в) сигмовидной г) прямой

3. К раку желудка может привести хронический гастрит
а) анацидный б) гиперацидный в) нормацидный
4. При обострении язвенной болезни назначается диета №
а) 1 б) 2 в) 3 г) 4
5. Дефект наполнения при рентгенографии характерен
а) гастрита б) рака желудка в) язвы желудка г) язвы 12-перстной кишки
6. За 3 дня следует исключить из питания железосодержащие продукты при подготовке к
а) анализу кала на скрытую кровь б) дуоденальному зондированию в) желудочному зондированию г) рентгенографии желудка
7. При подготовке пациента к анализу кала на скрытую кровь из питания исключают:
а) манную кашу б) молоко в) мясо
8. При диспансеризации больных с язвенной болезнью желудка проводится
а) ирригоскопия б) колоноскопия в) ректороманоскопия г) фиброгастроскопия
9. Осложнение язвенной болезни, вызывающее панкреатит, называется
а) кровотечение б) пенетрация в) перфорация г) пилоростеноз
10. Жидкий, дегтеобразный стул – это
а) амилорея б) диарея в) мелена г) креаторея
11. Ранние боли - это:
а) боли возникающие через 1-2 дня после начала или обострения заболевания
б) боль, проходящая на короткое время после приема пищи в) очень сильные боли в левой подреберной области г) боли возникающие через 20-30 минут после приема пищи
д) боли возникающие через 8-10 дней после начала заболевания
12. Поздние боли - это
а) боли, усиливающиеся через 1,5-2 часа после приема пищи б) боль, проходящая на короткое время после приема пищи в) очень сильные боли в левой подреберной области г) боли, возникающие через 1-2 дня после начала заболевания
д) боли, возникающие через 8-10 дней после начала заболевания
13. Голодные боли - это
а) боли усиливающиеся через 2-3 часа после приема пищи б) боли появляющиеся в определенное время дня и ночи в) симметричные боли в правой и левой подреберных

областях г)боли возникающие в определенное время года д)боли возникающие после физической нагрузки е)успокаивающиеся после приема пищи

14. Сезонность болей - это

а)боли усиливающиеся через 2-3 часа после приема пищи б)боли появляющиеся в определенное время дня и ночи в)боли возникающие в определенное время года г)боли возникающие после физической нагрузки д)появление периодических болей весной и осенью

15. Какое заболевание не является заболеванием желудочно-кишечного тракта

а)эзофагит б)энтероколит в)грыжа пищеводного отверстия диафрагмы г)ахалазия кардии д) гестоз

16. При язве 12 перстной кишки аппетит обычно

а) усилен б)ослаблен в)наблюдается анорексия г)наблюдается отвращение к мясной пище д)нет никакой закономерности

17. При стенозе привратника луковицы 12 п. кишки шум плеска определяется после еды через

а)1-2 часа б)2-3 часа в)4-6 часов г)7-8 часов

18. При пальпации желудка лучше всего исследованию поддается

а)Большая кривизна желудка б)Малая кривизна желудка в)Привратник г)Кардиальная часть желудка

19. Этиологическими факторами язвенной болезни являются все перечисленные, кроме

а)алкоголя б)никотина в)нарушения питания г)эмоциональных стрессов д)переохлаждения

20. Выберите жалобы, характерные для заболеваний желудка

а) Дисфагия б) Рвота в) Поносы г) Кровотечения д) Изжога е) Нарушение аппетита ж) Извращение вкуса з) Отрыжка и) Боли в подложечной области

21. Сезонность болей характерна для

а) Гастрита б) Эзофагита в) Язвенной болезни желудка г) Рака желудка д)Хронического колита

22. При детализации жалоб на боли в подложечной области необходимо уточнение:

а) точной локализации боли б) связи боли с приёмом пищи (как в отношении качества, так и времени) в) улучшения состояния после рвоты г) облегчения состояния после приёма щелочей (сода) д) иррадиации болей

23. Какие жалобы характерны для заболеваний желудка?

а) Боль в подложечной области б) Вздутие живота в) Отрыжка г) Изменение аппетита д) Чувство жжения и боль в языке

24. При собирании анамнеза жизни у больного с заболеваниями желудочно-кишечного тракта имеет значение

а) Наследственность б) Условия питания в) Курение г) Алкоголь д) Ритм труда и отдыха

25. У больных язвенной болезнью при осмотре язык

а) Чистый и влажный б) Обложенный серо-белым налетом в) Сухой г) Атрофический язык со сглаживанием сосочков

26. Достоверным клиническим признаком стеноза привратника является

а) Рвота съеденной накануне пищей б) Урчание в животе в) Резонанс под пространством Траубе г) Шум плеска через 3-4 часа после приема пищи д) Видимая перистальтика

27. Выберите правильные утверждения в отношении рефлюкс-эзофагита.

а) Заболевание обусловлено забросом кислого желудочного содержимого в пищевод б) Проявляется жжением за грудиной после физической нагрузки в) Облегчение состояния наступает в вертикальном положении, а также при приёме ощелачивающих средств г) Диагноз подтверждают при контрастной рентгенографии, эндоскопии д) Дифференциальную диагностику проводят со стенокардией

28. Кислая отрыжка характерна для

а) Стеноза привратника с большим расширением желудка и обильным застоем в нем б) Язвенной болезни в) Атрофического гастрита г) Хронического колита д) Энтерита е) Рефлюкс – эзофагита ж) Желудочного кровотечения

29. Гистаминовый тест Кея назначается при

а) отсутствие желудочной секреции б) избыточная желудочная секреция в) отсутствие секреции поджелудочной железы г) избыточная секреция поджелудочной железы д) снижение выделения желчи

30. Ахилия - это

а) отсутствие желудочной секреции б) избыточная желудочная секреция в) отсутствие секреции поджелудочной железы г) избыточная секреция поджелудочной железы д) снижение выделения желчи

31. При каком заболевании наблюдается повышение секреторно-кислотообразующей функции желудка?

а) язвенная болезнь 12-перстной кишки б) хронический атрофический гастрит в) острый гастрит г) при всех указанных формах

32. Кровавая рвота наблюдается при
а) Язвенной болезни б) Раке желудка в) Атрофическом гастрите г) Колитах д) Энтеритах е) Эзофагите
33. Желудочное кровотечение может проявляться в виде
а) Кровавой рвоты б) Дегтеобразного стула в) Гемеза мимик Изжогой д) Анорексией
34. Если при общем осмотре выявляется бледная окраска кожи, то это может быть признаком
а) Рака желудка б) Язвенной болезни в) Атрофического гастрита г) Хронического колита д) Энтерита е) Эзофагита ж) Запущенного стеноза привратника з) Желудочного кровотечения
35. Отрыжка, сопровождающаяся запахом тухлых яиц, характерна для
а) Стеноза привратника с большим расширением желудка и обильным застоем в нем б) Язвенной болезни в) Атрофического гастрита г) Хронического колита
36. Какие из перечисленных веществ являются стимуляторами секреции соляной кислоты?
а) гастрин б) секретин в) гистамин г) тиреотропный гормон д) инсулин
37. Оцените результаты анализа желудочного содержимого, в котором указано, что реакция на молочную кислоту положительная, пепсин отсутствует – функция желудочных желез
а) снижена б) сохранена в) повышена
38. Укажите цифры анализа желудочного содержимого, обычно принимаемые за норму
а) общая кислотность 60 ед., свободная – 30 ед, связанная – 30 ед.
б) общая кислотность 20 ед., свободная – 15 ед., связанная – 5 ед.
в) общая кислотность 90 ед., свободная – 50 ед, связанная - 40 ед.
39. Укажите цифры общей кислотности, когда следует думать о гипоацидности
а) ниже 20 ед. б) выше 100 ед. в) равна 60 ед.
40. Укажите цифры общей кислотности, когда следует думать о гиперацидности
а) ниже 20 ед. б) выше 90-100 ед. в) равна 60 ед.
41. Что позволяет выявить контрастная рентгенография пищеварительного тракта?
а) Сужение или расширение пищевода б) Увеличенные размеры почек в) Дефект наполнения в желудке г) Симптом «ниши» д) Уровень жидкости и распределение газа по ходу ЖКТ

42. Главные клетки слизистой оболочки желудка вырабатывают
а)пепсиноген б)химозин в)соляную кислоту г) все перечисленное
43. Parietalные (обкладочные) клетки слизистой оболочки желудка секретируют
а)соляную кислоту б)молочную кислоту в)гастромукопротеидг)муцин
д)пепсиноген
44. Добавочные клетки слизистой оболочки желудка секретируют
а)муцин б)бикарбонаты в)гастрин г)секретин д)внутренний фактор Кастла
45. С помощью биопсии можно подтвердить диагноз
а)язвенной болезни 12-перстной кишки б)хронического атрофического
гастрита в)острого гастрита г)рака желудка д)всех указанных заболеваний
46. Какие состояния необходимо исключать при наличии скрытой крови в кале?
а)Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в стадии обострения б) Опухоль
толстой кишки в)Дисбактериоз г) Цирроз печени д)Рефлюкс-эзофагит

Лечение

Режим: избегать стрессов, соблюдать баланс труда и отдыха, отказ от курения.

Диета:

- Больной должен есть, как нормальный человек - 3-4 раза в день.
- При высокой кислотности - прием **антацидов**. Количество антацидов в зависимости от переносимости (алюминий - запор, магний - понос). Препараты: альмагель, фосфалюгель, маалокс и др.

При обострении неосложненной формы язвенной болезни предложено использовать прерывистую госпитализацию или амбулаторное лечение.

Прерывистая госпитализация предусматривает лечение в стационаре в течение 10—15 дней до купирования болевого синдрома и наметившейся, по данным эндоскопии, тенденции к рубцеванию язвы. Затем больной переводится на домашнее лечение с оформлением больничного листа или лечится амбулаторно, продолжая трудовую деятельность. Наблюдение за лечением и заключительный эндоскопический или рентгенологический контроль осуществляются в поликлинике.

В комплекс лечебных мероприятий обязательно входит **борьба с инфицированием НР**. Это особенно важно в связи с тем, что согласно последним данным, НР является канцерогеном 1 порядка.

Антибактериальная эрадикационная терапия:

- амоксициллин, кларитромицин, тетрациклин (доксициклин), метронидазол (трихопол), коллоидный субцитрат висмута (Де-нол).

Метронидазол считался основой комбинаций из трех и двух препаратов, применяемых для лечения инфекции НР. Однако его широкое использование привело к развитию резистентности бактерий к метронидазолу, особенно в тех случаях, когда препарат назначают в малых дозах и в качестве монотерапии.

- *Схема лечения:* Метронидазол назначают по 0,25 г 4 раза или по 0,5 г 2 раза в день во время еды в течение 7-14 дней.

Кларитромицин подавляет синтез белка бактерий и потому эффективен против НР. Также при использовании препарата в качестве монотерапии у НР иногда развивается резистентность к нему.

- *Схема лечения:* Назначают по 0,5 г 2 раза в день между приемами пищи в течение 7 дней.

НР чувствительны также к **амоксициллину**, который ингибирует синтез, происходящий в стенке клетки бактерии. Бактерицидность препарата возрастает при нейтральных значениях pH.

- *Схема лечения:* Препарат назначают по 0,5 г 4 раза в день или по 1000 мг 2 раза в день между приемами пищи в течение 7-14 дней в зависимости от комбинации.

Ранитидин по 150 мг 2 раза в день или фамотидин 40 мг, или омепразол по 20 мг 2 раза в день в течение первых 7 дней, затем при ЯБДПК 8 нед, при ЯБЖ 12 нед один из указанных препаратов принимают 1 раз в день (ранитидин 300 мг, фамотидин 40 мг в 20 ч, омепразол 10 - 20 мг в 8 ч)

+ кларитромицин по 500 мг 2 раза в день + амоксициллин 1000 мг 2 р/д (при **3-хкомпонентной терапии**) или

+ метронидазол по 250 мг 4 раза в день или по 500 мг 2 р/д при **4-хкомпонентной терапии**.

- *Можно кларитромицин заменить на азитромицин, который принимают 3 дня, что удешевляет антихеликобактерную терапию, не снижая ее эффективность.*

Продолжительность основного курса 7 дней.

Тетрациклин оказывает бактерицидное воздействие на НР благодаря подавлению синтеза белка бактериальной клетки. Препарат активен при низких значениях pH. Резистентности бактерий к препарату не возникает.

- *Схема лечения:* Назначают по 0,5 г 4 раза или по 1000 мг 2 раза в день во время еды, курс 10-14 дней.

Соединения висмута, особенно КСВ (коллоидный субцитрат висмута), являются противомикробными препаратами местного действия. Они препятствуют адгезии НР к эпителию и разрушают целостность стенки бактерии. Большие дозы соединений висмута могут оказаться токсичными для центральной нервной системы. Препараты висмута назначают в комбинации с другими средствами по 120 мг 4 раза или по 107 мг 5 раз в день. Принимают натощак, за 30 мин до еды и спустя 2 ч после приема пищи в течение 10-14 дней.

Препараты, снижающие продукцию HCl (антисекреторные):

- ❖ В первую очередь **H2-гистаминоблокаторы** - снижают базальную секрецию соляной кислоты на 80-90%, снижают стимулированную кислотность на 50%, не влияют на моторику ЖКТ, снижают продукцию желудочного сока: *циметидин, ранитидин, фамотидин, низатидин и др.*

Только для **циметидина** характерны: головокружение, слабость, может вызывать изменения психики - **больным шизофренией никогда не назначать!** Также у циметидина антиандрогенный эффект - **мужчина становится стерильным на время применения.**

- ❖ **Средства, блокирующие протонную помпу:** Омепразол - 20 мг 1-2 раз в день в капсуле. Очень быстрое и надежное действие. Рубцевание язвы 100%. Не имеет побочных эффектов. Рабепразол («Париет») – высокоэффективный препарат последнего поколения.

Препарат	Доза	Продолжительность лечения
Омепразол	По 20 мг 2 раза в день в 8 и 20 ч или по 20 мг 1 раз в день в 8 ч как монотерапия	7-10 дней на период антибактериальной терапии; 8 нед при ЯБЖ и 6 нед при ЯБДПК после окончания антибактериальной терапии
Ранитидин	По 150 мг 2 раза в день в 8 и 20 час .или 300 мг 1 раз в день в 20 ч как монотерапия	7-14 дней на период антибактериальной терапии; 12 нед при ЯБЖ и 8 нед при ЯБДПК после окончания антибактериальной терапии
Фамотидин	По 20 мг 2 раза в день в 8 и 20 час. Или 40 мг 1 раз в день в 20 час. как монотерапия	7-14 дней на период антибактериальной терапии; 12 нед при ЯБЖ и 8 нед при ЯБДПКпосле окончания антибактериальной терапии
П р и м е ч а н и е. Омепразол и другие блокаторы протонового насоса (рабепразол «Париет», пантопразол «Контролок», лансопразол) в лечении ЯБ эффективнее блокаторов H₂-рецепторов на 15-20%.		

- ❖ **При ЯБ, осложненной кровотечением,** наряду с эндоскопической остановкой кровотечения (диатермокоагуляция и др.) необходимы внутривенные инфузии омепразола (40 мг в 100 мл физиологического раствора) или ранитидина (100 мг в 100 мл физиологического раствора). При отсутствии противопоказаний немедленно начинают прием внутрь соответствующего антикислотного препарата в комбинации с антихеликобактерной терапией. Если прием внутрь указанных препаратов из-за выраженных диспепсических расстройств окажется

невозможным, то необходимо продолжить инфузионное введение одного из представленных антикислотных препаратов с интервалом 8 ч.

Обволакивающие средства:

- Де-нол - В присутствии даже небольшого количества HCl образует защитную пленку над эрозией или язвой. Уничтожает НР (*Campilobacter pilori*) (бактерицидное + бактериостатическое действие). Почти не всасывается и действует в просвете ЖКТ. Побочное действие - стул окрашивается в черный цвет.
- Сукралфат (вентер, корафат) содержит алюминий, образует комплекс алюминий-белок, закрывает язву + обладает антацидными свойствами.
- Альмагель, фосфалюгель, маалокс

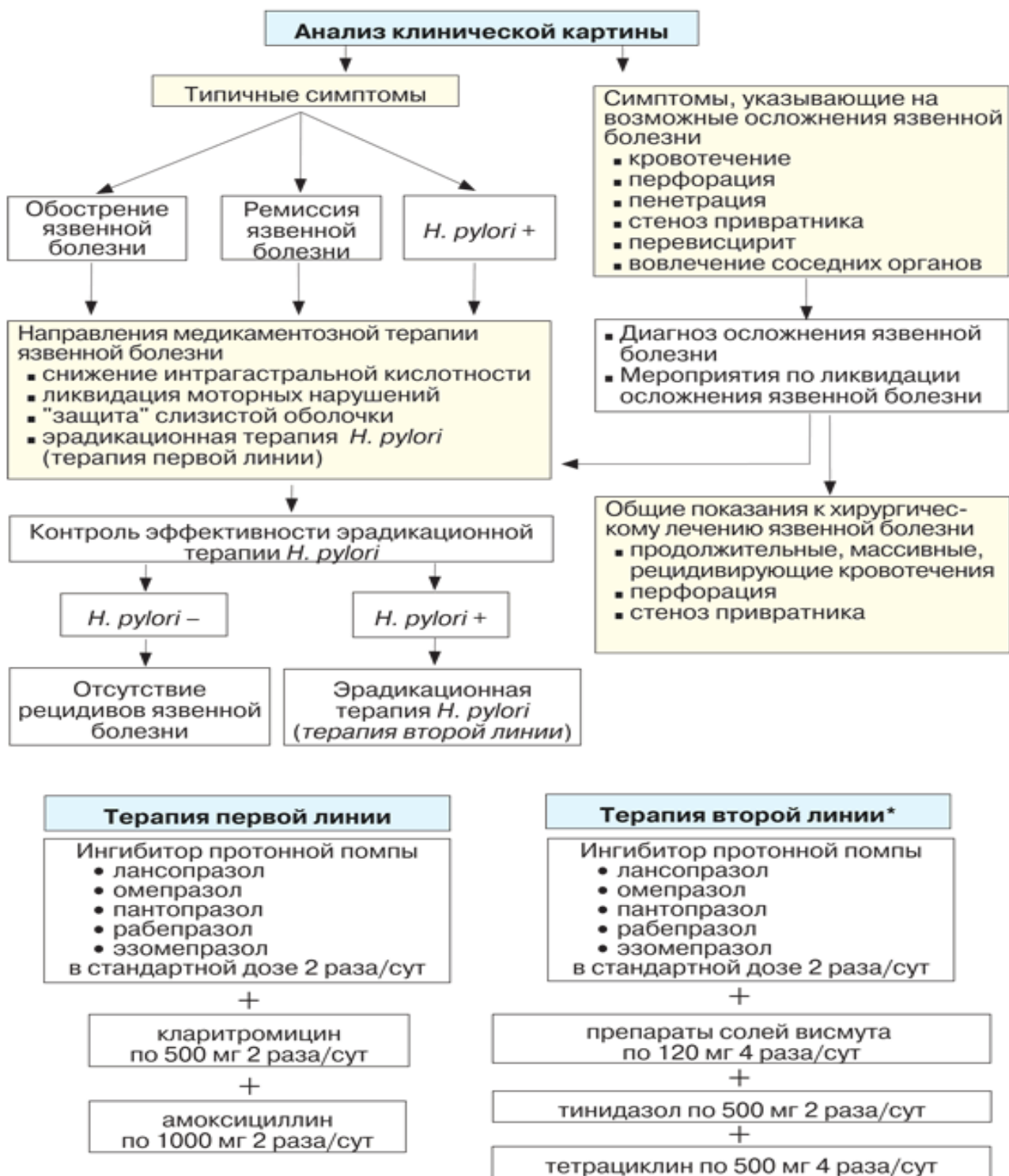
Репаранты – улучшают рубцевание язвы.

- Солкосерил - это неспецифический препарат. Стимулирует процессы обмена во всех тканях, хотя убедительных данных о действии на язву нет.
- Хороший эффект при применении *метилурацила, пентоксила, актовегина и др.*

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА и ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Язвенная болезнь - хроническое заболевание, основным морфологическим проявлением которого служит рецидивирующая язва желудка или двенадцатиперстной кишки, как правило, возникающая на фоне гастрита вызванного инфекцией *Helicobacter pylori*.

Алгоритм ведения пациентов



*может быть использована в качестве терапии первой линии при непереносимости препаратов пенициллинового ряда

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ №2 ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Характерными признаками для рвотных масс при органическом стенозе привратника являются:

- A. обильные с наличием остатков пищи и неприятным запахом;**
- B. обильные с наличием хлористоводородной кислоты;**
- C. с примесью крови;**
- D. обильные с примесью желчи;**
- E. скудные с примесью слизи.**

2. Дегтеобразный стул появляется при повреждении следующих отделов пищеварительного тракта:

- A. пищевода;**
- B. желудка;**
- C. двенадцатиперстной кишки;**
- D. сигмовидной кишки;**
- E. слепой кишки.**

3. Множественные язвы в желудке и двенадцатиперстной кишке в сочетании с гиперацидным состоянием и упорными болями в эпигастрии, не купирующимися антацидами, вероятнее всего, связаны с:

- A. синдромом Дубина–Джонсона;**
- B. синдромом Золлингера–Эллисона;**
- C. изъязвлением рака желудка;**
- D. язвами угла желудка.**

4. Совокупность каких жалоб называют диспепсическим синдромом?

- A. анорексия, кардиалгия, тенезмы**
- B. дисфагия, икота, дизурия**
- C. изжога, головная боль, понос**
- D. снижение аппетита, тошнота, рвота**
- E. слюнотечение, сердцебиение, запоры**

5. Оценка телосложения необходима для определения

- A. наличия свободной жидкости в брюшной полости**
- B. склонности к определенным заболеваниям**
- C. состояния подкожной жировой клетчатки**
- D. состояния тяжести больного**
- E. степени развития мускулатуры брюшной стенки**

6. При перитоните во время поверхностной пальпации определяется

- A. мягкий живот, болезненность при пальпации**

- В. напряжение мышц брюшной стенки
- С. утолщение мышц брюшной стенки
- Д. резистентность мышц брюшной стенки
- Е. расслабление мышц брюшной стенки

7. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга выявляется при

- А. асците
- В. кахексии
- С. метеоризме
- Д. ожирении
- Е. перитоните

8. Какой раздражитель наиболее эффективен при проведении фракционного исследования желудочного сока?

- А. алкоголь
- В. гистамин
- С. кофеин
- Д. магния сульфат
- Е. сорбит

9. Перерождение язвы в рак называется

- А. малигнизация
- В. пенетрация
- С. перфорация
- Д. пилостеноз

10. Прогрессирующее похудание наблюдается при

- А. раке желудка
- В. хроническом гастрите
- С. хроническом холецистите
- Д. язвенной болезни

11. Повышение кислотности желудочного сока можно назвать термином

- А. ахилия
- В. ахолия
- С. гастросукоррея
- Д. гиперхлоргидрия
- Е. холестаз

12. Положительный симптом Менделя это — болезненность при постукивании

- А. в области проекции желчного пузыря
- В. +в эпигастрии
- С. над поясничной областью
- Д. под левой реберной дугой

Е. по правой реберной дуге

13. Поздние, «голодные», ночные боли характерны для

- А. хронического гастрита
- В. язвенной болезни желудка
- С. язвенной болезни 12-перстной кишки
- Д. цирроза печени

14. Рентгенологический симптом «ниши» наблюдается при

- А. гастрите
- В. язвенной болезни
- С. раке желудка
- Д. холецистите

15. Наиболее информативный метод диагностики рака желудка

- А. желудочное зондирование
- В. дуоденальное зондирование
- С. ультразвуковое исследование
- Д. эндоскопическое исследование

16. Аускультативно в норме над желудком

- А. звонкое урчание
- В. «мышинное» попискивание
- С. отсутствуют шумы
- Д. периодические незвучные шумы
- Е. постоянные звучные шумы

17. Наиболее информативный метод диагностики гастродуоденита

- А. желудочное зондирование
- В. рентгенологическое исследование
- С. ультразвуковое исследование
- Д. эндоскопическое исследование

18. Сезонность обострения характерна для

- А. хронического колита
- В. хронического холецистита
- С. цирроза печени
- Д. язвенной болезни

19. Признаки, характерные только для желудочного кровотечения

- А. бледность, слабость
- В. головная боль, головокружение
- С. рвота «кофейной гущей», дегтеобразный стул

D. тахикардия, гипотензия

20. Неотложная помощь при желудочном кровотечении

- A. хлорид кальция, желатиноль
- B. альмагель, атропин
- C. викалин, гепарин
- D. фестал, баралгин

21. Появление в желудочном содержимом молочной кислоты больше характерно для

- A. гастрита
- B. опухоли желудка
- C. панкреатита
- D. пилоростеноза
- E. язвенной болезни

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1.

Женщина 43 лет обратилась к семейному врачу с жалобами на запоры. У нее практически не бывает самостоятельного стула. В беседе выяснилось, что ее беспокоит также зябкость конечностей, утомляемость; стали выпадать волосы. Работает программистом, много времени проводит за компьютером. При осмотре выявлена сухость кожи, слизистых оболочек. Глухие тоны сердца. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации определяется плотная, заполненная каловыми массами сигмовидная кишка.

Вопрос:

Каков наиболее вероятный диагноз?

Выберите наиболее информативный диагностический тест для данной больной:

- а) фиброгастроскопия;
- б) определение гормонов щитовидной железы и ТТГ, антител к щитовидной железе;
- в) фиброколоноскопия;
- г) копрограмма;
- д) УЗИ брюшной полости.

Задача 2.

45-летний мужчина доставлен в больницу по поводу сильной боли («кинжальной») в эпигастрии, появившейся внезапно 3 ч назад, без рвоты. В анамнезе: сезонные боли в эпигастрии. Работает шофером много лет. Употребляет алкоголь в умеренных

количествах. Объективно: мышечная защита в эпигастрии, перистальтика не прослушивается, газы не отходят, перкуторно – отсутствие печеночной тупости. Пульс – 92 уд./мин., АД – 130/80 мм рт. ст. Язык суховат.

Вопросы: Сформулируйте диагноз и укажите развившееся осложнение:

- а) почечная колика;
- б) кишечная непроходимость;
- в) перфорация гастродуоденальной язвы;
- г) абдоминальная форма инфаркта миокарда;
- д) острый холецистит.

Задача 3.

Больной М., 46 лет, длительно страдает язвенной болезнью желудка. В течение последних 2 нед. стал отмечать боли в эпигастриальной области через 15–20 мин. после приема пищи. Сегодня утром появились выраженная слабость и обильный черный жидкий стул. При осмотре: состояние больного тяжелое. Кожные покровы бледные, отмечается липкий пот, тахикардия – до 100 уд./мин., АД снизилось до 90/50 мм рт. ст.

Вопрос: Что можно предположить у больного?

- а) почечная колика;
- б) кровотечение из язвы желудка;
- в) перфорация гастродуоденальной язвы;
- г) абдоминальная форма инфаркта миокарда;
- д) острый холецистит.

Задача 4

У мужчины 40 лет наблюдаются общая слабость, одышка, сердцебиение, похудение, снижение аппетита, изжога после еды, тошнота, периодически рвота остатками пищи, которую употреблял накануне. Болеет 10 лет, обострения заболевания наблюдались ежегодно весной. Кожа обычного цвета, тургор снижен. Пониженного питания. Пульс 76/мин, единичные экстрасистолы. АД 130/80 мм рт. ст. Температура тела 36,7°C. Тоны сердца ритмичны, достаточной звучности. Над легкими дыхание везикулярное. Живот овальный, увеличен в эпигастриальной области. При пальпации там же определяется шум плеска, в правой подвздошной области определяется легкое урчание. Печень на 1,5 см выступает из-под края реберной дуги по правой срединноключичной линии. Симптом Менделя положительный, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Вопросы:

1. Выделите ведущий патологический синдром.
2. О каком заболевании у больного можно думать на основании приведенного симптомокомплекса?

3. Какое осложнение развилось у больного?

Задача 5

У мужчины 66 лет наблюдаются слабость, отсутствие аппетита, отвращение к мясу, похудение, чувство тяжести в эпигастрии, рвота желудочным содержимым с примесью крови, опорожнение кишечника трижды за сутки, кал кашицеобразный, черный. Болеет 20 лет, ухудшение наступило сутки тому без явной причины. Пульс 100/мин, ритмичный, мягкий, малого наполнения. АД 100/65 мм рт. ст. Кожа бледная, влажная. Слизистые оболочки бледные, язык "лакированный", с трещинами, заеды в углах рта. Тоны сердца ослаблены. Живот втянут, асимметричен за счет увеличения в эпигастрии слева от срединной линии, при пальпации мягкий, незначительная болезненность в эпигастрии и в левом подреберье, где пальпируется бугристость и уплотнение, не связанное с кожей. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Вопросы:

1. Выделите ведущий патологический синдром.
2. О каком заболевании у больного можно думать на основании приведенного симптомокомплекса?
3. Какое осложнение развилось у больного?
4. О чем говорит описание слизистых оболочек и языка больного?

Задача 6

Больного 25 лет беспокоят боли в эпигастральной области, возникающие через 2 часа после еды, купирующиеся приемом пищи. Бывают ночные боли, изжога. При пальпации живота определяется напряжение прямых мышц живота, болезненность в эпигастрии, больше справа от срединной линии живота; положительный симптом Менделя.

Вопросы:

1. Назовите синдромы поражения органов пищеварения, на основании которых проведите обоснование предварительного диагноза.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?

Задача 7

Больного 32 лет беспокоит чувство тяжести в эпигастрии, возникающее через 30 минут после еды, отрыжка воздухом, изредка – тухлым, кашицеобразный стул 1-2 раза в сутки. При пальпации живота напряжение мышц живота не определяется, болезненности нет. Симптом Менделя отрицательный. При эндоскопическом исследовании желудка выявлена истонченная слизистая с усиленным сосудистым рисунком и уменьшенными складками. При гистологическом исследовании биоптата слизистой обнаружена атрофия

желез, признаки кишечной метаплазии. В крови выявлены антитела к париетальным клеткам желудка.

Вопросы:

1. Назовите синдромы поражения органов пищеварения.
2. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Какие осложнения основного заболевания необходимо исключить?

ПРИЛОЖЕНИЕ 3.

ОТВЕТЫ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ №1

- | | | |
|---------------------------------|------------------|-------------------|
| 14. д)+ | 25. а)+ | 39. а)+ |
| 15. д)+ | 26. а)+ г)+ | 40. б)+ |
| 16. а)+ | 27. а)+в)+г)+д)+ | 41. а)+в)+ г)+д)+ |
| 17. г)+ | 28. б)+е)+ | 42. а)+б)+ |
| 18. а)+ в)+ | 29. а) + | 43. а)+ |
| 19. д)+ | 30. а)+ | 44. а)+ |
| 20. б)+ г)+ д)+ е)+ ж)+ з)+ и)+ | 31. а)+ | 45. г)+ |
| 21. в) + | 32. а)+б)+ | 46. а)+ б)+ г)+ |
| 22. а)+б)+ в)+ г)+д)+ | 33. а)+б)+ | |
| 23. а)+ в)+ г)+ | 34. з)+ | |
| 24. а)+ б)+ в)+ г)+ д)+ | 35. а)+ | |
| | 36. а)+в)+д)+ | |
| 1. а) + | 37. а)+ | |
| 2. а) + | 38. а)+ | |
| 3. а) + | | |
| 4. а) + | | |
| 5. б) + | | |
| 6 а) + | | |
| 7. в) + | | |
| 8. г) + | | |
| 9. б) + | | |
| 10 в) + | | |
| 11. г)+ | | |
| 12. а)+ | | |
| 13. е)+ | | |

ОТВЕТЫ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ №2

1. А. 2. А.В.С. 3. В. 4. D. 5. В. 6. В. 7. Е. 8.В. 9.А. 10. А. 11.D. 12. В. 13.С. 14. В. 15. D. 16. D.17. D. 18. D. 19.С. 20. А. 21. В.

Ответы к ситуационным задачам:

Задача 1. У больной гипофункция щитовидной железы. Наиболее информативно «б»

Задача 2. У больного язвенная болезнь. Осложнение «в»

Задача 3. Кровотечение из язвы желудка: «б»

Задача 4. У больного выраженный диспепсический синдром, характерный для осложнения язвенной болезни желудка стенозированием при локализации язвы в пилорическом отделе.

Рубцевание язвы привело к стенозу привратника.

Задача 5. У больного **язвенная болезнь** осложнилась перерождением в рак желудка (**малигнизацией**), о чем говорит *выраженный диспепсический синдром*: слабость, отсутствие аппетита, отвращение к мясу, похудение, чувство тяжести в эпигастрии, и данные осмотра: живот асимметричен за счет увеличения в эпигастрии слева от срединной линии, где пальпируется бугристость и уплотнение, не связанное с кожей. На фоне этого появились *признаки В12- и железodefицитной анемии*: Слизистые оболочки бледные, язык "лакированный", с трещинами; заеды в углах рта (*анемический синдром*).

Обратился к врачу по поводу состоявшегося сутки назад **желудочного кровотечения**: рвота желудочным содержимым с примесью крови, опорожнение кишечника трижды за сутки, кал кашицеобразный, черный (мелена). Пульс 100/мин, ритмичный, мягкий, малого наполнения (нитевидный). АД 100/65 мм рт. ст. Кожа бледная, влажная.

Задача 6. **Болевой синдром**, характерный для язвенной болезни. Синдром повышенной секреторной функции желудка.

Болевой синдром при язве характеризуется *ритмичными болями* в эпигастральной области. *Поздний и ночной характер болей* характерен для язвы пилорического отдела желудка или при локализации в 12-перстной кишке. Болезненность в эпигастрии, напряжение прямых мышц живота и положительный симптом Менделя также свидетельствуют о наличии язвенного дефекта в слизистой желудка или 12-перстной кишки.

Синдром повышенной секреторной функции желудка подтверждается характером болей, которые купируются приемом пищи, нейтрализующей избыток кислоты в желудке, а также изжогой, возникающей в результате попадания кислого содержимого желудка в пищевод.

Предварительный диагноз - **язвенная болезнь, язва пилорического отдела желудка или 12-перстной кишки**.

Для подтверждения диагноза необходимо *выполнить фиброгастродуоденоскопию с биопсией слизистой из краев язвы* для оценки гистологической активности, наличия *метаплазии эпителия*, оценки *обсемененности слизистой H. pylori*, с *РН-метрией* для оценки кислотности желудочного сока.

Реже используется рентгеноскопия желудка или 12-перстной кишки, при которой можно определить прямые симптомы язвы - наличие **«ниши»** или косвенные признаки - *конвергенцию складок, спазм мускулатуры желудка напротив язвенного дефекта и другие*.

Задача 7. **Синдром желудочной диспепсии, синдром пониженной секреторной функции желудка**.

О синдроме *желудочной диспепсии* свидетельствует ощущение тяжести в эпигастрии после еды. Отсутствие болезненности и напряжения прямых мышц живота при пальпации в эпигастральной области говорит об *отсутствии язвенных дефектов* слизистой оболочки желудка, что подтверждается и при *эндоскопическом исследовании желудка*.

О синдроме пониженной секреторной функции желудка свидетельствует *отрыжка тухлым*, возникающая вследствие гнилостных процессов в желудке, *кашицеобразный стул* вследствие недостаточного переваривания пищи в желудке, макроскопический вид

слизистой при эндоскопии - усиление сосудистого рисунка, *истонченность, уплощение складок слизистой, и данные гистологического исследования биоптата слизистой - атрофия желез, кишечная метаплазия эпителия.*

Клинический диагноз - хронический гастрит А (аутоиммунный).

Причиной развития атрофического гастрита явились аутоиммунные нарушения, проявляющиеся в синтезе аутоантител к париетальным клеткам желудка.

Больному необходимо выполнить клинический анализ крови для исключения вероятной В12-дефицитной анемии, так как париетальные клетки желудка, кроме соляной кислоты, синтезируют и внутренний фактор Кастла - гастромукопротеин, необходимый для усвоения витамина В12. Поэтому при хроническом аутоиммунном гастрите часто развивается пернициозная анемия.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ЖЕЛУДКА

Тонкий зонд — эластичная резиновая трубка с внешним диаметром 4—5 мм и внутренним 2—3 мм. Слепой конец, вводимый в желудок, имеет два боковых отверстия. Так как зонд мягкий и активно ввести его в пищевод невозможно, то больной должен его постепенно заглатывать. При появлении рвотных движений зонд можно ввести через нос. Будучи введенным в желудок, тонкий зонд не вызывает рвотного рефлекса и может быть оставлен там на 11/2 — 2 ч и более. Это дает возможность длительно отсасывать содержимое желудка и оценивать его секреторную функцию не только в какой-то определенный момент, но и прослеживать ее во времени. К выступающему изо рта свободному концу зонда присоединяют шприц, которым отсасывают содержимое желудка.

Обычно начинают с извлечения сока натощак. После этого, согласно некоторым методам, сразу вводят стимулятор секреции; согласно другим, продолжают исследование «тощего желудка», извлекая еще четыре (можно две) 15-минутные порции. Это так называемая *базальная секреция* — название, не совсем точно отражающее существо дела, ибо трудно определить, в какой мере получаемый секрет выделяется самопроизвольно и в какой — в ответ на раздражение зондом, акт глотания и т. д. Опыт показывает, что получасовое извлечение дает ту же информацию о базальной секреции, что и часовое.

После получения четвертой порции базальной секреции (т. е. через 60 мин) больному вводят через зонд стимулятор секреции — так называемый пробный завтрак — в виде теплой жидкости в объеме 300 мл. Вызвать секрецию желудка можно и стимуляторами, вводимыми парентерально, гастрином, гистамином, инсулином. Наиболее эффективны в этом отношении пентагастрин (синтетический препарат) и гистамин, которые относятся к физиологическим возбудителям желудочной секреции. Введение гистамина противопоказано при органических изменениях сердечно-сосудистой системы, аллергических заболеваниях, высоком артериальном давлении, феохромоцитоме, недавнем (2—3 нед) желудочно-кишечном кровотечении. *Дозу гистамина рассчитывают*, исходя из массы тела больного (0,01 мг/кг гистамина гидрохлорида или 0,008 мг/кг фосфорнокислого гистамина). Подобная стимуляция желудочной секреции является **субмаксимальной**; существует и оптимальная (**максимальная**) доза гистамина, увеличение которой не вызывает дальнейшего усиления секреторного ответа желудка (0,04 мг гистамина гидрохлорида на 1 кг). При использовании для стимуляции секреции *максимальной дозы гистамина (тест Кея)* необходимо *предварительно вводить антигистаминные средства*. После введения гистамина или пентагастрина желудочный сок собирают в течение 1 ч, обычно также с 15-минутными интервалами.

- **Оценка типа секреции:** субмаксимальная или максимальная проба с гистамином дает возможность определить **возбудимый или тормозной тип** секреции.
- Парентеральная стимуляция с гистамином дает *чувство жара, гипотонию. Осторожно при гипертонической болезни, ИБС, бронхиальной астме!*

Арсенал энтеральных стимуляторов желудочной секреции представлен самыми разнообразными раздражителями: это и мясной бульон, и 5% раствор алкоголя, и раствор

кофеина (0,2 г на 300 мл воды), и 7% отвар сухой капусты, и многие другие, которые можно применять *при наличии противопоказаний к введению гистамина*.

При пероральном применении стимуляторов желудочной секреции широко используют **способ получения желудочного сока по Н. И. Лепорскому**. После извлечения *четырёх порций базального секрета* через зонд вводят 300 мл капустного отвара, кислотность которого 20 т. е. (титрационные единицы), через 10 мин отсасывают 10 мл, а еще через 15 мин — все содержимое желудка. Такое отсасывание повторяют каждые 15 мин еще 4 раза. **Последние четыре порции содержат чистый желудочный сок**, выделяемый в ответ на уже удаленный стимулятор (*последовательная секреция*). Каждую из перечисленных порций собирают в отдельный сосуд и отмечают ее количество. Желудок **здоровых людей** обычно содержит натошак *до 50 мл жидкости*, изредка больше. *Часовая базальная секреция равна 30—150 мл (в среднем 50 мл)*. По объему желудочного содержимого *через 25 мин* после пробного завтрака можно судить о быстроте эвакуации его из желудка (**т. е. о моторной функции**); в норме этот объем составляет в среднем 75 мл. Суммируя объем четырех последних порций, узнают **часовое напряжение секреции**. Величина эта при 15-минутном извлечении не совсем точна, так как при *прерывистой* аспирации сока какая-то часть его уходит в двенадцатиперстную кишку. Поэтому для более полного извлечения сока следует откачивать его *непрерывно*, отделяя порции каждые 15 мин. *Нормальное часовое напряжение секреции при прерывистой аспирации составляет в среднем около 60 мл, при непрерывной — в 1,5—2 раза больше*. При использовании парентеральных стимуляторов непосредственно после их введения аспирируют желудочный сок в течение 60 мин.

В начале пробы оценивается базальная секреция соляной кислоты: рН желудочного сока — от 1,5 до 5,5 т.е. (или моль/л). Затем вводится гистамин из расчета 0,01 мг/кг массы тела. Через час часовое напряжение секреции может быть 8-14 ммоль/час. Максимальная секреция оценивается с максимальной дозой гистамина (она больше в 4 раза, т.е. 0,04 мг/кг веса) - через час напряжение соляной кислоты 16-24 ммоль/час.

При осмотре полученных порций желудочного содержимого отмечают *их цвет, консистенцию, наличие примесей и запах*. Нормальный желудочный сок почти бесцветен. Примесь желчи (при забрасывании в желудок содержимого двенадцатиперстной кишки) придает ему желтый или зеленый цвет, примесь крови — красный или, чаще, коричнево-черный; появление в большом количестве алой крови при зондировании требует немедленного его прекращения. Консистенция нормального сока жидкая; чем больше в нем слизи, тем он более вязок, тягуч, иногда настолько, что трудно отделить от всей массы какую-то часть для исследования. **Большое количество слизи свидетельствует о наличии гастрита**. Слизь, плавающая на поверхности, происходит из дыхательных путей. Из примесей, кроме перечисленных, в содержимом желудка натошак иногда обнаруживают остатки вчерашней пищи, что указывает на нарушение его опорожнения.

Химическое исследование. После описания внешних признаков сока приступают к его химическому исследованию. В каждой порции определяют **свободную соляную кислоту, общую кислотность, связанную соляную кислоту, молочную кислоту, в порции с максимальной кислотностью — количество пепсина**.

Кислотность желудочного сока определяют титрованием его 0,1 ммоль/л раствором

едкого натра (NaOH) в присутствии индикаторов. Выражают кислотность чаще всего количеством миллилитров NaOH, необходимых для нейтрализации 100 мл сока. Последнее время чаще выражают *количество соляной кислоты в миллиграммах или миллиэквивалентах*.

Показатели общей кислотности ниже 20 т. е. должны рассматриваться как гипоацидные, выше 100 т. е. — гиперацидные. Диагностически важно выявление *полного отсутствия соляной кислоты*. Отсутствие в желудочном соке свободной соляной кислоты после введения максимальной дозы гистамина получило название гистаминрефрактерной ахлогидрии и может свидетельствовать об атрофическом процессе в слизистой оболочке желудка.

Показатели кислотности (концентрации кислоты) не дают полной характеристики кислотообразующей функции желудка. Для более полного представления о кислотообразовании необходимо *рассчитывать дебит-час соляной кислоты* — показатель продукции соляной кислоты (*количество кислоты, выработанное желудком за час*). Для расчета дебит-часа необходимо показатель концентрации кислоты в желудочном соке умножить на часовой объем секреции и разделить на число, по отношению к которому указана концентрация кислоты: если концентрация кислоты выражена в мг%, то на 100, а если в мэкв/л, то на 1000.

//Кислотность в титрационных единицах можно записать как концентрацию кислоты в мг%, если умножить показатель кислотности на 3,65, так как весовое значение титрационной единицы по массе — это 3,65 мг соляной кислоты или 0,1 мэкв в 100 мл сока (или 1 мэкв в 1000 мл). Таким образом, например, кислотность 60 т. е. можно выразить как $(3,65 \cdot 60)$ мг%, или 60 мэкв/л, или 60 ммоль/л соляной кислоты.

Так как не всем больным можно вводить зонд (противопоказания: опухоль желудка, стеноз пищевода, аневризма аорты и др.) и не всем удастся его проглотить, давно ведутся поиски **беззондового определения кислотности**. Еще в 1905 г. Сали предложил простой способ, который состоит в следующем: больному дают проглотить маленький мешочек из тонкой резины, содержащий 0,1 г метиленового синего и завязанный кетгутовой нитью. После этого больной съедает обычный обед. В случае содержания в желудке соляной кислоты кетгут переваривается, метиленовый синий растворяется в желудке и через некоторое время окрашивает мочу.

За последнее десятилетие предложен ряд проб, основанных на использовании ионообменных смол. В пилюли из этих смол добавляют вещество, которое вытесняется из них соляной кислотой желудка, а затем выделяется с мочой. Применяют пилюли с хинином, с красителем азур-1 и др. Эти способы довольно надежны, но дают возможность только выяснить наличие или почти полное отсутствие соляной кислоты в желудке и не заменяют количественного ее определения. Применять эти методы можно только у больных с *нормальной функцией почек*.

В последние годы для изучения кислотности (точнее, pH) желудочного сока применяют новый и весьма перспективный радиотелеметрический метод (эндорадиозондирование).

Вторым важным моментом при изучении желудочного сока является определение его **переваривающей способности**, преимущественно по степени переваривания белка.

Простейший из способов определения пептической активности сока предложен

Меттом в 1899 г. В пробирку с желудочным соком (подкисленным, если в нем отсутствует свободная соляная кислота) опускают узкие стеклянные трубочки, заполненные денатурированным яичным белком, и ставят в термостат. Через сутки измеряют линейкой высоту трубочки (в мм), освободившейся от белка. При нормальном содержании пепсина суммарная длина с обоих концов трубочки должна составлять 6—12 мм. В настоящее время широко применяется унифицированный метод В. Н. Туголукова, дающий более точные результаты. В две центрифужные пробирки (с точной и мелкой градуировкой в нижней части) наливают 2% раствор сухой плазмы и приливают разведенный в соотношении 1:100 исследуемый желудочный сок (в одну из пробирок приливают предварительно прокипяченный сок). Обе пробирки ставят в термостат на 20 ч. После этого к обеим пробиркам приливают раствор трихлоруксусной кислоты и, хорошо перемешав, центрифугируют. По уменьшению объема выпавшего белка судят о переваривающей способности желудочного сока. Сопоставив полученные величины и результаты подобных опытов с различными разведениями чистого сухого пепсина, можно выразить содержание пепсина в желудочном соке в миллиграммах.

При необходимости определить *пепсиногенообразующую функцию желудка*, не применяя зондирования, прибегают к определению пепсиногена в моче (уропепсиногена). Установлено, что пепсиноген не полностью выделяется в желудок, небольшая часть его (около 1%) проникает в кровь и выделяется с мочой, что позволяет судить о выработке его в желудке. Определение уропепсиногена производится аналогично определению пепсина в желудочном соке либо по створаживанию молока, либо методом В. Н. Туголукова.

Некоторое диагностическое значение имеет определение в желудочном соке *молочной кислоты*. Она появляется в желудке либо в результате *жизнедеятельности палочки молочнокислого брожения, вегетирующей в желудке лишь в отсутствие соляной кислоты*, либо при наличии злокачественной опухоли желудка, в клетках которой гликолиз протекает по анаэробному типу с образованием молочной кислоты. Следовательно, наличие ее не является патогномоничным для опухоли, но требует тщательного обследования больного с целью ее исключения. Один из способов определения молочной кислоты — *реакция Уффельманна*. В пробирку на $\frac{2}{3}$ ее объема наливают 1% раствор фенола и прибавляют 2 капли 10% раствора хлорного железа. Реактив приобретает темно-фиолетовое окрашивание. Наклонив пробирку, по стенке ее медленно опускают 2 капли желудочного сока. При наличии молочной кислоты опустившиеся на дно пробирки капли сока оказываются окрашенными молочнокислым железом в ярко-желтый цвет.

ЛИТЕРАТУРА

№ п/п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания
Основная:			
1.	Пропедевтика внутренних болезней: Учебник. – 5-е изд., перераб. и доп.	Гребенев А.Л.	2002., М.: Медицина
2.	Пропедевтика внутренних болезней: Учебник.	Мухин Н.А., Моисеев В.С.	2005, М. «ГЭОТАР-Медиа»
3.	Основы семиотики заболеваний внутренних органов: Учебн. пособ. — 2-е изд., перераб. и доп.	Струтынский А.В., Баранов А.П., Ройтберг Г.Е., Гапоненков Ю.П.	2009, М.: МЕДпрессинформ
Дополнительная:			
4	Пособие к практическим занятиям по пропедевтике внутренних болезней	Хетагурова З.В., Амбалова С.А., Тотров И.Н.	2012 г., СОГМА: Владикавказ
5	Общий осмотр больного: Пособие	Тотров И.Н., Еналдиева Р.В., Амбалова С.А. и др.	2014 г., СОГМА: Владикавказ
6.	Основы семиотики заболеваний органов пищеварения: учебн. пособие	И.Н.Тотров, Р.В.Еналдиева, Н.К.Слохова и др.	2016 г., СОГМА: Владикавказ
7.	Ситуационные задачи по пропедевтике внутренних болезней: Учебное пособие	О.П. Дуданова, М.Э. Шубина, Н.С. Крат и др.	2012 г., Петрозаводск: Изд-во ПетрГУ