

**ФГБОУ ВО СОГМА**  
**Министерства здравоохранения Российской Федерации**  
**Кафедра внутренних болезней № 4.**

**Зав. каф. д. м. н. профессор АСТАХОВА З.Т.**

**Методические указания для проведения практического занятия  
со студентами 6 курса лечебного факультета по теме:**

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ СИНДРОМЕ  
ЖЕЛУДОЧНОЙ ДИСПЕПСИИ. ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ  
ДИСПЕПСИЯ, ХРОНИЧЕСКИЕ ГАСТРИТЫ, ЯЗВЕННАЯ  
БОЛЕЗНЬ.**

**(продолжительность занятия 8 часов, Первое занятие 4 ч/)**

*Методические указания для проведения практического занятия со студентами 6 курса лечебного факультета по теме:*

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ СИНДРОМЕ ЖЕЛУДОЧНОЙ ДИСПЕПСИИ. ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИСПЕПСИЯ, ХРОНИЧЕСКИЕ ГАСТРИТЫ.**

**Цель занятия:**

- определить особенности патогенетических механизмов возникновения заболевания у конкретного больного;
- провести дифференциальную диагностику;
- изучить методы исследования больных с функциональной диспепсией и хроническим гастритом и обосновать план обследования у конкретного больного;
- изучить методы медикаментозного и немедикаментозного лечения у конкретного больного.

**Мотивация актуальности темы.**

Хронический гастрит относится к числу наиболее часто встречающихся заболеваний внутренних органов, встречается более чем у половины всего взрослого населения, но только 10-15% лиц, имеющих хронический гастрит, обращаются к врачу. На долю хронического гастрита приходится 85% всех заболеваний желудка. При этом значение хронического гастрита определяется не только распространенностью, но и возможной связью его отдельных форм с такими заболеваниями, как язвенная болезнь и рак желудка.

**Определение уровня подготовки студентов.**

Второй уровень знаний: методы контроля – письменный опрос (20 мин). Студенты должны знать основные вопросы этиологии, патогенеза,

клиники и диагностики хронических гастритов, определение и классификацию гастритов, основные группы лекарственных средств, применяемых для лечения гастритов А, В,С, механизмы их действия; студенты должны уметь - владеть пропедевтическими навыками, самостоятельно выделить основные синдромы – болевой и диспептический, поставить предварительный диагноз согласно принятой классификации, определить необходимый объем исследований и уметь интерпретировать данные дополнительных методов исследования – лабораторных (общий анализ крови, б/х анализ крови, кал на скрытую кровь, анализ фракционного желудочного зондирования, внутрижелудочная Рн-метрия, результаты биопсии и др.) и инструментальных (УЗИ внутренних органов, рентгеноскопия желудка, ФГДС с определением Нр).

**Доклад студентов кураторов в палате:** при докладе больного студенты должны обратить особое внимание на следующие проявления функциональной желудочной диспепсии и гастритов.

**Функциональное расстройство желудка – нарушение двигательной и/или секреторной функции, протекающее с явлениями желудочной диспепсии и болевым синдромом без признаков анатомических изменений.**

К функциональным расстройствам желудка относятся функциональная (неязвенная) диспепсия, аэрофагия, привычная рвота, пилороспазм.

В зависимости от преобладания тех или иных диспептических расстройств выделяют клинические варианты синдрома ФД: **язвенноподобный** (основной симптом – боли в подложечной области), **дискинетический** (преобладает тяжесть и чувство переполнения в подложечной области, тошнота, раннее насыщение) и **неспецифический** (предъявляемые больными жалобы трудно однозначно отнести к первой или второй группе).

#### **Диспептические симптомы и их определения (дефиниции)**

<b>Симптом</b>	<b>Определения</b>
Эпигастральная боль	Эпигастрием считается область между

	пупком и нижним концом грудины, сбоку отграничивающаяся срединноключичными линиями. Боль определяется как субъективное неприятное ощущение; некоторые пациенты могут ощущать боль как повреждение тканей.
Эпигастральное жжение	Жжение воспринимается как неприятное субъективное ощущение жара.
Чувство полноты после еды	Неприятное ощущение, подобное длительному ощущению нахождения пищи в желудке.
Раннее насыщение	Ощущение быстрого наполнения желудка после начала еды, непропорционально объему съеденной пищи, в связи с чем невозможно съесть пищу до конца.

**Жалобы:** для хронического хеликобактерного гастрита в ранней стадии характерна язвенно-подобная симптоматика (периодические боли в эпигастрии через 1,5-2 ч после еды, нередко голодные боли, изжога, отрыжка кислым, нормальный аппетит, склонность к запорам), в поздней стадии субъективная симптоматика соответствует клинике хронического гастрита с секреторной недостаточностью (плохой аппетит, ощущение металлического привкуса и сухость во рту, отрыжка воздухом, тупые неинтенсивные боли в эпигастрии после еды, урчание и вздутие живота, склонность к учащенному и жидкому стулу). Для хронического аутоиммунного гастрита характерны жалобы: ощущение тяжести, полноты в эпигастрии после еды, реже – тупые боли после приема пищи, отрыжка воздухом, а при выраженной секреторной недостаточности – тухлым, съеденной пищей, горьким, изжога, ощущение металлического привкуса во рту, плохой аппетит, урчание, переливание в животе, неустойчивый стул.

#### **Объективный статус.**

**Критерии функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта:**

1. У больного отмечаются постоянные или рецидивирующие симптомы диспепсии (боли или ощущение дискомфорта в

эпигастральной области по срединной линии), продолжительность которых более 12 нед в течение года.

2. Отсутствие клинических, биохимических, эндоскопических и ультразвуковых признаков органических заболеваний, которыми можно было бы объяснить возникновение подобных симптомов.
3. Нет указаний на то, что симптомы диспепсии исчезают после дефекации или же связаны с изменениями частоты и характера стула (т.е. нет признаков синдрома раздраженного кишечника).

***Диагностические критерии синдрома эпигастральной боли:***

1. Боль или жжение, локализованные в эпигастрии, как минимум умеренной интенсивности с частотой не менее одного раза в неделю.
2. Боль периодическая.
3. Нет генерализованной боли или локализующейся в других отделах живота или грудной клетки.
4. Нет улучшения после дефекации или отхождения газов.
5. Нет соответствия критериям расстройств желчного пузыря и сфинктера Одди.

При антральном хеликобактерном гастрите (ранняя стадия) выявляется следующая симптоматика: язык чистый, локальная болезненность в пилородуоденальной зоне, нижняя граница желудка, определяемая по шуму плеска, расположена нормально (на 3-4 см выше пупка). При диффузной форме хронического хеликобактерного гастрита (поздняя стадия) объективное исследование выявляет следующую симптоматику: снижение массы тела, язык густо обложен, в углах рта трещины, умеренная диффузная болезненность в подложечной области, нижняя граница желудка расположена ниже нормального уровня, нередко определяется урчание при пальпации толстого кишечника, может выявляться значительный метеоризм.

При выраженной атрофии слизистой оболочки желудка и ахлоргидрии появляются следующие симптомы: похудание, сухость и бледность кожи, признаки поливитаминоза, выпадение волос, ломкость ногтей, возможно снижение АД, дистрофические изменения в миокарде, разлитая болезненность в области эпигастрия, может определяться опущение большой кривизны желудка.

*Дополнительные исследования.* При рентгеноскопии выявляются следующие изменения: складки слизистой грубые в антральном отделе, спазм привратника, сегментирующая перистальтика - при антральном гастрите, рельеф слизистой оболочки сглажен, гипотония, вялая перистальтика – при атрофическом гастрите. Результаты гастроскопии: при антральном гастрите – на фоне пятнистой гиперемии и отека слизистой оболочки антрального отдела нередко видны подслизистые кровоизлияния и эрозии, гиперплазия складок, экссудация, антральный спазм, стаз, при атрофическом гастрите - бледность, истонченность, сглаженность слизистой оболочки в теле желудка и антральной области, иногда пятнистая гиперемия, повышенная ранимость, гипотония, рефлюкс дуоденального содержимого. Результаты гистологического исследования: при антральном гастрите – выраженный активный гастрит, очаги кишечной метаплазии, множество хеликобактерий на поверхности и в глубине ямок, при атрофическом гастрите – атрофия железистого эпителия, кишечная метаплазия, незначительное количество хеликобактерий в слизистой оболочке тела желудка и антрума, минимальная активность воспаления. Диагностика хеликобактерной инфекции: цитологическое исследование, уреазный тест, микробиологический метод, гистологический метод.

Исследование секреторной функции желудка: при антральном гастрите кислотообразовательная и пепсинообразовательная функции в норме или чаще повышены, при атрофическом гастрите – снижены, вплоть до ахлоргидрии. В общем анализе крови при аутоиммунном гастрите отмечается снижение содержания в крови гемоглобина и эритроцитов,

повышение цветного показателя, лейкопения, тромбоцитопения. Биохимический анализ крови характеризуется умеренно выраженной гипербилирубинемией, повышением содержания в крови глобулинов.

**Предварительный диагноз:** на основании ведущих жалоб и клинических проявлений, а так же показателей дополнительных исследований выставляется предварительный диагноз.

#### **Дифференциальный диагноз:**

С учетом большого числа заболеваний, способных протекать и синдромом диспепсии, при диагностике и дифференциальной диагностике ФД в обязательном порядке применяют эзофагогастродуоденоскопию, которая позволяет обнаружить, в частности, рефлюкс-эзофит, язвенную болезнь и опухоли желудка, ультразвуковое исследование, дающее возможность выявить хронический панкреатит и желчнокаменную болезнь, клинические и биохимические анализы крови, общий анализ кала и анализ кала на скрытую кровь. По показаниям выполняют рентгенологическое исследование желудка, электрогастрографию и сцинтиграфию желудка, помогающие установить наличие гастропареза, суточное мониторирование внутрипищеводного pH, позволяющие исключить гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь. У больных с язвенноподобным вариантом ФД целесообразно провести определение инфицированности слизистой оболочки желудка *H. pylori* одним или (лучше) двумя методами (например, с помощью эндоскопического уреазного теста и морфологического метода).

Важную роль в дифференциальной диагностике синдрома диспепсии играет своевременное выявление так называемых **симптомов тревоги** (alarm symptoms), или «красных флагов» (red flags), к которым, в частности, относятся дисфагия, рвота с кровью, мелена, лихорадка, немотивированное похудание, анемия, лейкоцитоз, повышение СОЭ и др. Обнаружение у больного хотя бы одного из предстательных ниже «симптомов тревоги» ставит под сомнение наличие у него ФД и обуславливает необходимость

проведения тщательного обследования с целью поиска органического заболевания.

Спорной представляется рекомендация проводить с диагностической целью, т.е. *ex juvantibus*, пробный курс медикаментозной терапии в течение 4-8 недель. По мнению ряда авторов, эффективность такого курса подтверждает диагноз ФД, а отсутствие эффекта служит основанием для выполнения эндоскопии. Проведение диагностики *ex juvantibus* удешевляет обследование больных с ФД, но таит в себе опасность запоздалого распознавания органических заболеваний.

ФД часто приходится дифференцировать от других функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта (синдрома раздраженной кишки, аэрофагии, функциональной рвоты).

**Синдром раздраженной кишки** проявляется болями в животе, проходящими после дефекации, метеоризмом, поносами, запорами или их чередованием, ощущением неполного опорожнения кишечника, императивными позывами на дефекацию и т.д. Однако нужно иметь в виду, что ФД часто сочетается с синдромом раздраженной кишки, поскольку в патогенезе обоих синдромов важное место занимают схожие нарушения двигательной функции пищеварительного тракта.

**Аэрофагия** – повторная отрыжка, обусловленная заглатыванием воздуха, которая причиняет больному беспокойство и отмечается им на протяжении не менее 12 недель в течение года. Аэрофагия составляет 5% всех нарушений функций желудка и двенадцатиперстной кишки, чаще наблюдается у мужчин старше 45 лет. При аэрофагии количество воздуха в желудке и кишечнике значительно увеличивается, поскольку воздух заглатывается как во время еды, так и вне приема пищи.

Диагноз **функциональной рвоты** устанавливают в тех случаях, когда у больного в течение не менее 12 недель в году и, по меньшей мере, не реже 3 дней в неделю наблюдается рвота, а при тщательном обследовании не выявлены другие причины, которыми можно было бы объяснить наличие

данного симптома: отсутствуют самостоятельно вызываемая рвота или рвота, спровоцированная приемом лекарственных препаратов, органические поражения кишечника или центральной нервной системы, метаболические нарушения и тяжелые психические заболевания.

Хронический гастрит необходимо дифференцировать с неязвенной диспепсией, опухолях желудка, язвенной болезни и другими заболеваниями. С учетом большого числа заболеваний, способных протекать с синдромом диспепсии, в его диагностике и дифференциальной диагностике применяются прежде всего эзофагогастродуоденоскопия и ультразвуковое исследование, клинические и биохимические лабораторные исследования крови, мочи, кала. Эти методы позволяют исключить заболевания, являющиеся наиболее частой причиной органической диспепсии. Вероятность указанных заболеваний повышается при наличии у больного т.н. «симптомов тревоги» (дисфагии, мелены или рвоты содержимым типа «кофейной гущи», лихорадки, анемии, повышенной СОЭ). Исключение в процессе обследования больного заболеваний, входящих в группу органической диспепсии, является основанием для постановки диагноза функциональной (неязвенной) диспепсии. Для более точной диагностики в специализированных учреждениях могут применяться такие методы исследования, как электрогастрография, сцинтиграфия желудка, измерение внутриполостного давления в желудке, баростатография и др.

**Клинический диагноз:** согласно принятой классификации с обоснованием типа гастрита (Сиднейская классификация 1990 г., Хьюстонская классификация хронического гастрита, 1994 г.), секреторной функции.

**Проведение занятия в тематическом учебном классе:** разбор особенностей этиологии, патогенеза, клиники и лечения конкретного больного. Указать основные методы немедикаментозного воздействия (изменение образа жизни, питания, отказ от вредных привычек). Основные группы лекарственных средств (средства заместительной терапии,

гастроцитопротекторы, антисекреторные препараты, средства эрадикации Нр), механизмов их действия, основные показания и противопоказания к применению и обоснование выбора конкретного препарата из фармакологической группы.

**Заключительная часть занятия:** контроль полученных знаний – решений ситуационных задач, без возможных вариантов правильных ответов.

**Резюме.**