

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

Зав. каф. д. м. н. п р о ф е с с о р 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, Второе занятие 4 ч.)

Владикавказ 2020 – 2021 уч. год

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

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ СИНДРОМЕ ЖЕЛУДОЧНОЙ ДИСПЕПСИИ. ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ.

Цель занятия: определить особенности патогенетических механизмов возникновения язвенной болезни у конкретного больного; провести дифференциальную диагностику генеза язвенного поражения; изучить методы исследования больных язвенной болезнью и обосновать план обследования у конкретного больного; изучить методы медикаментозного и немедикаментозного лечения язвенной болезни, обосновать план лечения у конкретного больного.

Мотивация актуальности темы:

Язвенная болезнь относится к числу наиболее часто встречающихся заболеваний внутренних органов. По данным клиницистов, ее распространенность среди взрослого населения составляет в настоящее время 7-10%. Это заболевание поражает людей в наиболее активном, творческом возрасте, часто обуславливая временную, а порой и стойкую нетрудоспособность. У городских жителей это заболевание встречается чаще, чем у жителей сельской местности. Мужчины страдают язвенной болезнью в 2-3 раза чаще, чем женщины, что особенно отчетливо заметно в группе больных молодого возраста. Ежегодно в нашей стране под диспансерным наблюдением состоит более 1 млн. больных язвенной болезнью, каждый второй проходит стационарное лечение. Частота осложнений язвенной болезни, ведущих к длительной и стойкой нетрудоспособности, а иногда и к смерти, колеблется от 26,5 до 42,3%. В

связи с этим язвенную болезнь относят к важным медико-социальным проблемам внутренней медицины.

Определение уровня подготовки студентов:

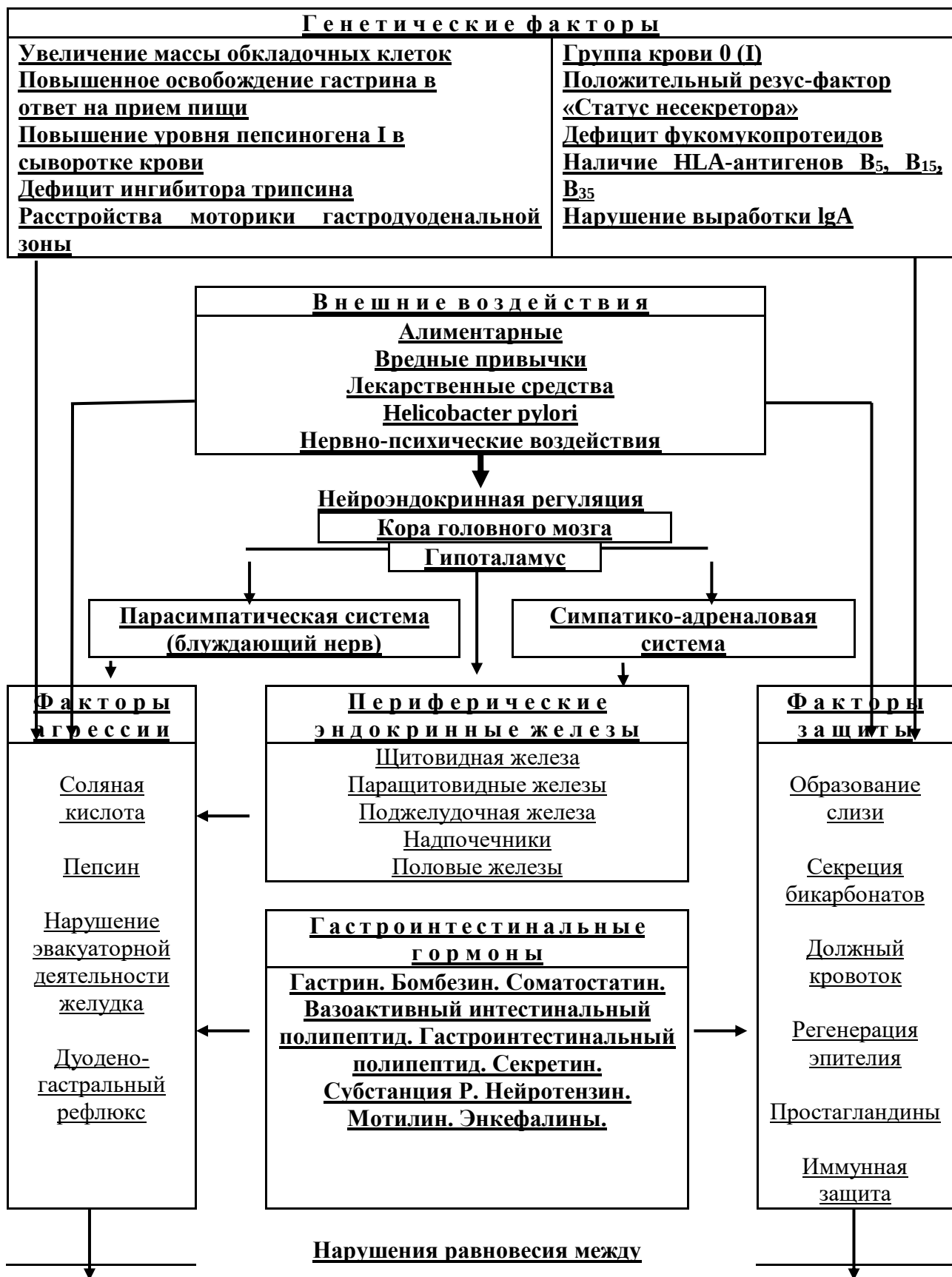
Второй и третий уровни знаний: методы контроля – письменный опрос (20 мин). Студенты должны знать основные вопросы этиологии, патогенеза, клиники и диагностики язвенной болезни, дифференциально-диагностические отличия симптоматических гастродуоденальных язв от язвенной болезни, основные группы противоязвенных средств, механизмы их действия; студенты должны уметь – владеть пропедевтическими навыками, самостоятельно выделить основные синдромы – болевой, диспептический, астено-невротический, 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 язвенной болезни.

Основными причинами, вызывающими гиперпродукцию соляной кислоты и пепсина, являются:

- увеличение количества париетальных и главных клеток;
- усиление тонуса блуждающего нерва, который является секреторным нервом для желудка;
- увеличение секреции гастрина и его стимулирующего влияния на желудочные железы;
- повышение чувствительности секреторных клеток желудочных желез как к повышенной, так и к нормальной нервной и гуморальной стимуляции.

Этиология и патогенез язвенной болезни





Жалобы. При язвах пилорического канала или привратника возникает ритмичная **боль**: поздняя, «голодная» и ночная с иррадиацией в спину или в верхний отдел поясницы. Боль нередко сопровождается тошнотой и рвотой. Наряду с этим обострение язвенной болезни нередко сопровождается похуданием, изжогой, отрыжкой (иногда тухлым яйцом), чувством распираания и быстрым насыщением сравнительно небольшим количеством пищи.

При язвах верхнего отдела желудка боль ранняя, локализующаяся за мечевидным отростком, типа стенокардических, изредка с иррадиацией в спину и поясничную область.

Появление боли при язвенной болезни обусловлено:

- раздражением соляной кислотой симпатических нервных окончаний в области дна язвы;
- моторными нарушениями желудка и 12-перстной кишки (пилораспазм и дуоденоспазм сопровождаются повышением давления в желудке и усилением сокращения его мускулатуры);
- спазмом сосудов вокруг язвы и развитием ишемии слизистой оболочки;
- снижением порога болевой чувствительности при воспалении слизистой оболочки.

Из **диспептических** проявлений наблюдается изжога, тошнота, рвота, слюнотечение, иногда горечь во рту. Изжога – один из наиболее частых и характерных симптомов язвенной болезни. Она обусловлена желудочнопищеводным рефлюксом и раздражением слизистой оболочки пищевода желудочным содержимым, богатым соляной кислотой и пепсином.

Отрыжка – довольно частый симптом язвенной болезни. Наиболее характерна отрыжка кислым, чаще она бывает при медиогастральной, чем при дуоденальной язве.

Появление отрыжки обусловлено одновременно недостаточностью кардии и антиперистальтическими сокращениями желудка. Следует помнить, что отрыжка чрезвычайно характерна также для диафрагмальной грыжи.

Рвота и тошнота также являются характерными симптомами обострения язвенной болезни. Рвота связана с повышением тонуса блуждающего нерва, усилением моторики желудка и желудочной гиперсекрецией. Рвота возникает на «высоте» болей, рвотные массы содержат кислое желудочное содержимое. После рвоты наступает облегчение самочувствия больного, боли значительно ослабевают или даже исчезают. Неоднократно повторяющаяся рвота характерна для стеноза привратника или выраженного пилороспазма. Больные часто сами вызывают рвоту для облегчения своего состояния.

Тошнота характерна для медиогастральных язв, а также нередко наблюдается при постбульбарных язвах. В то же время тошнота, как указывает Е.С. Рысс (1995), совершенно «нехарактерна для язвы луковицы 12-перстной кишки и скорее даже противоречит такой возможности».

Аппетит при язвенной болезни обычно сохранен или даже повышен. Снижение аппетита при неосложненной форме заболевания встречается, как правило, только при выраженном болевом синдроме. Чаще чем снижение аппетита при обострении язвенной болезни наблюдается ситофобия, т.е. страх перед приемом пищи из-за возможности возникновения или усиления болей. Снижение аппетита и ситофобия могут приводить к значительному похуданию больного.

Запоры встречаются почти у половины больных язвенной болезнью. Они обычно усиливаются в периоды обострения заболевания и бывают порой настолько упорными, что беспокоят больного даже больше, чем непосредственно болевые ощущения. Запоры при язвенной болезни обусловлены рядом причин: рефлексорной дискинезией со спастическими сокращениями кишечника вагусного происхождения, щадящей диетой, бедной грубоволокнистой клетчаткой, стимулирующей работу кишечника,

ограничением физической активности, а также приемом некоторых лекарственных средств (карбонат кальция, гидроокись алюминия и др.).

Анамнез. Обратить внимание на возраст и пол больного, употребление грубой и острой пищи, наличие перенесенного психоэмоционального стресса, сопутствующих заболеваний, вредных привычек (курение, употребление алкоголя), прием лекарственных препаратов, обладающих ulcerогенным действием (НПВП, глюкокортикоиды, резерпин и др.), наследственной предрасположенности. Давность и течение заболевания (упорное рецидивирующее с сезонными обострениями), применяемые медикаментозные и немедикаментозные средства и эффект от их применения.

Объективный статус. Конституция больного и степень выраженности подкожно-жирового слоя, цвет кожных покровов. При обследовании больного можно выявить поздний шум и плеск, локальную болезненность в пилородуоденальной зоне при глубокой пальпации, сочетающуюся с умеренной резистентностью мышц передней брюшной стенки. Также может обнаруживаться локальная перкуторная болезненность в этой же области (положительный симптом Менделя).

Дополнительные исследования. Клинический анализ крови при неосложненном течении чаще всего остается без изменений. Иногда отмечается незначительное повышение содержания гемоглобина и эритроцитов, но может обнаруживаться и анемия, свидетельствующая о явных или скрытых кровотечениях. Лейкоцитоз и ускорение СОЭ встречаются при осложненных формах язвенной болезни (при пенетрации язвы, выраженном перивисцерите). Анализ кала на скрытую кровь – отрицательная реакция Грегерсона. Исследование кислотообразующей функции желудка проводится с помощью фракционного желудочного зондирования или рН-метрии (в последние годы – с помощью суточного мониторирования внутрижелудочного рН). При язвах двенадцатиперстной

кишки и пилорического канала обычно отмечаются повышенные показатели кислотной продукции, при язвах тела желудка и субкардиального отдела – нормальные или сниженные. Обнаружение и подтверждение гистаминустойчивой ахлоргидрии практически всегда исключает диагноз язвы двенадцатиперстной кишки и ставит под сомнение доброкачественный характер язвы желудка. При рентгенологическом исследовании обнаруживается прямой признак язвенной болезни – «ниша» на контуре или на рельефе слизистой оболочки и косвенные признаки заболевания (местный циркулярный спазм мышечных волокон на противоположной по отношению к язве стенке желудка в виде «указующего перста», конвергенция складок слизистой оболочки к «нише», рубцово-язвенная деформация желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки, гиперсекреция натошак, нарушения гастродуоденальной моторики). Эндоскопическое исследование подтверждает наличие язвенного дефекта, уточняет его локализацию, глубину, форму, размеры, позволяет оценить состояние дна и краев язвы. При локализации язвы в желудке проводится биопсия с последующим гистологическим исследованием полученного материала. Исследование наличия в слизистой оболочке желудка НР уреазным, морфологическим или дыхательным тестом.

Диагностика инфекции Helicobacter pylori. Диагностика инфекции Нр должна осуществляться методами, непосредственно выявляющими бактерию или продукты ее жизнедеятельности в организме больного. Данным требованиям удовлетворяют следующие методы диагностики:

1. бактериологический: посев биоптата слизистой оболочки желудка на дифференциально-диагностическую среду;
2. морфологический: - «золотой стандарт» диагностики Нр: окраска бактерии в гистологических препаратах слизистой оболочки желудка по Гимзе, толуидиновым синим, Вартину-Старри, Генте;
3. дыхательный: определение в выдыхаемом больным воздухе изотопов ^{14}C или ^{13}C ; они выделяются в результате расщепления в желудке больного меченой мочевины под действием уреазы бактерии Нр;

4. уреазный: определение уреазной активности в биоптате слизистой оболочки желудка путем помещения его в жидкую или гелеобразную среду, содержащую субстрат, буфер и индикатор.

При соблюдении всех правил выполнения методик и надлежащей стерилизации эндоскопической аппаратуры первичный диагноз инфекции *Нр* является достаточным для начала антихеликобактерной терапии при обнаружении бактерии одним из описанных методов.

Предварительный диагноз: на основании ведущих жалоб, анамнеза и клинических проявлений, а также показателей дополнительных исследований выставляется предварительный диагноз.

Дифференциальный диагноз. Язвенную болезнь необходимо дифференцировать с симптоматическими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки, патогенез которых связан с определенными фоновыми заболеваниями или же конкретными этиологическими факторами - стрессовые, лекарственные, эндокринные язвы, а также язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, развивающиеся при некоторых заболеваниях внутренних органов (хронический панкреатит, хронические неспецифические заболевания легких, распространенный атеросклероз, болезнь Крона). Симптоматические гастродуоденальные язвы часто развиваются остро, проявляясь иногда внезапным желудочно-кишечным кровотечением или прободением язв, протекают с нетипичными проявлениями (стертой картиной обострения, отсутствием сезонности и периодичности).

При обнаружении язвенных поражений в желудке необходимо проводить дифференциальную диагностику между доброкачественными язвами, малигнизацией язвы и первично-язвенной формой рака желудка (очень большие размеры язвы, локализация язвенного дефекта на большой кривизне желудка, наличие повышения СОЭ и гистаминустойчивой ахлоргидрии). Рентгенологически и эндоскопически выявляют неправильную форму язвенного дефекта, его неровные и бугристые края, ригидность стенки

желудка в месте изъязвления. Окончательное заключение о характере язвенного поражения выносится после гистологического исследования биоптатов язвы.

Клинический диагноз: согласно принятой классификации с указанием локализации язвенного дефекта, фазы и характера течения, нарушения секреторной и моторно-эвакуаторной функций желудка, осложнений.

Проведение занятия в тематическом учебном классе. Разбор особенностей этиологии, патогенеза, клиники и лечения конкретного больного. Указать основные методы медикаментозного и немедикаментозного воздействия, основные группы противоязвенных препаратов и механизмов их действия, основные показания и противопоказания к применению.

Заключительная часть занятия: контроль полученных знаний - решение ситуационных задач без возможных вариантов правильных ответов.

Резюме. Итак, мы сегодня говорили об одной из важнейших проблем внутренней медицины – язвенной болезни, проявляющееся образованием язв желудка и двенадцатиперстной кишки вследствие нарушения равновесия между факторами агрессии желудочного сока и факторами защиты слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки в сторону преобладания факторов агрессии. Прогноз язвенной болезни в значительной мере определяется ранней диагностикой и своевременным лечением, что требует определенных знаний и настойчивости.