



ФГБОУ ВО «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КАФЕДРА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ №5

**Пособие для самоподготовки для
клинических ординаторов и слушателей
системы послевузовского образования,
обучающихся по специальности
«Терапия» «Скорая медицинская
помощь» «Общая врачебная практика»
«Гастроэнтерология»
на тему:**

**"Дифференциальный диагноз
при болях в верхней
половине живота"**

Составители разработки: проф. Бурдули Н.М., доц. Гутнова С.К.

Составлено на основании
унифицированной программы
последипломного обучения

Пособие по самоподготовке
обсуждено и утверждено
на заседании кафедры.

Утверждено ЦКУМС СОГМА (протокол №1 от 28.08.2020 г .)

Тема занятия: «ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ БОЛЯХ В ВЕРХНЕЙ ПОЛОВИНЕ ЖИВОТА».

Продолжительность занятия: 4 часа (2 часа семинар)

Место проведения занятия: учебная комната, гастроэнтерологическое отделение.

Мотивация

Боль в животе (абдоминальная боль) в большинстве случаев служит проявлением патологического процесса в брюшной полости. Болевые рецепторы полых органов брюшной полости локализуются в мышечной и серозной оболочках, а паренхиматозных органов – в капсуле и брюшинном покрове.

Проблема правильной диагностической трактовки болей в животе является в современной клинической медицине, одной из наиболее сложных. Это связано как с многообразием заболеваний (терапевтических, хирургических, гинекологических и др.), способных протекать с болями в животе, как ведущим клиническим симптомом, так и с возможностью атипичного течения этих заболеваний, когда некоторые признаки болей не укладываются в известные варианты клинической картины и поэтому приводят в итоге к различным диагностическим ошибкам.

Порядок самостоятельной работы интерна (клинического ординатора, слушателя) по самоподготовке к практическому и семинарскому занятию:

1. Ознакомление с целями и содержанием семинарского и практического занятия.
2. Проверка и восстановление исходного уровня знаний.
3. Теоретическое освоение ориентировочной основы деятельности (ООД).
4. Проверка усвоения знаний и умений для решения клинических задач.
5. Подготовка неясных вопросов и положений для выяснения их на практическом и семинарском занятии.

Задание 1

ОЗНАКОМЛЕНИЕ С ЦЕЛЬЮ И СОДЕРЖАНИЕМ ЗАНЯТИЯ

Цель занятия: на основе клиники, инструментально-лабораторных данных заболеваний, сопровождающихся болями в верхней половине живота, научить слушателей дифференциальному диагнозу при этом синдроме, способам диагностики данного заболевания, правильной формулировки диагноза.

Оснащение занятия:

Технические средства: мультимедийный аппарат; негатоскоп;

Демонстрационный материал: тематические больные; истории болезни; методические пособия; журнальные статьи; слайды; таблицы; эзофагогастродуоденоскопии, УЗИ, рентгенограммы, наборы анализов.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ВРЕМЕНИ И МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ

«ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ БОЛЯХ В ВЕРХНЕЙ ПОЛОВИНЕ ЖИВОТА».

Наименование этапов занятия	Время
Введение	5
Контроль исходного уровня знаний	15
Курация больных с язвенной болезнью, дуоденитом, гастритом, раком желудка, панкреатитом, холециститом, абдоминальной формой ИБС	15
Выделение синдромов, ведущего синдрома (боли в верхней половине живота), диф. диагноз по ведущему синдрому	15
Обоснование программ дополнительных исследований, интерпретация полученных данных	10
Обоснование и формулировка клинического диагноза	5
Анализ ошибок в введении курируемых больных слушателями	40
Прогноз	5
Профилактика (диспансеризация)	5
ВТЭ	5
Итоговый контроль знаний слушателей	10

В соответствии с государственным стандартом послевузовской профессиональной подготовки специалистов с высшим медицинским образованием по специальности «Терапия».

Обучающийся должен знать: Клинику заболеваний, подлежащих дифференцировке (язвенная болезнь, дуоденит, гастрит, рак желудка, хронический холецистит, хронический панкреатит). Этиопатогенез язвенной болезни и хронических гастритов, уметь выявить конкретные знания этиопатогенеза разбираемых больных. Классификации заболеваний, подлежащих дифференцировке. Основы построения клинического диагноза, уметь его обосновать.	Рекомендуемая литература Основная Баранская Е.К. Боль в животе: клинический подход к больному и алгоритм лечения. Место спазмолитической терапии в лечении абдоминальной боли. // Фарматека.- 2005.- №14.- С.49-57. Гастроэнтерология + CD. Национальное руководство. Под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. М.: Гэотар-Медиа, 2008.- 704 с. Луканов В.В., Фомина И.Г. Трудности дифференциальной диагностики болей в животе. // Клин. медицина.- 2002.- №10.- С.60-65.
Обучающийся должен уметь: Провести дифференциальный диагноз по ведущему синдрому. Сформулировать предварительный диагноз. Составлять необходимую программу лабораторно-диагностических исследований, интерпретировать результаты обследования. Оценить объем и диагностическую ценность лабораторных и инструментальных методов исследования (анализ крови, анализ мочи, ЭГДС, ЭКГ, рентгенограмм и др.). Формулировать клинический диагноз. Провести экспертную оценку качества ведения истории болезни.	От симптома к диагнозу. Руководство для врачей. С.Стерн, А.Сайфу, Д.Олткорн. Перевод с англ. «ГЕОТАР-МЕДИА», Москва, 2008. Ройтберг Г.Е, Струтынский А.В. Внутренние болезни. Система органов пищеварения. М.: МЕДпресс-информ, 2007.- 576 с. Уроки дифференциального диагноза. Э.Р.Бек, Р.Д.Соухами, М.Г.Ханна, Д.Р.Холдрайт. Перевод с англ. ГЭОТАР-МЕДИА, Москва, 2008г. Дополнительная Белоусова Е.А., Златкина А.Р. Абдоминальная боль при функциональных расстройствах желудочно-кишечного тракта: основные механизмы и пути устранения. // Южно-Российский медицинский журнал.- 2002.- №2.- С.51-58. Бокарев И.Н., Немчинов Е.Н. Желудочная и кишечная диспепсия. М.: «Практическая медицина», 2007.- 176 с. Гастроэнтерология. Гепатология (серия «Внутренние болезни по Дэвидсону»). Под ред. В.Т. Ивашкина. Под общ. Ред. Н.А. Мухина. М.: Гэотар-Медиа, 2009.- 192 с. Губергриц Н.Б. Желчнокаменная болезнь: от классики к современности // Consilium medicum.- 2010.- №1.- С.83-95. Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулутко А.М. и др. Желчнокаменная болезнь. М.: Гэотар-Медиа, 2009.- 176 с. Дифференциальная диагностика и лечение внутренних болезней: Руководство для

врачей. / Под редакцией А.И. Хазанова. – Т.2. Болезни органов пищеварения. – М.: Медицина, 2003.- 480с.

Ивашкин В.Т. Алкогольно-вирусные заболевания печени. М.: Литтерра, 2007.- 160 с.

Кешав С. Пер. с англ. С.В. Демичева. Под ред. В.Т. Ивашкина. Наглядная гастроэнтерология. М.: Гэотар-Медиа, 2008.- 136 с.

Клинические рекомендации. Гастроэнтерология. Под ред. Ивашкина В.Т. М.: Гэотар-Медиа, 2009.- 208 с.

Комаров Ф.И., Шептулин А.А. Боли в животе. // Клин. медицина.- 2000.- №1.- С.46-50.

Маев И.В., Кучерявый Ю.А. Болезни поджелудочной железы. М.: Гэотар-медиа, 2009.- 736 с.

Ойноткинова О.Ш., Немытин Ю.В. Атеросклероз и абдоминальная ишемическая болезнь.- М.: Медицина. 2001.- 312с.

Померанцев В.П. Руководство по диагностике и лечению внутренних болезней.- М.: ГОУ ВУНМЦ РФ, 2001.- 528с.

Рысс Е.С. Введение в гастроэнтерологию.- СПб.: СпецЛит, 2005.- 175с.

Стасева И.М. Тактика ведения больных со стрессовыми язвами // Consilium medicum.- 2009.- №1.- С.14-18.

Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А. Синдром раздраженного кишечника: от патогенеза к лечению // Consilium medicum.- 2010.- №1.- С.48-53.

Фомин В.В., Бурневич Э.З. Внутренние болезни. Том 1. Серия «Клинические разборы». Под ред. Н.А. Мухина. М.: Литтерра, 2010.- 576 с.

Фомина И.Г., Георгадзе З.О., Луканов В.В. и др. Абдоминальный ишемический синдром при ишемической болезни сердца. // Клин. медицина.- 2005.- №4.- С.62-66.

Халиф И.Л., Лоранская И.Д. Воспалительные заболевания кишечника. Неспецифический язвенный колит и болезнь Крона. Клиника, диагностика и лечение. Литтерра, 2004.- 104 с.

Хили П.М., Джекобсон Э.Дж. Дифференциальный диагноз внутренних болезней: Алгоритмический подход. М.: ЗАО «Издательство БИНОМ», 2002.- 280с.

Задание 2

Для того, чтобы овладеть умениями и навыками, приведенными выше, Вы должны воспроизвести и при необходимости восстановить Ваши знания, касающиеся данной темы.

В процессе самоподготовки обратите внимание на следующие контрольные вопросы:

1. Перечислить основные заболевания, проявляющиеся болями в верхней половине живота.
2. Кратко перечислить другие (кроме болевого) синдромы, характерные для этих заболеваний.
3. Укажите зависимость болевого синдрома в зависимости от локализации язвы и воспалительного процесса при гастритах.
4. Перечислить необходимый минимум исследований, необходимых для диагностики болезней желудка, желчного пузыря, поджелудочной железы.
5. Перечислить прямые и косвенные рентгенологические признаки язвы желудка и ДПК.
6. Каково значение эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) в диагностике заболеваний, проявляющихся болями в верхней половине живота.

Соответствуют ли Ваши знания необходимым требованиям, Вы можете проверить по следующим контрольным тестовым заданиям

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ЯЗВЫ В ПИЛОРИЧЕСКОМ КАНАЛЕ СВОЙСТВЕННЫ

- 1) Наличие ранних болей.
- 2) Редкие рецидивы заболевания.
- 3) Изжога.
- 4) Короткие и редкие ремиссии с частым осложнением кровотечением и стенозированием выходного отдела желудка.

2. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ МЕЖДУ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И РАКОМ ЖЕЛУДКА НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫ

- 1) Рентгенологическое исследование.
- 2) Исследование желудочной секреции с её стимуляцией гистамином.
- 3) Гастродуоденоскопия.
- 4) Цитологическое исследование промывных вод желудка.

3. КАКОВ ХАРАКТЕР БОЛИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

- 1) Тупая, давящая боль в эпигастриальной области, усиливающаяся при приеме пищи
- 2) Схваткообразные боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо при приеме жирной пищи.
- 3) Постоянная, тупая боль в эпигастрии, не связанная с приемом пищи.
- 4) Боли в эпигастриальной области, возникающие натощак и через 2-3 часа после приема пищи.
- 5) Давящие боли в левом подреберье, усиливающиеся после приема пищи и иррадиирующие в спину.

4. НАЗОВИТЕ ПЕРВООЧЕРЕДНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ У БОЛЬНОГО С ОЩУЩЕНИЕМ ТЯЖЕСТИ В ЭПИГАСТРИИ ПОСЛЕ ЕДЫ, ОТРЫЖКОЙ ВОЗДУХОМ, НЕУСТОЙЧИВЫМ СТУЛОМ И ГИСТАМИНРЕФРАКТЕРНОЙ АХИЛИЕЙ

- 1) Общий клинический анализ крови.
- 2) Исследование внешней секреции поджелудочной железы.
- 3) Микроскопия кала.
- 4) Гастродуоденоскопия с последующей биопсией.

5) Рентгенологическое исследование желудка.

5. ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

- 1) Склеротические изменения большого дуоденального сосочка.
- 2) Высокая кислотность желудочного сока.
- 3) Рефлюкс желчи в панкреатический проток.
- 4) Лимфогенное проникновение инфекции.
- 5) Злоупотребление алкоголем.

6. СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БЕСКАМЕННОГО ХОЛЕЦИСТИТА ОПРЕДЕЛЯЮТ:

- 1) Выраженность болевого синдрома.
- 2) Наличие и выраженность желудочной диспепсии.
- 3) Возникновение 1-2 раза в месяц продолжительных желчных колик.
- 4) Нарушение функции кишечника.
- 5) Формирование холелитиаза.

7. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ СУЩЕСТВЕННЫМ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА?

- 1) Дуоденальный секретин-панкреозимин-тест.
- 2) Сцинтиграфия поджелудочной железы.
- 3) Определение содержания жира в кале.

8. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ИРРАДИАЦИЯ БОЛЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

- 1) В левое плечо, лопатку, ключицу.
- 2) В правую ногу.
- 3) В область сердца.
- 4) В правое плечо, лопатку, ключицу.
- 5) В поясничную область.

9. ХРОНИЧЕСКИЙ РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ПАНКРЕАТИТ НАБЛЮДАЕТСЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИ

- 1) Язвенной болезни.
- 2) Холелитиазе.
- 3) Постгастрорезекционном синдроме.
- 4) Хроническом колите.
- 5) Лямблиозе.

10. ВЕДУЩИЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО БЕСКАМЕННОГО ХОЛЕЦИСТИТА

- 1) Дуоденальное зондирование.
- 2) Клинический анализ крови.
- 3) УЗИ желчного пузыря.
- 4) Холецистография.
- 5) Биохимический анализ крови.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1. 4.
2. 3.
3. 4.
4. 4.
5. 1, 2, 3, 5.
6. 1, 2, 3, 5.
7. 1.
8. 4.
9. 2.
10. 3.

Задание 3

Разберите основные положения по теме: «Дифференциальный диагноз при болях в верхней половине живота».

Среди причин эпигастральных болей в качестве первичных диагностических гипотез целесообразно выделить четыре группы болезней: заболевания желудка и 12-перстной кишки, печени и желчных путей, поджелудочной железы и поражение мезентериальных сосудов.

Чтобы определить наиболее вероятную группу для каждого конкретного больного, необходимо скрупулезно проанализировать жалобы больного, особенности болевого синдрома, данные физических методов исследования.

Если наиболее вероятной признается гипотеза о желудочном происхождении болей в эпигастрии, то дифференцируются следующие нозологические формы: язвенная болезнь, хронический гастрит, опухоли желудка, функциональное расстройство желудка, хронический дуоденит, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, рефлюкс-эзофагит, дивертикулы желудка и 12-перстной кишки, некоторые редкие формы желудочной патологии — болезнь Менетрие, аллергический гастрит, эозинофильный гастрит, туберкулез, грибковое поражение желудка.

В программу дополнительных методов исследования больного при этой группе заболеваний входят общеклинические методы (анализы крови, мочи, кала), исследование кала на скрытую кровь, исследование желудочного сока, рентгеноскопия желудка, гастродуоденоскопия, прицельная биопсия.

Помимо болевого синдрома, для этих заболеваний характерны диспепсический, астеновегетативный, синдром экскреторной недостаточности, синдром инкреторной недостаточности.

Необходимый минимум исследований при заболеваниях желудка, желчного пузыря и поджелудочной железы: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (определение амилазы, билирубина, АлТ, АсТ, тимоловой пробы), анализа мочи на диастазу, УЗИ органов брюшной полости, ЭГДС.

Прямым признаком язвы является обнаружение «ниши» – ограниченного выступа на контуре желудка или ДПК в месте расположения язвы.

К косвенным признакам язвы относятся:

- задержка бариевой массы в месте язвы (стойкое контрастное пятно);
- задержка или ускорение пассажа бария сульфата из желудка;
- дуоденогастральный рефлюкс;
- конвергенция складок в местах расположения язвы;
- недостаточность кардии, желудочнопищеводный рефлюкс;
- локальные спазмы желудка и 12-перстной кишки;
- симптом регионального втяжения («симптом указующего пальца» де Кервена) – циркулярное втяжение мышц желудка на противоположной стороне от язвы. Такое втяжение указывает на наличие язвы даже тогда, когда она непосредственно не выявляется;
- деформация желудка или 12-перстной кишки в результате перигастрита, перидуоденита.

Основные диагностические показания к эзофагогастродуоденоскопии (ЭФГДС):

- диспепсия у лиц старше 40 лет;
- кровавая рвота (haematemesis);
- немотивированное похудание;
- железодефицитная анемия;
- диарея.

Четыре из пяти основных показаний обусловлены патологией желудка, что позволяет признать решающее диагностическое значение ЭФГДС при распознавании отдельных заболеваний именно этого органа.

ЭГДС, как правило, сочетается с биопсией и последующим морфологическим изучением полученного материала, что позволяет верифицировать патологический процесс, а главное, подтвердить или исключить злокачественное заболевание.

Язвенная болезнь. Клиника язвенной болезни может быть различной в зависимости от локализации язвы (язва субкардиального отдела, медиогастральная язва, язва пилорического отдела, язва пилорического канала, язва луковицы 12-перстной кишки, постбульбарная язва), фазы заболевания (обострение, ремиссия), глубины язвенного дефекта, наличия осложнений. Для язвенной болезни характерно рецидивирующее течение; при язве 12-перстной кишки более выражены годовичные ритмы обострений.

Ведущим симптомом в клинике язвенной болезни в фазе обострения является боль. Она локализуется в эпигастральной области, имеет давящий, жгучий, спастический характер. Главной особенностью «язвенных» болей является их ритмичность. Для язвы 12-перстной кишки характерны боли натощак, поздние и ночные боли. Эти боли после приема пищи, как правило, ослабевают или проходят совсем, особенно благоприятно действует молоко. Боли стихают также после приема соды. Такого же типа боли наблюдаются при препилорических и пилорических язвах. Субкардиальные и медиогастральные язвы характеризуются ранними болями. Боли при язвенной болезни сопровождаются изжогой. На высоте очень сильных болей нередко возникает рвота кислым содержимым желудка, которая закономерно облегчает боль.

Ритмичные боли наблюдаются у больных язвенной болезнью тогда, когда язвенный дефект неглубокий, ограничивается поверхностными слоями слизистой. Если язва проникает в более глубокие слои (до мышечного слоя), характер болей может изменяться. Нарушается ритм болей, исчезает их четкая зависимость от приема пищи, меньше помогают молоко и щелочи. При каллезной язве, выраженной рубцовой деформации луковицы 12-перстной кишки, перидуодените исчезают сезонные ритмы, боли становятся постоянными, более интенсивными, нередко наблюдается их иррадиация вверх и в левое подреберье при язве желудка, в правое подреберье при дуоденальной язве. Если язва по глубине достигает висцеральной брюшины или пенетрирует в окружающие органы, боль становится постоянной в течение суток, ритмичность полностью утрачивается, светлые промежутки очень короткие, прием пищи и соды боли не облегчает, плохо помогают противоязвенные препараты. По иррадиации боли можно предположительно решать вопрос, в какой орган пенетрирует язва. При пенетрации в малый сальник, боль распространяется под правую, реже левую реберную дугу, иногда под лопатку. При пенетрации субкардиальной язвы в направлении диафрагмы боль иррадирует в надключичную область, в шею, плечо. При пенетрации в поджелудочную железу боль иррадирует в спину к остистым отросткам X—XII грудных позвонков. При пенетрации в брыжейку тонкой кишки боль может распространяться вниз к пупку и даже в подвздошные области.

Клиническая картина при некоторых локализациях язв имеет свои особенности. Так, субкардиальные язвы могут сразу протекать без ритмичных болей, при очень высоких язвах нередко бывает дисфагия. Нехарактерной может быть клиника постбульбарных язв, нередко она напоминает клинику поражения желчного пузыря или, чаще, поджелудочной железы. Эти язвы часто осложняются кровотечением.

Синдром стеноза привратника (поздние боли, рвота пищей, съеденной 6-12 часов назад, отсутствие аппетита и похудание) может быть у больных с язвами в канале привратника в фазе обострения, а также при органическом рубцовом стенозе привратника. В первом случае этот синдром исчезает после купирования обострения, во втором – прогрессирует.

Характерным симптомом для фазы обострения язвенной болезни являются запоры. Пальпаторно в фазе обострения отмечаются локальная болезненность, часто соответственно проекции язвы, напряжение прямых мышц живота, положительный симптом Менделя. В фазе обострения очень часто выявляется скрытая кровь в кале.

Показатели секреторной функции желудка у больных язвенной болезнью могут быть различными в зависимости от локализации язвы. При дуоденальной язве, пре- и пилорических язвах, как правило, отмечаются высокие показатели секреторной и кислотообразующей функции желудка; медиогастральные и субкардиальные язвы протекают на фоне нормальной или умеренно сниженной секреторной функции. Выявление у больных язвой желудка гистаминрефрактерной ахлоргидрии должно вызывать большие сомнения у лечащего врача в отношении диагноза язвенной болезни.

Решающими методами диагностики язвенной болезни являются рентгенологический и эндоскопический. Прямым признаком язвы при рентгеноскопии желудка является «ниша», она может выявляться по контуру желудка и 12-перстной кишки (контурная ниша) или в виде бария при изучении рельефа слизистой (рельеф-ниша). Имеются и непрямые признаки: деформация, гипермобильность и болезненность луковицы 12-перстной кишки, конвергенция складок, контрлатеральный спазм. Способствует более частому распознаванию дуоденальных язв исследование 12-перстной кишки в условиях гипотонии.

Эндоскопически в фазе обострения язвенной болезни выявляется чаще всего одиночный язвенный дефект слизистой. Язва в желудке, как правило, закругленной или овальной формы, может быть эллипсовидной или щелевидной. Край язвы, обращенный к кардии, как бы подрытый, выступает над дном язвы, а край, обращенный к привратнику, более сглаженный, пологий. Вокруг язвы образуется вал за счет отека, дно поэтому углубляется, покрыто фибринозными наложениями желтого цвета. Слизистая оболочка вокруг язвы чаще всего гиперемирована и отечна. Когда язва начинает заживать, гиперемия уменьшается, воспалительный вал сглаживается, язва становится менее глубокой, дно очищается и покрывается грануляциями. На месте зажившей язвы образуется втяжение вследствие образования рубца, вначале красного цвета, затем по мере дальнейшего уменьшения воспалительных изменений рубец становится белым, что свидетельствует о полной клинико-эндоскопической ремиссии.

Язвы 12-перстной кишки чаще неправильной полигональной или щелевидной формы, дно их неглубокое, покрыто фибрином, края отечные, неровные, с зернистыми выбуханиями, легко кровоточат. Слизистая вокруг язвы гиперемирована, легко ранима. В стадии начинающегося заживления размеры язвы уменьшаются, она приобретает линейную форму, дно уплощается, очищается от фибрина, часто определяется конвергенция складок слизистой к язве. Рубец, вначале красного цвета, при полном заживлении в виде линейного втяжения приобретает белый цвет.

В период заживления язвы нередко отмечается расхождение результатов эндоскопического и рентгенологического исследований; по заключению рентгенолога язва уже зажила, а эндоскопически еще обнаруживается поверхностный дефект слизистой.

Эндоскопия позволяет произвести прицельную биопсию слизистой из дна и краев язвы, что необходимо, во-первых, для дифференциальной диагностики язвы желудка и первично-язвенной формы рака; во-вторых, для оценки репаративных процессов.

В биоптатах, полученных в фазу обострения, выявляется детрит в виде скопления слизи с примесью распадающихся лейкоцитов, эритроцитов и слущенного эпителия, под которым находятся некротизированные коллагеновые волокна. Иногда под этим слоем определяют грануляционную ткань. Нередко выявляют также атрофию желез, кишечную метаплазию, соединительнотканые волокна. В биоптатах из краев рубцующейся язвы видно, что поверхностный эпителий как бы наползает на дно язвы, поверхность которой очищается от детрита. Уменьшаются отек, лейкоцитарная инфильтрация, появляются участки созревающей грануляционной ткани.

Хронический гастрит. В настоящее время почти общепринятым является представление о гетерогенности понятия «хронический гастрит». Выделяют по меньшей мере 4 разновидности хронического гастрита, некоторые из них имеют варианты:

Хронический диффузный аутоиммунный гастрит (типа А) — воспалительный процесс локализуется в дне и теле желудка, характеризуется прогрессирующей атрофией желез, участками кишечной метаплазии. В патогенезе основную роль играют аутоиммунные механизмы.

Хронический гастрит, в этиологии которого решающую роль играет инвазия бактерий *Helicobacter pylori* (типа В), воспалительные изменения локализуются вначале в антральном отделе желудка (ограниченный гастрит), но затем могут распространяться по направлению к кардии (диффузный гастрит).

Хронический реактивный гастрит, в этиологии которого имеют значение химические и токсические факторы, рефлюкс желчи из 12-перстной кишки (типа С); вначале также поражается антральный отдел, затем могут развиваться диффузные изменения.

Особые формы гастрита — гигантский гипертрофический (болезнь Менетрие), ригидный, эрозивный, аллергический, эозинофильный.

Хронический диффузный аутоиммунный гастрит. Часто клинически совсем не проявляется. В фазе обострения больные могут жаловаться на «желудочный дискомфорт» — чувство тяжести в эпигастрии после еды, диспепсические расстройства (изжога, отрыжка, редко тошнота и рвота). Пальпаторно может определяться диффузная легкая болезненность в эпигастрии. Рентгеноскопия желудка мало информативна для диагноза гастрита, но позволяет с большой долей вероятности исключить ограниченные формы поражения желудка (рак, язва). Гастроскопия также служит прежде всего этим целям, но позволяет выявить и диффузные изменения слизистой, которые трактуются эндоскопически как поверхностный, атрофический, гипертрофический и эрозивный гастрит. При поверхностном гастрите отмечаются умеренная отечность, легкая ранимость слизистой оболочки, отдельные участки гиперемии. Атрофический гастрит диагностируют на основании истончения слизистой, уменьшения размеров складок, выраженного сосудистого рисунка; различают степени атрофии — от легкой до выраженной. Гипертрофический гастрит характеризуется утолщением складок, их извитостью, умеренной отечностью и гиперемией слизистой.

Решающим методом диагностики является биопсия желудка, причем при эндоскопии рекомендуется брать несколько кусочков — из дна, тела желудка, антрального отдела. По материалам гистологического исследования выделяют поверхностный гастрит, гастрит с поражением желез без атрофии, различной степени выраженности атрофический гастрит.

При поверхностном гастрите изменения касаются в основном поверхностного эпителия. Он становится более плоским, цитоплазма клеток менее прозрачна. Границы между клетками нечеткие, смазанные. Желудочные ямки углубляются, становятся извитыми. Собственный слой слизистой расширен, в нем значительно выражена клеточная инфильтрация, состоящая из лимфоцитов, плазматических клеток, эозинофилов, в фазе обострения — из нейтрофилов.

Хронический гастрит с поражением желез без атрофии — состояние, при котором, наряду с изменениями поверхностного эпителия, отмечается дифференцировка главных и обкладочных клеток желудочных желез. В измененных клетках появляются Шик-положительные вещества (нейтральные мукополисахариды), которых в норме в этих клетках не бывает. Клеточная инфильтрация при этой форме гастрита распространяется на межуточную ткань в области концевых отделов желез.

При атрофическом гастрите число желудочных желез постепенно уменьшается, они располагаются отдельными группами, между ними увеличено количество соединительной ткани. Атрофический гастрит часто сочетается с явлениями перестройки как поверхностного эпителия, так и эпителия желез. Образуются псевдопилорические железы, определяются бокаловидные клетки.

Исследование желудочного сока при условии применения современных раздражителей желудочной секреции информативно в случае констатации секреторной недостаточности. Это свидетельствует о той или иной степени атрофии слизистой.

Хронический хеликобактерный и реактивный гастриты. По клиническим проявлениям эти формы гастрита нередко похожи на язвенную болезнь — в клинике доминируют боли в эпигастрии, но не всегда ритмичные; из диспепсических расстройств более характерны изжога, отрыжка кислым. Рентгенологически исключаются ограниченные формы патологии желудка, при этом могут выявляться нарушения двигательной функции желудка и 12-перстной кишки.

Решающими методами диагностики следует считать гастроскопию и биопсию слизистой антрального отдела желудка. Гастроскопически выявляются гиперемия, отечность складок в антральном отделе, нередко атрофические изменения, геморрагии и эрозии слизистой желудка и 12-перстной кишки. В других отделах желудка изменений слизистой нет. В биоптатах из антрального отдела изменения поверхностного эпителия и собственного слоя слизистой аналогичны изменениям при диффузном гастрите. Количество пилорических желез уменьшается вплоть до их полного исчезновения. Нередко в антральном отделе развивается кишечная метаплазия. В поверхностных слоях часто обнаруживается *Helicobacter pylori*, но они могут быть и на дне ямок. Показатели секреторной функции желудка при ограниченном антральном гастрите, как правило, вначале повышены. В последующем при развитии атрофии и уменьшении числа G-клеток кислотность желудочного сока снижается.

Гигантский гипертрофический гастрит (болезнь Менетрие) - относительно редкая форма гастрита. Жалобы больных чаще всего такие же, как при диффузном гастрите или высоких язвах желудка. Огромные складки слизистой желудка нередко пролабируют в 12-перстную кишку и могут там ущемляться при спазме привратника. В этих случаях возникают сильные боли в эпигастрии, повторная рвота, бледность кожных покровов, головокружение, тахикардия. Иногда у больных гигантским гипертрофическим гастритом развивается синдром экссудативной энтеропатии — появляются отеки, в крови выраженная гипопротеинемия, гипоальбуминемия. Решающими методами исследования являются рентгеноскопия желудка и гастроскопия. Рентгенологически определяется обезображенный рельеф слизистой, состоящий из причудливых сочетаний расширенных складок, обширных дефектов наполнения, глубоких беспорядочных борозд и углублений. Естественно, что рентгенолог сразу начинает дифференцировать эти изменения с опухолью. Помогают гастроскопия и биопсия слизистой. При эндоскопическом исследовании выявляются резко гипертрофированные складки слизистой с многочисленными полиповидными выбуханиями на них. В биоптатах слизистой обнаруживается гиперплазия желудочных желез по типу полиаденоматоза, расширение протоков желез и формирование кист различной величины.

Ригидный гастрит клинически может очень напоминать одно из осложнений язвенной болезни — пилоростеноз. Больные жалуются на чувство переполнения в эпигастрии, тошноту, частые рвоты. Рентгенологически выявляется деформация антрального отдела, перестройка рельефа слизистой, ослабление или исчезновение перистальтики, сужение и укорочение дистальной части желудка. Гастроскопически отмечается сужение просвета антрального отдела, полость его приобретает вид трубки, почти не поддается расправлению вдуваемым воздухом, складки обычно утолщаются, мало эластичные, перистальтика резко ослаблена, слизистая отечная, набухшая, с участками гиперемии и налетами слизи. Секреторная функция желудка угнетена. Дифференциация ригидного гастрита с раком желудка очень трудна даже при использовании биопсии слизистой. В силу этого нередко прибегают к интраоперационной диагностике.

Эрозивный (геморрагический) гастрит. Наряду с болями, диспепсическими расстройствами в клинической картине доминируют оккультные или массивные кровотечения, что заставляет дифференцировать их с язвенными кровотечениями или кровотечением из распадающейся опухоли желудка. Решающим методом диагностики является гастроскопия, при которой выявляются множественные геморрагии и эрозии на всем протяжении слизистой желудка. При оккультных кровотечениях в качестве ориентировочного метода необходимо исследование кала на скрытую кровь в динамике.

Аллергический гастрит. Это обычно проявление общего аллергического заболевания, обусловленного повышенной чувствительностью организма к пищевым продуктам (пищевая аллергия). Заболевание хроническое, рецидивирующее. Обострение возникает в связи с поступлением с пищей аллергена. Вскоре после еды у больных возникают боли в эпигастрии, рвота, головокружение, слабость. Одновременно или через небольшой промежуток времени появляется другой признак аллергической реакции — уртикарная сыпь. В тяжелых случаях может возникнуть отечность губ, глаз, гортани, лихорадка. Обследование больного проводится по программе выявления пищевого аллергена: ведение диетического дневника, назначение пробных диет с элиминацией «подозрительных» на аллерген продуктов, провокационные тесты. Диагноз гастрита устанавливается на основании данных гастроскопии и биопсии

желудка. Гастроскопически выявляют утолщение складок, гиперемии, геморрагии слизистой. Гистологически чаще всего отмечается картина поверхностного гастрита с инфильтрацией собственного слоя преимущественно эозинофилами и плазматическими клетками.

Эозинофильный гастрит — своеобразная форма проявления аллергических реакций со стороны пищеварительной системы. Клинически этот гастрит похож на аллергический, нередко присоединяется диарея. При гистологическом исследовании слизистой желудка в ней определяются эозинофильные инфильтраты.

Опухоли желудка. Чаще всего развиваются злокачественные опухоли — рак, саркома; реже доброкачественные — полипы, невриномы, миомы, ангиомы. В начальных стадиях заболевания рак желудка клинически совсем не проявляется или возникает неспецифический синдром так называемых «малых признаков» — снижение аппетита, слабость, депрессия. В более поздних стадиях появляются боли в эпигастрии различного характера и интенсивности. Их характерной особенностью является то, что, появившись, они довольно быстро становятся постоянными. Это обстоятельство особенно надо учитывать при первично-язвенной форме рака, когда его приходится дифференцировать с доброкачественной язвой желудка.

В последние годы в нашей стране гастроэнтерологами разработан определенный алгоритм ведения больных с впервые выявленной язвой желудка. Следует учитывать, что существует первично-язвенная форма рака желудка. Она составляет 10—20% всех язв этой локализации и в подавляющем большинстве случаев в начале заболевания по своей клинικο-эндоскопической характеристике трудно отличима от доброкачественной язвы. К тому же возможно наступление рубцевания язвенного дефекта на фоне противоязвенного лечения (при этом могут исчезнуть болевые и диспепсические расстройства). Это еще более затрудняет дифференциальную диагностику первично-язвенной формы рака и язвы желудка.

В настоящее время считается, что подавляющее большинство раковых изъязвлений желудка возникает при первичной язвенной форме рака. Переход рецидивирующей язвы желудка в рак отмечается сейчас значительно реже. Все это приводит к тому, что роль квалификации эндоскописта и морфолога резко возрастает. Взятие 5-7 и более кусочков при биопсии и повторные биопсии преследуют цель выявить раковые клетки, когда они находятся в малом количестве (стадия раннего рака). Поэтому биопсионный материал должен браться, прежде всего, из краев язвы со всех 4 сторон, а также на небольшом расстоянии от язвы. При рубцевании первичной язвы желудка биопсия осуществляется как в области так называемых «послеязвенных» рубцов, так и рядом с ними.

Подобный длительный морфологический контроль позволяет в большинстве случаев отличить первично-язвенную форму рака от первично обнаруженной язвы желудка, которая в последующем приобретает хроническое рецидивирующее течение. Следует подчеркнуть, что при отсутствии повторных наблюдений, больные с первично-язвенной формой рака желудка обращаются к врачу обычно в далеко зашедшей стадии заболевания и рассматриваются как больные со злокачественным перерождением хронической язвы. Если при впервые выявленной язве желудка рубцевание ее не наступает в течение 6 мес, то следует рекомендовать больному хирургическое лечение даже при отсутствии данных о малигнизации язвенного дефекта. Все это позволит врачу не пропустить первично-язвенную форму рака желудка и оказать хирургическую помощь в ранней стадии ракового процесса.

Диагностика раннего рака желудка, т.е. карциномы, локализуемой в слизистой или подслизистом слое без метастазов или при поражении лишь регионарных лимфоузлов, по современным представлениям, возможна с помощью гастроскопии. Японское общество эндоскопистов предложило классификацию ранних форм рака желудка. Различают три типа раннего рака: I — выступающий; II — поверхностный; III — вогнутый. К ранним формам относят также начальный рак в полипе и малигнизированную хроническую язву. Окончательный диагноз ставится на основании результатов прицельной биопсии, чаще множественной, из подозрительных на опухоль участков слизистой, когда выявляются опухолевые клетки.

Более поздние формы рака выявляются с помощью комплексного рентгенологического, эндоскопического и гистологического исследований. Рентгенологически при раке определяются дефект наполнения, ниша как результат распадающегося рака, ригидность стенки

желудка и нарушение перистальтики в области опухоли. Более точной является гастроскопическая диагностика. Выделяют четыре эндоскопических типа рака желудка: 1) полиповидный; 2) инфильтративная раковая язва; 3) неинфильтративная раковая язва; 4) диффузный инфильтративный рак. Гастроскопические данные должны быть подтверждены гистологически. Гастроскопия с прицельной биопсией является решающим методом в дифференциальной диагностике между злокачественными и доброкачественными опухолями желудка.

Функциональное расстройство желудка (синонимы: «раздраженный желудок», неязвенная диспепсия, псевдоязвенный синдром, функциональная желудочная диспепсия, дискинезия желудка). Ведущим симптомом является изжога, однако могут быть и боли, которые локализуются чаще всего в эпигастриальной области, реже — в правом или левом подреберьях. Боли различного характера — давящие, колющие, тянущие. Боли возникают обычно после приема пищи, иногда такой зависимости нет. Не удается выявить ритмичности болей в течение дня, а также сезонности и многолетних ритмов. Нередко боли обусловлены отрицательными эмоциями. Из диспепсических расстройств часто кроме изжоги беспокоит тошнота. У ряда больных помимо «желудочных» жалоб отмечаются функциональные нарушения со стороны других систем — сердечно-сосудистой, дыхательной. Объективно может иногда определяться разлитая болезненность при пальпации в подложечной области. Рентгенологически выявляются различного рода нарушения двигательной функции желудка. Гастроскопически изменений слизистой нет. При гистологическом исследовании слизистой отмечаются варианты ее нормального строения. Исследование желудочной секреции может выявить тенденцию к повышению секреторной функции слизистой оболочки желудка вследствие гиперреактивности желудочных желез на раздражитель.

Вывод о наличии функционального расстройства желудка очень ответственен и требует обязательного дифференциального диагноза с органической патологией, различными формами хронического гастрита, дуоденитом и другими заболеваниями, протекающими с подобными симптомами. Только после исключения этих заболеваний можно поставить диагноз функционального расстройства желудка.

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Основными клиническими проявлениями являются боли в эпигастрии и за грудиной, которые появляются во время или вскоре после приема пищи, усиливаются в горизонтальном положении больного, сопровождаются изжогой, иногда рвотой. В этих ситуациях необходима дифференциальная диагностика с высокими язвами желудка, стенокардией. Часто определяются скрытая кровь в кале, анемия. Решающим методом исследования является рентгеноскопия желудка, но с обязательным исследованием больного в горизонтальном положении — при грыже видно, что часть желудка располагается выше диафрагмы, можно установить степень пролабирования.

Рефлюкс-эзофагит. Клинически характеризуется упорными изжогами, вследствие чего больной вынужден принимать большое количество соды или других антацидов. Наряду с изжогой характерно появление болей высоко в эпигастрии и в нижней части грудины. Решающими методами диагностики являются рентгенологическое исследование и гастроскопия. Рентгеноскопию желудка при подозрении на рефлюкс-эзофагит также необходимо проводить в горизонтальном положении больного, тогда четко выявляются недостаточность кардиального сфинктера и заброс бария в пищевод. Гастроскопически обнаруживаются выраженный гастроэзофагеальный рефлюкс, а также признаки эзофагита — гиперемия, утолщение складок или их атрофия в нижней трети пищевода, нередко геморрагии и эрозии слизистой, в тяжелых случаях изъязвления. Можно выполнить биопсию слизистой пищевода и гистологически доказать наличие воспаления.

Хронический дуоденит. Клиника весьма полиморфна. Самый типичный симптом — язвенноподобная боль, которая возникает через 1,5—2 часа после приема пищи, уменьшается после очередного приема пищи, особенно молока, каш, отварного мяса. Часто возникают изжога, тошнота, повышенная саливация. Болевой и диспепсический синдромы стойкие. Если, например, у больных неосложненной язвенной болезнью после госпитализации и назначения терапии боли купируются в течение 3—5 дней, то боли при дуодените сохраняются значительно дольше. Нередко боли сопровождаются довольно выраженными вегетативными

расстройствами — слабостью, повышенной потливостью, сонливостью; при длительном перерыве в приеме пищи могут наблюдаться симптомы гипогликемии — слабость, дрожь в теле, резко повышенный аппетит. Секреторная функция желудка у большинства больных повышена. Рентгенологическое исследование в большинстве случаев не позволяет убедительно ставить диагноз дуоденита, так как нет специфических рентгенологических симптомов. Решающие методы диагностики — гастродуоденоскопия и биопсия слизистой 12-перстной кишки. Эндоскопически выделяют поверхностный, выраженный, резко выраженный и атрофический дуоденит, а также эрозивный и фолликулярный. В зависимости от протяженности процесса в кишке различают проксимальный дуоденит — бульбит и дистальный — при поражении нисходящей части кишки. При поверхностном дуодените слизистая неравномерно отечная, на участках отека видна гиперемия в виде отдельных пятен. При выраженном дуодените слизистая диффузно отечная, участков гиперемии больше, они сливаются в отдельные поля, встречаются мелкоточечные геморрагии, слизистая легко ранима. Резко выраженный дуоденит характеризуется помимо указанных признаков появлением множественных белесоватых зерен, выступающих над поверхностью слизистой, — феномен «манной крупы». При атрофическом дуодените, наряду с отеком и гиперемией, отмечаются участки истонченной, бледной слизистой оболочки с просвечивающей сетью многочисленных мелких сосудов.

Морфологическая форма хронического дуоденита устанавливается при гистологическом исследовании биоптатов слизистой 12-перстной кишки. Гистологически различают хронический дуоденит без атрофии — поверхностный и диффузный; хронический дуоденит с атрофией — умеренно выраженный и с выраженной атрофией.

Поверхностный хронический дуоденит характеризуется дистрофическими изменениями эпителия ворсинок и отеком стромы в их области. При диффузном дуодените дистрофия охватывает также эпителий дуоденальных крипт, а отек и инфильтрация проникают на всю глубину слизистой оболочки. Для хронического дуоденита с умеренной атрофией характерно истончение слизистой за счет укорочения ворсинок. При выраженном атрофическом дуодените атрофия ворсинок весьма значительна, вплоть до их исчезновения, имеется также атрофия крипт.

Дивертикулы желудка и 12-перстной кишки часто являются рентгенологической находкой при исследовании желудка и 12-перстной кишки по другим показаниям. Клинические признаки появляются при развитии осложнений — дивертикулита, кровотечения, стриктуры. При дивертикулитах появляются боли в эпигастрии, которые могут быть связаны с приемом пищи. В отличие от язвенной болезни, гастритов эти боли могут сочетаться с кратковременной лихорадкой, в крови определяются лейкоцитоз, нейтрофилез, может повышаться СОЭ. При кровотечениях из дивертикулов развивается анемия. Реакция Грегерсена у таких больных положительная. Решающим методом в диагностике является рентгенологический. Выявляются «нишеподобные» выпячивания в желудке и 12-перстной кишке, как правило, больших размеров, чем язвенные «ниши». Информативность рентгенологического исследования для обнаружения дивертикулов усиливается при изучении 12-перстной кишки в условиях искусственной гипотонии.

Туберкулез желудка. Встречается очень редко, но о возможности его возникновения надо помнить, когда у больного с далеко зашедшим специфическим легочным процессом появляются язвенноподобный болевой синдром или признаки рубцового стеноза привратника. Эндоскопически выявляют множественные изъязвления различных размеров и форм, инфильтрацию слизистой с бугорковыми высыпаниями. Могут быть также рубцовые стенозы. Гистологическое исследование биоптатов позволяет исключить рак желудка, в ряде случаев обнаруживаются типичные туберкулезные гранулемы. Редко обнаруживаются микобактерии туберкулеза в желудочном содержимом.

Грибковые поражения желудка. О возможности такого типа поражения желудка следует помнить, если больной длительно получает антибиотики по поводу заболеваний с угнетением иммунного статуса. Из грибковых поражений чаще встречается кандидомикоз. Эндоскопически выявляются отек и гиперемия слизистой с обширным беловато-желтоватыми налетами («молочница»). Нити гриба проникают в глубь стенки желудка, что приводит к некрозу

слизистой и образованию изъязвлений. Подтверждает эндоскопический диагноз микроскопическое исследование, когда обнаруживаются скопления элементов гриба.

Редко встречается актиномикоз желудка. Эндоскопически при этом виде микозов обнаруживаются уплощенные инфильтраты серовато-красного цвета, язвы и абсцессы, прорыв которых приводит к образованию свищей. В содержимом язв и свищей можно найти характерные друзы лучистого гриба.

Заболевания желудка нередко приходится дифференцировать, как уже отмечалось, с поражениями желчного пузыря и протоков — хроническим холециститом, холангитом, дискинезией желчных путей, опухолями желчного пузыря и желчных протоков.

Необходимые дополнительные методы исследования при этой группе заболеваний — анализы крови, мочи и кала; исследование билирубина в крови, желчных пигментов и уробилина в моче, стеркобилина в кале, ультразвуковое исследование желчного пузыря и протоков, холецисто- или холангиография, термография, по показаниям — лапароскопия.

Хронический холецистит. В клинической практике чаще всего выделяют две формы заболевания — калькулезный и некалькулезный холецистит. Калькулезный холецистит в большинстве случаев протекает с типичной клиникой, позволяющей отличить его от заболеваний желудка. Однако у некоторых больных язвенной болезнью в период выраженного обострения болевой синдром бывает настолько сильным, так изменяется его характер, что приходится проводить дифференциальный диагноз с калькулезным холециститом. Обострение его протекает в виде приступов печеночной колики. У больного внезапно появляются сильные схваткообразные боли в правом подреберье и эпигастрии, которые иррадиируют в правую половину грудной клетки, под правую лопатку, сопровождаются рвотой, не приносящей облегчения. Характерно повышение температуры. Очень важны указания больного на изменения цвета кала и мочи. При пальпации живота определяются болезненность в правом подреберье, нередко напряжение мышц брюшного пресса. Часто пальпируется увеличенный и напряженный желчный пузырь. Определяются симптомы Мэрфи, Ортнера. При исследовании крови выявляются лейкоцитоз, нейтрофилез, увеличение СОЭ; в первые дни обострения (если далее не развивается желтуха) возможна умеренная гипербилирубинемия, появление в моче желчных пигментов, уменьшение в кале стеркобилина. При термографии передней брюшной стенки в зоне проекции желчного пузыря и печени определяются очаги повышенного свечения. Решающим методом диагностики может стать УЗИ, позволяющее видеть увеличенный желчный пузырь и наличие в нем конкрементов. Однако отрицательные результаты УЗИ не дают права при наличии клиники полностью отвергать диагноз холелитиаза. Целесообразно после стихания обострения выполнить пероральную холецистографию или, лучше, внутривенную холангиографию, которые позволяют также выявить камни в пузыре или протоках.

Хронический некалькулезный холецистит нередко протекает с болями в эпигастральной области. Уже отмечалось, что они отличаются от болей при заболеваниях желудка. Анализы крови, мочи, биохимические исследования мало помогают в дифференциальной диагностике. Термографически часто выявляются зоны гипертермии в проекции пузыря, правда, менее выраженные, чем при калькулезном холецистите. Эхография позволяет определить увеличение или, наоборот, уменьшение размеров пузыря, утолщение его стенок, признаки холестероза. При холецистографии отмечаются, главным образом, дискинетические нарушения (гипо- или гиперкинезия). Диагноз этой формы холецистита ставится по совокупности клинических симптомов и данных инструментального исследования.

Хронический холангит нередко сочетается с калькулезным холециститом. Помимо болей в правом подреберье и эпигастрии характерна субфебрильная температура, с периодическими подъемами до 38—39°, ознобом; похудание, слабость, потеря аппетита, как правило, появляется желтуха. Печень увеличена, резко болезненна. Анализы крови выявляют лейкоцитоз, увеличение СОЭ, повышается содержание билирубина в крови. Термографически определяются зоны гипертермии в проекции печени. УЗИ выявляет холе- или холедохолитиаз или, при первичном холангите, не дает каких-либо опорных симптомов для установления диагноза. Диагноз хронического холангита ставится, таким образом, по совокупности клинических и лабораторных данных и при исключении другой патологии.

Рак желчного пузыря и желчных протоков. Клиника этих заболеваний может быть разнообразной. Помимо болевого синдрома характерно появление желтухи на разных этапах болезни. При раке желчного пузыря она появляется довольно поздно; рано развивается при раке большого дуоденального соска, общего желчного протока; вначале она может быть непостоянной, но затем непрерывно прогрессирует. При объективном исследовании пальпируется плотный, бугристый желчный пузырь (при раке тела пузыря) или гладкий растянутый безболезненный пузырь (при раке большого дуоденального соска и холедоха). Решающим и ранним методом диагностики рака желчного пузыря или холедоха является УЗИ. При раке большого дуоденального соска диагноз устанавливается методом гастродуоденоскопии с биопсией. В трудных ситуациях могут помочь лапароскопия (рак желчного пузыря) и чреспузырная холангиография (рак холедоха).

Дискинезия желчного пузыря. Диагноз этого состояния ставится, по сути, методом исключения после того, как на основании тщательного обследования больного отвергнуты предположения об органической патологии, а эхографически или рентгенологически выявляются те или иные формы дискинезии.

При подозрении на патологию поджелудочной железы дифференциальный диагноз проводится в отношении хронического панкреатита и опухоли поджелудочной железы. Программа обследования больного включает общеклинические анализы, исследование амилазы мочи и крови, проведение панкреозимин-секретинового теста, изучение гормонального спектра сыворотки крови (инсулин, глюкагон, С-пептид), термографию, УЗИ, компьютерную томографию, ретроградную панкреатографию.

Хронический панкреатит. Дифференциальная диагностика с язвенной болезнью, хроническим дуоденитом чаще всего необходима при рецидивирующей форме хронического панкреатита. Диагностическими критериями хронического панкреатита являются: наличие факторов риска (желчнокаменная болезнь, злоупотребление алкоголем, патология 12-перстной кишки), особенности болевого синдрома и объективных данных (см. табл.). Термографически выявляются зоны гипертермии в левом подреберье в эпигастрии, в обоих подреберьях и эпигастрии. Эхографически в период обострения могут определяться увеличение размеров железы и неоднородность структуры. Примерно такие же данные могут выявляться с помощью компьютерной томографии. Оба эти метода с большой долей вероятности исключают или подтверждают кисты железы и опухоль. Мало информативно исследование амилазы крови и мочи. Уже на ранних стадиях хронического панкреатита выявляются гормональные изменения, что является, в частности, основой для развития нарушений углеводного обмена вплоть до сахарного диабета.

Рак поджелудочной железы. Предположение об этом заболевании должно возникнуть у врача при упорном болевом синдроме, который не поддается традиционным методам терапии. Боли по своим параметрам сходны с болями при панкреатите. Они сочетаются с анорексией, падением веса. Пальпаторно, но далеко не всегда, определяются увеличение поджелудочной железы, изменение ее консистенции. Решающими в диагностике опухоли могут стать данные УЗИ и компьютерной томографии, когда выявляются признаки, указывающие на опухоль. Менее информативны сцинтиграфия и ангиография сосудистого русла железы. Однако даже при применении всех этих методов диагноз может быть точно не установлен. Тогда, при сохраняющемся болевом синдроме, необходимо выполнить диагностическую лапаротомию.

Сосудистые поражения органов пищеварения. Поражение мезентериальных сосудов, чаще всего атеросклерозом, приводит к развитию синдрома «брюшной жабы», боли при этом могут локализоваться в эпигастрии, иногда по средней линии ближе к пупку; они связаны с приемом пищи — появляются через 1—1,5 часа после еды, весьма интенсивны, длятся в течение 1—2 часов. Больные боятся есть, худеют. Пальпация живота практически ничего не дает. Большое диагностическое значение имеет выслушивание в эпигастрии или по средней линии выше пупка сосудистого шума. Часто у этих больных имеются признаки атеросклеротического поражения в других сосудистых бассейнах. Решает вопрос диагноза в данном случае ангиографическое исследование, которое выявляет окклюзию или стеноз чревного ствола или одной из мезентериальных артерий.

Проводя дифференциальную диагностику болезней желудка между собой, с другими органами пищеварительной системы и рассматривая их отличительные черты, необходимо помнить об их частом сочетании.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА БОЛЕЙ В ВЕРХНЕЙ ПОЛОВИНЕ ЖИВОТА

Заболевания	Дифференциально-диагностические параметры		
	Характеристика болей	Характеристика диспепсических расстройств	Данные пальпации брюшной полости
Заболевания желудка и ДПК	Локализация собственно в эпигастральной области. Может быть иррадиация в грудную клетку по ходу пищевода. В большинстве случаев боли связаны с приемом пищи (натошковые, голодные, ночные, ранние, поздние). Боли могут ослабевать после приема пищи, молока, соды.	Часто отрыжка, изжога после приема пищи. Редко рвота, на высоте болей. Как правило, приносит облегчение.	Диффузная или локальная болезненность в эпигастрии. Может быть положительный симптом Менделя.
Заболевания гепатобилиарной системы	Боли локализуются в правом подреберье, в эпигастрии, иррадиируют в правое плечо. Лопатку. Боли могут быть длительными с периодическим усилением по типу колики. Усиливаются после употребления жирных, жареных блюд, физической нагрузки. Купируются теплом.	Часто отрыжка. Изжога, тошнота после употребления продуктов, вызывающих боли. Рвота, как правило, сопровождает колику, облегчения не приносит.	Болезненность в правом подреберье, может быть увеличение печени, реже желчного пузыря. Положительные симптомы Керра, Мэрфи, Василенко, Ортнера.
Заболевания поджелудочной железы	Боли в эпигастрии, в левом подреберье, опоясывающие; иррадиируют в спину, левую половину грудной клетки. Боли постоянные или приступообразные, усиление их провоцируется перееданием, приемом алкоголя, жирной пищи. Боли могут усиливаться при применении тепла, физиопроцедур.	Диспепсические расстройства (отрыжка, тошнота, нередко рвота) сопровождается боли и очень упорные. Нередко признаки кишечной диспепсии. Нарушение стула.	Обычная пальпация может быть безболезненной. Информативна пальпация по Гротту – отмечают увеличение железы, болезненность при пальпации в трех позициях.
Поражение мезентериальных сосудов	Боли в различных отделах живота, могут быть в эпигастрии. Иногда ближе к пупку, появляются через 1-1,5 часа после приема пищи, могут продолжаться до 2 часов. Больные боятся есть, худеют.	Боли часто сопровождаются признаками кишечной диспепсии (урчание, вздутия) и нарушением стула.	Пальпация мало информативна. Диагностическое значение имеет сосудистый шум, выслушиваемый в эпигастрии по средней линии от пупка до мечевидного отростка.

Задание 4

**Проверить усвоение знаний и умений необходимо
при решении следующих клинических задач.**

Задача №1

Больной Н., 24 лет, в клинику поступил в плановом порядке, с жалобами на боль в надчревье, возникающую через 1,5-2 часа после приема пищи, больше к вечеру, а иногда и ночью, изжогу, кислый вкус во рту, запор. Боль усиливается при приеме острой, соленой и кислой пищи, уменьшается – после употребления соды и применения грелки. Болен около года. Состояние ухудшилось с осени.

Из анамнеза известно, что живет в общежитии, отец страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

При осмотре: больной пониженного питания, язык не обложен, влажный. Перкуссия и поверхностная пальпация живота болезненны в области надчревья справа, в этой же области – резистентность мышц брюшного пресса. Пульс 60 в 1 мин, ритмичный. АД 13,3/10,7 кПа (100/80 мм. рт. ст.).

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные исследования?
3. Какие заболевания следует исключить?
4. Ваша врачебная тактика.

Задача №2

Больная М., 44 лет, доставлена в больницу с жалобами на боли в правом подреберье, горечь во рту, отрыжку, тошноту, повышение температуры тела до 37,5 °С, запоры.

В анамнезе плохая переносимость жирной пищи и зуд кожных покровов, тяжесть в правом подреберье, беспокоящие в течение последних 5 лет.

При осмотре: больная повышенного питания.

Объективно: кожный покров обычной окраски со следами расчесов на животе и спине. Краевая иктеричность склер. Лимфатические узлы не увеличены. Пульс 80 в минуту, ритмичный. АД – 130/80 мм рт.ст. Тоны сердца звучные. Дыхание везикулярное с частотой 18 в минуту. Язык влажный, обложен у корня коричневым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье, положительный симптом Мерфи. Размеры печени по Курлову – 12х10х8 см. При пальпации печень плотно-эластической консистенции, болезненная. Селезенка не увеличена. Область почек безболезненна. Стула не было 2 дня.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

Дополнительные методы обследования к задаче №2:

1. Анализ крови: эритроциты – $4,5 \times 10^{12}$ /л, цветной показатель – 0,9, лейкоциты – $10,8 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 4%, сегментоядерные – 52%, лимфоциты – 24%, моноциты – 10%, СОЭ – 30 мм/час.
2. Анализ мочи: уд.вес – 1014, реакция кислая, белок и сахар отсутствуют, лейкоц. – 2-3 в поле зрения.
3. Биохимия: Общий билирубин – 28 ммоль/л, прямая фракция – 24,0 ммоль/л, холестерин – 7,0 ммоль/л, АСТ – 86 ед (норма – 65 ед), АЛТ – 80 ед (норма – 45), щелочная фосфатаза – 80 МЕ (норма – 40-60 МЕ).

4. Ультразвуковое исследование: желчный пузырь с нефиксированным перегибом в теле, размер его 10 см, стенка толщиной 4 мм, двухконтурная в области дна. Общий желчный проток 5 мм. Печень: сагиттальный размер 14 см, эхоуплотнена.
5. Дуоденальное зондирование:
- | | | |
|-----|-------------------|---------------------------------|
| I | 5 минут – 4,0 мл; | минут – 4,0 мл; минут – 4,3 мл. |
| II | 7 минут | |
| III | 5 минут – 10 мл | |
| IV | 30 минут – 90 мл | |
| V | 10 минут – 15 мл. | |
- Остаточная желчь – 45 мл. рН желчи - 5,0.
При микроскопическом исследовании – в порции V много лейкоцитов, слизи, кристаллы холестерина.
6. Флюорография – без патологии.
ЭКГ – синусовый ритм, 76 в минуту, электрическая ось сердца не отклонена.
Неспецифические изменения миокарда.

Задача №3

Больной М., 38 лет, жалуется на изжогу, кислую отрыжку, кислый привкус во рту, боль ноющего характера, почти постоянную, уменьшающуюся после еды.

Имеет вредные привычки: курит более 15 лет, алкоголь употребляет часто. Работа связана с частыми командировками. Питается нерегулярно.

Настоящее ухудшение самочувствия отмечает в течение 1,5 недель.

Объективно: состояние удовлетворительное. Питание снижено (рост 182 см, масса тела 68 кг). Язык густо обложен налетом желто-белого цвета. Живот мягкий, умеренно вздут, болезненный при глубокой пальпации в пилородуоденальной зоне. Печень увеличена на 3,5 см, поверхность гладкая, несколько плотноватой консистенции, безболезненная. Селезенка не увеличена. Установить предварительный диагноз.

1. Намечить план дополнительного обследования.
2. Провести дифференциальную диагностику.
3. Определить тактику лечения.

Дополнительные методы обследования к задаче №3:

1. Анализ крови: Нв - 118 г\л, ц.п. - 0,9, эр. - $3,2 \times 10^{12}$ \л, лейкоц. - $4,8 \times 10^9$ \л, СОЭ - 18 мм\ч.
2. Анализ мочи: уд.вес - 1014, реакция кислая, белок и сахар отсутствуют, лейкоц. - 1-2 в поле зрения.
3. ФГДС: слизистая оболочка желудка гиперемизированная, отечная, покрыта слизью. Складки извиты, утолщены, с явлениями очаговой гиперплазии.
4. Рн - метрия - непрерывное кислотообразование средней степени интенсивности.
5. УЗИ органов брюшной полости: увеличение печени до 3 см. Диффузные изменения в печени и поджелудочной железе.
6. Флюорография - без патологии.
7. Биохимия крови: холестерин - 6,1 ммоль\л, общий билирубин - 28 мкмоль\л. АСТ - 55 ед, АЛТ - 78 ед. ПТИ - 68%. Сахар крови - 4,3 ммоль\л.
8. ЭКГ - синусовый ритм 72 в минуту, электрическая ось сердца не отклонена.
9. Реакция Грегерсена отрицательная.

ЭТАЛОНЫ РЕШЕНИЙ ЗАДАЧ

Задача №1

1. Язвенная болезнь в фазе обострения. Хроническая язва луковицы двенадцатиперстной кишки.
2. Фиброгастроудоденоскопия с определением кислотопродуцирующей функции слизистой оболочки желудка и определением *Helicobacter pylori*, рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки, общеклинические анализы крови, мочи, кала (на скрытую кровь).
3. Хронический гастрит с повышенной секреторной функцией, хронический холецистит, хронический панкреатит, рак желудка, диафрагмальная грыжа.
4. Лечение в условиях стационара, лучше гастроэнтерологического отделения. Диета (стол №1), дробное 5-6-разовое питание, курение исключается.

Так как этиологическим фактором язвы луковицы ДПК примерно в 100% является микроорганизм *Helicobacter pylori*, обязательно проведение эрадикационной терапии. Назначается терапия первой линии, тройная терапия (рабепразол 20 мг 2 раза до еды, амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки после еды, кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки после еды). При неэффективности терапии первой линии назначается терапия второй линии. Кроме этого назначаются регуляторы моторно-эвакуаторной функции (прокинетики) – мотилиум по 10 мг 3 раза в сутки до еды, гастроцитопротекторы – де-нол 240 мг 2 раза до еды, репаранты – облепиховое масло по 1 ст. л. 3 раза в сутки до еды. Физиотерапия также оказывает положительное действие – электрофорез даларгина, гипербарическая оксигенация, лазерная терапия, синусоидальные модулированные токи.

Задача №2

1. Диагноз: Хронический холецистит в стадии обострения. Дискинезия желчевыводящих путей: гипертония сфинктера Одди и гипотония желчного пузыря. Реактивный гепатит.
2. Обследование:
 - анализ крови общий
 - анализ мочи общий
 - копрограмма
 - диастаза мочи
 - ЭГДС
 - дуоденальное зондирование
 - флюорография
 - УЗИ брюшной полости
3. Дифференциальная диагностика:
 - дуоденит
 - холангит
 - панкреатит
4. Лечение:
 - 1) диета
 - 2) антибиотики
 - 3) спазмолитики
 - 4) желчегонные препараты
 - 5) антигистаминные препараты
 - 6) слабительные средства
 - 7) дезинтоксикационная терапия

Задача №3

1. Диагноз: Хронический гастрит, ассоциированный с Нр в стадии обострения. Повышенная кислотообразующая функция желудка. Реактивный гепатит.
2. Дообследование:
 - 1) анализ крови общий
 - 2) анализ мочи общий
 - 3) копрограмма
 - 4) исследование функции печени (трансаминазы, билирубин, холестерин, протромбиновый индекс)
 - 5) анализ желудочного сока
 - 6) рН-метрия
 - 7) рентген желудка
 - 8) ФГДС
 - 9) флюорография
 - 10) биопсия слизистой желудка с гистологическим исследованием
 - 11) с целью исключения хеликобактериоза исследования мазков - отпечатков, полученных из биоптатов
 - 12) УЗИ органов брюшной полости
3. Дифференциальный диагноз:
 - хронический гепатит
 - дуоденит
 - язвенная болезнь
4. Лечение:
 - диета (исключение продуктов с раздражающим влиянием на слизистую оболочку)
 - эрадикационная терапия первой линии, тройная терапия (рабепразол 20 мг 2 раза до еды, амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки после еды, кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки после еды). При неэффективности терапии первой линии (через месяц осуществляется контроль эрадикации) назначается терапия второй линии.
 - регуляторы моторно-эвакуаторной функции (прокинетики) – мотилиум по 10 мг 3 раза в сутки до еды;
 - гастроцитопротекторы – де-нол 240 мг 2 раза до еды;
 - репаранты – облепиховое масло по 1 ст. л. 3 раза в сутки до еды;
 - витаминотерапия, гепатопротекторы (эссенциале 10 мл в/в);
 - физиотерапия (электрофорез, гипербарическая оксигенация, лазерная терапия, синусоидальные модулированные токи).

Задание 5

Подготовьте неясные вопросы и положения для выяснения их на практическом занятии!