

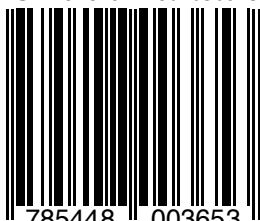
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
Башкирский государственный медицинский университет

*Волевач Л.В., Камалова А.А.,
Габбасова Л.В., Нафикова А.Ш.,
Демидова Н.А., Давыдович М.Г.,
Башарова Г.Р., Галиуллин А.Р.,
Загидуллин Т.С., Шакирова И.И.*

Язвенная болезнь в практике врача поликлиники

Учебное пособие

ISBN 978-5-4480-0365-3



9

785448

003653

Тамбов
2022



ukonf.com/mon

Волевач Л.В., Камалова А.А., Габбасова Л.В., Нафикова А.Ш., Демидова Н.А., Давыдович М.Г., Башарова Г.Р., Галиуллин А.Р., Загидуллин Т.С., Шакирова И.И. Язвенная болезнь в практике врача поликлиники: Учебное пособие. Минздрав России, БГМУ. Тамбов: Издательство Юконф, 2022. 76 с.

ISBN 978-5-4480-0365-3

<https://ukonf.com/doc/mon.2022.03.01.pdf>

Рецензенты:

*Сарсенбаева А.С., д.м.н., проф., ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск
Губарева И.В., д.м.н., проф., зав. каф., СамГМУ Минздрава России, г. Самара*

Учебное пособие подготовлено в соответствии с требованиями ФГОС ВО 3++ по специальности 31.05.01 – Лечебное дело (2020 г.), ООП специальности 31.05.01 – Лечебное дело (2021 г.), учебным планом (2021 г.), рабочей программы дисциплины Поликлиническое дело (2021 г.)

Учебное пособие посвящено одной из актуальных проблем внутренних болезней – язвенная болезнь. Представлены современные данные этиологии и патогенеза, клинические проявления, основные методы исследования для выявления и лечения язвенной болезни, вопросы экспертизы нетрудоспособности и профилактики. Приведены современные подходы к лечению согласно стандартам. Предложены тестовые задания, контрольные вопросы и задачи для самоконтроля усвоения темы.

Учебное пособие предназначено для обучающихся 5, 6 курсов по специальности Лечебное дело в целях освоения профессиональных компетенций (ПК-2, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9).

Информация об издании предоставлена в систему Российского индекса научного цитирования – **РИНЦ** по договору № 856-08/2013К

Электронная версия опубликована в **Электронной библиотеке** и находится в свободном доступе на сайте: **ukonf.com/mon**

Учебное пособие.

Издательство Юконф. E-mail: mon@ukonf.com

Адрес редакции: Россия, 392000, г. Тамбов, а/я 44

Тираж 500 экз. Формат 60×84/16. Усл. печ. л. 4,75.

© 2022, Волевач Л.В., Камалова А.А., Габбасова Л.В.,
Нафикова А.Ш., Демидова Н.А., Давыдович М.Г.,
Башарова Г.Р., Галиуллин А.Р., Загидуллин Т.С.,
Шакирова И.И.

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений	4
Предисловие.....	5
Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки	7
Патогенез язвенной болезни.....	11
Международная классификация болезней (МКБ-10)	12
Клиническая картина.....	14
Особенности течения язвенной болезни у лиц пожилого возраста	22
Особенности течения язвенной болезни у лиц молодого возраста.....	24
Язвенная болезнь и беременность	25
Осложнения язвенной болезни	26
Диагностика	29
Дифференциальная диагностика	31
Лечение язвенной болезни.....	36
Профилактика	51
Экспертиза трудоспособности. Течение. Прогноз	53
Задания для самоконтроля.....	55
Ситуационные задачи	62
Рекомендуемая литература.....	70
Информация об авторах.....	74

Список сокращений

ВОП	– врач общей практики
ГЭРБ	– гастроэзофагорефлюксная болезнь
ДПК	– двенадцатиперстная кишка
ЖДА	– железодефицитная анемия
ЖКБ	– желчнокаменная болезнь
ЖКТ	– желудочно-кишечный тракт
ИПП	– ингибиторы протонного насоса
ВК	– врачебная комиссия
МСЭ	– медико-социальная экспертиза
МСЭК	– медико-социальная экспертная комиссия
НПВС	– нестероидные противовоспалительные средства
НР	– <i>Helicobacter pylori</i> (хеликобактерная инфекция)
ОНМК	– острые нарушения мозгового кровообращения
ПЖ	– поджелудочная железа
СГ	– сердечные гликозиды
СО	– слизистая оболочка
СРК	– синдром раздраженного кишечника
ССС	– сердечно-сосудистая система
ФГДС	– фиброгастродуоденоскопия
ФНД	– функциональная неязвенная диспепсия
ХОБЛ	– хроническая обструктивная болезнь легких
ЯБ	– язвенная болезнь
ЯБ ДПК	– язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки
ЯБЖ	– язвенная болезнь желудка
Rh	– резус-фактор

Предисловие

Учебное пособие подготовлено в соответствии с требованиями ФГОС ВО 3++ по специальности 31.05.01 – Лечебное дело (2020г.), ООП специальности 31.05.01 – Лечебное дело (2021г.), учебным планом (2021г.), рабочей программы дисциплины Поликлиническое дело (2021г.)

Учебное пособие посвящено одной из актуальных проблем внутренних болезней – язвенная болезнь. Представлены современные данные этиологии и патогенеза, клинические проявления, основные методы исследования для выявления и лечения язвенной болезни, вопросы экспертизы нетрудоспособности и профилактики. Приведены современные подходы к лечению согласно стандартам. Предложены тестовые задания, контрольные вопросы и задачи для самоконтроля усвоения темы.

Учебное пособие предназначено для обучающихся 5, 6 курсов по специальности Лечебное дело в целях освоения профессиональных компетенций (ПК-2, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9).

ПК-2 Способен проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществлять диспансерное наблюдение

ПК-6 Способен определять у пациента основные патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра

ПК-7 Способен проводить экспертизу временной нетрудоспособности, участвовать в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека

ПК-8 Способен к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами

ПК-9 Способен вести и лечить пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара

Язвенная болезнь остается актуальной проблемой для современной медицины, не смотря на достижения в научных исследованиях и лечении. По данным мировой статистики язвенная болезнь одно из наиболее часто встречающихся заболеваний внутренних органов, 6–10% взрослого населения имеют такое заболевание. В последние годы отмечается тенденция к снижению заболеваемости и уменьшению частоты осложнений, что связано с улучшением диагностики и увеличением эффективности лечения. Несмотря на видимые положительные изменения, заболеваемость язвенной болезнью остается высокой. Каждый год ставится на учет для диспансерного наблюдения более 1 миллиона больных с язвенной болезнью, каждый второй лечится в стационаре, свыше одной трети пациентов находятся на листке временной нетрудоспособности повторно. Частота заболеваний

желудка и 12-типерстной кишки составляет 50-60% в структуре патологии пищеварительной системы.

В последние десятилетия получено много новых сведений об этиологии и патогенезе язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, разработаны и внедрены новые методы терапии, новые эффективные лекарственные препараты. Но, несмотря на это, остается много неопознанного и спорного в этиопатогенезе и принципах лечения заболевания. Более того, частота осложненных форм болезни и общая заболеваемость язвенной болезнью продолжает расти. В последние годы появилось много работ, оценивающих качество жизни у пациентов, страдающих язвенной болезнью, причем отмечено стойкое снижение качества жизни, не только в периоды обострения, но и после терапевтического и хирургического лечения.

В данном пособии освещены вопросы диагностики, лечения, профилактики и экспертизы трудоспособности, амбулаторное ведение больных при язвенной болезни с учетом всех новых рекомендаций международной, российской гастроэнтерологии.

Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки

В настоящее время предполагается, что каждый 7-8-й человек в разный период жизни страдает тем или иным заболеванием желудка или 12-перстной кишки, наиболее часто встречается из них язвенная болезнь.

Определение язвенной болезни – ***хроническое рецидивирующее заболевание желудка и 12-перстной кишки, которое характеризуется возникновением дефектов слизистой оболочки (проникающих в подслизистый слой), протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии.***

Язвенная болезнь (ЯБ) распространённое заболевание во всех странах мира, и поражает, по данным статистики, **5-15% взрослого населения**. В странах Западной Европы, США и Японии эта цифра составляет 2-3% всего взрослого населения, из них 4-15% всех женщин, 10-15% всех мужчин. В Великобритании каждый год до 4 500 человек умирает от язвенной болезни, то столько же, сколько погибает в автокатастрофах; больше, чем погибает от бронхиальной астмы и почти в 2 раза больше, чем умирает от рака шейки матки.

Цифры, приводимые в официальных статистических отчётах, не являются полностью достоверными, поскольку основаны на обращаемости пациентов за помощью. При анализе патологоанатомических данных распространённость язвенной болезни оказывается выше. При аутопсиях язвенные дефекты и рубцовые изменения в стенке желудка и 12-перстной кишки обнаруживают в 8-20% случаях.

Частота встречаемости язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки большей части зависит от возраста пациента и региона проживания. В молодом возрасте чаще диагностируют дуоденальные язвы, реже язвы желудка. Их соотношение составляет 16:1 соответственно. В пожилом возрасте это соотношение меняется и составляет 2:1. В странах Европы это соотношение составляет 4:1, в Индии – 19:1, а в Японии чаще встречаются язвы желудка – 2:1.

Смерть при ЯБ чаще является следствием кровотечения или перфорации. Риск смерти при ЯБ в последние годы возрос. Особенно это заметно среди лиц старше 70 лет, возможно вследствие увеличившегося назначения им нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) и возрастания в связи с этим числа НПВС-обусловленных язв. В противоположность этому уровень смертности в других возрастных группах снизился.

Медицинская, социальная и экономическая стоимость ЯБ очень велика, что обусловлено хронической природой и частотой этого заболевания. Прямая стоимость ЯБ складывается из врачебных консультаций, диагностических методов обследования, госпитализации и лечения. Непрямая

стоимость включает цену потерь вследствие пропусков работы и снижения интенсивности труда.

К факторам способствующим возникновению язвенной болезни относятся:

– **Половая принадлежность.** Мужчины болеют чаще женщин, но в возрасте старше 50 лет эта разница сглаживается.

– **Проживание в крупном городе.** Уровень заболеваемости среди городского населения выше, это объясняется особенностями питания, загрязнением внешней среды, отличием вида труда у городских жителей.

– **"Стрессовые" профессии.** К ним относятся водители городского транспорта, лётчики, операторы, врачи, диспетчеры аэропортов, рабочие горячих цехов, шахтеры, работники конвейеров, журналисты, руководители крупных коллективов и т.д., то есть работники, труд которых связан с психоэмоциональными и физическими нагрузками, командировками, отсутствием полноценного режима питания и отдыха.

– **Крупные социальные потрясения,** а также социальные катаклизмы, катастрофы и др.

– **Особенности питания и наличие вредных привычек** – курение, алкоголь, присутствие в пище рафинированных продуктов быстрого приготовления, жареной, острой, грубой пищи, нарушение ритма приема пищи.

В этиологии язвенной болезни учувствуют большое количество факторов. Все известные этиологические факторы можно разделить на 2 большие группы:

– **предрасполагающие** – способствующие возникновению заболевания;

– **реализующие** – непосредственно вызывающие образование язвенного дефекта, обострение и рецидивы язвенной болезни.

Предрасположенность к заболеванию создают:

а) **наследственно-конституциональные факторы**, куда можно отнести распространённость болезни у родственников; групповую специфичность крови – 0 (I) группа; определённый тип нервного реагирования; особенности личности; строения тела; отсутствие кишечного компонента и снижение индекса «В» щелочной фосфатазы; отсутствие 3-й фракции холинэстеразы и т.д.;

б) **нервно-психические факторы** – гиперваготония, которая проявляется спазмом гладкой мускулатуры и кровеносных сосудов, что приводит к возникновению ишемии, понижению защитных механизмов и усилению факторов агрессии слизистой. Но в настоящее время гораздо большее значение придают расстройству биологических ритмов физиологических процессов организма. Примером может служить ночная желудочная гиперсекреция.

К реализующим факторам относят:

а) **алиментарный фактор** – по мнению многих ученых, прямых свидетельств влияния пищи на возникновение гастродуоденальных язв нет. Однако многие пациенты начало болезни и возникновение рецидивов связывают с погрешностями в еде или нарушениями ритма приёма пищи.

б) **вредные привычки** – это, прежде всего, **курение** и злоупотребление алкоголем. Никотин приводит к сужению сосудов желудка, усиливает секрецию и повышает концентрацию пепсиногена I, способствует дуоденогастральному рефлюксу, ускоряет эвакуацию пищи из желудка. Также, никотин подавляет выделение поджелудочной железой бикарбонатов, нарушает образование слизи и снижает синтез простагландинов в слизистой оболочке.

Роль **алкоголя** многопланова. Он стимулирует кислотообразование, усиливая агрессивные свойства желудочного содержимого; нарушает барьерную функцию слизистой оболочки; снижает резистентность слизистой оболочки и способствует, тем самым, развитию хронического гастрита и дуоденита.

К вредным привычкам можно отнести и **употребление большого количества кофе**. Как известно, кофеин вызывает стимуляцию кислотообразования, что может послужить отправной точкой в развитии ЯБ, особенно ДПК. Например, в странах Южной Америки язвы ДПК занимают лидирующее положение, и их соотношение к язвам желудка составляет в этих регионах 20:1.

в) **лекарственные средства** – это, прежде всего, нестероидные противовоспалительные средства (НВПС), кортикостероиды, резерпин и др., которые обладают ulcerогенными свойствами.

г) ***Helicobacter pylori***. В 1984 году Австралийские микробиологи Б. Маршалл и Д. Уоррен подробно исследовали бактерию спиралевидной формы, выделенную из биоптата больного антральным гастритом. Установлено, что этот микроорганизм, получивший название *Helicobacter pylori*, является микроаэрофильной грамотрицательной оксидазо- каталазоположительной бактерией, продуцирующей большое количество ферментов, таких как уреазы, протеазы, фосфолипазы, которые, особенно уреазы, оказывают повреждающее действие на СО.

В настоящее время описано 9 видов и 2 штамма этой бактерии. Самой большой патогенностью обладают VacA-штамм и CagA-штамм. VacA – штамм вырабатывает вакуолизирующий цитотоксин, который приводит к гибели эпителиальной клетки. Штамм CagA, активирует ген, который кодирует специфический белок, оказывающий прямое повреждающее действие на слизистую желудка. *Helicobacter pylori* воздействует на эпителиальные клетки, и из слизистой оболочки высвобождаются цитокины (интерлейкин-8), фактор некроза опухолей, лизосомальные ферменты, что приводит к развитию воспаления в стенке желудка.

Повреждающий эффект бактерий зависит также от генетических особенностей макроорганизма и ряда других факторов (курение, диета и прочее), практическая значимость которых, в данном случае, невелика.

Исследования позволили раскрыть механизм воздействия *Helicobacter pylori* и доказать, что эрадикация возбудителя с помощью лекарственных комбинаций приводит к исчезновению симптомов болезни, ассоциированной с этим возбудителем. Быстрое и прогрессирующее течение гастродуоденита, рецидив язвы желудка или ДПК связаны с неэффективностью эрадикации и реже – с повторным заражением *Helicobacter pylori*. У части пациентов возникновение и прогрессирование ЯБ не соотносится с *Helicobacter pylori*, что, например, свойственно симптоматическим язвам.

Патогенез язвенной болезни

Патогенез язвенной болезни является сложным и до конца неясным. Теории объясняющей причины возникновения и развития язвенной болезни до настоящего времени так и не выдвинуто. Существует общепринятая концепция, которая объясняет возникновение ульцерогенеза, как изменение соотношения между факторами агрессии и защиты, известная как **«весы Шея»**.

Одна чашка весов представляет собой **факторы агрессии**, которые можно разделить на 2 группы:

а) **эндогенные** – гиперпродукция **соляной кислоты**, причем не только днем, но и ночью; избыточное содержание пепсиногена в сыворотке крови, нарушение моторно-эвакуаторной функции; гиперплазия главных и обкладочных клеток СО; аутоимунная агрессия;

б) **экзогенные** – пищевые (алиментарные), лекарственные, *Helicobacter pylori*.

Факторы защиты:

а) образование и **наличие слизи** (слизисто-эпителиальный барьер), которая способна нейтрализовать кислоту и тормозить пептическое переваривание стенки желудка;

б) **резистентность самой СО** к воздействию агрессивных факторов;

в) клеточная **регенерация** эпителия;

г) достаточное **кровообращение**;

д) **нейтрализующая** способность смеси, выделяемой ДПК и ПЖ, содержащей бикарбонаты,

е) эндогенные **простагландины**;

ж) антрумдуоденальный **кислотный «тормоз»**, который представляет собой цепь последовательных гуморальных реакций, обеспечивающих торможение соляной кислоты в конце пищеварения.

Международная классификация болезней (МКБ-10)

Выделяет 3 вида язв:

1. Язвенная болезнь желудка, в том числе пептическая язва пилорического, кардиального и субкардиального, тела желудка, антрального отдела желудка;

2. Язвенная болезнь 12-перстной кишки, всех отделов 12-перстной кишки;

3. Гастроеюнальная язва, представляет собой язву в месте анастомоза желудка, приводящей и отводящей петель тонкой кишки.

В практической медицине наиболее приемлемой является рабочая классификация, предложенная Ф.И. Комаровым:

Клиническая форма:

- острая
- впервые выявленная
- хроническая

Течение заболевания:

- латентное (скрытое)
- легкое (редко рецидивирующее)
- средней тяжести
- тяжелое (часто рецидивирующее)

Фаза заболевания:

- обострение
- затухающее обострение
- ремиссия

Размеры язвенного дефекта:

- небольшой (менее 0,5 см)
- средний (0,5- 1 см)
- крупный (1,1-3,0 см)

Стадия развития язвы:

- рубцующаяся
- стадия «красного рубца»
- стадия «белого рубца»
- длительно не рубцующаяся

Расположение язвы:

- желудок (кардиальный, субкардиальный, пилорический отдел, задняя стенка, большая кривизна и малая кривизна)
- 12-перстная кишка (луковица, постбульбарная часть, передняя, задняя стенки, малая и большая кривизна)

Осложнения:

- кровотечение
- пенетрация
- перивисцериты
- перфорация
- стеноз привратника
- малигнизация

Примерная формулировка диагноза:

1. Язвенная болезнь 12-перстной кишки, форма хроническая, течение редко рецидивирующее, фаза обострения; небольшая (0,4 см) язва в стадии «красного рубца» с локализацией по передней стенке луковицы 12-перстной кишки.

2. Язвенная болезнь желудка, впервые выявленная, течение средней тяжести, фаза обострения; средних размеров (0,8 см), с локализацией по малой кривизне, стадия “красного рубца”.

3. Язвенная болезнь желудка, часто рецидивирующего течения в фазе обострения, средних размеров язва пилорического отдела; осложнение – компенсированный стеноз привратника.

4. Язвенная болезнь ДПК в фазе обострения, часто рецидивирующее течение, с локализацией глубокой язвы (1,2 см) в основании луковицы ДПК (не исключается микропенетрация в ПЖ). Эрозивный бульбит. Выраженная деформация луковицы ДПК.

Клиническая картина

У большинства больных развитию типичной клинической картины язвенной болезни предшествует, так называемый **предъязвенный период** или **предъязвенное состояние**. Заболевание возникает, как правило, в зрелом возрасте, характеризуется развитием «стертых» симптомов язвенной болезни, но при исследовании пациента язвенный дефект часто обнаружить не удаётся.

Пациенты предъявляют жалобы на боли в подложечной области натощак («голодные»), ночью («ночные») и через 1,5-2 часа после еды («поздние»). Также беспокоит изжога, отрыжка кислым.

При пальпации живота отмечается болезненность «на кончике пальца» в эпигастрии или справа от средней линии живота.

При обследовании таких больных выявляется высокая секреторная активность желудочного содержимого, повышение активности пепсина, значительное снижение антродуоденального pH, ускоренная эвакуация содержимого в тонкую кишку.

Болевой синдром

Локализация боли – болевой синдром, как правило, локализуется в эпигастриальной области и слева от срединной линии – при язве желудка и справа – при язве 12-перстной кишки. У части пациентов наблюдается болевой синдром, который не укладывается в классические рамки.

Примерно 5% больных отмечают наличие боли в правом подреберье – **«холецистоподобный»** вариант. Эта форма заболевания свойственна более женщинам, особенно имеющим проблемы с желчным пузырем, причем в данном случае не имеет значения локализация язвенного дефекта.

Около 2% пациентов жалуются на боли за грудиной, в области мечевидного отростка – **«коронарогенный»** вариант болевого синдрома, что заставляет их долгое время наблюдаться и проходить лечение у кардиологов. Очень часто это больные в возрасте старше 50 лет, у которых заболевание сопровождается выраженным желудочно-пищеводным рефлюксом или грыжей пищеводного отверстия диафрагмы. Необходимо учитывать, что это может быть сочетанная патология ССС и желудка, что может значительно затруднить диагностику и проведение лекарственной терапии.

«Колитоподобный» вариант течения заболевания встречается у 5% больных. Боли локализуются, в основном, по ходу ободочной кишки и сопровождаются быстрым опорожнением желудка. Больные жалуются на усиление запоров или появление неустойчивого стула. Это наиболее трудный для диагностики вариант, наиболее часто он наблюдается при высоких язвах и

по клинике напоминает синдром раздраженного кишечника. Этой разновидности болезни свойственна выраженная сезонность обострения.

Выделяют **«оссалгический»** вариант болевого синдрома, при котором отмечается нестандартная локализация иррадиирующих болей – в левую или правую половину грудной клетки, в левую или правую лопатку, в межлопаточное пространство и грудной отдел позвоночника. Больные долгое время лечатся от остеохондроза, межреберной невралгии, миалгии, ИБС, а обнаружение язвы желудка становится иногда неприятной случайной находкой. У незначительной части пациентов встречается болевой синдром, который трудно квалифицировать (около 1%). При этом наблюдаются боли, не имеющие четкой локализации, «по всему животу», различной интенсивности и иррадиации, возникающие под воздействием различных факторов. Этот вариант наиболее свойственен множественным язвам желудка.

Еще один вариант болевого синдрома – локализация болей в околопупочной области и распространение её по всему животу, как это часто бывает, при поражении тонкой кишки **«энтероколитный»** вариант. Подобное течение болевого синдрома может наблюдаться при множественных или низко расположенных язвах.

В зависимости от времени приема пищи боли различают:

- ранние
- поздние
- ночные
- голодные

Ранние боли – появляются через 0,5-1 часа после еды, с постепенно нарастающей интенсивностью. Продолжительность болей – 1,5-2 часа, затем они постепенно исчезают.

Появление болей связано с раздражением язвенной поверхности кусочками пищи и соляной кислотой, а уменьшение и исчезновение боли – при эвакуации пищи из желудка. Ранние боли характерны для язв верхних отделов желудка и малой кривизны, но иногда они возникают из-за вовлечения в воспалительный процесс пищевода.

Поздние боли – возникают через 1,5-2 часа после еды; в ночное время – ***ночные, голодные*** – через 6-7 часов после еды. Эти боли наиболее характерны для локализации язвы в антральном отделе или 12-перстной кишке. Поздние боли могут наблюдаться при хроническом панкреатите, ночные – при раке ПЖ.

Голодные боли не встречаются больше ни при каком другом заболевании.

Интенсивность боли – чаще всего болевой синдром невыраженный, только у 1/3 пациентов боли интенсивные. Выраженность болевого синдрома зависит от активности язвенного процесса, вовлечения в него

серозной оболочки, порога болевой чувствительности и психологического статуса пациента. Наиболее интенсивные боли характерны для дистально расположенных язв желудка, глубоких язв (вне зависимости от локализации) и осложненных язв.

Иррадиация болей – обычно отсутствует. Если она появляется, это может свидетельствовать о присоединении осложнений или о вовлечении в патологический процесс соседних органов.

Характер боли – они могут быть ноющие, жгучие, сверлящие, режущие, схваткообразные.

Для язвенной болезни характерна **периодичность и цикличность боли**. А также **сезонность боли** – с обострениями весной и осенью и продолжаются от нескольких дней до 6-7 недель. «Сезонность» боли особенно характерна для ЯБ 12-перстной кишки и не наблюдается при язвах пилорического канала.

Диспепсический синдром

Синдром диспепсии редко становится ведущим в клинической картине язвенной болезни. Но, тем не менее, подчас он доставляет пациентам большие неудобства, значительно снижая качество жизни таких больных.

Наиболее частые симптомы диспепсии:

Изжога – вызывается забросом желудочного содержимого в пищевод и раздражением слизистой оболочки пищевода желудочным содержимым. Она может быть мучительной и нередко становится эквивалентом болей.

Изжога возникает или усиливается в положении лежа на спине или при наклоне туловища, и иногда может быть единственным субъективным признаком болезни. Ошибочным представлением больных, и даже иногда медицинских работников, является то, что они считают изжогу неизменным атрибутом повышенной секреции соляной кислоты.

Даже при «нулевой кислотности» может возникать мучительное чувство изжоги, которое обусловлено наличием в желудочном содержимом органических кислот, пепсина, желчи и панкреатического сока.

Отрыжка – наиболее характерна кислая или пустая отрыжка. Более чем у половины больных наблюдается отрыжка тухлой или съеденной пищей. Чаще всего этот симптом наблюдается при медиогастральной, не при дуоденальной язве.

Тошнота и рвота – как правило, эти симптомы характерны для обострения патологического процесса. Рвота приносит пациентам

облегчение, поэтому нередко случаи, когда больные сами вызывают рвоту, чтобы снизить интенсивность болевого синдрома.

Appetitus – при ЯБ обычно хороший и может быть даже повышен. Если наблюдается снижение аппетита, необходимо провести дополнительное обследование, так как это может свидетельствовать о развитии тяжелых осложнений (малигнизация язвы, пилоростеноз и т.д.).

Нарушение стула – чаще в виде запоров, при этом каловые массы имеют вид «**козьего**» или «**овечьего**». Запоры сочетаются с метеоризмом вследствие нарушения микрофлоры кишечника.

В зависимости **от локализации язвенного дефекта** клинические симптомы имеют свои **характерные особенности**.

Язвы кардиального и субкардиального отдела желудка.

Язвенный дефект располагается у самого пищеводно-желудочного соустья или не более чем на 5-6 см дистальнее.

Характерными особенностями язв этой локализации являются следующие:

- к моменту возникновения заболевания больным чаще всего **более 45-50 лет**

- **боли ранние, возникают через 15-20 мин.** после еды

- часто встречается **нетипичная локализация боли – за грудиной** или слева от нее, прекардиальной области, верхушке сердца и области мечевидного отростка

- иррадиация болей – в прекардиальную область, что обуславливает необходимость их дифференциации с ИБС

- болевой синдром выражен незначительно

- имеется склонность к осложнённому течению – наиболее часто возникает кровотечение, перфорация – редко

- отмечается резистентность к проводимой консервативной терапии

- язвы этой локализации часто сопровождаются грыжами пищеводного отверстия диафрагмы и рефлюкс-эзофагитом.

Язвы тела и угла желудка (медиогастральные).

Представляют наиболее частую локализацию язв желудка, особенно по малой кривизне (так называемая «**дорожка Вальдеера**»), и обнаруживаются в 36,8 – 68% всех язвенных поражений этого органа. Это наиболее классический вариант ЯБ:

- **боли развиваются в течение 1-1,5 часов** после еды

- различной интенсивности

- локализующиеся **в подложечной области**, под мечевидным отростком («**коронарогенный**» вариант), в области правого подреберья (реже)

- возможная иррадиация – за грудиной, в левую половину грудной клетки или в левое подреберье

- пациентов беспокоят тошнота, отрыжка, изжога, иногда рвота
- примерно у 10% пациентов отмечается появление неустойчивого стула (**«колитоподобный»** вариант)
- для язвы тела желудка наиболее характерен диспепсический вариант
- болевой синдром развит умеренно

Язвы антрального отдела желудка.

Язвы подобной локализации часто определяют как *препилорические*. Обнаруживаются преимущественно у **лиц молодого возраста**, чаще у мужчин. Клинические проявления язв антрального отдела напоминают таковые при дуоденальных язвах.

- **боли через 1-3 часа после еды и ночные боли**
- боли локализуются **в правой половине эпигастрия**, в правом подреберье и около пупка
- иррадиация болей в спину, правую половину грудной клетки и в правое подреберье
- беспокоит больных изжога, рвота кислым желудочным содержимым на высоте болей
- язвенная болезнь с локализацией язвы в антральном отделе протекает обычно с высокой кислотностью желудочного сока
- протекает с высоким процентом осложнений (кровотечения, прободение)
- у лиц молодого возраста отмечается относительная доброкачественность течения: высокая частота заживления и сравнительно короткие сроки рубцевания язвенного дефекта.

Язвы пилорического канала.

На долю язв этой локализации приходится 2-7,8% всех язвенных поражений желудка и 12-перстной кишки, развиваются, в основном у мужчин.

Клинические симптомы таких язв бывают обычно достаточно выраженными.

Пилорической язве свойственен «пилорический синдром»:

- боль
 - тошнота
 - рвота
 - выраженное похудание
 - боли по большей части локализуются в правой эпигастральной области
 - значительной интенсивности
 - нередко сопровождаются упорной рвотой после еды
 - боли без четкого суточного ритма или нерезкие
 - нередко – постоянные, длительные и независимые от приема пищи.
- Язвы пилорического канала протекают нередко очень упорно, могут быть осложнения:
- массивное кровотечение
 - пенетрация
 - прободение

– развитие рубцово-язвенного стеноза привратника, что часто обуславливает необходимость хирургического лечения пациентов.

Язвы большой кривизны желудка.

Встречаются редко (0,2-4,6% всех язвенных поражений). Выделение язв этой группы обусловлено **высокой частотой злокачественного характера** изъязвлений язв большой кривизны желудка, особенно при их расположении проксимальнее угла желудка и при величине язвенного дефекта более 1 см. Это обстоятельство требует обязательного повторного гистологического подтверждения доброкачественного характера язв большой кривизны.

Болеют чаще мужчины, каких-либо особенностей клиники язв этой локализации не отмечено.

Заживление обычное, но если язва рефрактерна к проведению медикаментозной терапии, необходимо дополнительное обследование на предмет озлокачествления процесса: повторное множественное биопсийное исследование из краев и дна язвы.

Внелуковичные (постбульбарные, ретробульбарные) язвы.

Обнаруживаются у 5-7% больных язвенной болезнью. Клинические проявления внелуковичных язв весьма разнообразны и часто атипичны. Болезнь протекает с симптоматикой других заболеваний, что приводит к тому, что больные годами лечатся от другой патологии.

Наиболее частым проявлением внелуковичных язв является:

– **боль**

– боли локализуются в правом верхнем квадранте живота, в спине или правой подлопаточной области, реже – в центре эпигастрия и даже в левом подреберье

– **боли длительные, тупые, ноющие, иногда очень интенсивные**, иррадиируют под правую лопатку и в спину

– часто боли возникают **через 2-4 часа после еды**

– ночные и голодные боли отмечаются гораздо реже, чем при ЯБДПК

– боли при приеме пищи прекращаются не сразу, а минут через 30-45, поэтому больные не имеют привычки снимать приступы едой

– второй по частоте **симптом ретробульбарных язв является кровотечение**. У 40% больных кровотечение является первым и единственным признаком заболевания

– иногда у пациентов развивается механическая желтуха, как следствие спазма сфинктера Одди или вследствие рубцового стеноза общего желчного протока в его терминальной части

– диагностика язв этой локализации крайне затруднена, даже при современном состоянии диагностической техники

– при рентгенологическом исследовании подкова 12-перстной кишки часто перекрывается тенью желудка

– эндоскопическая диагностика может быть невозможной из-за выраженной деформации луковицы и развившегося стеноза дуоденума.

Большие и гигантские язвы желудка и 12-перстной кишки.

Выявляются у 10-15% больных язвенной болезнью. К ним относят поражения, превышающие, соответственно, 2 и 3 см в диаметре.

– часто большие и гигантские язвы обнаруживаются у больных пожилого возраста

– гигантские язвы располагаются, в основном, по малой кривизне
– поражения отличаются склонностью к осложненному течению и характеризуются высокой частотой желудочно-кишечных кровотечений, перфорации и прободения

– язвенные поражения плохо поддаются консервативному лечению, что нередко заставляет врача прибегать к хирургическому лечению

– тип изъязвлений может быть проявлением первично-язвенной формы рака.

Сочетанные язвы (желудок и луковица ДПК).

Встречаются достаточно часто, от 5 до 28% случаев ЯБ.

– чаще болеют мужчины (соотношение 37:1)

– первичными являются язвы желудка и в дальнейшем к ним присоединяются язвы луковицы ДПК

– язве предшествует возникновение осложнений – кровотечение, перфорация, развитие стеноза привратника

– при развитии сочетания язв происходит изменение течения заболевания, на первое место чаще выходит клиника язвы 12-перстной кишки

– более интенсивными становятся боли, изменяется их локализация – становится более расплывчатой, меняется время появления болевого синдрома (через 2-2,5 часа после еды), течение заболевания ухудшается, у части пациентов восстанавливается или появляется сезонность обострений

– каждое обострение характеризуется ухудшением течения только одной язвы – либо желудочной, либо бульбарной, вместе они обостряются крайне редко

– сочетанные язвы отличаются тяжелым упорным течением и большой частотой осложнений

– иногда сочетанные язвы протекают малосимптомно и их находка при рентгенологическом или эндоскопическом обследовании становится неприятным сюрпризом.

Множественные язвы желудка.

Встречаются гораздо чаще, чем диагностируются, примерно у 2-17% пациентов.

– множественность поражения свойственна больше симптоматическим язвам (прием ulcerогенных препаратов, тяжелые стрессовые ситуации, тяжелые хронические заболевания внутренних органов и т.д.).

– локализуются они либо в желудке, либо в луковице ДПК («целующиеся» язвы)

– клиническая картина множественных язвенных поражений весьма разнообразна и может быть как полностью бессимптомной, так и очень тяжелой, с частыми серьезными осложнениями

– во всех случаях множественных язв желудка необходимо проведение дифференциальной диагностики с инфильтративной формой рака.

Особенности течения язвенной болезни у лиц пожилого возраста

Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки обнаруживается довольно часто у пациентов пожилого и старческого возраста. Около 10% среди всех больных с диагнозом язвенная болезнь составляют пациенты старше 60 лет.

У пациентов пожилого возраста с язвенной болезнью можно выделить **2 варианта** развития заболевания:

Длительно протекающая язвенная болезнь. Характерно возникновение язвенной болезни впервые в молодом и среднем возрасте с чередованием обострений и ремиссий в пожилом возрасте. Доля такого варианта течения составляет 30-50% всех случаев язвенной болезни у пожилых.

При длительно протекающей форме чаще встречаются сочетанные формы поражения, когда дефект выявляется и в желудке, и в 12-перстной кишке. Обострения более продолжительные, а также наблюдается более медленное рубцевание язвенного дефекта.

Поздняя язвенная болезнь. Возникновение заболевания впервые в пожилом возрасте отличается клинической картиной и течением. Патогенез поздней язвенной болезни основывается на нарушении равновесия факторов защиты и агрессии в сторону ослабления защитных свойств слизистой оболочки гастродуоденальной зоны. Такое состояние может развиваться при атеросклерозе сосудов желудка, снижающее трофику его слизистой оболочки.

Язвенная болезнь часто протекает совместно с такими заболеваниями как:

- ишемическая болезнь сердца
- гипертоническая болезнь
- сахарный диабет
- облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей
- хронические заболевания легких
- хронические заболевания крови
- другие заболевания с нарушениями микроциркуляции в слизистой желудка.

Поздние язвы гастродуоденальной зоны чаще всего **располагаются в субкардиальном** отделе и теле желудка. Часто такие язвы **протекают со скрытой или атипичной симптоматикой**: болевой синдром и диспепсические расстройства слабо выражены, могут отсутствовать периодичность болей и их связь с приемом пищи, а также сезонность обострений. Уровень

секреции соляной кислоты у больных язвенной болезнью пожилого возраста, обычно существенно ниже, чем у пациентов молодого и среднего возраста.

Течение заболевания чаще всего бывает тяжелым, несмотря на то, что заболевание протекает со стертой и малосимптомной клиникой. Более тяжелое течение обусловлено большими размерами язвенного. Более трети случаев язвы желудка у пожилых пациентов имеют большие или гигантские размеры. Частота желудочного кровотечения почти в 2 раза выше, у пожилых пациентов, в сравнении с пациентами молодого и среднего возраста. У 30% пожилых пациентов выявляют железодефицитную анемию, которая возникает в результате скрытых кровопотерь.

В случае выявления у пациента пожилого и старческого возраста язвы в желудке принципиально важно подтвердить доброкачественность язвы. Поэтому очень важным моментом является проведение дифференциальной диагностики.

Особенности течения язвенной болезни у лиц молодого возраста

Во второй половине XX века возраст лиц, страдающих ЯБ, сместился в сторону омоложения, причем основы заболевания начинают закладываться еще раньше – в детском и подростковом возрасте.

Отличительными особенностями ЯБ у лиц молодого возраста являются:

- острое начало заболевания
- часто дебют болезни в виде возникновения какого-либо осложнения (перфорация, кровотечение и т.д.)
- болевой синдром выявляется в 100% случаев, чему немало способствует сохраненная или даже повышенная кислотность
- язвенный дефект, как правило, небольших размеров, практически отсутствуют сведения о больших и гигантских язвах.

Язвенная болезнь и беременность

Беременность оказывает неоднозначное влияние на течение кислото-зависимых заболеваний, в том числе ЯБ. Считается, что если во время беременности происходит обострение заболевания, это означает её неблагоприятное течение, в 46-50% случаев такая беременность осложняется токсикозом.

Обострения ЯБ происходят в I и III триместрах, сопровождаясь типичной клинической картиной, но может быть полностью бессимптомное течение заболевания у беременных женщин. Редки и осложнения хронической формы ЯБ. При возникновении осложнений они протекают значительно тяжелее, и труднее диагностируются, что грозит жизни матери и плода. Осложнения обычно возникают в сроки, близкие к родам или сразу после родов.

Обострения ЯБ чаще бывают у женщин с угрозой преждевременного прерывания беременности, а также у женщин, у которых предыдущая беременность закончилась неблагоприятно, например, если рождается больной ребенок.

Осложнения язвенной болезни

При неосложненном течении язвенной болезни можно выделить чередование периодов обострения, длительностью от 3-4 до 6-8 недель и ремиссии, которая может продолжаться от нескольких месяцев до нескольких лет.

При воздействии факторов агрессии могут возникнуть осложнения заболевания. К осложнениям относятся:

- кровотечение из язвенного дефекта
- развитие перивисцерита
- перфорация язвы
- пенетрация язвы
- стеноз привратника рубцом
- малигнизация язвы

Кровотечение при язвенной болезни – встречается у 15-20% пациентов язвенной болезнью.

Симптомы кровотечения:

- слабость
- рвота цвета «кофейной гущи»
- черный дегтеобразный стул (мелена).

Для появления мелены необходимо, чтобы в полость желудка выделилось не менее 80 мл крови, а некоторые называют и более высокие цифры кровопотери – до 250 мл. Кровотечение, особенно массивное, проявляется:

- внезапная **слабость**
- **обильный пот**
- **бледность кожи**
- **похолодание конечностей**
- **мягкий пульс**
- **тахикардия**
- **снижение АД**

– иногда пациенты отмечают исчезновение болевых ощущений при кровотечении (с-м Бергмана).

Перфорация или прободение язвы – наблюдается у 5-15% пациентов, чаще встречается у мужчин и иногда проявляется как дебют заболевания. Перфорации предшествуют физические нагрузки, употребление алкоголя, переедание. Развитию этого осложнения иногда предшествует усиление болей в брюшной полости, но у 25% больных оно развивается внезапно, на фоне «немного» течения заболевания.

– больной испытывает **острейшие боли «кинжального» характера в верхней половине живота**, которые быстро охватывают всю брюшную полость

– **рвота**

– **«доскообразный» живот**

– **исчезает печеночная тупость**

– наблюдается повышение температуры

– замедляется пульс

– иногда после острого приступа пациент отмечает некоторое улучшение состояния, которое быстро сменяется резким ухудшением с развитием картины разлитого перитонита.

Пенетрация – разрушение язвенным процессом всех слоев стенки желудка или 12-перстной кишки с вовлечением в патологический процесс соседних органов и тканей. Пенетрация считается своеобразным вариантом прикрытой перфорации, когда происходит полное исчезновение стенки органа и дном язвы становится соседний орган или ткань.

– **меняется характер болей – они становятся упорными**, которые мало зависят от приема пищи

– нередко наблюдается повышение температуры независимо от времени суток

– в крови – ускорение СОЭ

Перивисцериты – проявляется развитием спаечного процесса между желудком или 12-перстной кишкой и соседними органами.

– характерно **усиление болей, которые нарастают после еды, при физических нагрузках**, вибрации или даже при повороте тела

– нередко отмечается лихорадка

– ускорение СОЭ

Стеноз привратника – развивается при язвах пилорического канала или луковицы 12-перстной кишки, которые заживают с образованием грубых рубцов. Стеноз может возникнуть и после оперативного вмешательства, когда производится ушивание язвы, в том числе прободной, особенно на фоне имеющегося воспалительного процесса СО. В клинической картине появляются такие симптомы:

– **рвота (чаще во второй половине дня) съеденной накануне пищей**

– **частая отрыжка с запахом сероводорода**

– **упорные многодневные запоры**

– **метеоризм**

– **полное отсутствие аппетита**

– **похудание**

– **сухость кожи и слизистых**

– **«поздний шум плеска»** – характерный признак стеноза привратника, который возможно обнаружить при глубокой пальпации

– декомпенсированный стеноз проявляется в виде электролитных нарушений (симптомы гипокалиемии, гипомagneмии и т.д.).

Малигнизация – наблюдается у 2-10% пациентов.

Меняется клиническая картина:

- появляется или усиливается **немотивированная слабость**
- **практически полностью исчезает аппетит**
- **боли становятся постоянными**, не зависят от приема пищи и антацидов, не являются слишком интенсивными
- развивается тяжелый анемический синдром
- при появлении подобной симптоматики, особенно у лиц пожилого возраста, необходимо предположить перерождение язвы, особенно, если речь идет о язвенной болезни желудка.

Диагностика

Обследование при язвенной болезни и подозрении на неё должно включать в процессе лечения определение следующих параметров:

- **ОАК** (при наличии отклонении от нормы, повторять каждые 10 дней)
- **1 раз:**
 - группа крови и Rh
 - анализ кала на скрытую кровь
 - ОАМ
 - железо сыворотки крови
 - уровень кислотности желудка (рН-метрия)
 - гистологические и цитологическое исследование биоптата
 - уреазный тест на определение *Helicobacter pylori*
 - УЗИ печени, желчных путей и поджелудочной железы
 - рентгенологическое исследование желудка и 12-перстной кишки
- **2 раза:** эзофагогастродуоденоскопия
- **дополнительно:** при предположении на злокачественную опухоль-язву, а так же при наличии осложнений и сопутствующих заболеваний проводят гистологическое исследование
- **по показаниям:** консультации специалистов.

Одним из основных методов лечения ЯБ является эрадикация (уничтожение, удаление) *Helicobacter pylori*. Перед эрадикационной терапией необходимо осуществить диагностику на наличие микроорганизма.

Диагностика *Helicobacter pylori* осуществляют методами, выявляющими непосредственно бактерию или продукты её метаболизма в организме больного.

В настоящее время используют следующие методы:

1. Бактериологический – после взятия биоптата слизистой оболочки желудка, ее высеивают на дифференциально-диагностическую среду. Далее выделяют чистую культуру и определяют чувствительность к антибиотикам.

2. Биохимические методы:

2.1. Быстрый уреазный тест – основывается на определении количества уреазы в биоптате слизистой оболочки желудка при помещении его в среду, содержащий индикатор.

2.2. Уреазный дыхательный тест с меченой мочевиной – измерение в выдыхаемом воздухе изотопов ^{13}C . Изотопы выделяются в результате расщепления в желудке больного меченой мочевины под воздействием уреазы выделяемой *Helicobacter pylori*.

3. Морфологические методы:

3.1. **Гистологический** метод для изучения материалов биопсий (не менее 3) тела и антрального отдела желудка;

3.2. **Цитологический метод** – выявление *Helicobacter pylori* в слое пристеночной слизи;

4. Иммунологические методы:

4.1. **Выявление антигена *Helicobacter pylori* в кале** (слюне, зубном налете, моче);

4.2. **Выявление антител к *Helicobacter pylori* в крови с помощью ИФА;**

5. Молекулярно-генетические методы:

ПЦР для изучения биоптатов слизистой оболочки желудка, ПЦР проводится не столько для выявления *Helicobacter pylori*, сколько для верификации штаммов *Helicobacter pylori* (генотипирование), а том числе молекулярно-генетических особенностей, определяющих их вирулентность и чувствительность к кларитромицину.

Дифференциальная диагностика

ЯБ необходимо дифференцировать с **симптоматическими язвами**, развитие которых связано с некоторыми фоновыми заболеваниями или с конкретными этиологическими факторами.

Симптоматические язвы чаще всего развиваются остро, иногда дебютом их является кровотечение или перфорация дефекта. Эти язвы протекают с симптоматикой, не характерной для истинной ЯБ, имеют стертую клиническую картину, отсутствие сезонности и периодичности при обострении.

– **Стрессовые** – длительном хроническом психоэмоциональном напряжении, после оперативных вмешательств, шоке, тяжелых ранений и травм, при обширных ожогах (язвы Карлинга), ОНМК (язвы Кушинга) и т.д.

– **Эндокринные** – при гиперпаратиреозе, болезни Иценко-Кушинга, при синдроме Золлингера-Эллисона. В последнем случае морфологическим субстратом является гастринпродуцирующая опухоль, располагающаяся, чаще всего в поджелудочной железе, но иногда – в 12-перстной кишке, печени, селезенке.

При этой патологии язвы множественные, плохо заживающие, резистентные к проводимой терапии, часто осложняются кровотечениями.

Ведущими признаками являются выраженный болевой синдром и упорная диарея. Даже после операции резекции желудка или 12-перстной кишки и после ваготомии практически всегда наблюдается рецидив язвы в культе или образуется язва анастомоза. Часто изъязвления захватывают нижний отрезок пищевода или начальные сегменты тощей кишки.

– **При заболеваниях внутренних органов** – достаточно часто возникают при целом ряде заболеваний внутренних органов:

- печени (гепатогенные),
- поджелудочной железы (панкреатогенные),
- атеросклерозе,
- ХОБЛ,
- застойной сердечной недостаточности,
- патологии почек, осложнившейся ХПН, гемодиализе;
- эритремии,
- карциноидном синдроме,
- НЯК,
- болезни Крона,
- системных поражениях соединительной ткани и другие

– **Гепатогенные язвы** развиваются в результате нарушения кровотока в портальной системе (иногда их называют портальная гастропатия), когда снижается инактивация гистамина и гастрина в печени, вследствие её хронической недостаточности, и повышается их содержание в крови.

Клиника гепатогенных язв скудная, иногда дебютом заболевания и единственным симптомом являются желудочные кровотечения, которые необходимо дифференцировать с кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода. Эти язвы плохо поддаются проводимой терапии, причем необходимо учитывать, что некоторые противоязвенные препараты (Н₂-блокаторы) являются гепатотоксичными.

Панкреатогенные язвы развиваются вследствие снижения секреции панкреатического сока, точнее бикарбонатов, а также при алкогольном панкреатите. Чаще всего они локализуются в ДПК, дают типичную клиническую картину, имеют меньшую склонность к кровотечениям.

Симптоматические язвы при ХОБЛ связаны с длительной гипоксией СО желудка и ДПК. Они характеризуются слабо выраженным болевым синдромом, но имеют высокую склонность к кровотечениям. При *распространенном атеросклерозе*, особенно при облитерации сосудов нижних конечностей и брюшного отдела аорты возникают большие и гигантские язвенные дефекты, отличающиеся высокой частотой кровотечений и резистентностью к проводимой терапии.

Лекарственные препараты, которые чаще всего вызывают образование язв – НПВС, глюкокортикоиды, атофан, кофеин, резерпин.

Группа НПВС – часто используемые в лечебной практике препараты. С возрастом их частота применения увеличивается. Противовоспалительные принимают от 10 до 40% людей пожилого возраста, из них 6% – более 9 месяцев в году. Использование данных препаратов улучшает качество жизни этих больных. Бесконтрольный и продолжительный прием НПВП приводит к увеличению частоты развития побочных эффектов, связанных с поражением слизистой оболочки. Такое поражение, называется **НПВС-гастропатией**.

НПВС-гастропатию выявляют у 70% больных, которые регулярно принимают НПВС на протяжении 6 недель и более.

Симптомы гастропатии:

- тошнота
- чувство тяжести
- боли в эпигастральной области
- вздутие живота
- анорексия и другие диспепсические расстройства.

Образование язв в желудке происходит в среднем у 20%, а в ДПК – 10%. Возникновение гастро- и дуоденопатии и желудочных и дуоденальных кровотечений зависит от препарата, его дозы, продолжительности приёма.

Наименьшим риском возникновения этого осложнения обладают **целекоксиб, ибупрофен, мелоксикам**, а **наибольшим** – кеторолак, пироксикам, индометацин, бутадион (фенилбутазон).

Средний риск отмечен от использования таких препаратов как аспирин, диклофенак, напроксен, нимесулид.

Факторы риска развития гастро- и дуоденопатий, обусловленных применением НПВС относят:

- возраст старше 65 лет;
- язвенная болезнь в анамнезе;
- курение;
- приём алкоголя;
- одновременный приём антикоагулянтов и кортикостероидов;
- регулярное применение НПВС более 6 недель;
- использование высоких доз препаратов;
- внутримышечное введение НПВС.

Патогенез НПВС-гастропатии обусловлен механизмом действия НПВС – **подавление выработки простагландинов и блокадой фермента циклооксигеназы (ЦОГ)**. Этот процесс происходит не только в очаге воспаления, но и в слизистой желудка. Развитие гастропатии можно рассматривать как одно из системных побочных эффектов.

НПВС оказывают прямое повреждающее воздействие на слизистую оболочку желудка, так и опосредованное. Снижение синтеза простагландинов приводит к разрыву защитного слизистого барьера и в обратной диффузии ионов H^+ с повреждением тканей. Под действием НПВС в тканях образуются ряд биологических медиаторов (цитокины, лейкотриены, компонент $C5a$ комплемента), они способствуют адгезии нейтрофилов и образованию в сосудах СО «белых» тромбов, которые вызывают нарушение кровотока и ишемию.

Всем больным, которые имеют риск развития НПВС-гастропатий **необходимо проведение эндоскопического исследования верхних отделов ЖКТ**. Особенно при эпигастральных болях, изжоге, тошноте, рвоте, аноксии и анемии.

Признаки поражения при эндоскопическом исследовании:

- наличие гиперемии,
- отёка,
- кровоизлияний,
- эрозий,
- изъязвлений
- отсутствие характерного для язвенной болезни воспалительного вала
- изменения располагаются в антральном отделе, реже – в теле желудка и в ДПК.

При отмене препаратов симптомы и изменения в слизистой оболочке обычно проходят.

Рекомендации по ведению больных, принимающих НПВП:

– при наличии показаний к применению НПВС целесообразно начинать лечение с ибупрофена (1200 мг/сутки) или целекоксиба (200 мг/сутки), которые в указанных дозах являются наименее агрессивными препаратами для СО желудка и ДПК. Более действенные препараты могут быть использованы только при отсутствии эффекта. Суточные интервалы в приёме этих препаратов должны быть точно соблюдаемы и соответствовать периоду их полураспада.

– наличие у пациента трёх, а у ослабленных больных двух из перечисленных ниже факторов риска развития гастропатии и дуоденопатии является показанием к проведению эффективной и хорошо переносимой профилактической терапии: возраст старше 65 лет; язвенная болезнь в анамнезе или наличие гастродуоденальных изъязвлений при проводившемся ранее лечении НПВС, глюкокортикоидами и антикоагулянтами.

Злокачественные новообразования – рак желудка может иметь форму и напоминать внешне и клинически язву желудка.

Выделяют формы злокачественных опухолей желудка:

- первично-язвенная
- рак из хронической язвы
- блюдцеобразный рак
- инфильтративно-язвенная форма.

Для первично-язвенной формы рака желудка характерны *следующие признаки*:

- короткий анамнез заболевания менее 1 года,
- расположение язвенного дефекта на большой кривизне желудка,
- большие размеры язвы,
- выраженное похудание
- отсутствие аппетита,
- анемия
- ускорение СОЭ
- гистаминустойчивая ахлоргидрия
- симптом "ниши" неправильной формы с неровными контурами, обрыв складок слизистой оболочки,
- ригидность стенки желудка в месте поражения и др.



Рис. 1. Признаки доброкачественной язвы и рака желудка

Лечение язвенной болезни

В лечении ЯБ можно выделить 3 периода:

1. Терапия в период обострения.
2. Реабилитационный период. Его проводят после стихания обострения, и продолжается до восстановления структурно-функциональных нарушений гастродуоденальной системы и наступления стойкой ремиссии.
3. Профилактические мероприятия по профилактике возникновения рецидивов и увеличению длительности ремиссии.

При установлении диагноза необходимо решить вопрос о том, где пациент должен лечиться – амбулаторно, в дневном стационаре, в терапевтическом или хирургическом стационаре.

В период обострения больным часто рекомендуется госпитализация, но это касается, прежде всего, язвенной болезни желудка, в то время как пациенты с ЯБДПК госпитализируются реже.

Показания к консервативному, прежде всего медикаментозному, лечению больных в амбулаторно-поликлинических условиях:

1. Больные любого возраста без сопутствующих тяжелых заболеваний, с неосложненными формами ЯБ, с размерами язвенного дефекта до 0,6 см;
2. С умеренным или значительным, но нестойким болевым синдромом;
3. Редко рецидивирующая язвенная болезнь;
4. Пациенты с нерезко выраженной деформацией желудка и 12-перстной кишки без признаков стенозирования;
5. При отсутствии обострения сопутствующих заболеваний и возможности пациента (по социально-экономическим соображениям) лечение в амбулаторно-поликлинических условиях.

При **отсутствии положительного эффекта** в ликвидации болей и явлений диспепсии, заживления язвенного дефекта за 3 недели лечения, больных целесообразно **направлять в терапевтический** (по возможности в гастроэнтерологический) **стационар** для дальнейшего лечения и уточнения диагноза.

Показания для лечения в терапевтическом (гастроэнтерологическом) отделении:

1. Впервые выявленная язвенная болезнь;
2. Выраженный упорный болевой синдром, продолжительностью более 14 дней;
3. Больные с большими (2 см и более), глубокими язвами;
4. Больные с язвами малых размеров при наличии эрозивного процесса в желудке и 12-перстной кишке;

5. Часто рецидивирующая язвенная болезнь (обострения продолжительные и наблюдаются ежегодно или чаще 1 раза в год);
6. Пациенты с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, особенно в стадии обострения;
7. Язвенная болезнь с множественными язвами, требующая уточнения диагноза;
8. Больные пожилого и старческого возраста, особенно с большими или гигантскими язвами;
9. Больные, у которых 3-х недельное правильно проведенное медикаментозное лечение оказалось недостаточно эффективным;
10. Язвенная болезнь с пенетрирующей язвой или с компенсированным стенозом привратника в случае отказа пациента от оперативного лечения.

Сроки пребывания в терапевтическом стационаре определяются:

- самочувствием и объективным состоянием больного
- сроками, определяемыми страховой медициной для пребывания пациента в стационаре
- желанием больного провести весь курс лечения в стационаре в условленные сроки.

В среднем, длительность стационарного лечения составляет при ЯБЖ и гастроеюнальной язве **20-30 дней**, а при ЯБДПК – **10 дней**, из которых в первую неделю необходимо рекомендовать пациенту постельный режим.

Показания для госпитализации в хирургический стационар:

1. Острое кровотечение или угроза его возникновения (при эндоскопии – налет темного цвета и тромбированные сосуды на дне язвы);
2. Пенетрация, перфорация;
3. Резкая деформация желудка или 12-перстной кишки, стеноз привратника;
4. Язвенная болезнь с длительно незаживающей язвой;
5. Язвенная болезнь, осложненная малигнизацией язвы (возможно сразу же направлять пациента в онкологический стационар или отделение).

Терапию заболевания необходимо начинать с **диетических рекомендаций**. Выздоровление и профилактика осложнений зависят от поведения больного и от организации питания. Рацион должен быть полноценным, состоять из разнообразных продуктов и блюд, содержащих достаточное количество всех основных пищевых веществ (белки, жиры, углеводы, витамины, особенно группы В, С, А).

Основные принципы лечебного питания

- а) **дробность** – пищу необходимо принимать 4-6 раз в день, малыми порциями, соблюдая ритм независимо от стадии заболевания;
- б) **механическое, термическое и химическое щажение** гастродуоденальной области. Классическими вариантами диеты при ЯБ, рекомендованными Институтом питания РАМН, считаются лечебные столы № 1 – 1а, 1б,

собственно 1. Продолжительность пребывания на каждом из вариантов не должна составлять более одной недели.

Диета № 1 – рассчитана на применение её в течение 1-1,5 месяцев, а при необходимости и несколько дольше. В настоящее время наблюдается отход от слишком строгих диет (1а, 1б), рекомендуется «протертый» и «непротертый» варианты диеты № 1. Дело в том, что излишне щадящая пища неблагоприятно влияет на опорожнение кишечника и желчного пузыря, вызывая запоры и ухудшая процессы регенерации. Естественно, что в первые дни обострения заболевания, пища должна быть более щадящей, причем на 5-7 дней лучше исключить хлебобулочные изделия.

В день пациент должен употреблять 100 г белков (соотношение животного и растительного белка 1:1); 100 г жиров (из них 60% растительных); 450 г углеводов; общий калораж составляет 2000-2200 ккал.

Кроме того, различают 2 варианта основной диеты – **щадящий и гипокалорийный**. Щадящий предусматривает вышеописанный принцип первых столов, гипокалорийный вариант ограничивает углеводы (за счет моно- и дисахаридов) и животные жиры; применяется при сопутствующем сахарном диабете и ожирении.

Разрешаются:

– **супы** – слизистые из рисовой, овсяной, гречневой, манной и перловой крупы с добавлением яично-молочной смеси; молочные с вермишелью или тонко порезанной домашней лапшой; овощные на некрепких бульонах, картофельный, морковный;

– **мясные блюда** – приготовленные из нежирных сортов мяса (говядина, телятина, кролик, курица, индейка) – вначале в виде паровых кнелей, суфле, фрикаделек, а затем – пюре, рулеты, котлетки;

– **рыба** – рекомендуется рыба нежирных сортов (треска, щука, хек серебристый, ледяная рыба, навага), в виде паровых блюд или отварная;

– **каши** – жидкие и полужидкие, протертые – рисовая, овсяная, манная, гречневая, перловая, «Геркулес» – на молоке или сливках; суфле и пудинги из протертых круп; при приготовлении пудингов необходимо убирать корочку;

– **яйца** – приготовленные всмятку или в виде омлета; – молоко и молочные продукты – можно применять цельное молоко (с осторожностью из-за опасности вызвать жидкий стул), сгущенное, сливки натуральные и взбитые, свежеприготовленный некислый и нежирный творог, суфле из творога; свежая некислая сметана;

– **овощи** – отварные и вначале протертые: картофель, морковь, свекла (исключить при склонности к кровоточивости, из-за опасности проглотить начавшееся кровотечение), кабачки, цветная капуста, тыква, зеленый горошек;

– **жиры** – сливочное и растительное (лучше оливковое) масло, добавлять только в готовое блюдо;

- **кисели, муссы, желе** – из сладких сортов фруктов;
- **напитки** – некрепкий чай (лучше с молоком), отвар шиповника, компот из сухофруктов, соки из нектарных сортов ягод и фруктов, лучше с мякотью; минеральная негазированная вода (не более 0,5 л в сутки);
- **хлеб и мучные изделия** – хлеб белый подсушенный, сухари из белой муки высшего качества, печенье несдобное; блюда из вермишели, макарон, домашней лапши.

Исключаются: свинина и баранина (даже постные), гусь, утка – в жареном, копченом, вяленом виде; все виды консервированных продуктов и копченостей; соленая и жирная рыба; крутые яйца и яичница-глазунья; бобовые, репа, редька, капуста белокочанная, картофель в «мундире», очень осторожно употреблять томаты и изделия из них; лук, чеснок, лавровый лист, горчица, перец, маринады с уксусом, кетчуп; сдобное тесто, черный хлеб, блины и оладьи; кислые фрукты и овощи, особенно в сыром виде; крепкий чай, кофе, какао, квас, газированные напитки, консервированные компоты.

Для пациентов с склонностью к кровоточивости разработана диета, названная «**диетой Мейленграхта**» и упорядоченная в дальнейшем Институтом питания РАМН. Согласно рекомендациям, даже в период кровотечения больные должны полностью исключать пищу только на 1-2 дня. Затем пациент переводится на лечебную диету № 1а, которая содержит повышенное количество белка (до 130-140 г), сниженное количество жира (не более 60-70 г). Пища должна быть протертой, полужидкой, холодной (желательно не теплее 15°), употребляться малыми порциями. Некоторыми диетологами и клиницистами даже рекомендовалось давать больным в этот период мороженое небольшими дозами (молочное, сливочное), так как оно очень питательно и в то же время является холодным продуктом, что немаловажно для гемостаза. Через 7-11 дней диета постепенно расширяется и больной переводится на лечебный стол № 1 на срок не менее 2-3 месяцев.

Медикаментозная терапия. В настоящее время рекомендации по диагностике и лечению кислотозависимых заболеваний, в том числе ассоциированных с *Helicobacter pylori*, на основании результатов исследований, проведенных в России, нашли отражение в VI Московских соглашениях и которые согласуются с пятым Маастрихтским соглашением.

Основные положения медикаментозной терапии язвенной болезни:

- влияние на факторы агрессии и/или защиты;
- выполнение эрадикационной терапии при язвенной болезни, ассоциированной с *Helicobacter pylori*;
- назначение пациенту при необходимости медикаментозных средств, купирующих проявления диспепсии улучшающих психоэмоциональное состояние больного;

- коррекция медикаментозной терапии с учетом сопутствующих заболеваний и развившихся осложнений;
- учитывать индивидуальные особенности при назначении лечения (возраст, пол, масса тела, аллергические реакции на препараты, комплаенс, психологический настрой больного);
- принимать во внимание стоимость назначаемых препаратов.

С целью улучшения эффективности диагностики и лечения больных с ЯБ были приняты Стандарты «Диагностика и терапия кислотозависимых заболеваний, в том числе ассоциированных с *Helicobacter pylori*».

Выбор варианта зависит:

- от характеристики самого язвенного дефекта – размер, локализация, длительность течения и т.д.;
- от индивидуальной переносимости и резистентности пациента к различным препаратам;
- от наличия в стационаре или аптечной сети тех или иных препаратов на момент назначаемого лечения;
- от финансовой возможности пациента при лечении его в амбулаторных условиях.

Наиболее часто используемыми препаратами являются **антациды**. Они обладают рядом весьма важных свойств, делающих их незаменимыми в лечении кислотозависимых заболеваний, в том числе при язвенной болезни.

1. Во-первых, они обладают большой буферной (нейтрализующей) емкостью, блокируя соляную кислоту.

2. Во-вторых, очень важным свойством антацидов является их протективный эффект, связанный со стимуляцией простагландинов.

3. В-третьих, – они, как выяснилось, связывают желчные кислоты и лизолецитин, не уступая в этом холистерамину.

И, наконец, антацидные препараты связывают эпителиальный фактор роста и фиксируют его в месте язвенного дефекта, тем самым повышают репаративно-регенеративный процесс.

Требования к современным антацидным препаратам:

- быстрое начало действия;
- продолжительное действие;
- максимальный антацидный эффект;
- оптимальный буферный эффект (поддержание значения pH 3,0 – 3,5);
- отсутствие «синдрома рикошета»;
- хорошая адсорбция пепсина, желчных кислот, изолецитина;
- оптимальное соотношение алюминия и магния;
- малое количество и низкая частота побочных эффектов;
- наличие жидкой лекарственной формы препарата;
- хорошие органолептические свойства.

Антациды подразделяются на две большие группы – всасывающиеся и невсасывающиеся.

К всасывающимся антацидным препаратам относят:

- сода (бикарбонат натрия)
- магния карбонат основной
- кальция карбонат основной
- окись магния
- смесь Бурже (сернокислый натрий + фосфорнокислый натрий + бикарбонат натрия)
- Тамс (кальция карбонат + магния карбонат).

Препараты этой группы быстро нейтрализуют соляную кислоту, но действие их крайне не продолжительно. Характерен **«синдром рикошета»**, т.к. они вызывают сильное газообразование, а оно, в свою очередь, стимулирует желудочную секрецию. Поэтому прием препаратов этой группы рекомендуется проводить разово, но ни в коем случае не использовать их постоянно и длительно.

Невсасывающиеся антациды – препараты, которые в наибольшей степени отвечают всем необходимым требованиям. Они представляют лекарственные вещества моно-, двух- и трехкомпонентные сочетания алюминия и магния.

К ним относятся:

- монокомпонентный *фосфалюгель*
- двухкомпонентные *гелусил, маалокс, рутацид, алмагель, ромагель, тальцид, магалфил, протаб*
- трехкомпонентные: *алмагель-нео* (с добавлением ветрогонных средств), *топалкан, гевискон* (с добавлением алгината).

При использовании указанных антацидов необходимо учитывать некоторые их свойства. Например, особенностью действия магнийсодержащих препаратов являются, кроме антипептической способности, усиление слезеобразования, усиление моторики, усиление резистентности слизистой оболочки желудка. Действие препаратов, содержащих алюминий, заключается в увеличении выработки простагландинов, создании пленки на поверхности поврежденных тканей, адсорбция желчных кислот, пепсина и лизолецитина, снижение моторики.

Антацидные препараты рекомендуется принимать **через 45-60 минут после еды**, так как в этом случае они продолжают антацидный эффект пищи, что приводит к более быстрому купированию болевого синдрома.

Наиболее частые побочные эффекты:

- запор
- метеоризм
- отрыжка
- небольшая сонливость (при приеме больших доз)

- тошнота
- иногда признаки магниевого интоксикации (мышечная слабость, снижение рефлексов, парезы, нарушение сердечного ритма, у пожилых пациентов могут сильнее проявляться симптомы остеопороза).

На основе этих препаратов построены современные схемы лечения ЯБ и других кислотозависимых заболеваний, как ассоциированных с *Helicobacter pylori*, так и при её отсутствии в организме.

Антисекреторные препараты являются основой терапии при обострении язвенной болезни; их назначают с целью уменьшения болевого синдрома и диспептических симптомов, а также более быстрого рубцевания.

Назначение ИПП рекомендовано применять в стандартных дозировках: омепразола – 20 мг/сут., пантопрозола – 40 мг/сут., лансопрозола – 30 мг/сут., эзомепразол – 20 мг/сут., рабепразол – 40 мг/сут. Продолжительность лечения назначается по результатам эндоскопического контроля, который проводится через 2 недели до рубцевания язвы.

Отсутствие различий в лечении язв желудка и двенадцатиперстной кишки, является важным современным подходом к лечению.

После подтверждения доброкачественного характера язв желудка и двенадцатиперстной кишки, лечение этих больных проводится одинаково. Различие заключается в продолжительности курса фармакотерапии. Язвы желудка рубцуются медленнее, чем дуоденальные, контроль рубцевания язв желудка проводится не через 4 и 6 недель, как при язвах двенадцатиперстной кишки, а соответственно, через 6 и 8 нед. после начала приема препаратов.

В настоящее время, когда признано проведение для противорецидивного лечения ЯБ эрадикационной антигеликобактерной терапии, показания к поддерживающей фармакотерапии антисекреторными препаратами значительно сузились. Она считается необходимой у больных, ЯБ которых протекает без обсеменения слизистой оболочки желудка *H. pylori*, у больных, для которых, по меньшей мере, 2 попытки антигеликобактерного лечения оказались неудачными, а также у пациентов с осложненным течением заболевания.

Антигеликобактерная терапия

К настоящему времени накоплено большое число научных данных, которые свидетельствуют о решающем значении *H. pylori*, в патогенезе ЯБ. Эрадикация *H. pylori*, эффективно для заживления язвы, но и в долгосрочной перспективе предотвращает случаи рецидивов заболевания.

В соответствии со стандартами доказательной медицины, антигеликобактерная терапия хорошо изучена. После успешной эрадикации *H. pylori*, рецидивы при длительном наблюдении наступают в 6% случаев, а при ЯБ желудка – в 4% случаев. Эрадикационная терапия при ЯБ является необходимым и обоснованным лечебным мероприятием.

**Схемы эрадикационной терапии
инфекции *Helicobacter pylori***

Варианты эрадикационной терапии 1 линии:

Вариант 1

ИПП в стандартной дозировке × 2 раза в сутки

+ Амоксициллин 1000 мг × 2 раза в сутки

+ Кларитромицин 500 мг × 2 раза в сутки

Длительность приема: 10-14 дней.

Вариант 2:

ИПП в стандартной дозировке × 2 раза в сутки

+ Метронидазол 500 мг × 3 раза в сутки

+ Тетрациклин 500 мг × 4 раза в сутки

+ Висмута трикалия дицитрат 240 мг × 2 раза в сутки

Длительность приема: 10-14 дней

Вариант 3

ИПП в стандартной дозировке × 2 раза в сутки

+ Амоксициллин 1000 мг × 2 раза в сутки

+ Кларитромицин 500 мг × 2 раза в сутки

+ Метронидазол 500 мг × 3 раза в сутки

Длительность приема: 10-14 дней

Вариант 4

Применяется при наличии у пациента **поливалентной аллергии** или непереносимости стандартных схем терапии.

А) Висмута трикалия дицитрат по 120 мг 4 раза в сутки/240 мг 2 раза в сутки

Длительность приема: 28 дней

Б) ИПП в стандартной дозировке +30% водным р-р прополиса (100 мл два раза в сутки)

Длительность приема: 14 дней

Вариант 5

Переменяется при атрофии слизистой оболочки желудка **с ахлогидрией**.

Амоксициллин 1000 мг × 2 раза в сутки

+ Кларитромицин 500 мг × 2 раза в сутки

+ Висмута трикалия дицитрат 240 мг × 2 раза в сутки

Длительность приема: 10-14 дней

При отсутствии эффекта от терапии первой линии – назначают вторую линию терапии.

Терапия второй линии:

Вариант 1

ИПП в стандартной дозировке × 2 раза в сутки

+ Амоксициллин 1000 мг × 2 раза в сутки

+ Кларитромицин 500 мг × 2 раза в сутки

+ Висмута трикалия дицитрат 240 мг × 2 раза в сутки

Длительность приема: 10-14 дней

Вариант 2:

ИПП в стандартной дозировке × 2 раза в сутки

+ Амоксициллин 1000 мг × 2 раза в сутки

+ Левофлоксацин 500 мг × 2 раза в сутки

Длительность приема: 10-14 дней

Вариант 3:

ИПП в стандартной дозировке × 2 раза в сутки

+ Амоксициллин 1000 мг × 2 раза в сутки

+ Нифуроксазид 400 мг × 2 раза в сутки

Длительность приема: 14 дней

Варианты эрадикационной терапии 3 линии:

Назначают после отсутствия эрадикации после проведенной терапии второй линии. Подбор антибактериальных препаратов проводят с учетом индивидуальной чувствительности *Helicobacter pylori*.

Оптимальная продолжительность курса эрадикации – 14 дней.

Эффективность 14-дневного курса эрадикации на 9-12% выше, чем 7-дневного (повышается частота от 80% до 90%).

Мероприятия, повышающие эффективность эрадикационной терапии:

Добавление к стандартной тройной терапии **висмута трикалия дицитрата в дозе 240 мг 2 раза в сутки или 120 мг 4 раза в сутки;**

Применение **ИПП в высокой дозе** (удвоение дозы);

Предпочтительно использование рабепразола и эзомепразола;

Включение **ребамипида в дозе 100 мг 3 раза в сутки** в состав эрадикационной терапии инфекции;

Включение пробиотиков, в том числе комбинированного пробиотика, содержащего *B. bifidum*, *B. longum*, *B. infantis*, *L. rhamnosus*;

Повышение приверженности пациентов эрадикационной терапии;

После проведения антихеликобактерной терапии происходит успешное заживление язвы. Язвозаживляющий эффект обусловлен активными противоязвенными компонентами эрадикационных схем: ингибиторами протонной помпы или цитратом висмута, а также уничтожением инфекции *H. pylori*. Это приводит к нормализации процессов заживления и апоптоза в гастродуоденальной слизистой оболочке.

При неосложненной ЯБ необходимости продолжать антисекреторную терапию после проведения курса эрадикационной терапии нет. Рекомендуется проводить диагностику инфекции *H. pylori* у больных ЯБ, получающих поддерживающую или курсовую терапию ИПП, и в случае обнаружения проводить антибактериальное лечение.

Висмута трикалия дицитрат образует белково-висмутовую пленку, предохраняющую дно язвы от воздействия желудочного содержимого и обладающего положительным эффектом в эрадикации *Helicobacter pylori*. Повышает синтез простагландинов в слизистой оболочке, улучшает микроциркуляцию в зоне поражения, способствует увеличению секреции слизи, бикарбонатов. Активный ион висмута, проникая в клеточную стенку бактерии *Helicobacter pylori*, оказывает бактерицидное действие, а накопление висмута в цитоплазме и стенках бактерий инактивирует ферментные системы и нарушает метаболизм бактериальных клеток. Висмута трикалия дицитрат не оказывает антисекреторного действия, что делает его применение возможным у пациентов с ахлоргидрией. Противопоказанием служат беременность и патология почек.

Выбор препаратов при лечении ЯБ должен проводиться у каждого больного индивидуально, с учетом тяжести состояния, наличия осложнений, сопутствующих заболеваний, переносимости препаратов.

Несмотря на всю очевидную необходимость проведения антихеликобактерной терапии, необходимо знать о её побочных эффектах, которые должны быть предусмотрены лечащим врачом. Практически все препараты, используемые в схемах лечения, приведенных выше, в той или иной степени обладают гепатотоксическим эффектом и включены в список лекарственных средств, которые должны с осторожностью применяться у пациентов с патологией печени. Развитие побочных реакций возможно у 19,8-38,3% пациентов.

Спектр наблюдаемых побочных реакций включает такие симптомы, как общая слабость, тошнота, изменение вкуса, метеоризм, урчание в животе, диарея, зуд в области промежности и заднего прохода, кожные аллергические проявления. Если конкретизировать нежелательные реакции организма, то они представляются следующим образом.

Омепразол – вызывает головную боль, тошноту, боли в животе, слабость, иногда артралгии, нарушения зрения и т.д. Если у больного в анамнезе имеется хроническое заболевание печени, возможно нарушение функции этого органа и развитие желтухи.

Кларитромицин – его побочными эффектами являются тошнота, диарея, стоматит, глоссит, кандидоз, увеличение активности трансаминаз.

Амоксициллин – один из наиболее популярных и безопасных антибиотиков, тем не менее, при его применении наблюдаются тошнота, иногда рвота, очень редко – желтуха, а также преходящее небольшое повышение трансаминаз и ЩФ, которая является биохимическим маркером холестаза.

Висмута трикалия дицитрат – практически не всасывается в ЖКТ и выделяется с фекалиями, при его применении могут возникать тошнота, сухость, горечь и металлический привкус во рту, учащение стула.

Для коррекции описанных побочных явлений используются препараты гепатопротекторного действия. Чаще всего применяется сухой водный экстракт свежих листьев артишока полевого, экстракты дымянки лекарственной и расторопши пятнистой.

Если ЯБ не ассоциирована с *Helicobacter pylori*, т.е. морфологический тест из прицельных биоптатов, уреазный или дыхательный тесты отрицательны, медикаментозное лечение должно быть направлено на купирование клинических симптомов и заживление язвенного дефекта. Лекарственная терапия при этом включает **антисекреторные препараты, цитопротекторы**, при необходимости – спазмолитики и прокинетики. Это не означает, что при хеликобактерной инфекции вышеуказанные препараты не применяются. Они всегда могут быть использованы врачом для ускорения заживления язвы, уменьшения болей и восстановления нормального пассажа пищевого комка по пищеварительному каналу.

В лечении ЯБ используются препараты **прокинетического** действия: *метоклопрамид* по 5-10 мг 3-4 раза в день до еды, курс лечения составляет не более 5 дней; *домперидон* по 10 мг 3-4 раза в сутки за 20 минут до еды, курс не более недели; наиболее современный и безопасный *итоприда гидрохлорид* по 50 мг 3 раза в сутки за 20 минут до еды, курс 4 недели; при необходимости препараты центрального действия – *сульпирид* – 200-400 мг в сутки, курс 2-4 недели.

Для снятия болевого синдрома, если при обследовании исключена тяжелая хирургическая патология, рекомендуется использовать следующие медикаментозные средства:

– **антихолинэргические средства (платифиллина гидротартрат)** – в настоящее время применяются ограниченно из-за широкого спектра побочных системных эффектов. **Гиосцина бутилбромид** – из группы высокоселективных холиноблокаторов, оказывает ганглиоблокирующее действие, подавляя высвобождение ацетилхолина, является одним из наиболее мощных спазмолитиков. Препарат не проникает через гематоэнцефалический барьер и лишен атропиноподобного действия. Выпускается в таблетках и суппозиториях, назначается по 1-2 табл. или 1-2 свечи 3-5 раз в день. Препарат противопоказан при закрытоугольной глаукоме, гиперплазии предстательной железы с нарушением мочеиспускания, при органических стенозах пищеварительного тракта, при мегаколоне и миастении;

– **папаверина гидрохлорид и дротаверин гидрохлорид, отилония бромид** – из группы неселективных миотропных спазмолитиков, полусинтетические производные изохинолина. Данные препараты лишены побочных эффектов М-холинолитиков, но их неселективность, т.е. универсальное

системное воздействие на всю гладкомышечную структуру организма, делает их применение кратковременным, для снятия нерезко выраженного спазма ЖКТ.

– **мебеверин** – селективный миотропный спазмолитик, блокатор быстрых натриевых каналов клеточной мембраны миоцита, в результате чего нарушаются процессы поступления натрия в клетку, прекращается вход в неё кальция через медленные каналы. Это приводит к развитию выраженного антиспастического эффекта, причем гипотонии стенки желудка и нарушение пассажа пищевого комка не происходит.

Назначается мебеверин по 200 мг 2 раза в сутки за 20 минут до еды на протяжении 4 недель.

Важным моментом в лечении мебеверином является селективность его действия – на гладкую мускулатуру ЖКТ, что делает его одним из самых основных и эффективных препаратов для снятия болевого синдрома при патологии желудка, билиарного тракта, кишечника и т.д. Еще одним важным свойством мебеверина является его седативный эффект, иногда крайне необходимый у пациентов с ЯБ.

При назначении лекарственной терапии **пациентам пожилого возраста** необходимо учитывать особенности патогенетического механизма язвообразования у этих лиц, наличие значительного числа сопутствующих заболеваний, ослабление регенераторной способности СО желудка и 12-перстной кишки. Учитывая это в противоязвенную терапию целесообразно включать:

- ангиопротекторы;
- антиоксиданты;
- цитопротекторы;
- дезагреганты – пентоксифиллин 400 мг в сутки 1–15 дней, дипиридамол 25-50 мг в сутки.

Немедикаментозная терапия. В последние годы с появлением новых лекарственных препаратов значение немедикаментозной терапии несколько снизилось, так как доказано, что физиотерапевтические методы лечения значительно уступают по эффективности противоязвенной медикаментозной терапии, однако сочетание двух видов лечения – медикаментозного и немедикаментозного, значительно повышает процессы заживления СО, улучшает общее состояние и качество жизни пациентов.

Основными методами в физиотерапевтическом лечении у больных ЯБ является применение мягкодействующих процедур, в небольших дозировках, короткими курсами. В стадии обострения рекомендуется назначение согревающих компрессов, соллюкс, УВЧ, синусоидальные модулированные токи (СМТ). Процедуры желательно проводить через день, в слаботепловом режиме. *Нецелесообразно* назначение физиотерапевтического лечения при выраженной вегетативной и эмоциональной неустойчивости, при наличии аллергического фона, **противопоказано** при склонности к кровоточивости, при подозрении на пенетрацию. При затухании обострения можно рекомендовать электро- и фонофорез лекарственных веществ (новокаина,

цинка, папаверина), интраназальный электрофорез витаминов группы В, ультразвук, микроволновую терапию, диатермию коротко- и средневолновую, индуктотермию, парафиновые аппликации, озокерит, глины, а при доминировании парасимпатических сдвигов – СМТ, гальванический воротник по Щербаку электросон.

Фитотерапия. Терапия лекарственными растениями и сборами является хорошим дополнением к проводимому медикаментозному лечению. Для снятия *болевого синдрома* рекомендуется принимать настои из следующих растений:

- цветы, соцветия – ромашка лекарственная, липа, календула лекарственная, амми зубная;
- трава – зверобой продырявленный, шалфей, тысячелистник, пустырник пятилопастный, синюха голубая, чистотел большой, сушеница топяная, вереск обыкновенный, душица, яснотка, спорыш, золототысячник, исландский мох, дымянкa;
- листья – подорожник, алоэ, мята, крапива двудомная, кипрей, Melissa, эвкалипт;
- корни, корневища – девясил, алтей, солодка голая, аир болотный, лапчатка прямостоящая, горец змеиный, кровохлебка лекарственная, валериана лекарственная, синюха голубая, дудник, крапива, бадан;
- семена, плоды – лен, шиповник, укроп, молодые шишки ольхи, облепиха, анис;
- кора дуба, чага.

При *изжоге* – эффективны сборы, в состав которых входят дубровник, горец змеиный, исландский мох, лен, мята перечная, ятрышник, мать-и-мачеха. Рекомендуется также жевать по несколько зерен неочищенного овса, слюну сглатывать, мякину через 30-40 минут выплюнуть. Полезны при изжоге толченые в ступке и протертые ядра грецких орехов, можно с чайной ложкой меда.

Для лечения *кровоточающих язв* рекомендуется лапчатка прямостоящая, кровохлебка лекарственная, горец змеиный, спорыш, крапива, зверобой продырявленный, ромашка лекарственная, тысячелистник. Отвары и настои принимать в прохладном виде.

Лечение лекарственными травами нужно проводить в период обострения и еще 10-14 дней после стихания клинических симптомов и наступления эндоскопической ремиссии. В период, когда язвенная болезнь находится в фазе ремиссии, можно проводить курсовую фитотерапию по 3-4 недели 1 раз в 3 месяца. Необходимо помнить, что **лечение травами ни в коем случае не заменяет лекарственной терапии, а только дополняет её.**

Санаторно-курортное лечение. Оно назначается при полной ремиссии, при отсутствии общих и индивидуальных противопоказаний (обострение процесса, пенетрация, наличие кровотечения в анамнезе, стеноз пилорoduodenального канала, подозрение на малигнизацию процесса и т.д.). Рекомендуется направление на бальнеологические курорты Березовские

минеральные воды, Ижевские минеральные воды, Ессентуки, Горячий Ключ, Дорохово, Железноводск, Пятигорск, Старая Русса, Сестрорецк, Красноусольск, Юматово.

На курортах проводится питьевое лечение в сочетании с углекислыми и кислородными ваннами, аппликации парафина, озокерита, иловая лечебная грязь. При необходимости в физиотерапевтических отделениях клиник можно получить необходимую медицинскую помощь. Питье минеральных вод также можно проводить в обычных условиях жизни, даже не находясь на листке нетрудоспособности. Необходимо только соблюдать режим и правила питьевой бальнеотерапии.

Для лечения ЯБ подходят маломинерализованные (2-5 г/л) углекислые минеральные воды «Смирновская», «Славяновская», «Боржом», «Лужанская», «Ессентуки № 4», «Красноусольская» и др. (см. Приложение 2). Воды необходимо пить дегазированные, температура воды 38-40°, начиная с дозы 100 мл 2-3 раза в день за 1-1,5 часа до еды или в течение полчаса после приема пищи.

При хорошей переносимости дозу воды увеличивают до 200 мл 3 раза в день, курс лечения – 3-4 недели. ***Лечебная минеральная вода не является столовой водой, это один из компонентов лечения, поэтому и относиться к её употреблению надо также, как к приему лекарственных средств.***

Пациентам при повышенной возбудимости назначают ванны из минеральной воды – хлоридно-натриевой, сероводородной, йодобромной, температура воды 35-37°C, продолжительность процедуры 8-12 минут, на курс 12-14 ванн через день.

При выраженном нарушении секреторной и моторной функции желудка показаны углекислые и радоновые ванны. Углекислые – температура воды 35°C, причем в процессе лечения желательно снизить температуру до 32°C. Процедуры проводятся через день, продолжительность ванны от 7 до 15 минут, на курс лечения 12-14 ванн.

Радоновые ванны – активность радона в воде не менее 37 Бк/л, минерализация мала (до 2 г/л), температура воды 34-36°C, продолжительность процедуры 10-15 минут, на курс 10-15 ванн.

Пелоидотерапия – использование лечебных грязей можно крайне осторожно и только в виде местных аппликаций, электрофореза, импульсных токов на область эпигастрия, правое и левое подреберье, пояснично-крестцовую область.

Рекомендуется использование иловой грязи (сапропелей): температура 38-40°C, с продолжительностью лечения 25-30 минут, на курс 10-12 процедур; торфяной грязи – температура 42-43°C, продолжительность процедуры 20-30 минут, на курс 10-12 грязевых аппликаций.

Методики грязелечения различны: через день, через два дня на третий, чередуя с минеральными ваннами. Нельзя применять пелоидотерапию при обострении язвенного процесса, склонности к кровотечениям, выраженных анемиях, эрозивных гастритах и дуоденитах, авитаминозах.

При развитии послеоперационной астении, неврозах, повышенной возбудимости хороший эффект оказывают аэротерапия, солнечные ванны по щадящему режиму, морские и пресноводные купания в слабopодогретой воде.

Профилактика

Профилактика язвенной болезни предусматривает, прежде всего, обучение пациентов здоровому образу жизни, отказ от вредных привычек, исключение, по возможности, факторов риска. Для пациентов с ЯБ предусмотрено диспансерное наблюдение, которое заключается в предупреждении рецидивов заболевания, максимальном удлинении периодов ремиссии, уменьшение числа дней и случаев временной нетрудоспособности и предупреждение развития стойкой нетрудоспособности (инвалидности). Кратность наблюдения зависит от формы и степени тяжести патологического процесса, возраста больных, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний и т.д.

Первичная профилактика – направлена на предотвращение развития ЯБ. Для реализации этого необходимо проведение диспансерного наблюдения у лиц с предъязвенным состоянием (хронические воспалительные и эрозивные заболевания желудка и 12-перстной кишки, инфицирование *Helicobacter pylori*), а также здоровых людей с имеющимися факторами риска.

Вторичная профилактика – при развившейся патологии проводятся мероприятия, направленные на возможно быстрее заживление язвенного дефекта, удлинение сроков ремиссии, предупреждение развития осложнений, проведение противорецидивного лечения.

Успех вторичной профилактики зависит от четкой преемственности проведения лечебных мероприятий (**поликлиника – стационар – поликлиника – санаторий или санаторий-профилакторий**). Именно поликлинический этап является важнейшим в этой системе реабилитации и профилактики, именно поликлиника несет основную организационную нагрузку в лечении и наблюдении пациентов, страдающих язвенной болезнью.

Для профилактики обострений и развития осложнений ЯБ желудка и, особенно, 12-перстной кишки рекомендуется проведение медикаментозной терапии, которая может быть непрерывной или терапией “по требованию”.

1. Непрерывная поддерживающая терапия – проводится в течение нескольких месяцев или даже лет. Рекомендуется ежедневный вечерний прием одного из антисекреторных препаратов в обычной дозе.

2. Терапия «по требованию» – предусматривает при появлении симптомов, характерных для обострения язвенного процесса прием ИПП в течение 3 дней в полной терапевтической дозе, а затем переход на половинную дозу в течение 3 недель.

Критерии эффективности проводимой противорецидивной терапии включают 3 шкалы оценок:

- медицинскую
- социальную
- экономическую.

Медицинская шкала – оценивает надежность и безопасность длительного приема лекарственных препаратов, уменьшение числа рецидивов, осложнений, отсутствие необходимости хирургического вмешательства. **Социальная шкала** – учитывает сокращение сроков лечения, в том числе стационарного, снижение числа дней нетрудоспособности, отсутствие необходимости перевода пациентов на работу, связанную с потерей квалификации, улучшение качества жизни пациентов.

Экономическая шкала – оценивает сокращение средств на лечение, экономические потери при нетрудоспособности больных, т.е. проводит оценку соотношения «денежные затраты – эффективность».

Критерием эффективности проводимых реабилитационных мероприятий является достижение:

- клинико-эндоскопической ремиссии, подтверждаемой при ФГС или рентгенологически
- отсутствие клинических симптомов
- заживление язвенного дефекта
- исчезновение признаков активного воспаления со стороны СО желудка и ДПК.

Критерием эффективности профилактических мероприятий надо считать:

- снижение числа дней и случаев временной нетрудоспособности (обострений)
- уменьшение количества осложнений и/или более легкое их течение, снижение числа госпитализаций.

Экспертиза трудоспособности. Течение. Прогноз

В период обострения процесса все больные признаются временно нетрудоспособными. Длительность временной нетрудоспособности зависит от нескольких причин: от характера течения процесса; наличия или отсутствия осложнений; от состояния системы пищеварения; сопутствующих заболеваний; выраженности клинических симптомов; от вида трудовой деятельности и условий труда и быта (возможность соблюдать режим питания, труда, отдыха); возраста пациента и даже от настроения его на проведение лечебных реабилитационных мероприятий.

По характеру течения различают 3 типа заболевания:

– **легкое течение** – рецидивы редкие, отмечается 1 обострение в 2-3 года, осложнений не выявляется. Нередко эквивалентом болей является синдром желудочного дискомфорта.

При рентгенологическом и эндоскопическом исследовании дефект слизистой оказывается неглубоким, небольших размеров, возможны умеренные изменения воспалительного характера СО желудка и ДПК. Число дней нетрудоспособности при ЯБЖ составляет **21-25 дней**, при ЯБДПК – **20-28 дней**. Чаще всего такие пациенты проходят курс лечения амбулаторно.

Больному запрещается:

- тяжелый физический труд
- работа с высоким интеллектуальным и нервно-психическим напряжением
- ночные смены
- сотрясения тела
- командировки
- работа в горячих цехах
- труд, не позволяющий соблюдать режим труда и отдыха, регулярное питание, диету
- работа с гастротропными ядами (мышьяк, ртуть, свинец, сурьма, кадмий)

– работа в строго заданном темпе и ритме производства.

– **течение средней тяжести** – обострения наступают 2-3 раза в год, продолжающиеся 4-6 недель. Изредка в анамнезе отмечаются небольшие кровотечения, не подлежащие хирургическому вмешательству. На высоте обострения наблюдаются боли и выраженные диспепсические расстройства, асимметрия мышечного тонуса и резистентность мышц передней брюшной стенки.

При рентгенологическом исследовании обнаруживается язвенный дефект, симптомы перипроцесса, при ФГДС – язвы различной величины и

глубины, с подрывными краями и дном, покрытым слоем фибрина; изменения, в основном, в виде воспалительно-эрозивного процесса СО желудка и ДПК. В период обострения наблюдаются изменения других органов пищеварительного тракта (ДЖВП, кишечника, поджелудочной железы и др.), ухудшение общего состояния пациента (потеря веса на 8-10 кг, астенизация).

Кроме вышеуказанных противопоказаний, пациенту противопоказан труд с умеренным физическим и нервно-психическим напряжением, вынужденным положением тела, работа с предписанным темпом, со скользящим графиком, в условиях гипоксии.

Нетрудоспособность при этом варианте течения ЯБЖ составляет **35-45 дней**, из них **28-30 дней** в стационаре; при ЯБДПК – **20-40 дней**, из них **18-35 дней** в стационаре. Таких пациентов бывает достаточно трудно трудоустроить, поэтому чаще всего имеет место трудоустройство через ВК.

– **тяжелое течение** – практически непрерывно рецидивирующее течение, с обострениями, протекающими по **6-8 недель**. Боли носят выраженный характер, сопровождаются тяжелым диспепсическим синдромом.

При исследовании пациента могут обнаруживаться сочетанные или мигрирующие язвы, гигантские и длительно нерубцующиеся язвенные дефекты; различные изменения СО (воспаление, эрозии полного типа, атрофия, рубцовые изменения желудка и ДПК), выраженные нарушения функций других органов. Изменение общего состояния пациентов наблюдается не только в период обострения, но может сохраняться и в редкие периоды ремиссии.

Нетрудоспособность до **60 дней и выше**, имеются показания для хирургического лечения. Если оперативное вмешательство не возможно, а консервативная терапия неэффективна – пациент может быть направлен на МСЭК для определения группы инвалидности, трудоустройства.

Стойкая нетрудоспособность при язвенной болезни наблюдается, в основном, после проводимого хирургического вмешательства. Современное состояние консервативной терапии ЯБ позволяет не доводить пациентов до инвалидности, но часть из них все-таки подвергается оперативному вмешательству. У 15-30% прооперированных больных развиваются послеоперационные расстройства, которые характеризуются нарушением пищеварительной функции различной степени тяжести, приводящие их к инвалидности.

Таким образом, в данном учебном пособии освещены современные данные этиологии и патогенеза, клинические проявления, методы исследования и лечения язвенной болезни, вопросы экспертизы нетрудоспособности и профилактики.

Задания для самоконтроля

Тестовый контроль для освоения профессиональных компетенций

Код компетенций	Тестовые задания <i>Выберите один верный ответ</i>
ПК-6	1. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ: 1) до 5% 2) 5-7% 3) 7-10% 4) 20%
ПК-6	2. ПРИЧИНАМИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ: 1) нарушение равновесия между агрессивными и защитными факторами 2) вредные привычки 3) нарушение защитных свойств слизистой желудка 4) вирусные заболевания
ПК-6	3. ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА ЖЕЛУДОЧНАЯ СЕКРЕЦИЯ: 1) зависит от фазы процесса 2) нормальная 3) повышенная 4) пониженная
ПК-6	4. ФАКТОРАМИ РИСКА РАЗВИТИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ: 1) наследственная предрасположенность 2) A(II) группа крови 3) курение 4) верно 1, 2, 3
ПК-6	5. К ФАКТОРАМ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ К РАЗВИТИЮ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ОТНОСЯТСЯ: 1) генетические 2) дисфункции вегетативной нервной системы 3) прием НПВС 4) заболеваний печени, желчных путей и поджелудочной железы 5) алиментарные

Код компетенций	Тестовые задания <i>Выберите один верный ответ</i>
ПК-6	6. К ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРАМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ НЕ ОТНОСЯТ: 1) несбалансированное питание 2) вредные привычки 3) вирусные заболевания 4) хронический стресс
ПК-6	7. ПРИ ПОВЫШЕННОМ ВЫДЕЛЕНИИ СОЛЯНОЙ КИСЛОТЫ В ЖЕЛУДКЕ H.PYLORI КОЛОНИЗИРУЕТ: 1) антральный отдел 2) кардиальный отдел 3) пилорический отдел 4) любой отдел
ПК-6	8. ПРИ НИЗКОЙ СЕКРЕЦИИ СОЛЯНОЙ КИСЛОТЫ H. PYLORI МОЖЕТ КОЛОНИЗИРОВАТЬ: 1) антральный отдел 2) кардиальный отдел 3) пилорический отдел 4) любой отдел
ПК-6	9. ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДПК ЖЕЛУДОЧНАЯ СЕКРЕЦИЯ: 1) нормальная 2) повышенная 3) пониженная 4) нестабильная
ПК-6	10. H.PYLORI ВЫРАБАТЫВАЕТ: 1) липазу 2) уреазу 3) триптозин 4) углеводы
ПК-8	11. ОПРЕДЕЛИТЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ЯБ ДПК: 1) тупая, давящая боль в эпигастрии, усиливающаяся при приеме пищи 2) схваткообразные боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и лопатку, возникающие или усиливающиеся при нарушении диеты 3) ночные и голодные боли, купирующиеся приемом теплой щелочной воды или мягкой теплой, не раздражающей пищи 4) постоянная тупая боль в эпигастрии, не связанная с приемом пищи 5) боли в эпигастриальной области несколько справа, возникающие натощак и через 2-3 часа после приема пищи

Код компетенций	Тестовые задания <i>Выберите один верный ответ</i>
ПК-6	12. ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ В ПИЛОРИЧЕСКОМ КАНАЛЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ: 1) наличием ранних болей 2) тяжелыми диспепсическими явлениями – изжога, тошнота, рвота 3) наличием частых осложнений – кровотечения, пенетрация, стеноз выходного отдела желудка 4) отсутствием сезонности обострений 5) развитием эрозивного процесса в желудке и луковице ДПК
ПК-8	13. СИМПТОМАМИ, УКАЗЫВАЮЩИМИ НА РАЗВИТИЕ ПЕНЕТРАЦИИ ЯЗВЫ, ЯВЛЯЮТСЯ: 1) появление жирного стула 2) усиление симптомов желудочной диспепсии 3) появление лихорадки неправильного характера 4) боли теряют связь с приемом пищи 5) развитие симптомов раздражения брюшины, «доскообразный» живот
ПК-6	14. К ПРЕДРАКУ ЖЕЛУДКА МОЖНО ОТНЕСТИ: 1) желчнокаменную болезнь 2) геморрагический гастрит 3) болезнь Мэллори-Вейсса 4) хронический панкреатит 5) хроническую язву большой кривизны желудка
ПК-6	15. УКАЖИТЕ ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЯЗВЕННОГО ДЕФЕКТА В ЛУКОВИЦЕ ДПК: 1) кровотечение 2) перфорация 3) пенетрация 4) стеноз 5) все перечисленное
ПК-6	16. УКАЖИТЕ ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЯЗВЕННОГО ДЕФЕКТА В КАРДИАЛЬНОЙ И ПРЕКАРДИАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ЖЕЛУДКА: 1) кровотечение 2) перфорация 3) пенетрация 4) стеноз

Код компетенций	Тестовые задания <i>Выберите один верный ответ</i>
ПК-6	17. ПОВЫШЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КИСЛОТНОСТИ ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ РАСПОЛОЖЕНИИ ЯЗВЫ: 1) в луковице двенадцатиперстной кишки 2) в антральном отделе желудка 3) на малой кривизне желудка
ПК-6	18. КОСВЕННЫМИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЮТСЯ: 1) симптом “ниши” на контуре органа 2) конвергенция складок СО к нише 3) симптом “указующего перста” на противоположной к нише стенке желудка 4) все перечисленное
ПК-8	19. ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ МЕТОД ПОКАЗАН ДЛЯ: 1) уточнения локализации язвенного дефекта 2) установления фазы заболевания 3) определения степени тяжести язвенного процесса 4) проведения лечебных мероприятий 5) выявления осложнений 6) верно 1, 4, 5
ПК-8	20. ХАРАКТЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ДЛЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) ригидность желудочной стенки 2) дефект наполнения 3) симптом ниши 4) отсутствие перистальтики и уменьшение размеров желудка 5) смещение границ сердца влево
ПК-8	21. ТОЧНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЯЗВЫ В ЖЕЛУДКЕ И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) рентгенконтрастное исследование 2) эндоскопическое исследование 3) ультразвуковое исследование 4) дуоденальное зондирование
ПК-9	22. СРЕДСТВО, ОБЛАДАЮЩЕЕ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ЦИТОПРОТЕКТИВНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ПРИ ЯБ 1) пентоксифиллин 2) висмута трикалия дицитрат 3) ингибиторы протонной помпы 4) сукральфат

Код компетенций	Тестовые задания <i>Выберите один верный ответ</i>
ПК-9	23. НАЗНАЧИТЬ КУРСОВОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯБ, НЕ АССОЦИИРОВАННОЙ С <i>HELICOBACTER PYLORI</i>: 1) ингибиторы протонного насоса в среднетерапевтических дозах 2) ингибиторы протонного насоса в максимальной дозировке 3) висмута трикалия дицитрат в среднетерапевтической дозе + ингибиторы протонной помпы 4) H₂-блокаторы гистаминовых рецепторов в средних терапевтических дозах 5) H₂-блокаторы гистаминовых рецепторов в средних терапевтических дозах + висмута трикалия дицитрат
ПК-9	24. НАЗОВИТЕ СХЕМЫ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЯБ, АССОЦИИРОВАННОЙ С <i>HELICOBACTER PYLORI</i>: 1) ингибитор протонной помпы (ИПП) + кларитромицин + амоксициллин 2) висмута трикалия дицитрат + амоксициллин + кларитромицин 3) ИПП + висмута трикалия дицитрат + амоксициллин 4) ИПП + висмута трикалия дицитрат + метронидазол + тетрациклин 5) H₂-блокаторы гистаминовых рецепторов + висмута трикалия дицитрат + метронидазол
ПК-9	25. ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ ТЕРАПИИ ЯБ ЯВЛЯЮТСЯ: 1) воздействие на вирус 2) устранение (ограничение) факторов агрессии 3) антисекреторная терапия 4) эрадикационная терапия 5) верно 2, 3, 4
ПК-9	26. К АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЯМ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОТНОСЯТСЯ: 1) хронический холецистит 2) хронический гастрит 3) атрофический гастрит 4) хронический панкреатит
ПК-9	27. ТРОЙНАЯ ЭРАДИКАЦИОННАЯ СХЕМА ВКЛЮЧАЕТ: 1) ингибитор протонной помпы 2) висмута трикалия дицитрат 3) 2 антибактериальных средства 4) H₂ – блокаторы 5) верно 1, 3

Код компетенций	Тестовые задания <i>Выберите один верный ответ</i>
ПК-9	28. КВАДРО-СХЕМА ВКЛЮЧАЕТ: 1) 2 антибиотика 2) висмута трикалия дицитрат 3) антисекреторный препарат 4) верно 1, 2, 3
ПК-9	29. КУРС БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ИПП ПРИ ЯЗВАХ ЖЕЛУДКА: 1) 4 недели 2) 4-6 недель 3) 6 недель 4) 6-8 недель
ПК-9	30. КОНТРОЛЬ ПОЛНОТЫ ЭРАДИКАЦИИ ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ: 1) 4-6 недель после ее окончания 2) после окончания приема ИПП 3) сразу же после окончания приема 4) во время приема ИПП

Контрольные вопросы

Код компетенций	Вопросы для контроля
ПК-6	Назовите основные факторы риска язвенной болезни
ПК-6	Представьте ключевые звенья патогенеза язвенной болезни
ПК-6	Расскажите современную классификацию язвенной болезни
ПК-6	Опишите, как проявляется клиническая картина при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки
ПК-6	Представьте методику сбора жалоб, анамнеза заболевания, объективного обследования больного
ПК-8	Расшифруйте результаты лабораторно-инструментальных методов исследования при ЯБ
ПК-9	Средства этиотропной, патогенетической, симптоматической медикаментозной и немедикаментозной терапии
ПК-7	Принципы врачебно-трудовой экспертизы
ПК-6	Проявление ЯБ у больных разных возрастных групп и при сочетании патологии
ПК-2	Какие профилактические методы эффективны при язвенной болезни. Диспансеризация при язвенной болезни.

Ответы на тестовые задания

№ вопроса	Верный ответ	№ вопроса	Верный ответ	№ вопроса	Верный ответ
1.	2	11.	3	21.	2
2.	4	12.	1	22.	2
3.	4	13.	5	23.	3
4.	4	14.	5	24.	1
5.	1	15.	5	25.	5
6.	4	16.	1	26.	3
7.	3	17.	1	27.	5
8.	2	18.	4	28.	4
9.	4	19.	6	29.	4
10.	2	20.	3	30.	3

Ситуационные задачи

Ситуационная задача № 1

Больной 20 лет, студент, обратился к врачу с жалобами на острые ночные и голодные боли в области эпигастрия. На высоте приступа болей происходит рвота, после которой пациенту становится легче. Облегчается боль так же после приема пищи. Появление болей отмечает 4 дня назад и связывает их со стрессом и нарушением диеты. В анамнезе отмечает несколько эпизодов слабо выраженного болевого синдрома после нарушения диеты, во время стрессовых ситуаций. Ранее не лечился и не обследовался.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Рост 180, вес 63 кг. Язык обложен белого цвета налетом, влажный. В легких дыхание везикулярное, ЧД 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 87, АД 112/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, отмечается болезненность в правом верхнем квадранте живота. Симптомы раздражения брюшины под вопросом. Симптом поколачивания – отрицательный. Стул со склонностью к запорам, мочеиспускание без особенностей.

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

ОАК: WBC $4.8 \cdot 10^9$ / L, RBC $4.16 \cdot 10^{12}$ / L, HGB 118g / L, HCT 37%, PLT ($231 \cdot 10^9$ / L, СОЭ 3 мм/ч. Лейкоформула: лимфоциты – 35,1%, базофилы – 0%, эозинофилы – 3%, моноциты – 9%, сегменто-ядерные нейтрофилы – 52,9%.

ОАМ: глюкоза Negative, BIL (билирубин) Positive, KET (кетоновые тела) Negative, SG (удельный вес) 1.020, BLD (эритроциты) Negative, pH 6.0, PRO (белок) Negative, UBG (уробилиноген) 3.2 μmol / l, NIT (соли) Negative, LEU (лейкоциты) Negative.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС-88 уд. в минуту. ЭОС вертикальная.

Обзорная рентгенография органов брюшной полости – газ в брюшной полости.

ФГДС: Слизистая пищевода розовая ровная. Кардиальная розетка сомкнута не полностью. В желудке – сок слизи. Слизистая желудка гиперемирована в антральном отделе – с явлениями субатрофии. Перистальтика активная. Складки в теле желудка высокие, извитые. Привратник проходим, зияет. Слизистая луковицы 12 п.к. гиперемирована, по передней стенке определяется глубокий язвенный дефект размерами 9 мм с подрывными краями, дно с белесоватым налетом. Рубцовая деформация луковицы. Уреазный тест +++

УЗИ ОБП: Печень: Размеры: правая доля 125мм, левая доля 50мм. Контуры ровные. Эхоструктура однородная. Эхогенность: средняя. Желчный пузырь: Контуры ровные. Размеры: 53*16мм. Толщина стенки 2мм. Форма грушевидная. Содержимое эхонегативное. Поджелудочная железа: Контуры ровные. Эхоструктура однородная. Эхогенность: средняя. Размеры: головка 20мм. Тело 17мм. Хвост 18мм

Вопросы:

1. Проанализируйте жалобы пациента, данные его анамнеза, результаты осмотра, лабораторных, инструментальных исследований в целях установления факта наличия заболевания (ПК-6).
2. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
3. Какой будет ваша тактика ведения данного пациента (ПК-8).
4. Проведите экспертизу трудоспособности, определите критерии, сроки временной нетрудоспособности (ПК-7).
5. Каким образом проводится диспансерное наблюдение при данном заболевании и какие мероприятия необходимо провести для сохранения и укрепления здоровья пациента (ПК-2).
6. Разработайте план дальнейших реабилитационных мероприятий для данного пациента (ПК-14).

Ситуационная задача № 2

Пациент, 43 лет, направлен из поликлиники в стационар с жалобами на поздние боли в эпигастральной области, тяжесть в животе после еды, тошноту. Кроме того больного беспокоят периодические приступообразные спастические боли в правом подреберье, часто связанные с погрешностью в диете, и метеоризм. Пациент страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки примерно 10 лет. Обострения заболевания 1–2 раза в год. Лечился амбулаторно, принимал ингибиторы протонной помпы и антациды с положительным эффектом. Диагностика и эрадикация инфекции *Helicobacter pylori* не проводилась. Настоящее ухудшение самочувствия в течение трех дней, когда возникли вышеперечисленные жалобы, что и послужило причиной обращения к врачу.

При объективном обследовании: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розового цвета. Видимые слизистые розовые. Отеков нет. Со стороны органов дыхания и кровообращения отклонений нет. АД 120/80 мм рт.ст. ЧСС 74 удара в минуту. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот правильной формы, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области и правом подреберье. Локальное мышечное напряжение не определяется. Симптом Менделя отрицательный. Печень у края реберной дуги, не пальпируется. Желчный пузырь не пальпируется. Стул ежедневный оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

ОАК: WBC – $7.8 \cdot 10^9 / L$, RBC – $5.9 \cdot 10^{12} / L$, HGB -130 g / L, HCT- 37%, PLT – $231 \cdot 10^9 / L$. Лейкоформула: лимфоциты – 29%, палочкоядерные – 3 %, эозинофилы – 2%, моноциты – 6%, сегменто-ядерные нейтрофилы – 60%, СОЭ – 15 мм/ч.

ОАМ: цвет – соломенно-желтый, плотность – 1020; pH 5.0; белок – отрицательно; глюкоза – отрицательно; лейкоциты – 1 – 2 в п/з; эритроциты, цилиндры, бактерии – отрицательно.

Биохимический анализ крови: общий белок – 63,5; креатинин – 76; общий билирубин – 26,0; АлАТ – 38; АСТ – 26; ГГТП – 35; Глюкоза – 4,9.

Анализ кала на скрытую кровь: отрицательно.

ЭКГ: Ритм синусовый. ЭОС не отклонена. ЧСС 72 в мин.

ФГДС: Пищевод свободно проходим, слизистая оболочка розового цвета. Кардия смыкается полностью. Слизистая желудка в антральном отделе диффузно гиперемирована, отечна, с точечными кровоизлияниями. Складки извитые, выраженные, эластичные, направлены продольно. Привратник свободно проходим. Слизистая оболочка луковицы двенадцатиперстной кишки гиперемирована. На передней стенке желудка язвенный дефект округлой формы, размером 5 мм. Дно язвы ровное, покрыто фибрином.

Заключение: Выраженный гастродуоденит. Язва луковицы двенадцатиперстной кишки.

УЗИ органов брюшной полости: Печень: правая доля 122 мм, левая доля 62мм, контуры ровные, структура паренхимы однородная, эхогенность паренхимы повышена, внутripеченочные желчные пути не расширены.

Желчный пузырь: форма – грушевидная, размеры 62 x 22 мм, контуры ровные; стенки – толщина 3мм; содержимое – желчь без включений.

Поджелудочная железа: размеры головки 21мм, тело 12мм, хвост 20 мм; контуры неровные, структура неоднородная, эхогенность смешанная; Вирсунгов проток не расширен.

Заключение: Диффузные изменения в паренхиме поджелудочной железы.

Уреазный дыхательный тест – Положительный.

Вопросы:

1. Проанализируйте жалобы пациента, данные его анамнеза, результаты осмотра, лабораторных, инструментальных исследований в целях установления факта наличия заболевания (ПК-6).

2. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).

3. Какой будет ваша тактика обследования и лечения пациентов молодого и пожилого возраста, расскажите о различиях в ведении данных категорий больных (ПК-8).

4. Проведите экспертизу трудоспособности, определите критерии, сроки временной нетрудоспособности (ПК-7).

5. Каким образом проводится диспансерное наблюдение при данном заболевании и какие мероприятия необходимо провести для сохранения и укрепления здоровья пациента (ПК-2).

6. Разработайте план дальнейших реабилитационных мероприятий для данного пациента (ПК-14).

Ситуационная задача № 3

Пациентка С., 21 лет, обратилась к терапевту поликлиники с жалобами на появление боли в эпигастральной области после еды, отрыжку кислым, изжогу. Режим питания не соблюдает. Боли беспокоят около 2 лет. Ранее за медицинской помощью не обращалась, обследования не проводились.

Объективно: температура 36,6⁰С. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Язык обложен белого цвета налетом, влажный. Живот при пальпации мягкий, отмечается слабая болезненность в эпигастральной области. Со стороны других органов патологии нет. Стул, диурез без особенностей.

Вопросы:

1. Проанализируйте жалобы пациента, данные его анамнеза, результаты осмотра, предположите диагноз (ПК-6).
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза (ПК-8).
3. Проведите экспертизу трудоспособности, определите критерии, сроки временной нетрудоспособности (ПК-7).
4. Каким образом проводится диспансерное наблюдение при данном заболевании и какие мероприятия необходимо провести для сохранения и укрепления здоровья пациента (ПК-2).
5. Разработайте план дальнейших реабилитационных мероприятий для данного пациента (ПК-14).

Ситуационная задача № 4

Больной С., 64 лет, обратился к терапевту с жалобами на чувство полноты и тяжести в животе после еды, рвоту вскоре после приема пищи, слабость, отсутствие аппетита, похудание. Отмечает симптомы около 5 лет, лечился амбулаторно по поводу атрофического гастрита. Ухудшение отмечает в течение 5 последних месяцев.

Объективно: температура тела 36,7 С. Общее состояние средней степени тяжести. Тургор кожи понижен. Подкожно-жировой слой выражен слабо. Со стороны сердечно-сосудистой системы и легких патологии нет. Язык обложен бело-серым налетом. При пальпации живота болезненность в эпигастральной области, пальпируется уплотнение величиной 3-4 см, подвижное, малоболезненное. Стул со склонностью к запорам. Диурез – без особенностей.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз (ПК-6).
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза (ПК-8).
3. Какие неотложные мероприятия необходимо провести больному (ПК-8).
4. Проведите экспертизу трудоспособности, определите критерии, сроки временной нетрудоспособности (ПК-7).
5. Разработайте план дальнейших реабилитационных мероприятий для данного пациента (ПК-14).

Ситуационная задача № 5

Пациент Т., 46 лет, обратился в поликлинику к терапевту с жалобами на боли в эпигастральной области, возникающие через 1 час после еды, тошноту, отрыжку кислым, изжогу.

Болен около 2-х лет, лечился не регулярно. Обострение связывает с употреблением алкоголя и нарушением диеты. Около 5 дней назад появились боли в животе, рвота 1-2 раза в сутки, последний раз «кофейной гущей». Пациент был срочно направлен на госпитализацию в хирургическое отделение.

Объективно: Состояние средней тяжести, кожные покровы бледные. Над легкими дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 72 в минуту. АД – 110/70 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом, живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области, Симптом Менделя – слабо положительный. Симптом Щеткина-Блюмберга – отрицательный. Печень по краю реберной дуги. Симптом поколачивания – отрицательный.

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

Общий анализ крови: WBC – $8.9 \cdot 10^9 / L$, RBC – $3.9 \cdot 10^{12} / L$, HGB – 119 g / L, HCT – 35%, PLT – $223 \cdot 10^9 / L$. СОЭ – 10 мм/ч

Реакция с КЛА : отрицательно

ЭКГ: Синусовый ритм ЧСС 73 уд.мин. ЭОС не отклонена.

Общий анализ мочи: соломенно-желтая, прозрачная, удельный вес 1017, белок – отрицательно, глюкоза – отрицательно; лейкоциты – 1-1 в п/з; эритроциты, цилиндры, бактерии – отрицательно

ФГДС: язва задней стенки луковицы 12-типерстной кишки, средних размеров 9 x 8 мм, глубокая, с подрытыми краями.

ФГДС на 3 день: язва задней стенки луковицы 12-типерстной кишки глубокая, дно язвы покрыто фибрином.

Через 3 дня состояние резко ухудшилось: появились сильные боли в эпигастральной области, независимо от приема пищи, температура тела – 37,2С, резкая бледность кожи, больной мечется в постели, при пальпации живота напряжены мышцы брюшной стенки, резкая болезненность в эпигастральной области, боли иррадиируют в спину, не купируются приемом антацидов.

Вопросы:

1. Какое осложнение можно предположить у больного? (ПК-6)
2. Проведите дифференциальную диагностику (ПК-6).
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза (ПК-8).
4. Какие неотложные мероприятия необходимо провести больному (ПК-8).
5. Проведите экспертизу трудоспособности, определите критерии, сроки временной нетрудоспособности (ПК-7).
6. Разработайте план дальнейших реабилитационных мероприятий для данного пациента (ПК-14).

Ответ на ситуационную задачу № 1

1. О наличии факта заболевания указывают: Болевой, диспепсический синдромы, связь с приемом пищи, факторы риска (нарушения диеты, стресс), белый налет на языке, боли в правом квадранте живота и пилородуоденальной зоне, сомнительные симптомы раздражения брюшины. ЧСС 88 уд./мин. ФГДС – язвенный дефект 9 мм с подрывными краями, дно с белесоватым налетом, уреазный тест +++. Рентгенография ОБП – газ в брюшной полости.

2. Хроническая язвенная болезнь 12-перстной кишки, впервые выявленная, ассоциированная с Н.р., язва средних размеров по передней стенке луковицы, средней степени тяжести в активной стадии. Осл.: Перфорация язвы?

3. Комплексное лечение включает экстренную госпитализацию. При отсутствии осложнений ведение амбулаторно. Проведение эрадикации 1 линии.

4. Срок временной нетрудоспособности 60-75 дней.

5. Диспансерное наблюдение 1 раз в год. В течение 5 лет с момента последнего обострения. Контролируемые показатели: Отсутствие или уменьшение частоты рецидивов. Прием врача-гастроэнтеролога по медицинским показаниям

6. Реабилитация: Беседа с пациентом о факторах риска, течении заболевания, проведение диспансеризации на участке, школы здоровья в поликлинике.

Ответ на ситуационную задачу № 2

1. Поздние боли в эпигастриальной области, тяжесть в животе после еды, тошноту. Пациент страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки примерно 10 лет.

2. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ассоциированная в *Helicobacter pylori*, обострение.

3. Эрадикационная терапия, ИПП, цитопротекторы, спазмолитики, антациды, репаранты, витаминотерапия, седативные. Инъекционные формы введения препаратов в условиях дневного стационара/стационара.

4. Срок временной нетрудоспособности 60-75 дней.

5. Диспансерное наблюдение 1 раз в год. В течение 5 лет с момента последнего обострения. Контролируемые показатели: Отсутствие или уменьшение частоты рецидивов. Прием врача-гастроэнтеролога по медицинским показаниям

6. Реабилитация: Беседа с пациентом о факторах риска, течении заболевания, проведение диспансеризации на участке, школы здоровья в поликлинике.

Ответ на ситуационную задачу № 3

1. Язвенная болезнь желудка в стадии обострения.

2. Общий анализ крови, эндоскопическое исследование желудка с прицельной биопсией, определение *Helicobacter pylori*, анализ кала на скрытую кровь, рентгенологическое исследование желудка с применением контрастного вещества при невозможности проведения ФГДС, УЗИ ОБП – для исключения сопутствующих заболеваний.

3. Сроки нетрудоспособности составляют 21-25 дней

4. Диспансерное наблюдение 1 раз в год. В течение 5 лет с момента последнего обострения. Контролируемые показатели: Отсутствие или уменьшение частоты рецидивов. Прием врача-гастроэнтеролога по медицинским показаниям

4. Профилактика: первичная:

- соблюдение режима питания;
- исключение курения и злоупотребления алкоголем;
- психическая саморегуляция;
- правильное назначение лекарственных препаратов, обладающих раздражающим действием на желудочно-кишечный тракт;
- диспансерное наблюдение за пациентами с хроническим гастритом;

вторичная:

- диспансерное наблюдение за пациентами с язвенной болезнью;
- строгое соблюдение диетических рекомендаций;
- проведение курсов противорецидивного лечения в санаториях – профилакториях.

Ответ на ситуационную задачу № 4

1. У данного больного можно заподозрить стеноз привратника – осложнение язвенной болезни (язва пилорического отдела желудка)

2. Для уточнения диагноза необходимо назначить исследование рентгенография желудка, исследование кала на скрытую кровь наряду с клиническими анализами крови и мочи. Фиброгастродуоденоскопию (ФГДС) с прицельной биопсией, кровь на ИФА на хеликобактерии.

3. Лечение пилоростеноза – оперативное. Необходимо обследовать больного на наличие сопутствующих заболеваний и подготовить к плановому оперативному лечению.

4. Сроки нетрудоспособности составляют 20-28 дней

5. Санаторно-курортное лечение рекомендуется рассмотреть после купирования обострения язвенного процесса, обычно через 2-3 месяца после обострения. Продолжительность санаторно-курортного лечения – 14-21 день. В ранний период реабилитации предпочтение следует отдавать местным санаториям. Направление на курортное лечение в санатории, удаленные от места проживания возможно при формировании стойкой клинической ремиссии.

Рекомендовано рассмотреть проведение лечебной физкультуры (ЛФК) (Лечебная физкультура при заболеваниях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки) для улучшения крово- и лимфообращения

в брюшной полости; нормализации моторики желудка и двенадцатиперстной кишки, секреторной и нейрогуморальной регуляции пищеварительных процессов; создания благоприятных условий для репаративных процессов в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки при отсутствии противопоказаний.

Ответ на ситуационную задачу № 5

1. Пенетрация в поджелудочную железу
2. Дифференциальную диагностику необходимо проводить с хроническим дуоденитом, панкреатитом, гастриномой поджелудочной железы, симптоматическими язвами.
3. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, стадия обострения. Средняя язва малой кривизны желудка, осложненная кровотечением, средняя язва двенадцатиперстной кишки, осложненная пенетрацией в поджелудочную железу.
4. Общий анализ крови, биохимический анализ крови (амилаза, ЩФ), амилаза мочи, обзорная рентгенография органов брюшной полости, рентгеноконтрастный метод исследования, УЗИ, ФГДС повторно, КТ, лапароскопия.
5. Проводится хирургическое лечение совместно с лечением язвы: эрадикация *H.pylori* по принятым схемам, например, кларитромицин 500 мг 2 раза в день + амоксициллин 1000 мг 2 раза в день + пантопразол 20 мг 2 раза в день + висмута трикалия дицитрат 240 мг 3 раза в день 14 дней.

Рекомендуемая литература

Наименование печатных и (или) электронных образовательных и информационных ресурсов	Наличие печатных и (или) электронных образовательных и информационных ресурсов (наименование и реквизиты документа, подтверждающего их наличие), количество экземпляров на одного обучающегося по основной образовательной программе
ОСНОВНАЯ ЛИТЕРАТУРА	
Бабушкин И.Е., Карманов В.К. Лечение пациентов терапевтического профиля: учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. 672 с. URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466766.html	Неограниченный доступ
Болезни билиарной системы: учебное пособие / Л.В. Волевач, А.А. Камалова, А.Ш. Нафикова и др.; Министерство здравоохранения Российской Федерации, Башкирский государственный медицинский университет. Тамбов; Уфа: Консалтинговая компания Юком, 2021. URL: http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib799.pdf	Неограниченный доступ
Болезни билиарной системы: учебное пособие / Л.В. Волевач, А.А. Камалова, А.Ш. Нафикова и др.; Министерство здравоохранения Российской Федерации, Башкирский государственный медицинский университет. Тамбов; Уфа: Консалтинговая компания Юком, 2021. 79 с.	10

Артериальная гипертензия в практике терапевта поликлиники / Л.В. Волевач, А.Ш. Нафикова, Л.В. Габбасова и др.; Министерство здравоохранения Российской Федерации, Башкирский государственный медицинский университет. Тамбов; Уфа: Консалтинговая компания Юком, 2021. URL: http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib800.pdf	Неограниченный доступ
Артериальная гипертензия в практике терапевта поликлиники: учебное пособие / Л.В. Волевач, А.Ш. Нафикова, Л.В. Габбасова и др.; Министерство здравоохранения Российской Федерации, Башкирский государственный медицинский университет. Тамбов; Уфа: Консалтинговая компания Юком, 2021. 95 с.	10
Новая коронавирусная инфекция COVID-19 в практике врача-невролога: учебное пособие / М.А. Кутлубаев, Л.Р. Ахмадеева, К.З. Бахтиярова и др. Уфа, 2020. URL: http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib752.1.pdf	Неограниченный доступ
Клинические рекомендации по гастроэнтерологии: методические рекомендации / сост. Е.Г. Грищенко и др. Красноярск: КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, 2019. 351с. Текст: электронный //ЭБС Лань. URL: https://e.lanbook.com/book/131431	Неограниченный доступ
Формулировка диагнозов в амбулаторной практике врача терапевта. Часть 1/И.В. Ивахненко, И.Ю. Колесникова, Е.А. Сущук, С.И. Краюшкин. Волгоград: ВолгГМУ, 2019. 162 с. URL: https://www.books-up.ru/ru/book/formulirovka-diagnozov-v-ambulatornoj-praktike-vracha-terapevta-chast-1-9833616/	Неограниченный доступ
Павленко В.И. Основные аспекты организации амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению: учебное пособие/В.И. Павленко, О.М. Гончарова. Благовещенск: Амурская ГМА, 2018. 159 с. URL: https://www.books-up.ru/ru/book/osnovnye-aspekty-organizacii-ambulatorno-poliklinicheskoy-pomocshi-vzrosloму-naseleniyu-13085816/	Неограниченный доступ
Давыдкин, И.Л. Поликлиническая терапия: учебник / под ред. И.Л. Давыдкина, Ю.В. Щукина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 688 с. URL: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438213.html	Неограниченный доступ
Сторожаков Г.И., Чукаева И.И., Александров А.А. Поликлиническая терапия: учебник. М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2013. URL: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425015.html	Неограниченный доступ

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА	
Болезни оперированного желудка / Г. Ц. Дамбаев, Н. Э. Куртсеитов, А. П. Кошель и др. Томск: Издательство СибГМУ, 2020. 196 с. URL: https://books-up.ru/ru/book/bolezni-operirovannogo-zheludka-11443813/	Неограниченный доступ
Окороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов. Кн. 3. Диагностика болезней эндокринной системы. Витебск-М.: Медицинская литература, 2019. URL: https://www.books-up.ru/ru/book/diagnostika-boleznej-vnutrennih-organov-kniga-3-diagnostika-boleznej-endokrinnoj-sistemy-9391016/	Неограниченный доступ
Чучалин А.Г., Бобков Е.В. Клиническая диагностика: учебник /. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 736 с. URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448366.html	Неограниченный доступ
Мухин Н.А. Избранные лекции по внутренним болезням. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 328 с. URL: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970441077.html	Неограниченный доступ
Избранные разделы гастроэнтерологии: клиника и диагностика: учебное пособие/сост. И.Г. Малахова и др. Ижевск: ИГМА, 2016. 80с. URL: https://e.lanbook.com/book/13464	Неограниченный доступ
Методы клинических лабораторных исследований : научное издание / В.М. Камышников и др. ; под ред. В.С. Камышникова. М.: МЕДпресс-информ, 2016. 735 с.	2 экз.
Диетотерапия при заболеваниях внутренних органов: учеб. пособие. Ч. 1. / ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России; сост. А.Я. Крюкова и др.. Уфа, 2015. 82 с.	50
Диетотерапия при заболеваниях внутренних органов: учеб. пособие / ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России; сост. А.Я. Крюкова и др. Уфа, 2015. Ч.1. 2015. URL: http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib618.pdf	Неограниченный доступ
Диетотерапия при заболеваниях внутренних органов: учеб. пособие / ГБОУ ВПО Башкирский гос. мед. ун-т. МЗ РФ; сост. А.Я. Крюкова и др. Уфа, 2015. Ч. 2. 78 с.	50

Диетотерапия при заболеваниях внутренних органов: учеб. пособие / ГБОУ ВПО "Баш. гос. мед. ун-т" МЗ РФ; сост. А.Я. Крюкова и др. Уфа, 2015. Ч. 2. 2015. URL: http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib619.pdf	Неограниченный доступ
Циммерман Я.С. Гастроэнтерология: руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. on-line. URL: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970432730.html	Неограниченный доступ
Маев И.В., Самсонов А.А., Андреев Д.Н. Болезни желудка. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 976 с. URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433881.html	Неограниченный доступ
Маев И.В., Самсонов А.А., Андреев Д.Н. Болезни желудка: монография. М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2015. 973 с.	2 экз.
Гастроэнтерология в поликлинической практике: учеб. пособие / ГБОУ ВПО БГМУ МЗ РФ; сост. А.Я. Крюкова и др.; под ред. А.Я. Крюковой. Уфа, 2012. URL: http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib454.pdf	Неограниченный доступ
Электронно-библиотечная система «Консультант студента» для ВПО	http://studmedlib.ru
База данных «Электронная учебная библиотека»	http://library.bashgmu.ru
Электронно-библиотечная система «Букап»	https://www.books-up.ru
База данных электронных журналов ИВИС	https://dlib.eastview.com

Информация об авторах

Волевач Лариса Васильевна

*Доктор медицинских наук, профессор
Заведующий кафедрой поликлинической терапии с курсом ИДПО
Башкирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Республика Башкортостан, г. Уфа*

Камалова Алиса Атласовна

*Кандидат медицинских наук, доцент
Доцент кафедры поликлинической терапии с курсом ИДПО
Башкирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Республика Башкортостан, г. Уфа*

Габбасова Лилия Вадимовна

*Кандидат медицинских наук, доцент
Доцент кафедры поликлинической терапии с курсом ИДПО
Башкирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Республика Башкортостан, г. Уфа*

Нафикова Айгуль Шаукатовна

*Кандидат медицинских наук, доцент
Доцент кафедры поликлинической терапии с курсом ИДПО
Башкирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Республика Башкортостан, г. Уфа*

Давыдович Михаил Григорьевич

*Доктор медицинских наук
Доцент кафедры поликлинической терапии с курсом ИДПО
Башкирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Республика Башкортостан, г. Уфа*

Демидова Надежда Александровна

Ассистент кафедры поликлинической терапии с курсом ИДПО
Башкирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Республика Башкортостан, г. Уфа

Башарова Гузель Радисовна

Доктор медицинских наук, профессор
Профессор кафедры поликлинической терапии с курсом ИДПО
Башкирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Республика Башкортостан, г. Уфа

Галиуллин Артур Рифович

Кандидат медицинских наук
Доцент кафедры поликлинической терапии с курсом ИДПО
Башкирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Республика Башкортостан, г. Уфа

Загидуллин Тимур Салаватович

Ассистент кафедры поликлинической терапии с курсом ИДПО
Башкирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Республика Башкортостан, г. Уфа

Шакирова Ирина Ирековна

Ассистент кафедры поликлинической терапии с курсом ИДПО
Башкирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Республика Башкортостан, г. Уфа

Учебное пособие

**Волевач Л.В., Камалова А.А.,
Габбасова Л.В., Нафикова А.Ш.,
Демидова Н.А., Давыдович М.Г.,
Башарова Г.Р., Галиуллин А.Р.,
Загидуллин Т.С., Шакирова И.И.**

**Язвенная болезнь
в практике врача
поликлиники**

В авторской редакции

Формат 60.84/16. Усл. печ. л. 4,75
Тираж 500 экз.