

Министерство образования и науки Кыргызской Республики

Ошский Государственный Университет

Медицинский факультет

Кафедра «Внутренние болезни с курсом семейной медицины»

**«Обсуждено»**

на заседании кафедры Внутренние болезни с курсом  
семейной медицины

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2023 год

№ протокола 1

зав.каф. доцент \_\_\_\_\_ Рысматова Ф.Т.

**План-разработка практического занятия**

на тему: **Дифференциальная диагностика и лечение желудочных диспепсий.**

по дисциплине: **ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ.**

Специальность: **Лечебное дело**

Составитель: **АЛИБАЕВА АЙГУЛ АБДИРАИМОВНА.**

Ош – 2023

**Тема занятия:** Дифференциальная диагностика и лечение желудочных диспепсий. (2ак.часа)

**Тип занятия:** практическое

**Оборудование занятия:** ситуационные задачи, лабораторные анализы, тесты, кроссворды.

**Межпредметная связь:** Анатомия, физиология, пропедевтика внутренних болезней, Факультетская и госпитальная терапия.

**Внутрипредметная связь:** со всеми темами по разделу гастроэнтрологии.

**Цель занятия:** Научить составлению и реализации основ диагностических действий при синдроме гепатоспленомегалии.

**Карта компетенции:**

**ПК-2** -способен и готов проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, результаты современных лабораторно-инструментальных исследований, написать медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного взрослого и ребенка;

**ПК-15**-Способен назначать больным адекватное лечение в соответствие с диагнозом

<b>РО6 - Способен интерпретировать результаты биохимических и клинических исследований при постановке диагноза.</b>	<b>ПК-2</b> - способен и готов проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, результаты современных лабораторно-инструментальных исследований, написать медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного взрослого и ребенка;	<b>Род2-</b> <b><u>Знает и понимает:</u></b> Клинику и лабораторно - инструментальную диагностику основных заболеваний внутренних органов человека, правила оформления медицинской документации амбулаторного и стационарного больного <b><u>Умеет:</u></b> <u>Анализировать жалобы, анамнез болезни, лабораторные и инструментальные данные, получаемые от больного для определения у него заболевания внутренних органов.</u> <b><u>Владеет:</u></b> приемами осмотра, опроса больных с патологией внутренних органов, владеет навыками точной оценки и интерпретации лабораторных и инструментальных данных, навык заполнения медицинских карт и историй болезни пациента.
---	---	---

<p><b>РО 8</b> – Может анализировать и интерпретировать полученные данные и назначать адекватное лечение и оказать первичную врачебную помощь, принимать решения при возникновении неотложных и угрожающих жизни ситуациях.</p>	<p><b>ПК-15</b>-Способен назначать больным адекватное лечение в соответствии с диагнозом.</p>	<p><b>Род3-Знает и понимает:</b>          Принципы терапии основных заболеваний внутренних органов у человека. Группы препаратов для лечения болезней, их свойства. Принципы оказания первой, неотложной помощи взрослому населению и подросткам, в соответствии с программой дисциплины.</p> <p><b>Умеет:</b>          -Разработать план терапевтических действий, с учетом протекания болезни и ее лечения;          -Сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств.          -Определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения.          -Диагностировать и назначить адекватное лечение при первой помощи, при неотложных ситуациях и синдромах взрослому населению и подросткам.</p> <p><b>Владеет:</b>          -Навыками лечения основных заболеваний. --Основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях</p>
---	---	--

**Литература: Основная:**

1. Внутренние болезни / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко. – 5-е изд. – М.: Медицина, 2005. – 591 с.
2. Внутренние болезни: Учебник: В 2 т. / Под. ред. А.И. Мартынова, Н.А. Мухина, В.С. Моисеева. – М.: МЕДпресс-информ, 2001.

**Дополнительная литература**

1. Гастроэнтерология. Гепатология: учеб.пособие; пер.сангл.под ред. В.Т. Ивашкина.- М.: Рид Элсивер, 2009.- 192 с.- (Серия «Внутренние болезни по Дэвидсону»).
2. Клиническая гастроэнтерология. Руководство/ Я.С. Циммерман.- М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009.- 416 с.
3. Громнацкий Н.И. Болезни органов пищеварения: учеб. – М.: Медицинское информационное агентство. 2010. – 336 с.
4. Гастроэнтерология. Национальное руководство/Под ред. В.Т. Ивашкина, В.Т. Лапиной. – м.: ГЭОТАР – Медиа. – 2008. – 704 с.

**Электронные источники**

1. <https://studlife.net>
2. <https://ismu.baikal.ru>

**Хронологическая карта занятия:**

№	Этапы занятия	Цели этапов занятия	Методы, механизмы	Результаты обучения	Ресурсы занятия	Деятельность преподавателя
1	Организационный момент <b>3мин</b>	Организация начала занятия, настраивание студентов на учебную деятельность.	приветственное слово, вербальное побуждение, поручение.	Четкое проведение начала урока дисциплинирует студентов. Создает рабочую обстановку	Доска, мел, тряпка для втирания доски, групповой журнал.	Преподаватель приветствует студентов, обращает внимание на внешний вид студентов, санитарное состояние кабинета, проверяет готовность студентов к занятию, отмечает отсутствующих. Обеспечивает учебную обстановку в аудитории, психологически настраивает студентов на работу.
2	Постановка целей и мотивация к изучению новой темы <b>7мин</b>	активизация познавательной деятельности и интереса студентов к изучению данной темы, постановка цели и задач занятия.	Мозговой штурм. Целесообразно задавать вопросы: Что вы уже знаете об этой теме? Где в жизни вы с этим встречались? 1.Определение диспепсического синдрома 2.основные заболевание сопровождающие с диспепсическим синдромом. 3.Основные симптомы диспепсического синдрома. 4.Основные методы диагностики диспепсического синдрома.	Умелое использование индукции формирует познавательный интерес к познавательной деятельности в процессе работы на практическом занятии. Четко поставленные цели помогают студентам определить объем работы: - настраивают на целенаправленную деятельность, - активизируют внимание, - побуждают к самостоятельной работе, - стимулируют творческую деятельность, - усиливают мотивацию.	Лекционный материал.. Контрольные вопросы.	Преподаватель формулирует тему практического занятия. Проводит мотивацию учебной деятельности, дает характеристику ее профессиональной значимости, новизны, актуальности и степени изученности подчеркивает значение этой темы для будущей практической деятельности, проводит постановку целей занятия. Излагает план занятия, включающий основные вопросы, подлежащие рассмотрению, дает характеристику рекомендуемой литературы.

3	Входной контроль <b>10мин</b>	выявление имеющихся знаний, оценка степени подготовленности студентов к занятию.	Тесты по пройденным темам.(по 10вопросов 2 варианта).	По пройденному тему студенты должны уметь правильно отвечать нижеперечисленным тестам. (приложение 1) <b>Студенты должны знать:</b> -Этиологию, патогенез и меры профилактики-клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения. - Методы диагностики, диагностические возможности. -Принципы терапии основных заболеваний внутренних органов у человека. Группы препаратов для лечения болезней, их свойства.	Тестирова ние	преподаватель осуществляет проверку и оценку знаний студентов.
4	Обсуждение новой темы. <b>20мин</b>	Обобщение и систематизация изучаемого материала Настроить студентов на целенаправленную деятельность	Работа в малых группах. Создание класстеров и пересказ текста.	<b>Студенты должны уметь:</b> - <u>Анализировать жалобы, анамнез болезни, лабораторные и инструментальные данные, получаемые от больного для определения у него заболевания внутренних органов.</u> -Наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата. -Сформулировать клинический диагноз; разработать план терапевтических	Лекционн ый материал. Лаборатор ные анализы	Организация и управление учебно-познавательной деятельности студентов: -проводит собеседование по теме,

				(хирургических) действий, с учетом протекания болезни и ее лечения;		
5	Закрепление новой темы <b>20мин</b>	систематизация и закрепление полученных на занятии знаний и умений, повышение уровня осмысления изученного материала, глубины его понимания студентами.	Ситуативные игры. Решение ситуационных задач, выполнение упражнений.	Использование игровых технологий, игровых обучающих программ, оригинальных заданий и задач, позволяют снять эмоциональное напряжение, ввести соревновательный дух. Этот прием также позволяет решить одновременно несколько различных задач: обеспечить психологическую разгрузку учащихся, дать им сведения развивающего и воспитательного плана, показать практическую значимость изучаемой темы, побудить к активизации самостоятельной познавательной деятельности.	Стикер. Чистые А4 листы. Маркер.	преподаватель организует деятельность студентов по воспроизведению существенных признаков изученных познавательных объектов, по отработке изученного материала, способов действий, алгоритма практических манипуляций посредством их применения в ситуациях по образцу и измененных ситуациях. Закрепляем знание по новой теме. Преподаватель определяет цели предстоящей работы, показывает основные приемы выполнения работы, поясняет этапы самостоятельной работы, подробно инструктирует по предстоящей работе, дает пояснения по выполнению упражнений и оформлению результатов работы. Преподаватель делит подгруппу на 3-5 звеньев (в зависимости от количества студентов на занятии). Далее проводится ситуативная игра. Преподаватель уточняет готовность студентов, отвечает на поставленные вопросы. Состав звена остается тем же (технология работы малыми группами). <b>Ролевая игра:</b> Решение ситуационной задачи по теме. На доске прикреплены вырезанные из цветной бумаги яблочки. Под каждым из них напечатана номер ситуационной задачи. Студенты обсуждают решение, комментируют ответы друг друга, сравнивают с эталонами, выставляют оценки в соответствии с рейтингом.

6	Самостоятельная работа студентов <b>40мин</b>	формирование, закрепление практических умений (профессиональных компетенций). Помочь осмыслить ход, этапы предстоящей работы Настроить студентов на целенаправленную деятельность	Работа в отделении с пациентами	Развивает самостоятельность, дисциплинированность, ответственность студента при работе с пациентом		преподаватель организует и контролирует выполнение студентами практических манипуляций, направленных на формирование практических умений и развитие способностей применять теоретические знания в практической деятельности.
7	Подведение итогов Оценивание студентов за участия на занятии <b>7мин</b>	подведение итогов занятия, формулирование выводов, оценивание деятельности студентов на занятии.	Рефлексия. беседа, методы мотивации и эмоционального стимулирования <b>Подведение итогов.</b> Посещаемость-0,2б. Работа в малых группах - 0,2б. Тест и ситуационные , - 0,5б. Активность -0,3б. Практические навыки- 0,6б <b>Итого: 1,8б.</b>	Реализация рефлексии позволит наладить обратную связь между преподавателем и студентом.	Чистые А4 листы. Маркер.	Преподаватель дает комментарии по каждому из этапов, подводит итоги, напоминает о необходимости заполнения личных рейтинговых листов. Каждый студент сообщает о полученных результатах. Сообщить студентам о результатах проведенного практического занятия, прокомментировать работу наиболее активных «микро групп», дать анализ успешности овладения знаниями и способами деятельности, раскрыть недостатки, показать пути их преодоления, предложить провести самооценку (рефлексию), оценить работу каждого студента, дать общую характеристику работы студентов. Рефлексия проводится в форме «круглого стола», когда каждый студент имеет возможность анализировать как свою работу, так и методику проведения занятия, внести свои предложения. Выразить благодарность за работу на занятии, поинтересоваться впечатлениями студентов, это создает положительный эмоциональный настрой после напряженной работы, повышает интерес к предмету и стимулирует в дальнейшем к продуктивной работе.
8	Задание на дом <b>3мин</b>	информация для студентов о подготовке к следующему занятию	устное сообщение, письменный метод-перечень вопросов для подготовки к итоговому занятию.			преподаватель называет тему следующего практического занятия, определяет вопросы для подготовки, называет учебную литературу с указанием страниц. В домашнее задание необходимо включать вопросы, активизирующие самостоятельно поисковую деятельность, предлагать творческие и индивидуальные задания.

Ответы к тестам: 1 вариант: 1.д. 2д. 3г. 4д. 5в. 6.а. 7б. 8а. 9г.10г.

2вариант: 1д. 2д. 3д. 4д. 5г. 6а. 7г. 8в. 9е. 10в.

Вариант №1.

1. **Дифференциальный диагноз острого гастрита следует проводить**  
а) с инфарктом миокарда б) с острым холециститом  
в) с острым панкреатитом г) с тромбозом мезентериальных сосудов д) со всем перечисленным
2. **К основным методам исследования, позволяющим верифицировать диагноз хронического гастрита относятся:**  
а) анализ желудочного сока б) рентгеноскопия желудка  
в) гастроскопия г) морфологическое исследование слизистой оболочки желудка д) правильно в) и г)
3. **К предраковым заболеваниям относятся все перечисленные, кроме:**  
а) хронического атрофического гастрита с секреторной недостаточностью б) полипов желудка на широком основании  
в) полипозного гастрита г) эрозивного гастрита д) ригидного антрального гастрита
4. **Медикаментозное лечение хронического атрофического гастрита включает:**  
а) вяжущие и обволакивающие средства б) метилурацил  
в) витамины г) заместительную терапию д) все перечисленное
5. **Инфекция хеликобактер пилори способствует развитию:**  
а) язвы пилороантрального отдела желудка б) язвы луковицы двенадцатиперстной кишки  
в) верно а) и б) г) язвы кардиального отдела желудка д) язвы всех перечисленных отделов
6. **Терапия гелем алюминия нередко вызывает:**  
а) гипофосфатемию б) гипокальциемию  
в) гиперфосфатемию г) гиперкальциемию д) ничего из перечисленного
7. **Боли при язвенной болезни с локализацией язвы в антральном отделе желудка чаще иррадиируют:**  
а) в область сердца б) в спину в) в правое подреберье г) в левое подреберье д) правильные ответы б) и в)
8. **При пенетрации язвы в поджелудочную железу в крови повышается:**  
а) активность амилазы б) активность липазы в) уровень глюкозы г) активность щелочной фосфатазы д) ничего из перечисленного
9. **В дифференциальной диагностике сарком желудка и рака желудка используются:**  
а) степень эластичности стенки желудка б) характер изъязвлений в) результаты биопсии г) все перечисленное д) правильные ответы а) и б)
10. **Болезнь Менетрие характеризуется всеми перечисленными симптомами, кроме**  
а) гигантской гипертрофии желудочных складок б) потери белка из желудка  
в) анемии г) лихорадки д) потери массы тела



## Вариант №2.

- 1. Лечебные мероприятия при остром гастрите включают**  
а) промывание желудка б) адсорбирующие средства в) обволакивающие средства г) спазмолитики д) все перечисленное
- 2. Хронический гастрит необходимо дифференцировать:**  
а) с язвенной болезнью желудка б) с раком желудка в) с хроническим панкреатитом г) с хроническим холециститом д) со всем перечисленным
- 3. Физиотерапия в лечении гастритов противопоказана:**  
а) при ригидном антральном гастрите б) при полипозе желудка в) при геморрагическом гастрите г) при эозинофильном гастрите д) при всем перечисленном
- 4. При обнаружении хеликобактер пилори при хронических гастритах рекомендуется назначить:**  
а) омепразол + ампициллин + кларитромицин б) омепразол + тетрациклин + метронидазол + де-нол  
в) ранитидин + ампициллин + метронидазол г) альмагель + де-нол д) верно а) и б), в)
- 5. Эпителлий слизистой оболочки желудка подразделяется на:**  
а) поверхностно-ямочный б) железистый  
в) смешанный г) правильные ответы а) и б) д) все перечисленное
- 6. Кровь, оттекающая из желудка идет:**  
а) к портальной вене б) к нижней полой вене в) к селезеночной вене д) к венам пищевода
- 7. Достоверным клиническим признаком стеноза привратника является:**  
а) рвота желчью б) урчание в животе  
в) резонанс под пространством Траубе г) шум плеска через 3-4 часа после приема пищи  
д) видимая перистальтика
- 8. Основными отличиями симптоматических язв от язвенной болезни являются:**  
а) локализация язвы б) величина язвы в) отсутствие хронического рецидивирующего течения г) кровотечение д) частая пенетрация
- 9. Омепразол относится к группе препаратов**  
а) адреноблокаторы б) М-холиноблокаторы  
в) спазмолитики г) блокаторы гистаминовых H1 рецепторов  
д) блокаторы гистаминовых H2 рецепторов е) блокаторы протонного насоса
- 10. Полипы желудка чаще всего локализуются**  
а) вдоль малой кривизны  
б) вдоль большой кривизны  
в) в антральном отделе желудка  
г) в теле желудка  
д) в пилорическом канале

## Приложения №2. Контрольные вопросы:

1. Дифференциальный диагноз желудочной диспепсии..
2. Хронические гепатиты. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические синдромы. Принципы диагностики, лечения и профилактики.
3. Язвенная болезнь желудка. Этиология. Патогенез. Принципы диагностики, лечения и профилактики.
4. Хронический панкреатит. Клинико-морфологические варианты. Принципы диагностики, лечения, профилактики.
5. Рак желудка. Этиология. Патогенез. Классификация. Дифференциальная диагностика. Принципы терапии и профилактики.
6. Хронический холецистит. Этиология. Патогенез. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия.
7. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Этиология. Патогенез. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия.

## Приложение №3. Ситуационные задачи.

### Ситуационная задача №1.

Больная 33 лет обратилась в поликлинику с жалобами на боли за грудиной, чувство распирания в этой области. Накануне вечером ела рыбу, при этом поперхнулась, к врачу не обращалась. Утром появились жалобы на затрудненное глотание, температура тела повысилась до 37,3 С, появилось вздутие в области шеи и нижней половины лица. Рвоты не было. При пальпации шей отмечается крепитация; на рентгенограмме грудной клетки – расширение тени средостения с прослойками газа, располагающимися паравертебрально.

#### 1. Предположительный диагноз:

- а) опухоль средостения
- б) шейный лимфаденит
- в) флегмона шеи
- г) перфорация пищевода
- д) медиастинальная эмфизема

#### 2. Тактика врача:

- а) немедленно госпитализировать больную в хирургическое отделение
- б) пунктировать клетчатку шеи и установить иглы Дюфо
- в) провести эзофагоскопию
- г) назначить антибиотики, выдать больничный лист, с рекомендацией повторной явки через 2-3 дня
- д) вызвать на консультацию отоларинголога

### **Ситуационная задача №2.**

У больного с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы в последнее время изменилась клиническая картина заболевания : исчезла изжога и регургитация, появилась дисфагия при употреблении плотной пищи, пропал аппетит, больной стал терять в весе.

#### **1. Предполагаемый диагноз:**

- а) развитие рака пищевода
- б) развитие рака желудка
- в) ущемление грыжи

#### **2. Для подтверждения диагноза у данного больного необходимо в первую очередь провести все перечисленные исследования, кроме:**

- а) анализа кала на скрытую кровь
- б) исследования желудочной секреции
- в) рентгеноскопия и рентгенографии пищевода
- г) эзофагогастроскопии
- д) цитологического исследования эксфолиативного материала

### **Ситуационная задача №3.**

**Больной, длительно страдающий язвенной болезнью с локализацией язвы в желудке. Обратился с жалобами на слабость, тошноту, потерю аппетита постоянные боли в эпигастриальной области, похудание. В данном случае можно думать о следующем осложнении язвенной болезни:**

- а) стенозе выходного отдела желудка
- б) малигнизации язвы
- в) пенетрации язвы
- г) микрокровоотечении из язвы
- д) перфорации язвы

### **Ситуационная задача №4.**

У молодой женщины 18 лет после эмоционального стресса появилась дисфагия при употреблении жидкой холодной или горячей пищи (плотная пища проходит хорошо). Дисфагия появлялась в дальнейшем при волнениях, усталости. Аппетит сохранен. В весе не теряла. При физикальном обследовании патологии не выявлено.

#### **Наиболее вероятной причиной дисфагии является:**

- а) идиопатическая гиперкинезия пищевода
- б) рак пищевода
- в) пептическая язва пищевода
- г) аксиальная (скользящая) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

#### **2. Для исключения другой патологии и подтверждения диагноза следует назначить:**

- а) общий анализ крови
- б) рентгеноскопию пищевода и желудка
- в) эзофагогастродуоденоскопию
- г) все перечисленное
- д) верно б) и в)

#### **3. Основными условиями рентгенологического исследования в этом случае являются:**

- а) исследование пищевода в положении стоя
- б) исследование пищевода в положении лежа
- в) исследование с жидкой бариевой взвесью
- д) все перечисленные

**Ситуационная задача №5.**

**У больного К. 49 лет появилась кахексия и массивный резистентный к терапии асцит, который развился в течение последних 3 месяцев. Ранее считал себя здоровым. При осмотре кожные печеночные знаки отсутствуют, размеры печени и селезенки нормальные. Умеренная анемия, повышение СОЭ, гипопротейнемия. Активность амилазы мочи - в пределах нормы.**

**1. Можно предположить диагноз:**

- а) рак желудка с метастазами - канцероматозный асцит
- б) рак поджелудочной железы
- в) лимфосаркома
- г) хронический панкреатит
- д) цирроз печени

**2. Подтвердить правильный диагноз поможет:**

- а) тщательный анализ анамнестических данных
- б) гастродуоденоскопия с прицельной биопсией
- в) исследование панкреатических ферментов в крови, их активность
- г) ультразвуковое исследование
- д) все перечисленное

**Ситуационная задача №6.**

**У мужчины 51 года отмечаются длительные боли давящего характера в правом подреберье после употребления жирной пищи. При обследовании: желтухи и гепатоспленомегалии нет, положительный симптом Керра, температура субфебрильная, СОЭ - 30 мм/ч. Каков предполагаемый диагноз?**

- а) Хронический холецистит в фазе обострения
- б) Хронический панкреатит в фазе ремиссии
- в) Язвенная болезнь желудка в фазе обострения
- г) Хронический гепатит

**Ситуационная задача №6.**

**Мужчина 55 лет, в течение трех лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с частыми рецидивами. Поступил в стационар с симптомами кишечного кровотечения. Выберите наиболее эффективную лечебную тактику ведения больного для предотвращения развития осложнений?**

- а) Эрадикационная терапия при выявлении *Helicobacter pylori*
- б) Поддерживающая терапия блокаторами H<sub>2</sub>-рецепторов гистамина
- в) Хирургическое лечение
- г) Терапия сукральфатом

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДИСПЕПСИИ

Понятие диспепсии (от греч. «dys» – плохой и «pepsis» – пищеварение) включает в себя множество субъективных симптомов, сопровождающих расстройство пищеварения. Отечественные гастроэнтерологи традиционно рассматривают диспепсию в широком понимании, т.е. как проявления заболеваний пищевода, желудка и кишечника. К ним относятся: ощущение болезненности в области живота, дискомфорт в эпигастрии (тяжесть, переполнение, раннее насыщение), чрезмерное газообразование в кишечнике, изжога, отрыжка, дисфагия, тошнота, рвота, понос, запор, потеря аппетита. Диспепсия подразделяется на функциональную и органическую. Функциональная диспепсия (с наличием характерных жалоб) при тщательном обследовании больных не сопровождается органическими изменениями органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Органическая диспепсия связана с серьезным органическим заболеванием органов ЖКТ. Проявления диспепсии могут быть связаны как с приемом пищи, так и не зависеть от него. В настоящее время зарубежные исследователи определяют диспепсию как хроническую или рецидивирующую боль либо неприятные ощущения в верхней части живота. Неприятные ощущения означают субъективный дискомфорт, но не боль и могут включать самые разные симптомы, такие как быстрое насыщение, вздутие живота, чувство распирания в эпигастрии и тошноту. Отдельно от диспепсии зарубежными авторами выделяется изжога и отрыжка кислым, являющиеся проявлениями гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Симптоматика, связанная с патологией кишечника (понос, запор, метеоризм), под термин «диспепсия», согласно зарубежным авторам, не попадает. С нашей точки зрения, целесообразно разделять диспепсию на пищеводную, желудочную и кишечную. Это облегчает проведение дифференциальной диагностики заболеваний. Далее мы отдельно рассмотрим проявления пищеводной и желудочной диспепсии и клинический подход к больным с данными проявлениями.

### КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА БОЛЬНЫХ С ЖЕЛУДОЧНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ

Желудочная диспепсия характеризуется болью или дискомфортом в эпигастриальной области, тошнотой, рвотой. Для верификации желудочной диспепсии достаточно определения одного из вышеперечисленных симптомов.

**Характеристика боли.** Истинные висцеральные абдоминальные боли передаются висцеральными афферентными нервами, которые сопутствуют висцеральным симпатическим проводящим путям. Висцеральную боль обычно описывают как тупую, постоянную по своему характеру боль с диффузным распространением по средней линии живота или как ощущение переполнения или растяжения желудка. Локализация чувства дискомфорта обычно соответствует сегментарному уровню иннервации пораженного органа. Абдоминальную висцеральную боль можно вызвать экспериментально путем искусственного увеличения давления в полном органе. Обычно такая боль возникает в результате растяжения или чрезмерного сжатия мышц полого органа. Воспаление обычно, снижает порог чувствительности боли, вызванной такими раздражителями.

Висцеральную боль при расстройстве пищеварения следует отличать от острой, локальной по своему характеру боли, возникающей в результате острых процессов в брюшной полости, затрагивающих брюшину. В отличие от истинной висцеральной боли эта боль распространяется по спинномозговым афферентным нервам.

Ввиду того что истинная висцеральная абдоминальная боль имеет диффузный характер, основным ключом к пониманию вызвавшей ее причины служит локализация этой боли и соответствующего сегментарного уровня иннервации; однако при рассмотрении какого-либо конкретного сегментарного участка невозможно определить, какой именно из нескольких внутренних органов, иннервирующихся данным сегментом, является источником боли. Важно знать следующие правила: загрудинная боль, вызванная поражениями пищеварительного тракта, обычно возникает при заболевании пищевода или области кардиального отдела желудка. Поскольку боль, ощущаемая в этой области, часто бывает связана с заболеваниями сердца, необходимо тщательно рассмотреть вероятность такого заболевания и убедиться в его отсутствии. Боль в эпигастральной области обычно возникает при поражениях желудка, двенадцатиперстной кишки, желчных протоков или поджелудочной железы. По мере того как патологические процессы в желчных путях или в поджелудочной железе становятся более интенсивными, боль может сместиться в бок и локализоваться в типичном месте, например, боль, вызванная заболеванием желчных путей, – в области правого верхнего квадранта живота, и у верхушки лопатки, а боль, вызванная заболеванием поджелудочной железы, – в левом верхнем квадранте живота и в левой части спины. Боль вокруг пупка обычно бывает связана с заболеваниями тонкой кишки. Боль ниже пупка часто вызывается аппендицитом, заболеваниями толстой кишки или органов малого таза.

Тщательное рассмотрение временных взаимосвязей симптомов у больного часто дает дополнительную информацию для постановки диагноза. Важно установить, присутствуют ли эти взаимосвязи у больного постоянно (т. е. на протяжении больших промежутков времени, непрерывно), как это может происходить, например, при инфильтрирующем раке желудка, или же они являются перемежающимися, как при остром гастрите или при желчной колике. Симптомы могут иметь каждодневный характер, как в случае рефлюкс-эзофагита, при котором боль часто возникает ночью и в положении лежа. Боль, которая заставляет больного пробуждаться от глубокого сна, развивается чаще всего при язве двенадцатиперстной кишки. Иногда симптомы носят сезонный характер, как при пептической язве желудка, при которой некоторые больные испытывают больший дискомфорт весной и осенью, чем в другие времена года.

Еще одним полезным диагностическим признаком является взаимосвязь боли с приемом пищи. Возникновение болей вскоре после приема пищи говорит о заболевании пищевода, остром гастрите или раке желудка. Появление симптомов расстройства пищеварения в отдаленные сроки после приема пищи (т. е. через несколько часов) может отражать неадекватное опорожнение желудка (как в случае закупорки выхода из желудка, так и при атонии желудка) или наличие язвы желудка, при которой боль возникает в результате воздействия на изъязвленную слизистую оболочку соляной кислоты, секретлируемой желудком и не нейтрализованной пищей. И наоборот, исчезновение боли после приема пищи или антацидных средств характерно для язвы

двенадцатиперстной кишки и объясняется предположительно нейтрализацией кислоты. Расстройство пищеварения в отдаленные сроки после приема пищи может быть также результатом нарушения процессов пищеварения и абсорбции, как это имеет место при нарушении функции поджелудочной железы.

Важно помнить, что описанные выше характеристики боли и взаимосвязи симптомов с временем приема пищи отражают обобщенные данные и что многие реальные случаи не укладываются в классические и учебные схемы. Например, хотя боль, ограниченная правым верхним квадрантом живота, часто вызывается заболеванием желчного пузыря, около половины страдающих этим заболеванием больных испытывают боль только в эпигастральной области. Аналогично у одних больных, страдающих пептической язвой желудка, боль не проходит после приема антацидных средств, в то время как у других больных, страдающих функциональным расстройством пищеварения и даже раком желудка, прием антацидных средств снимает боль.

**Дискомфорт в эпигастральной области** включает один из следующих симптомов: раннее насыщение, чувство переполнения, вздутие в эпигастральной области.

Раннее насыщение – ощущение переполнения желудка вскоре после начала еды независимо от количества принятой пищи, в результате чего прием пищи не может быть завершен.

Чувство переполнения – неприятное ощущение напряжения, тяжести в эпигастрии, которые создают впечатление задержки пищи в желудке. Эти ощущения не всегда связаны с приемом пищи.

Вздутие в эпигастральной области – субъективное чувство распирания в эпигастральной области, которое необходимо отличать от видимого вздутия живота.

**Тошнота** – это неприятное, безболезненное, субъективное ощущение, предшествующее рвоте. Тошнота иногда сопровождается анорексией, т. е. нежеланием или отказом от приема пищи. Анорексию не следует смешивать с ситофобией, т. е. боязнью приема пищи из-за возникающих при этом болей. Ситофобия является классическим симптомом при язве желудка или при ишемии кишечника.

**Рвота** – это рефлекторный акт выталкивания содержимого желудка через рот. Рвота является заключительной стадией физиологического акта с вовлечением соматической и вегетативной нервных систем, глотки, желудочно-кишечного тракта и скелетной мускулатуры грудной клетки и брюшной полости. Рвоту необходимо отличать от *срыгивания* и *регургитации*. **Срыгивание** часто, но не всегда, предшествует рвоте и связано с физической нагрузкой, ритмом дыхания и сокращением мускулатуры брюшной полости. Как правило, срыгивание не ведет к опорожнению желудка через рот. **Регургитация** – это возврат пищи из желудка в ротовую полость без характерных для рвоты признаков. Регургитация часто наблюдается при гастроэзофагальном рефлюксе, при механическом (опухоли) или функциональном (ахалазия) сужении пищевода. **Руминация** – это повторная произвольная регургитация недавно съеденной пищи, которая либо выплевывается, либо снова глотается. Этот цикл может повторяться несколько раз в течение часа после приема пищи и обычно прекращается после появления кислого привкуса во рту.

***Причины тошноты и рвоты (Хендерсон Д.М., 1997):***

1. Инфекционные и паразитарные заболевания:
  - а) вирусные (гепатиты А и В, Norwalk-вирус и ему подобные вирусы);
  - б) бактериальные (токсины *Staphylococcus aureus*, *Bacillus cereus*, *Clostridium perfringens*, *Salmonella*);
  - в) гельминтозы.
2. Действие лекарственных препаратов (цитостатики, наркотики, сердечные гликозиды, эуфиллин).
3. Непроходимость выходного отдела желудка:
  - а) механическая (язвенная болезнь; опухоли желудка, двенадцатиперстной кишки и поджелудочной железы; болезнь Крона);
  - б) функциональная (вследствие пареза желудка, вызванная лекарствами, послеоперационная, послеинфекционная).
4. Непроходимость тонкой кишки:
  - а) механическая (грыжа, спайки, заворот, инвагинация, болезнь Крона, инородное тело);
  - б) функциональная (синдромы псевдообструкции тонкой кишки).
5. Психогенные факторы: вегетативная дистония, психопатия, истерия, нервная анорексия, испуг при стрессе, чувство отвращения.
6. Нарушения центральной нервной системы (вестибулярные расстройства, повышение внутричерепного давления, гипертонические кризы, инсульты, менингоэнцефалиты).
7. Беременность.
8. Метаболические или эндокринные факторы (гипертиреоз, болезнь Аддисона, порфирия, кетоацидоз, уремия).
9. Висцеральная боль – рефлекторная рвота (перитонит, панкреатит, холецистит, инфаркт миокарда, почечная колика).
10. Прочие (лучевая терапия или облучение).

Тошнота и рвота являются обычными проявлениями органических и функциональных нарушений. Точные механизмы, запускающие рвотный акт при различных клинических состояниях, недостаточно ясны, что делает затруднительной их классификацию. Предполагают, что рвота происходит в результате с раздражения рвотного центра (находится в продолговатом мозге), или раздражения определенного центра в медуллярной хеморецепторной зоне на границе с продолговатым мозгом, которая связана эфферентными путями с центральным рвотным центром.

Рвота не обязательно является симптомом поражения пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК).



Многие острые состояния в брюшной полости, которые ведут к развитию «острого живота», сопровождаются тошнотой и рвотой. Рвота может наблюдаться при воспалении какого-либо внутреннего органа, как, например, при остром аппендиците или остром холецистите, непроходимости кишечника или остром перитоните.

Тошнота и рвота могут иметь место при многих нарушениях, связанных с хроническим расстройством пищеварения. Рвота может быть или самопроизвольной, или самовызываемой и может приводить к уменьшению симптомов заболевания, как, например, при неосложненной пептической язве. Тошнота и рвота могут сопутствовать растяжению живота и болям, наблюдаемым при синдромах, связанных с аэрофагией. У больных, страдающих хроническим расстройством пищеварения, тошнота и рвота часто могут провоцироваться употреблением определенных пищевых продуктов (например, жирной пищи), хотя причины этого недостаточно ясны.

Острые, системные инфекции, сопровождающиеся лихорадкой, особенно у маленьких детей, часто сопровождаются рвотой и тяжелой диареей. Механизм, посредством которого инфицирование удаленных от пищеварительного тракта органов вызывает эти проявления, неясен. Вирусное, бактериальное и паразитарное инфицирование пищеварительного тракта может сопровождаться тяжелой тошнотой и рвотой, часто в сочетании с диареей. Тяжелая тошнота и рвота могут быть выраженными при вирусном гепатите, даже до развития желтухи.

Заболевания центральной нервной системы, которые приводят к повышению внутричерепного давления, могут сопровождаться рвотой, часто даже фонтанирующей. Таким образом, отек головного мозга, обусловленный воспалением, гипоксемией, острой гидроцефалией, опухолями и т. д., может осложняться рвотой. Повреждения аппарата внутреннего уха и его центральных связей, которые лежат в основе головокружения, довольно часто сопровождаются рвотой и тошнотой с позывами к рвоте. Острый лабиринтит и болезнь Меньера могут служить примерами таких нарушений. Головные боли по типу мигрени, диабетические кризы и острый менингит служат дополнительными примерами таких состояний нервной системы, которые могут привести к развитию рвоты. В реактивной фазе гипотензии, сопровождающейся обмороком, также возможны тошнота и рвота.

Тяжелая тошнота и рвота могут наблюдаться при остром инфаркте миокарда, особенно при его локализации в задней стенке левого желудочка. Тошнота и рвота могут иметь место также при застойной сердечной недостаточности, возможно, в связи с застоем крови в печени. Следует всегда иметь в виду, что у кардиологических больных эти симптомы могут быть обусловлены лекарственными средствами (например, опиатами или препаратами наперстянки).

Тошнота и рвота обычно сопутствуют тяжелым эндокринным заболеваниям, включая диабетический ацидоз и недостаточность надпочечников, особенно при адреналовых кризах. Утренняя тошнота на ранних сроках беременности является еще одним примером взаимосвязи тошноты и рвоты с гормональными изменениями.

Тошнота и рвота являются побочным эффектом многих лекарственных средств и химиопрепаратов. В некоторых случаях это обусловлено раздражением желудка, которое стимулирует расположенный в продолговатом мозге рвотный центр. Проглатывание какого-либо токсина (например, при пищевых отравлениях) также может вызвать развитие острой рвоты.

Психогенная рвота означает рвоту, которая может развиваться как часть какого-либо эмоционального расстройства на преходящей основе или сохраняться более упорно как часть психического расстройства. Тщательное наблюдение обычно позволяет обнаружить, что это состояние является скорее срыгиванием, чем рвотой, и потеря массы тела может совершенно не соответствовать описанию больным частоты и тяжести отмечающейся у него рвоты. Нервно-психическая анорексия представляет собой эмоциональное расстройство, которое может быть связано не только с анорексией, но и с рвотой. Часто у больных, страдающих эмоциональными расстройствами и рвотой, сохраняется относительно нормальное состояние питания, так как при рвоте утрачивается сравнительно небольшое количество проглоченной пищи.

Рвоту следует отличать от срыгивания, которое относится к выбросу пищи в отсутствие тошноты и без сокращения мышц брюшной стенки и диафрагмы, являющихся частью рвотного акта. Срыгивание содержимого пищевода может происходить при стриктуре пищевода или его дивертикуле. Срыгивание содержимого желудка обычно наблюдается при недостаточности желудочно-пищеводного сфинктера, особенно при наличии грыжи пищеводного отверстия диафрагмы или при сочетании с пептической язвой, обычно в случае развития пилороспазма.

Временная взаимосвязь между рвотой и приемом пищи может быть полезным диагностическим признаком. Рвота, развивающаяся преимущественно по утрам, часто наблюдается в ранние сроки беременности и при уремии. Алкогольный гастрит обычно сопровождается развитием рвоты в ранние утренние часы (так называемая сухая рвота). Рвота, возникающая вскоре после приема пищи, характерна для пилороспазма или гастрита. С другой стороны, рвота, возникающая через 4–6 часов (или более) после приема пищи и сопровождающаяся выбросом больших количеств непереваренной пищи, часто указывает на задержку пищи в желудке (например, при диабетической атонии желудка или непроходимости привратника). Однако при задержке пищи в желудке рвота может развиваться и в более ранние сроки (30–90 минут) после приема пищи.

Характер рвотных масс помогает поставить диагноз. Если рвотные массы содержат свободную соляную кислоту, то непроходимость может быть обусловлена язвой; отсутствие свободной соляной кислоты более характерно для рака желудка. Гнилостный запах рвотных масс отражает действие бактерий на содержимое кишечника. Такая рвота может наблюдаться при непроходимости в нижних отделах кишечника, перитоните или при наличии желудочно-кишечного свища. При длительной рвоте, в содержимом желудка часто присутствует желчь. Это не имеет значения, если только желчь не обнаруживается постоянно в рвотных массах в большом количестве. В последнем случае это может указывать на непроходимость, локализованную ниже печеночно-поджелудочной ампулы. Наличие крови в содержимом желудка обычно означает кровотечение из пищевода, желудка или двенадцатиперстной кишки, источниками которого могут быть: варикозно расширенные вены пищевода и желудка, распадающиеся злокачественные опухоли и травмированные полипы,

эрозии и язвы, дивертикулы, разрыв слизистой оболочки в области пищеводно-желудочного перехода (синдром Мэллори-Вейсса). При геморрагических диатезах кровь может заглатываться из полости рта, носа, легких и таким образом появляться в рвотных массах.

При выявлении желудочной диспепсии необходимо оценить наличие кишечной диспепсии (диарея, стеаторея, мелена, запор), состояние питания, аппетит и наличие изменений массы тела.

Тщательно собранный анамнез должен включать в себя и оценку общего состояния здоровья пациента, включая возможное наличие заболеваний, локализованных вне пищеварительного тракта, которые могут вызвать расстройства пищеварения. Очень важна тщательная оценка психологических факторов, поскольку они часто играют этиологическую или предрасполагающую роль в возникших у больного проблемах; особенно следует обратить внимание на такие факторы, как тревога, депрессия и истерия.

Физикальное обследование редко позволяет установить точный диагноз, но оно может оказаться полезным для выявления заболеваний других систем органов, которые могут влиять на функцию пищеварения (например, застойная сердечная недостаточность). Необходимо оценить стул больного по внешнему виду и для выявления наличия в нем крови.

Показания к проведению дополнительных диагностических исследований зависят от конкретного характера жалоб больного и его возраста (больных старшего возраста чаще беспокоят мысли о злокачественных опухолях в пищеварительном тракте). Причины боли в животе можно попытаться установить при помощи рентгенологических исследований пищевода, желудка, тонкой кишки, толстой кишки, поджелудочной железы и желчных протоков. Могут оказаться полезными или даже необходимыми и эзофагогастроскопия, эндоскопическая холангиопанкреатография, ректороманоскопия или колоноскопия. С другой стороны, маловероятно, что проведение рутинных диагностических исследований у больных, страдающих болями в эпигастриальной области (типичны для язвенной болезни желудка), выявит наличие тяжелых заболеваний (например, рака желудка), и такие исследования часто дают отрицательный результат; поэтому, прежде чем начинать дополнительные диагностические исследования, может оказаться полезной эмпирическая попытка назначения антацидных средств или, возможно, блокаторов  $H_2$ -рецепторов гистамина и ИПП.

## **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРОЯВЛЯЮЩИХСЯ ЖЕЛУДОЧНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ**

Органическая желудочная диспепсия наблюдается при заболеваниях желудка, ДПК, желчного пузыря, печени и поджелудочной железы. В настоящем издании подробно будут рассмотрены язвенная болезнь желудка и ДПК, симптоматические гастродуоденальные язвы, хронический гастрит, рак желудка, функциональная (неязвенная) диспепсия, желчнокаменная болезнь и хронический панкреатит.

### **Язвенная болезнь желудка и ДПК**

Язвенная болезнь представляет собой хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии, основным признаком которого является образование дефекта (язвы) в стенке желудка и двенадцатиперстной кишки, проникающего – в отличие от поверхностных повреждений слизистой оболочки (эрозий) – в подслизистый слой.

Распространенность язвенной болезни среди взрослого населения составляет в разных странах от 5 до 15% (в среднем 7–10%). Язвы ДПК встречаются в 4 раза чаще, чем язвы желудка. Среди больных с дуоденальными язвами мужчины значительно преобладают над женщинами, тогда как среди пациентов с язвами желудка соотношение мужчин и женщин оказывается примерно одинаковым. В последние годы отмечена тенденция к снижению числа госпитализированных больных с неосложненным течением язвенной болезни, но к увеличению частоты язвенных кровотечений, обусловленному растущим приемом нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП).

### ***Этиология и патогенез***

Согласно современным представлениям, патогенез язвенной болезни в общем виде сводится к нарушению равновесия между факторами кислотно-пептической агрессии желудочного содержимого и элементами защиты слизистой оболочки желудка и ДПК.

К агрессивным факторам относятся повышение выработки соляной кислоты (в результате увеличения массы обкладочных клеток, гиперпродукции гастрина, нарушения нервной и гуморальной регуляции процессов секреции соляной кислоты), увеличение выработки пепсиногена и образования пепсина, нарушения моторики желудка и ДПК (задержка или ускорение эвакуации кислого содержимого из желудка), прямое травмирующее действие пищи.

К ослаблению защитных факторов слизистой оболочки желудка и ДПК приводят: снижение продукции и нарушение качественного состава желудочной слизи, уменьшение выработки бикарбонатов, ухудшение процессов регенерации и кровотока в слизистой оболочке, снижение содержания простагландинов в стенке желудка.

Определенное место в патогенезе язвенной болезни занимают также гормональные факторы (половые гормоны, гормоны коры надпочечников, гастроинтестинальные пептиды), биогенные амины (гистамин, серотонин, катехоламины), иммунные механизмы, нарушения процессов перекисного окисления липидов.

В настоящее время установлено, что важнейшую роль в усилении агрессивных свойств желудочного содержимого и ослаблении защитных свойств слизистой оболочки желудка и ДПК играют микроорганизмы *Helicobacter pylori* (*H.pylori*), обнаруженные в 1983 г. австралийскими учеными Б. Маршаллом (B.Marshall) и Дж. Уорреном (J.Warren). Эти микроорганизмы выявляются у 90–95% больных с язвами ДПК и у 70–85% пациентов с язвами желудка.

Спектр неблагоприятного влияния *H.pylori* на слизистую оболочку желудка и ДПК достаточно многообразен. Эти бактерии вырабатывают целый ряд ферментов (уреаза, протеазы, фосфолипазы), повреждающие защитный барьер слизистой оболочки, а также различные цитотоксины. Наиболее патогенными являются VacA-штамм *H.pylori*, продуцирующий вакуолизирующий цитотоксин, приводящий к образованию цитоплазматических вакуолей и гибели

эпителиальных клеток, и СаgА-штамм, экспрессирующий ген, ассоциированный с цитотоксином. Этот ген кодирует белок массой 128 кДа, который оказывает прямое повреждающее действие на слизистую оболочку желудка. *H.pylori* способствуют высвобождению в слизистой оболочке желудка интерлейкинов, лизосомальных энзимов, фактора некроза опухолей, что вызывает развитие воспалительных процессов в слизистой оболочке желудка.

Обсеменение слизистой оболочки желудка *H.pylori* сопровождается развитием поверхностного антрального гастрита и дуоденита и ведет к повышению уровня гастрина и снижению уровня соматостатина с последующим усилением секреции соляной кислоты. Избыточное количество соляной кислоты, попадая в просвет ДПК, в условиях относительного дефицита панкреатических бикарбонатов способствует прогрессированию дуоденита и, кроме того, обуславливает появление в ДПК участков желудочной метаплазии (перестройки эпителия дуоденальной слизистой оболочки по желудочному типу), которые быстро заселяются *H.pylori*. В дальнейшем при неблагоприятном течении, особенно при наличии дополнительных этиологических факторов (наследственная предрасположенность, 0(1) группа крови, курение, нервно-психические стрессы, алиментарные погрешности, прием ульцерогенных лекарственных препаратов и др.), в участках метаплазированной слизистой оболочки желудка формируется язвенный дефект.

У 5–10% больных с дуоденальными язвами и у 15–20% пациентов с язвами желудка развитие заболевания может происходить без участия *H.pylori*. В первую очередь, это относится к симптоматическим гастродуоденальным язвам.

### ***Классификация***

Общепринятой классификации язвенной болезни не существует. С точки зрения нозологической обособленности различают язвенную болезнь и симптоматические гастродуоденальные язвы, а также язвенную болезнь, ассоциированную и не ассоциированную с *H.pylori*.

В зависимости от локализации выделяют язвы желудка (кардиального и субкардиального отделов, тела желудка, антрального отдела, пилорического канала), ДПК (луковицы и постбульбарного отдела), а также сочетанные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. При этом язвы могут располагаться на малой или большой кривизне, передней и задней стенках желудка и ДПК.

По числу язвенных поражений различают одиночные и множественные язвы, а в зависимости от размеров язвенного дефекта – язвы малых (до 0,5 см в диаметре), средних (0,6–1,9 см в диаметре) размеров, большие (2,0–3,0 см в диаметре) и гигантские (свыше 3,0 см в диаметре) язвы.

В диагнозе отмечаются стадия течения заболевания: обострения, рубцевания (эндоскопически подтвержденная стадия «красного» и «белого» рубца) и ремиссии, а также наличие рубцово-язвенной деформации желудка и ДПК.

При формулировке диагноза язвенной болезни указываются осложнения заболевания (кровотечение, прободение, пенетрация, перигастрит и перидуоденит, рубцово-язвенный стеноз привратника), в том числе и анамнестические, а также перенесенные по поводу язвенной болезни операции.

### ***Клиническая картина***

Ведущим симптомом обострения язвенной болезни являются боли в подложечной области, которые могут иррадиировать в левую половину грудной клетки и левую лопатку, грудной или поясничный отдел позвоночника. Боли возникают сразу после приема пищи (при язвах кардиального и субкардиального отделов желудка), через полчаса-час после еды (при язвах тела желудка). При язвах пилорического канала и луковицы ДПК обычно наблюдаются поздние боли (через 2–3 часа после еды), голодные боли, возникающие натощак и проходящие после приема пищи, а также ночные боли. Боли проходят после приема антацидов, антисекреторных и спазмолитических препаратов, применения тепла.

При обострении язвенной болезни часто встречаются и диспепсические расстройства: отрыжка кислым, изжога, тошнота, запоры. Характерным симптомом является рвота кислым желудочным содержимым, возникающая на высоте болей и приносящая облегчение, в связи с чем больные могут вызывать ее искусственно. Однако в настоящее время этот симптом встречается не так часто.

Типичными для язвенной болезни являются сезонные (весной и осенью) периоды усиления болей и диспепсических расстройств. При обострении заболевания часто отмечается похудание, поскольку, несмотря на сохраненный аппетит, больные ограничивают себя в еде, опасаясь усиления болей.

Следует считаться также и с возможностью бессимптомного течения язвенной болезни. По некоторым данным, частота таких случаев может достигать 30%.

При пальпации и перкуссии живота при неосложненной язвенной болезни выявляются следующие симптомы:

- умеренная, а в периоде обострения выраженная болезненность в эпигастрии, как правило, локализованная. При язве желудка болезненность локализуется в эпигастрии по средней линии или слева, при язве ДПК – больше справа;
- перкуторная болезненность – симптом Менделя. Этот симптом выявляется путем отрывистой перкуссии согнутым под прямым углом пальцем по симметричным участкам эпигастральной области. Соответственно локализации язвы при такой перкуссии появляется локальная, ограниченная болезненность. Иногда болезненность ярче выражена на вдохе. Симптом Менделя обычно указывает на то, что язвенный дефект не ограничен слизистой оболочкой, а локализуется в пределах стенки желудка или ДПК с развитием перипроцесса;
- локальное защитное напряжение передней брюшной стенки, более характерное для язвы ДПК при обострении заболевания. Происхождение этого симптома объясняется раздражением висцеральной брюшины, что по механизму висцеро-моторного рефлекса передается на брюшную стенку. По мере купирования обострения защитное напряжение брюшной стенки прогрессивно уменьшается.

### ***Течение и осложнения***

В неосложненных случаях язвенная болезнь протекает обычно с чередованием периодов обострения заболевания (продолжительностью, в среднем, от 3–4 до 6–8 недель) и ремиссии (длительностью от нескольких месяцев до нескольких лет). Под влиянием неблагоприятных факторов (например, физическое перенапряжение, злоупотребление алкоголем, прием ulcerогенных лекарственных препаратов и др.) возможно развитие осложнений. К ним относятся

кровотечение, перфорация и пенетрация язвы, развитие перивисцерита, формирование рубцово-язвенного стеноза привратника, возникновение малигнизации язвы.

Язвенное кровотечение наблюдается у 15–20% больных язвенной болезнью, чаще при желудочной локализации язв. Оно проявляется рвотой содержимым типа «кофейной гущи» (гематемезис) или черным дегтеобразным стулом (мелена). При массивном кровотечении и невысокой секреции соляной кислоты, а также локализации язвы в кардиальном отделе желудка в рвотных массах может отмечаться примесь неизменной крови. Иногда на первое место в клинической картине язвенного кровотечения выступают общие жалобы (слабость, потеря сознания, снижение артериального давления, тахикардия), тогда как мелена может появиться лишь спустя несколько часов.

Перфорация (прободение) язвы встречается у 5–15% больных язвенной болезнью, чаще у мужчин. К ее развитию предрасполагают физическое перенапряжение, прием алкоголя, переедание. Иногда перфорация возникает внезапно, на фоне бессимптомного («немомого») течения язвенной болезни. Перфорация язвы клинически проявляется острейшими («кинжальными») болями в подложечной области, развитием коллаптоидного состояния. При обследовании больного обнаруживаются «доскообразное» напряжение мышц передней брюшной стенки и резкая болезненность при пальпации живота, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. В дальнейшем, иногда после периода мнимого улучшения прогрессирует картина разлитого перитонита.

Под пенетрацией понимают проникновение язвы желудка или ДПК в окружающие ткани: поджелудочную железу, малый сальник, желчный пузырь и др. При пенетрации язвы появляются упорные боли, которые теряют прежнюю связь с приемом пищи, повышается температура тела, в анализах крови выявляется повышение СОЭ. Наличие пенетрации язвы подтверждается рентгенологически и эндоскопически.

Перивисцеритом обозначают спаечный процесс, который развивается при язвенной болезни между желудком или ДПК и соседними органами (поджелудочной железой, печенью, желчным пузырем). Перивисцерит характеризуется более интенсивными болями, усиливающимися после обильной еды, при физических нагрузках и сотрясении тела, иногда повышением температуры и ускорением СОЭ. Рентгенологически и эндоскопически при этом обнаруживаются деформации и ограничение подвижности желудка и ДПК.

Стеноз привратника формируется обычно после рубцевания язв, расположенных в пилорическом канале или начальной части ДПК. Нередко развитию данного осложнения способствует операция ушивания прободной язвы данной области. Наиболее характерными клиническими симптомами стеноза привратника являются рвота пищей, съеденной накануне, а также отрыжка с запахом «тухлых» яиц. При пальпации живота в подложечной области можно выявить «поздний шум плеска» (симптом Василенко), иногда становится видимой перистальтика желудка. При декомпенсированном стенозе привратника может прогрессировать истощение больных, присоединяются электролитные нарушения.

Малигнизация (озлокачествление) доброкачественной язвы является не таким частым осложнением язв желудка, как считалось ранее. За малигнизацию язвы нередко ошибочно принимаются случаи своевременно не распознанного инфильтративно-язвенного рака желудка. Диагностика

малигнизации язвы не всегда оказывается простой. Клинически иногда удается отметить изменение течения язвенной болезни с утратой периодичности и сезонности обострений. В анализах крови выявляют анемию, повышенное СОЭ. Окончательное заключение ставится при гистологическом исследовании биоптатов, взятых из различных участков язвы.

### *Диагностика*

В период обострения язвенной болезни при объективном исследовании часто удается выявить болезненность в эпигастральной области при пальпации, сочетающуюся с умеренной резистентностью мышц передней брюшной стенки. Также может обнаруживаться локальная перкуторная болезненность в этой же области (симптом Менделя), Однако эти признаки не являются строго специфичными для обострения язвенной болезни.

Клинический анализ крови при неосложненном течении язвенной болезни чаще всего остается без существенных изменений. Иногда отмечается незначительное повышение содержания гемоглобина и эритроцитов, но может обнаруживаться и анемия, свидетельствующая о явных или скрытых кровотечениях. Лейкоцитоз и ускорение СОЭ встречаются при осложненных формах язвенной болезни (при пенетрации язвы, выраженном перивисцерите).

Определенное место в диагностике обострений язвенной болезни занимает анализ кала на скрытую кровь. При интерпретации его результатов необходимо помнить, что положительная реакция на скрытую кровь встречается и при многих других заболеваниях, что требует их обязательного исключения.

Всем больным необходимо проведение общего анализа крови, мочи, кала, биохимический анализ крови (общий белок, альбумин, билирубин, глюкоза, холестерин, амилаза, липаза, сывороточное железо, трансаминазы).

Важную роль в диагностике язвенной болезни играет исследование кислотообразующей функции желудка, которое проводится с помощью фракционного желудочного зондирования или рН-метрии (в последние годы – с помощью суточного мониторирования внутрижелудочного рН). При язвах ДПК и пилорического канала обычно отмечаются повышенные (реже – нормальные) показатели кислотной продукции, при язвах тела желудка и субкардиального отдела – нормальные или сниженные. Обнаружение и подтверждение гистаминустойчивой ахлоргидрии практически всегда исключает диагноз язвы ДПК и ставит под сомнение доброкачественный характер язвы желудка.

Основное значение в диагностике язвенной болезни имеют рентгенологический и эндоскопический методы исследования.

*При рентгенологическом исследовании* обнаруживается прямой признак язвенной болезни – «ниша» на контуре или на рельефе слизистой оболочки и косвенные признаки заболевания (местный циркулярный спазм мышечных волокон на противоположной по отношению к язве стенке желудка в виде «указующего перста», конвергенция складок слизистой оболочки к «нише», рубцово-язвенная деформация желудка и луковицы ДПК, гиперсекреция натошак, нарушения гастродуоденальной моторики).



*Эндоскопическое исследование* подтверждает наличие язвенного дефекта, уточняет его локализацию, глубину, форму, размеры, позволяет оценить состояние дна и краев язвы, выявить сопутствующие изменения слизистой оболочки, нарушения гастродуоденальной моторики. При локализации язвы в желудке проводится биопсия с последующим гистологическим исследованием полученного материала, что дает возможность исключить злокачественный характер язвенного поражения.

Для исключения патологии гепатобилиарной системы и поджелудочной железы обязательно проведение УЗИ органов брюшной полости.

*Для определения дальнейшей тактики лечения исключительно большое значение имеют результаты исследования наличия в слизистой оболочке желудка *H.pylori*, которое может проводиться различными методами.*

*Серологический метод* (чувствительность и специфичность 90%), выявляющий антитела к *H.pylori* (чаще всего сейчас используется метод иммуноферментного анализа) применяется в основном для скрининговых исследований с целью выявления инфицированности различных групп населения, поскольку не требует проведения эндоскопии, сложных приборов, а также специально обученного персонала. Этот метод не пригоден для контроля эффективности эрадикационной терапии, поскольку изменение титра антигеликобактерных антител происходит спустя несколько месяцев после эрадикации. В последние годы появились серологические методы, позволяющие определить патогенные штаммы *H.pylori*.

*Микробиологический (бактериологический) метод* (чувствительность 80–90%, специфичность 95%) получения культуры *H.pylori* имеет то преимущество, что с его помощью можно определить чувствительность микроорганизмов к тому или иному антибактериальному препарату. Однако этот метод достаточно дорогой. Кроме того, он сопряжен с определенными трудностями, обусловленными необходимостью наличия специальных сред, оптимальной температуры, влажности, качества атмосферного воздуха и т.д. Это приводит к тому, что рост колоний микроорганизмов удается получить далеко не всегда. Неудобство метода связано и с тем, что его результатов приходится ждать, как правило, не менее 10–14 дней. В клинической практике он применяется в основном в случаях инфекции *H.pylori*, резистентной к обычным схемам антигеликобактерной терапии.

*Морфологический (гистологический) метод* (чувствительность и специфичность 90%) относится в настоящее время – наряду с быстрым уреазным тестом – к наиболее распространенным методам первичной диагностики инфекции *H.pylori*. Исследование биоптатов слизистой оболочки желудка с применением различных окрасок (акридиновым оранжевым, красителем Гимзы, серебрением по Вартину-Старри) позволяет не только с высокой степенью надежности выявить наличие *H.pylori*, но и количественно определить степень обсеменения.

*Биохимические методы*, из которых чаще всего применяется быстрый уреазный тест, являются в настоящее время наиболее популярными при первичной диагностике инфекции *H.pylori*. Быстрый уреазный тест (в клинической практике широко используются CLO-test, Campy-test; чувствительность и специфичность 90%) основан на определении изменения рН среды по окраске индикатора, которое происходит в результате выделения аммиака при расщеплении мочевины уреазой бактерий. Результаты этого теста становятся известными уже через 1 час после получения биоптатов слизистой оболочки

желудка. Кроме того, уреазный тест является наиболее дешевым из всех методов диагностики инфекции *H.pylori* (дешевле этого теста оказывается лишь метод диагностики *H.pylori* в мазках-отпечатках, который сейчас не применяется из-за низкой чувствительности). К недостаткам метода относится то, что его результаты становятся ложноотрицательными при количестве микроорганизмов *H.pylori* в биоптате менее  $10^4$ , в связи с чем он может давать ошибочные заключения при контроле полноты эрадикации.

При использовании эндоскопических методов диагностики *H.pylori* берут как минимум 2 биоптата из тела желудка и 1 биоптат из антрального отдела. Достоверность результатов повышается, если у одного больного применяются не один, а два метода диагностики (например, морфологический метод и быстрый уреазный тест).

*Радионуклидные методы*, самым известным из которых считается дыхательный тест (чувствительность 95%, специфичность 100%) с использованием мочевины, меченной изотопами  $^{13}\text{C}$  или  $^{14}\text{C}$ , предполагают применение масс-спектрографа для улавливания этих изотопов в выдыхаемом воздухе. За рубежом дыхательный тест считается «золотым стандартом» контроля полноты эрадикационной терапии, поскольку является неинвазивным и отличается высокой чувствительностью. В России дыхательный уреазный тест стал доступен благодаря отечественным разработкам; при этом анализ изотопического соотношения  $^{13}\text{CO}_2/^{12}\text{CO}_2$  проводится с помощью оригинальной диодной лазерной спектроскопии.

В 1998 г. была предложена неинвазивная методика определения антигена *H.pylori* в кале с помощью иммуно-ферментного анализа, которая может применяться и для контроля эрадикации инфекции.

Все более широкое распространение получает сейчас определение ДНК *H.pylori* (в слизистой оболочке желудка, слюне и т.д.) с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР), являющееся самым точным на сегодняшний день методом диагностики инфекции *H.pylori*, особенно в тех случаях, когда бактерии приобретают кокковидную форму (например после курса антибактериальной терапии) и когда другие методы диагностики (в частности, быстрый уреазный тест) дают ложноотрицательные результаты. Оригинальная отечественная разработка позволяет использовать ПЦР для неинвазивного определения *H. pylori* в кале.

Маастрихт-3 (последний консенсус по лечению хеликобактерной инфекции 2005 года) подчеркивает, что основными тестами для диагностики *H.pylori* должны являться  $^{13}\text{C}$  МСД (масс-спектрографический дыхательный тест) и антигенный фекальный, хотя в определенных ситуациях (при кровоточащей язве, атрофическом гастрите, MALT-лимфоме и применении ИПП) преимущество имеет серология. Проведение быстрого уреазного теста и его позитивные результаты являются достаточным основанием для применения первой линии эрадикации *H.pylori*. Определение антител в моче или слюне возможно только при широких эпидемиологических исследованиях. Подтверждение эрадикации должно проводиться не ранее чем через 4 недели, если есть возможность – с помощью  $^{13}\text{C}$  МДТ, а при его недоступности – с помощью определения фекального антигена *H.pylori*.

### ***Дифференциальная диагностика***

Язвенную болезнь необходимо дифференцировать с симптоматическими язвами желудка и ДПК, патогенез которых связан с определенными фоновыми заболеваниями или же конкретными этиологическими факторами (например, с приемом НПВП). Симптоматические гастродуоденальные язвы (особенно лекарственные) часто развиваются остро, проявляясь иногда внезапным желудочно-кишечным кровотечением или прободением язв, протекают с нетипичными клиническими проявлениями (стертой картиной обострения, отсутствием сезонности и периодичности).

Гастродуоденальные язвы при синдроме Золлингера-Эллисона отличаются от обычной язвенной болезни крайне тяжелым течением, множественной локализацией (нередко даже в тощей кишке), упорными поносами. При обследовании таких больных отмечается резко повышенный уровень желудочного кислотообразования (особенно в базальных условиях), определяется увеличенное содержание гастрина в сыворотке крови (в 3–4 раза по сравнению с нормой). В распознавании синдрома Золлингера-Эллисона помогают провокационные тесты (с секретинном, глюкагоном и др.), ультразвуковое исследование поджелудочной железы.

Гастродуоденальные язвы у больных гиперпаратиреозом отличаются от язвенной болезни (помимо тяжелого течения, с частыми рецидивами, склонностью к кровотечениям и перфорации) наличием признаков повышенной функции паращитовидных желез (мышечной слабости, болей в костях, жажды, полиурии). Диагноз ставится на основании изучения содержания кальция и фосфора в сыворотке крови, выявления признаков гипертиреоидной остеодистрофии, характерных симптомов поражения почек и неврологических расстройств.

При обнаружении язвенных поражений в желудке необходимо обязательно проводить дифференциальную диагностику между доброкачественными язвами, малигнизацией язвы и первично-язвенной формой рака желудка. В пользу злокачественного характера поражения говорят его очень большие размеры (особенно у больных молодого возраста), локализация язвенного дефекта на большой кривизне желудка, наличие повышения СОЭ и гистаминустойчивой ахлоргидрии. При рентгенологическом и эндоскопическом исследовании в случаях злокачественных изъязвлений желудка выявляют неправильную форму язвенного дефекта, его неровные и бугристые края, инфильтрацию слизистой оболочки желудка вокруг язвы, ригидность стенки желудка в месте изъязвления. Большую помощь в оценке характера поражения стенки желудка в месте изъязвления, а также состояния региональных лимфатических узлов может дать эндоскопическая ультрасонография. Окончательное заключение о характере язвенного поражения выносится после гистологического исследования биоптатов язвы. С учетом возможности ложноотрицательных результатов биопсию следует проводить повторно, вплоть до полного заживления язвы, с взятием при каждом исследовании не менее 3–4 кусочков ткани.

### ***Лечение язвенной болезни***

Показания к госпитализации: язвенная болезнь с клинической картиной выраженного обострения (выраженный болевой синдром); обнаружение в желудке изъязвлений, требующих дифференциальной диагностики между доброкачественными язвами и раком желудка; признаки желудочно-кишечного

кровотечения (мелена, рвота кровью и др.), перфорации и пенетрации язвенного дефекта; язвенная болезнь желудка и ДПК с наличием осложнений в анамнезе; язвенная болезнь с сопутствующими заболеваниями.

Язвы желудка и ДПК рубцуются почти во всех случаях, если в течение суток удастся поддерживать уровень внутрижелудочного pH > 3 около 18 часов. Как известно, указанному правилу отвечают лишь ИПП (ни H<sub>2</sub>-блокаторы, ни селективные холинолитики, ни, тем более, антациды выполнить его не могут), что и объясняет, почему препараты данной группы оказываются при лечении язвенной болезни наиболее эффективными.

Антисекреторные препараты (в настоящее время с этой целью чаще всего применяются ИПП) являются средством базисной терапии обострения язвенной болезни; они назначаются с целью купирования болевого синдрома и диспепсических расстройств, а также для достижения рубцевания язвенного дефекта в возможно более короткие сроки.

В настоящее время существует строгий протокол фармакотерапии обострения язвенной болезни, который предусматривает назначение выбранного препарата в определенной дозе: рабепразола – в дозе 20 мг в сутки, омепразола – в дозе 20 мг в сутки, лансопразола – 30 мг в сутки, пантопразола – 40 мг в сутки. Продолжительность лечения определяется результатами эндоскопического контроля, который проводится с двухнедельным интервалом (т.е. через 2, 4, 6, 8 недель).

Важным моментом в современной фармакотерапии язвенной болезни является отсутствие принципиальных различий в подходах к лечению язв желудка и язв ДПК. Длительное время считалось, что язвы ДПК требуют назначения антисекреторных препаратов, а язвы желудка – препаратов, стимулирующих процессы регенерации. Сейчас уже считается общепризнанным, что после подтверждения доброкачественного характера язв желудка лечение этих больных проводится точно так же, как и лечение больных с дуоденальными язвами. Единственное различие заключается в продолжительности курса фармакотерапии. Учитывая, что язвы желудка рубцуются медленнее, чем дуоденальные, контроль рубцевания язв желудка проводится не через 4 и 6 недель, как при язвах ДПК, а, соответственно, через 6 и 8 недель после начала приема препаратов. В среднем, скорость рубцевания язв желудка составляет 0,5 см за 10–12 дней, а язв ДПК – 0,5 см в неделю. Скорость рубцевания зависит от возраста, наличия сопутствующей патологии органов дыхания, кровообращения (снижается регенерация тканей), эндокринной системы (особенно при сахарном диабете).

#### ***Протокол поддерживающей фармакотерапии язвенной болезни***

Основной проблемой консервативного лечения язвенной болезни является, как известно, высокая частота рецидивов язв после прекращения курсового лечения обострения заболевания, которая составляет в среднем 70% в течение первого года после достижения рубцевания язвы. Этот факт послужил основанием для разработки схем поддерживающей фармакотерапии, назначаемых больным после окончания курсового лечения.

Накоплен большой опыт применения с целью противорецидивной терапии ежедневных поддерживающих (половинных) доз ИПП, которые снижают частоту возникновения рецидивов язвенной болезни в течение года до 15%. Позже на смену постоянному поддерживающему приему ИПП пришли схемы

прерывистой поддерживающей фармакотерапии. К ним относятся «поддерживающее самолечение» (yourself treatment) или терапия «по требованию» (on demand), когда больные сами определяют необходимость приема препаратов исходя из своего самочувствия, и т.н. «терапия выходного дня» (weekend treatment), когда больной остается без лечения с понедельника до четверга и принимает антисекреторные препараты с пятницы по воскресенье включительно. Эффективность поддерживающей прерывистой фармакотерапии уступает таковой при ежедневном приеме препаратов; частота обострений язвенной болезни на ее фоне составляет 30–35%.

В настоящее время, когда краеугольным камнем противорецидивного лечения язвенной болезни признано проведение эрадикационной антихеликобактерной терапии, показания к поддерживающей фармакотерапии антисекреторными препаратами значительно сузились. Она считается необходимой у больных, у которых язвенная болезнь протекает без обсеменения слизистой оболочки желудка *H. pylori* (такowymi являются 15–20% больных с язвами желудка и около 5% пациентов с дуоденальными язвами), у больных, у которых по меньшей мере 2 попытки антихеликобактерного лечения оказались неудачными, а также у пациентов с осложненным течением заболевания (в частности, при наличии в анамнезе перфорации язв).

### ***Схемы эрадикационной терапии***

#### ***Терапия первой линии – тройная терапия (7 дней):***

1. Стандартная доза одного из ИПП: омепразол (2 × 20 мг), лансопразол (2 × 30 мг), пантопразол (2 × 40 мг), рабепразол (2 × 20 мг), эзомепразол (2 × 20 мг);
2. Кларитромицин 500 мг 2 р в день.
3. Амоксициллин 1000 мг 2 раза в день /или метронидазол 400 или 500 мг 2 раза в день.

#### ***Терапия второй линии – квадротерапия (7 дней):***

1. Висмута субцитрат 100 мг 4 раза в день или висмута субсалицилат 600 мг 4 раза в день.
2. Стандартная доза одного из ИПП: омепразол (2 × 20 мг), лансопразол (2 × 30 мг), пантопразол (2 × 40 мг), рабепразол (2 × 20 мг), эзомепразол (2 × 20 мг);
3. Метронидазол 500 мг 3 раза в день;
4. Тетрациклин 500 мг 4 раза в день;

В регионах, где уровень метронидазолрезистентности превышает 40%, в первой линии используется амоксициллин, а в регионах с низкой метронидазолрезистентностью возможно использование метронидазола. Тройная терапия в течение 14 суток по сравнению с семидневной тройной терапией позволяет повысить

уровень эрадикации примерно на 12% (Маастрихт-3, 2005). Исследования показали, что средний уровень резистентности *H. pylori* к кларитромицину в Европе находится на уровне 9,8% (на юге Европы – 18,8%, на севере – около 4%, в центре ее – около 9%). У кларитромицинчувствительных больных уровень эрадикации *H. pylori* равен 87,8%, а в кларитромицинрезистентных – не превышает 30%. Эти данные позволили сделать вывод, что кларитромицин не должен применяться, если резистентность к нему превышает 15–20%. Поэтому в странах с высокой кларитромицинрезистентностью и высокой метронидазолрезистентностью предпочтительнее сразу в качестве первой линии лечения назначать квадротерапию. Наиболее эффективной второй линией лечения остается классическая квадротерапия, основанная на применении висмута. В случаях неудачной эрадикации и при второй линии лечения рассматривают следующие варианты «терапии спасения»: ИПП + амоксициллин в высоких дозах (3 г/сутки) в течение 10-14 суток; ИПП + амоксициллин + рифабутин (или левофлоксацин) в течение 7-10 суток; ИПП + висмут + тетрациклин + фуразолидон в течение 7 суток.

Наилучшим способом является лабораторное установление резистентности *H. pylori*. Это исследование следует применять всегда, когда это возможно.

Согласно консенсусу Маастрихт-3, *H. pylori* – наиболее доказанный фактор риска некардиального рака желудка (уровень доказательности A). Некардиальная аденокарцинома ассоциирована с *H. pylori* в среднем в 71% случаев. Эрадикация *H. pylori* предупреждает развитие пренеопластических изменений в слизистой оболочке желудка, если она достигнута до гипотетической «точки невозврата». Эрадикация *H. pylori* в целях превенции рака желудка экономически выгодна, хотя и требуются дальнейшие глобальные исследования.

#### ***Тактика лечения при неэффективности консервативной терапии***

Неэффективность консервативного лечения больных язвенной болезнью может проявляться двумя вариантами: часто рецидивирующим течением язвенной болезни (т.е. с частотой обострений более 2 раз в год) и формированием рефрактерных гастроудоденальных язв (язв, не рубцующихся в течение 12 недель непрерывного лечения).

Факторами, определяющими часто рецидивирующее течение язвенной болезни, являются обсемененность слизистой оболочки желудка микроорганизмами *H. pylori*, прием НПВП, наличие в анамнезе язвенных кровотечений и перфорации язвы, а также низкий «кэмплайенс» (compliance), т.е. отсутствие готовности больного к сотрудничеству с врачом, проявляющееся в отказе больных прекратить курение и употребление алкоголя, их нерегулярном приеме лекарственных препаратов. Поэтому к мероприятиям, повышающим эффективность лечения больных с часторецидивирующим течением язвенной болезни, можно отнести: проведение эрадикации *H. pylori*, снижающей при ее успешном завершении частоту рецидивов язв в течение года с 70% до 4–5% и уменьшающей также риск повторных язвенных кровотечений, назначение длительной поддерживающей терапии антисекреторными препаратами в случаях язвенной болезни, не ассоциированной с *H. pylori*, замена НПВП парацетамолом или селективными блокаторами циклооксигеназы-2 (например, целекоксибом), а также назначение при необходимости продолжения приема НПВП соответствующего «прикрытия» из ИПП или мизопростола, повышение «кэмплайенса» больных (прекращение курения, приема алкоголя и др.).

Факторами, способствующими формированию рефрактерных гастродуоденальных язв, могут выступать уже упоминавшиеся инфекция *H. pylori*, прием НПВП, низкий «кэмплайенс» больных, большие и гигантские размеры язв, а также скрыто протекающий синдром Золлингера-Эллисона. Проведение указанных выше мероприятий, а также увеличение дозы ИПП в 2–3 раза, тщательное обследование больных с целью исключения гастриномы позволяют во многих случаях успешно решить и проблему рефрактерных язв.

Показаниями к хирургическому лечению язвенной болезни в настоящее время являются лишь осложненные формы заболевания. При соблюдении всех необходимых протоколов консервативного лечения случаи его неэффективности (как показание к операции) могут быть сведены до минимума.