**Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки** - хроническое рецидивирующее заболевание, при котором в результате нарушений нервных и гуморальных механизмов, регулирующих секреторно-трофические процессы в гастродуоденальной зоне, в желудке или двенадцатиперстной кишке образуется язва (реже две язвы и более).

**Этиология, патогенез**. Язвенная болезнь связана с нарушением нервных, а затем и гуморальных механизмов, регулирующих секреторную, моторную функции желудка и двенадцатиперстной кишки, кровообращение в них, трофику слизистых оболочек. Образование язвы в желудке или двенадцатиперстной кишке является лишь следствием расстройств указанных выше функций.

Отрицательные эмоции, длительные психические перенапряжения, патологические импульсы из пораженных внутренних органов при хроническом аппендиците, хроническом холецистите, желчнокаменной болезни и др. нередко являются причиной развития язвенной болезни.

Среди гормональных факторов имеют значение расстройства деятельности гипофизарно-надпочечниковой системы и функции половых гормонов, а также нарушение выработки пищеварительных гормонов (гастрина, секретина, энтерогастрона, холицистокинина - панкреозимина и др.), нарушение обмена гистамина и серотонина, под влиянием которых резко возрастает активность кислотно-пептического фактора. Определенную роль играют наследственные конституциональные факторы (наследственное предрасположение встречается среди больных язвенной болезнью в 15-40% случаев).

Непосредственное формирование язвы происходит в результате нарушения физиологического равновесия между "агрессивными" (протеолитически активный желудочный сок, заброс желчи) и "защитными" факторами (желудочная и дуоденальная слизь, клеточная регенерация, нормальное состояние местного кровотока, защитное действие некоторых интестинальных гормонов, например секретина, энтерогастрона, а также щелочная реакция слюны и панкреатического сока). В формировании язв в желудке наибольшее значение имеет снижение резистентности слизистой оболочки, ослабление ее сопротивляемости повреждающему воздействию кислого желудочного сока. В механизме же развития язв в выходном отделе желудка и особенно в двенадцатиперстной кишке, напротив, решающим фактором явяется усиление агрессивности кислотно-пептического фактора. Образованию язв предшествуют ультраструктурные изменения и нарушения в тканевом обмене слизистой желудка.

Раз возникнув, язва становится патологическим очагом, поддерживающим афферентным путем развитие и углубление болезни в целом и дистрофических изменений в слизистой оболочке гастродуоденальной зоны в частности, способствует хроническому течению болезни, вовлечению в патологической процесс других органов и систем организма. Предрасполагающими факторами являются нарушения режима питания, злоупотребление острой, грубой, раздражающей пищей, постоянно быстрая, поспешная еда, употребление крепких спиртных напитков и их суррогатов, курение.

**Сочетанные язвы желудка и 12-перстной кишки** - это активная язва желудка и зарубцевавшаяся язва 12-перстной кишки. Характерны упорное течение болезни, длительное сохранение болевого синдрома, рецидивы болезни, осложнения, медленное рубцевание язвы.

**Гигантскими называются язвы,** при которых рентгенологически определяемый ее диаметр превышает 2,5-3,0 см. Гигантская язва желудка наиболее часто встречается у мужчин на шестом десятилетии жизни. Локализация этой язвы - по малой кривизне желудка, клинически по течению трудно отличима от "обычной" язвы. При локализации гигантской язвы в 12-перстной кишке болезнь имеет особенности, обусловленные пенетрацией язвы в поджелудочную железу.

**Классификация**

Тип I. Большинство язв I типа возникает в теле желудка, а именно в области, называемой местом наименьшего сопротивления (locus minoris resistentiae) - т.н. переходная зона, расположенная между телом желудка и антральным отделом.

Тип II. Язвы желудка, возникающие вместе с язвой двенадцатиперстной кишки.

Тип III. Язвы пилорического канала. По своему течению и клиническим проявлениям они больше похожи на язвы двенадцатиперстной кишки, чем желудка.

Тип IV. Высокие язвы, локализующиеся около пищеводно-желудочного перехода на малой кривизне желудка. Несмотря на то, что они протекают как язвы I типа, их выделяют в отдельную группу, т.к. они склонны к малигнизации. Их оперативное лечение имеет свои особенности,

**Клиническая картина**

Суждение о возможности ЯБ должно основываться на изучении жалоб, анамнестических данных, физикальном обследовании больного, оценке функционального состояния гастродуоденальной системы.

Для типичной клинической картины характерна четкая связь возникновения боли с приемом пищи. Различают ранние, поздние и "голодные" боли. Ранняя боль появляется спустя 1/2-1 ч после еды, постепенно нарастает в интенсивности, длится 1/2-2 ч и стихает по мере эвакуации желудочного содержимого. Поздняя боль возникает через 1/2-2 ч после еды на высоте пищеварения, а "голодная" боль - через значительный промежуток времени (6-7 ч), т. е. натощак, и прекращается после приема пищи. Близка к "голодной" ночная боль. Исчезновение боли после еды, приема антацидов, антихолинергических и спазмолитических препаратов, а также стихание болевого синдрома в течение первой недели адекватного лечения является характерным признаком болезни.

Кроме болевого синдрома, в типичную клиническую картину ЯБ включают различные диспепсические явления. Изжога - частый симптом болезни, встречается у 30-80% больных. Изжога может чередоваться с болью, предшествовать ей в течение ряда лет или быть единственным симптомом болезни. Однако следует учитывать, что изжога весьма часто наблюдается и при других заболеваниях органов пищеварения и служит одним из основных признаков недостаточности кардиальной функции. Тошнота и рвота наблюдаются реже. Рвота обычно возникает на высоте боли, являясь своеобразной кульминацией болевого синдрома, и приносит облегчение. Нередко для устранения болевых ощущений больной сам искусственно вызывает рвоту.

У 50% больных ЯБ наблюдаются запоры. Они усиливаются в периоды обострения болезни и бывают порой настолько упорными, что беспокоят больного даже больше, чем болевые ощущения.

Отличительная особенность ЯБ - цикличность течения. Периоды обострения, которые обычно продолжаются от нескольких дней до 6-8 нед, сменяются фазой ремиссии. Во время ремиссии пациенты нередко чувствуют себя практически здоровыми, даже не соблюдая какой-либо диеты. Обострения болезни, как правило, имеют сезонный характер, для средней полосы это преимущественно весеннее или осеннее время года.

Подобная клиническая картина у лиц с не установленным ранее диагнозом с большей долей вероятности позволяет предполагать ЯБ.

Типичная язвенная симптоматика чаще встречается при локализации язвы в луковице двенадцатиперстной кишки или пилорическом отделе желудка (пилородуоденальная форма ЯБ). Однако она нередко наблюдается и при язве малой кривизны тела желудка (медиогастральная форма ЯБ). Все же у больных с медиогастральными язвами болевой синдром отличается меньшей очерченностью, болевые ощущения могут иррадиировать в левую половину грудной клетки, поясничную область, правое и левое подреберье. У части больных медиогастральной формой ЯБ наблюдают снижение аппетита и похудание, что не характерно для пилородуоденальных язв.

Наибольшие клинические особенности имеют место у больных с локализацией язвы в кардиальном или субкардиальном отделе желудка, пилорическом канале и постбульбарной части двенадцатиперстной кишки.

К особенностям язв верхнего отдела желудка относятся слабая выраженность болевого синдрома, атипичная локализация и иррадиация боли. Чаще больные жалуются на ощущение жжения и давления под мечевидным отростком, за грудиной или слева от нее. Боль может иррадиировать в область сердца, левое плечо, под левую лопатку и напоминать приступы стенокардии. В отличие от коронарной эта боль возникает через 20-30 мин после еды и снимается приемом щелочей.

Болевой синдром при язве пилорического канала обычно проявляется в трех вариантах:

1) приступообразная, сильная боль продолжительностью 20-40 мин, многократно возобновляющаяся в течение суток;

2) постепенно нарастающая и медленно стихающая сильная боль;

3) боль умеренной силы, различной продолжительности. Почти у половины больных возникновение боли не связано с приемом пищи, у многих отсутствует сезонность обострений, характерны упорные тошнота и рвота.

**Постбульбарная язва** в клинических проявлениях имеет много общего с язвой луковицы двенадцатиперстной кишки, однако отличается более упорным течением, значительной частотой и длительностью обострений, тенденцией к стенозированию и кровотечениям. Боль обычно локализуется в правом верхнем квадранте живота, распространяясь под правую лопатку и в спину. Иногда она имеет приступообразный характер и напоминает печеночную или почечную колику. Болевые ощущения исчезают после приема пищи не сразу, как при бульбарной язве, а лишь спустя 15-20 мин.

Своеобразная клиническая симптоматика наблюдается при сочетанных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки. Для них характерны упорное течение, длительность сохранения болевого синдрома и отсутствие сезонности обострений. В течении сочетанных язв можно выделить 2 периода: период типичной клинической симптоматики, характерной для той или иной локализации язвы, и период изменения симптоматики в связи с возникновением язвы другой локализации. Однако у половины больных характер первичного болевого синдрома после возникновения язвенного поражения новой локализации существенно не меняется.

Типичные клинические проявления ЯБ могут изменяться в зависимости от пола и возраста больного.

**Клиническая картина ЯБ у женщин молодого возраста** с нормальной функциональной деятельностью половых желез отличается легкостью течения и маловыраженным болевым синдромом при сохранении типичных черт болезни. Более тяжелое течение ЯБ наблюдается у женщин в климактерическом периоде, а также у женщин молодого возраста с нарушением менструального цикла.

**ЯБ в подростковом и юношеском возрасте** часто протекает латентно или атипично с преобладанием в клинической картине нейровегетативных сдвигов. Реже ЯБ в этих возрастных группах проявляется выраженной болью. Иногда единственным симптомом болезни служит изжога. Болевые ощущения при этом отличаются упорством и длительно не проходят, несмотря на активное лечение. Однако нередко ЯБ у лиц подросткового и юношеского возраста по клинической картине не отличается от таковой у взрослых.

**ЯБ у больных пожилого и старческого возраста** наблюдается в трех вариантах:

1) длительно протекающая ЯБ, возникшая в молодом и среднем возрасте и сохранившая характерную периодичность течения;

2) ЯБ, начавшаяся в пожилом и старческом возрасте ("поздняя" ЯБ);

3) "старческая" язва, которую в связи с особенностями ульцерогенеза с большим основанием следует рассматривать как симптоматическую.

Длительно протекающая ЯБ у больных старше 60 лет по клинической картине напоминает таковую у лиц молодого и среднего возраста, но отличается более тяжелым течением. Рецидивы болезни возникают чаще, протекают длительнее и в то же время болевой синдром бывает мало выраженным, наблюдают снижение аппетита, похудание. Характерна для этой возрастной группы смена локализации язвы. У больных ЯБ двенадцатиперстной кишки к старости происходит миграция язвы в желудок.

ЯБ, впервые развившаяся у лиц пожилого и старческого возраста, также отличается преобладанием диспепсических явлений. Однако у 1/3 больных "поздняя" ЯБ протекает с типичным болевым синдромом.

**Симптомы, течение.** Характерны боль, изжога, нередко рвота кислым желудочным содержимым вскоре после еды на высоте боли. В период обострения боль ежедневная, возникает натощак, после приема пищи временно уменьшается или исчезает и появляется вновь (при язве желудка через 0,5-1 ч, двенадцатиперстной кишки - 1,5-2,5 ч). Нередка ночная боль. Боль купируется антацидами, холинолитиками, тепловыми процедурами на эпигастральную область. Часто язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки сопровождается запорами. При пальпации определяется болезненность в эпигастральной области, иногда некоторая резистентность мышц брюшного пресса. Копрологическое исследование определяет скрытое кровотечение. При локализации язвы в желудке кислотность желудочного сока нормальна или несколько снижена, при язве двенадцатиперстной кишки - повышена. Наличие стойкой гистаминорезистентной ахлоргидрии исключает язвенную болезнь (возможна раковая, трофическая, туберкулезная и другая природа изъязвления).

При рентгенологическом исследовании в большинстве случаев (60-80%) выявляется ограниченное затекание бариевой взвеси за контур слизистой оболочки - язвенная ниша. В желудке язвы обычно локализуются по малой кривизне, в двенадцатиперстной кишке - в луковице. Редко встречаются и трудно диагностируются язвы привратника, внелуковичные язвы двенадцатиперстной кишки.

Наиболее достоверным методом диагностики является гастродуоденоскопия, позволяющая обнаружить язву, определить ее характер, взять биопсию (при язвах желудка).

Дифференциальную диагностику проводят с симптоматическими язвами желудка, изъязвленной опухолью (в том числе первично-язвенным раком), туберкулезной, сифилитической язвой; изъязвлениями при коллагенозах, амилоидозе. Особенностью язвенной болезни является характер болей (голодные, после еды через определенный срок, ночные), длительный анамнез заболевания с периодическими обострениями в весенне-осенние периоды, наличие хлористо-водородной кислоты в желудочном соке при исследовании.

Течение обычно длительное с обострениями в весенне-осенний период и под воздействием неблагоприятных факторов (стрессовые ситуации, пищевые погрешности, прием крепких алкогольных напитков и пр.).

Прогноз относительно благоприятный, за исключением тех случаев, когда возникают осложнения. Трудоспособность сохранена, однако не показаны все виды работ, связанные с нерегулярным питанием, большими эмоциональными и физическими перегрузками.

**Осложнения:** кровотечение, перфорация, пенетрация, деформации и стенозы, перерождение язвы в рак, вегетативно-сосудистая дистония, спастическая дискинезия желчного пузыря, хронический холецистит, жировой гепатоз, реактивный панкреатит.

**Кровотечение.** Его источник - хроническая дуоденальная или медиогастральная язва: острые язвы либо эрозии желудка; сочетание той и другой причин. Клиника - кровавая рвота, черный дегтеобразный стул, коллапс. Рвотные массы типа "кофейной гущи". Слабость, головокружение, иногда эйфория, мелькание "мушек" перед глазами, затуманивание зрения, бледность, холодный липкий пот, тахикардия, гипотония. В первые часы периферическая кровь не меняется. Снижение гематокрита. Ретикулоцитоз. Со 2-х сут - снижение гемоглобина, количества эритроцитов, тромбоцитов, увеличение СОЭ. Для уточнения источника кровотечения используются рентгеноскопия желудка и 12-перстной кишки, фиброгастродуоденоскопия в условиях искусственной гипотермии желудка.

Кровотечение - наиболее частое осложнение ЯБ. Скрытое кровотечение, как правило, сопровождает почти каждый рецидив болезни, но не имеет практического значения и обычно не фиксируется. Явные кровотечения наблюдаются у 10-15% больных ЯБ.

Диагностика кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта должна быть направлена на подтверждение самого факта геморрагии, установление его источника и оценку степени кровопотерь.

Желудочно-кишечное кровотечение клинически проявляется кровавой рвотой, дегтеобразным стулом и симптомами острой кровопотери.

Кровавая рвота чаще наблюдается при язве желудка. Желудочное содержимое обычно имеет вид кофейной гущи, что обусловлено превращением гемоглобина крови под воздействием НСl в гематин, имеющий черный цвет. При обильном кровотечении НСl не успевает реагировать с гемоглобином, и рвота в этих случаях бывает алой кровью.

Черная окраска кала наблюдается после потери более 200 мл крови. При обильном кровотечении стул становится жидким и напоминает деготь.

Клинические проявления острой кровопотери зависят от скорости и объема кровотечения. Кровотечение, не превышающее 500 мл, обычно не вызывает ярких симптомов, если нет существенных нарушений компенсаторных возможностей организма. Легкое снижение объема циркулирующей крови (ОЦК) быстро компенсируется путем включения в кровоток депонированной крови. При массивных кровопотерях, когда на протяжении короткого времени, измеряемого минутами или часами, больной теряет более 1500 мл крови или 25% ОЦК, развивается коллапс, а при дальнейшем увеличении кровопотери гиповолемический шок. При обильной кровопотере весьма часто возникает почечная и печеночная недостаточность. Первым грозным симптомом почечной недостаточности является снижение диуреза до 20 мл/ч.

По тяжести кровотечения разделяют на 4 степени: легкую, средней тяжести, тяжелую и крайне тяжелую. Для определения степени кровопотери в настоящее время принято в основном ориентироваться на ОЦК. При легкой степени кровопотери дефицит ОЦК не превышает 20%, состояние больного остается удовлетворительным. Могут беспокоить слабость, головокружение, определяется умеренная тахикардия, гемоглобин выше 100 г/л, гематокрит более 0,30. При кровопотере средней степени дефицит ОЦК колеблется в пределах 20-30% и появляются отчетливые клинические признаки кровотечения. Состояние больного средней тяжести, отмечается общая слабость, пульс до 100 в минуту, умеренная гипотония, уровень гемоглобина снижается до 70 г/л, гематокрит 0,25-0,30. Кровопотеря тяжелой степени характеризуется дефицитом ОЦК от 30 до 40%. Состояние больного тяжелое, пульс 100-150 в минуту; систолическое АД падает до 60 мм рт. ст., гемоглобин - до 50 г/л, гематокрит менее 0,25. При крайне тяжелой степени кровопотери дефицит ОЦК снижается свыше 40%. Состояние больного крайне тяжелое, сознание часто отсутствует, АД и пульс не определяются, гемоглобин ниже 50 г/л.

Одним из важных достижений современной медицины стало применение эндоскопического исследования для установления источника кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Эндоскопическое исследование позволяет диагностировать источник кровотечения в 92-98% случаев и, что не менее важно, определить, остановилось кровотечение или продолжается.

**Прободение.** Клинически выделяются три стадии. Стадия шока: нестерпимая "кинжальная" боль в эпигастрии. Больной лежит на спине или на правом боку, поджав ноги, стонет. Кожа бледная, влажная, покрыта холодным липким потом. Живот втянут, в акте дыхания не участвует, напряжен. Симптомы раздражения брюшины положительные. Перкуторно определяется исчезновение печеночной тупости. Брадикардия, гипотония. Лихорадки нет. Продолжительность стадии шока 6-10 ч. В стадии клинической ремиссии интенсивность боли уменьшается, появляется жажда. Исчезает "пепельная" бледность, кожа сухая. Температура тела повышается до малых фебрильных цифр. Тахикардия, гипотония. Язык сух. Живот умеренно вздут, напряжен. Симптомы раздражения брюшины положительные. Печеночная тупость перкуторно не определяется. Стадия перитонита развивается обычно к 16-24 ч от начала болезни. Вновь появляются нестерпимые боли в животе. Присоединяются тошнота, икота, рвота. Сохраняется лихорадка. Тахикардия, гипотония. Язык сухой, обложен серым налетом. Живот вздут. Симптомы раздражения брюшины резко положительные. Аускультативно перистальтические шумы резко ослаблены или отсутствуют.

**Перфорация** является тяжелым осложнением ЯБ, требующим неотложного оперативного вмешательства. Это осложнение встречается у мужчин в 10-20 раз чаще, чем у женщин. До 80% всех перфораций приходится на язвы передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки.

Классическими симптомами перфорации являются острая "кинжальная" боль в эпигастральной области, напряжение мышц передней брюшной стенки, признаки пневмоперитонеума, а затем - перитонита с быстрым ухудшением состояния больного. В 75-80% случаев при прободной язве рентгенологически удается определить свободный газ в брюшной полости.

При снижении реактивности организма у ослабленных больных и больных старческого возраста заболевание может протекать без выраженного болевого синдрома. Несмотря на прободение в свободную брюшную полость, напряжение мышц передней брюшной стенки, болезненность при пальпации и симптом Щеткина - Блюмберга в этих случаях бывают слабо выраженными или практически отсутствуют.

Атипичная клиническая картина наблюдается и при прикрытой перфорации язвы. Особенность течения прикрытой перфорации заключается в том, что после возникновения характерных признаков перфорации резчайшая боль и напряжение мышц передней брюшной стенки постепенно уменьшаются. В дальнейшем в зоне прикрытой перфорации формируются обширные спайки и возможно образование абсцессов.

**Пенетрация язвы** чаще происходит в поджелудочную железу, печень, сальник, печеночно-дуоденальную связку. Клиника: интенсивные боли в животе, лишенные "язвенного ритма", не купирующиеся антацидами; повторная рвота, не снимающая боли и не облегчающая состояния больного. Живот умеренно напряжен в эпигастрии, болезнен при пальпации. При пенетрации в поджелудочную железу выявляются опоясывающие боли, боли в левом подреберье, тошнота, рвота, понос со стеатореей, снижение массы тела, гиперамилаземия, гиперамилазурия. Если язва пенетрирует в свободную брюшную полость, ее дно фиксируется к сальнику или печеночно-дуоденальной связке. Возникает перипроцесс с болями, лихорадкой, иногда пальпируемым инфильтратом.

Под пенетрацией понимается распространение язвы за пределы стенки желудка и двенадцатиперстной кишки в окружающие ткани и органы. Точных сведений о частоте пенетрации нет, поскольку это осложнение обычно остается нераспознанным.

На возможность пенетрации язвы прежде всего указывает изменившаяся клиническая симптоматика. Клиническая картина пенетрации зависит от глубины проникновения язвы и того, какой орган вовлечен в процесс.

Если язва достигает серозной оболочки желудка или двенадцатиперстной кишки, но не контактирует с другими органами, отмечается усиление болевого синдрома и его стойкость к проводимому лечению. Болевые ощущения обычно не теряют связи с приемом пищи. При поверхностной пальпации живота нередко определяются местное напряжение мышц передней брюшной стенки и локальная болезненность.

При пенетрации язвы в окружающие ткани и смежные органы боль утрачивает суточный ритм и связь с приемом пищи, не купируется приемом антацидов. Язва задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки и пилорического отдела желудка чаще пенетрирует в поджелудочную железу, боль при этом иррадиирует в спину, иногда становится опоясывающей. Язва малой кривизны тела желудка обычно пенетрирует в малый сальник, обусловливая распространение болевых ощущений в правое подреберье. Язва субкардиального и кардиального отделов желудка, проникая к диафрагме, приводит к иррадиации боли вверх и влево, нередко имитируя ИБС. При пенетрации язвы в брыжейку тонкой кишки (постбульбарная язва) возникает боль в области пупка.

В области патологического очага обычно определяется выраженная пальпаторная болезненность и удается прощупать воспалительный инфильтрат. Могут также наблюдаться общие признаки воспаления: субфебрильная температура, лейкоцитоз, увеличение СОЭ.

Прямых эндоскопических признаков, указывающих на пенетрацию язвы, нет. Предположить возможность этого осложнения можно при обнаружении глубокой язвы с обрывистыми подрытыми краями и выраженным воспалительным валом. Более информативен в этих случаях рентгенологический метод. Характерными признаками пенетрирующей язвы являются дополнительная тень взвеси сульфата бария рядом с силуэтом органа, трехслойность в язвенной "нише" (бариевая взвесь, жидкость, воздух), пальпаторная неподвижность дополнительного образования, наличие перешейка и длительная задержка бария.

**Стеноз привратника или 12-перстной кишки.** Очень часто пилородуоденальная локализация язвы в фазе обострения сопровождается преходящими нарушениями эвакуации за счет воспалительной инфильтрации и отека пилорического или бульбарного отдела, что ликвидируется адекватной противоязвенной терапией. Поэтому выделяют органический стеноз, обусловленный постязвенными рубцовыми изменениями, и функциональное сужение, возникающее в период обострения ЯБ вследствие спастических сокращений. Эндоскопическое исследование с прицельной биопсией позволяет уточнить природу стеноза, а рентгенологическое - степень его выраженности.

**Органический стеноз** (вследствие рубцевания язвы) характеризуется прогрессирующим течением. Период компенсации сопровождается жалобами на тошноту, изжогу, отрыжку съеденной пищей, рвоту, облегчающую состояние больного. Нижняя граница желудка, определяемая методом аускультоперкуссии, располагается ниже пупка. С помощью рентгенологического исследования в желудке натощак определяется большое количество жидкости, перистальтика его усилена, но эвакуация не нарушена. Симптомом субкомпенсированного стеноза является рвота пищей, съеденной накануне; типичны интенсивная эпигастральная боль и чувство распирания, возникающее после приема незначительного количества пищи; прогрессирует потеря массы тела. Возможно визуальное определение усиленной перистальтики желудка и (при толчкообразной пальпации) - шума плеска. Рентгенологически определяется снижение тонуса желудка, обилие жидкости натощак, замедление эвакуации (бариевая взвесь находится в желудки через сутки после ее приема). Декомпенсированный пилородуоденальный стеноз манифестирует учащением рвоты "тухлой", съеденной 2-3 дня назад пищей, истощением, азотемией, дегидратацией (снижение тургора кожи, олигурия, судороги мышц из-за резкого нарушения электролитного баланса – т.н. желудочная тетания). Рентгенологически определяется растянутый гипотоничный желудок на фоне резкого замедления эвакуации.

**Диагностика.**

В диагностическом плане больным с заболеваниями желудка должно быть обязательно проведен следующий объем обследования: исследование желудочной секреции рН-метрическим методом, исследование на хеликобактер пилори (дыхательный тест и морфологическое исследование биоптата слизистой оболочки желудка), эзофагогастродуоденоскопия с биопсией слизистой желудка, ультрасонография печени, желчного пузыря с функцией его поджелудочной железы, биохимический анализ крови (печеночные пробы), клинический анализ крови, элекрокардиография. При наличии сопутствующей патологии необходимо специальное дообследование.

Исследование желудочной секреции (интрагастральная рН-метрия) отражено в соответствующем разделе.  Пилородуоденальная локализация язвенного дефекта сопровождается резким снижением рН в теле желудка (0,6-1,5) с нарушением ощелачивания среды в антральном отделе (рН=0,9-2,5). Документация истинной ахлоргидрии (повторная рН-метрия после введения стимулятора секреторной функции слизистой желудка) требует поиска иного заболевания.

При исследовании желудочной секреции обычна нормо- или гипо-хлоргидрия, гиперхлоргидрию отмечают редко. Анализ желудочного сока помогает дифференцировать доброкачественные и злокачественные язвы. Редкость находок доброкачественных язв на фоне ахлоргидрии требует проведения в подобных случаях цитологического исследования биоптатов. Язвы желудка при ахлоргидрии почти всегда злокачественные; тем не менее большинство злокачественных язв желудка обнаруживают при нормоацидных состояниях.

"Золотым стандартом" диагностики ЯБ является эндоскопический метод с последующим цитологическим и гистологическим исследованиями материала прицельной биопсии.

В настоящее время общепризнано, что эндоскопический метод является самым надежным в диагностике ЯБ. К преимуществам метода относятся:

1) подтверждение заболевания;

2) установление доброкачественного или злокачественного характера изъязвления;

3) визуальный и морфологический контроль за темпами заживления язвы;

4) выявление сопутствующих поражений слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта.

Клинический анализ крови при неосложненных формах ЯБ малоинформативен и имеет значение, в основном, в контексте наблюдения за больным с язвенным кровотечением.

Рентгеноскопия верхних отделов ЖКТ позволяет обнаружить язву желудка примерно в 70% случаев. Диагностическую точность повышает метод двойного контрастирования. Язвы желудка, в отличие от язв двенадцатиперстной кишки, могут быть злокачественными. Рентгенологические критерии доброкачественных язв желудка: Кратер язвы (ниша) в виде углубления на контуре стенки желудка или стойкого контрастного пятна. Складки желудка конвергируют к основанию язвы. Основание язвы окружает широкий валик отёчности (линия Хёмптона). Кратер язвы гладкий, округлый или овальный. Стенка желудка в области язвы смещаема и нормально растяжима.

Как комплексный вариант существует специальная диагностическая программа: Исследование желудочной секреции с пентагастрином и внутрижелудочная рН-метрия. Рентгенологическое исследование с изучением моторно-эвакуаторной функции желудка. ФЭГДС с биопсией. Электрогастроэнтерография.

**Лечение.** Лечение больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки в фазу обострения заболевания неосложненного течения возможно проводить в амбулаторных условиях с освобождением от работы или без него, с обязательным выполнением общих рекомендаций: исключение ульцерогенных препаратов, прекращение курения и злоупотребление алкоголя.

Лечение в период обострения проводят в стационаре. В первые 2-3 нед режим постельный, затем палатный. Питание дробное и частое (4-6 раз в сутки), диета полноценная, сбалансированная, химически и механически щадящая (N 1a, 1 б, затем N 1). Назначают антацидные (альмагель, окись магния, карбонат кальция и др.), обволакивающие, вяжущие (нитрат висмута основного, 0,06% раствор нитрата серебра), а также холинолитические (атропина сульфат и др.), спазмолитические (папаверина гидрохлорид, но-шпа и др.) лекарственные средства или ганглиоблокаторы. Для снятия эмоционального напряжения используют препараты брома и другие седативные лекарственные средства, транквилизаторы.

Назначают витамины (U, А, группы В), метандростенолон (0,01 г), ретаболил (0,025-0,05 г в/м 1 раз в неделю), метилурацил (0,5-1 г), пентоксил (0,25 г), биогенные стимуляторы (ФиБС, экстракт алоэ и др.), действующие на метаболические и сепаративные процессы. Широко используют физиотерапию (диатермия, УВЧ-терапия, грязелечение, парафиновые и озокеритовые аппликации).

Санаторно-курортное лечение рекомендуется проводить лишь в стадии стойкой ремиссии (Железноводск, Боржоми, Ессентуки, Пятигорск, Моршин, Старая Русса и др.).

**Профилактика.** Отсутствие достоверного влияния диетотерапии на сроки рубцевания язвы в двойных слепых плацебо-контролируемых исследованиях привело к отказу от специального лечебного питания больных ЯБ. Негативной стороной всевозможных ждиетических ограничений является психологический дискомфорт пациента. Кроме того, современный медикаментозный потенциал антисекреторных влияний на кислотопродукцию, вызванную приемом пищи, сводит к минимуму требования к больному в области питания. К ограничениям относят запрет приема пищи на ночь, увеличение частоты приема пищи с целью использования ее антацидного эффекта. Главное правило подбора рациона описано в предыдущей лекции ("не есть то, от чего болит"). Т.о., коррекция диетических пристрастий больных ЯБ требует учета индивидуальной непереносимости некоторых видов пищевых продуктов и сопутствующих заболеваний пищеварительного тракта.

В качестве профилактики необходимо также соблюдение гигиенических норм труда, быта и питания, воздержание от курения и употребления алкоголя.

Больные должны находиться под диспансерным наблюдением с активным проведением курсов противорецидивного лечения (весной, осенью). Профилактическое лечение даже без выраженных обострении болезни должно проводиться в течение 3-5 лет.