

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ  
РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)  
ГБПОУ РС (Я) «ЯКУТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

РЕЦЕНЗИЯ  
на выпускную квалификационную работу  
по специальности  
31.02.01 Лечебное дело

Студента ЛД-7-2 группы

Петухова Елизавета Ивановна  
(Ф.И.О.)

По теме: Роль фельдшера ФАП в ведении пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки  
выполненной на ЦПК

Рецензент Тамоскеева С.Н. зав. кафедрой ФБПРС(Я) ГБПОУ РС(Я)  
(Ф.И.О., должность, место работы)

Структура выпускной квалификационной работы Петуховой Е.И. представлена введением, двумя главами, выводами, приложениями. Объем работы – 40 страниц печатного текста, имеются рисунки.

Актуальность темы дипломной работы. Язвенная болезнь – достаточно распространенное, преимущественно «мужское» заболевание; в экономически развитых странах от нее страдают 6-10% взрослого населения. В России язва двенадцатиперстной кишки у лиц всех возрастных групп (исключение — пожилой и старческий возраст) встречается в 4-5 раз чаще язвы желудка.

В главе I рассмотрены: Понятие, клинические проявления, диагностика и осложнения язвенной болезни.

В главе 2 представлены результаты исследования, проведенного на примере статистических данных.

Примененные автором методы исследований и статистической обработки материалов являются достоверными, а выводы вполне обоснованными. Список использованной литературы является достаточным, содержит 20 наименований.

Замечания по выполнению выпускной квалификационной работы: замечаний нет.

Содержание работы соответствует специальности – 31.02.01.

Заключение: выпускная квалификационная работа выполнена в соответствии с требованиями ФГОС СПО, предъявляемыми к выпускной квалификационной работе, и заслуживает Отлично оценки,

(отличной, хорошей, удовлетворительной)

«    » 201    г.

Ф.И.О. (полностью) Тамоскеева С.Н.

Тамоскеева С.Н.

(подпись)

М.П. Якутской государственной медицинской академии

где работает рецензент



## ОТЗЫВ

на дипломную работу выпускницы ГБПОУ РС(Я) «ЯМК»  
по специальности 31.02.01 «Лечебное дело»  
Петуховой Е.И. на тему «Роль фельдшера ФАП в ведении пациентов с  
язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки»

Актуальность данной работы заключается в том, что, язвенная болезнь - достаточно распространенное, преимущественно «мужское» заболевание; в экономически развитых странах от нее страдают 6-10% взрослого населения. В России язва двенадцатиперстной кишки у лиц всех возрастных групп (исключение — пожилой и старческий возраст) встречается в 4-5 раз чаще язвы желудка.

В главе I проведен литературный обзор по проблеме, приведены этиология, патогенез, клиническая картина язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.

В главе II приведены данные статистического анализа по язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки в РС(Я) за 2018-2020 гг., и в РБ2-ЦЭМП, а также проанализирована роль фельдшера при оказании первой помощи при неотложных состояниях, связанных с осложнением данной патологии. Обращено внимание на тактику фельдшера при подозрении на малигнизацию.

Выводы и рекомендации по итогам данной работы являются ценными для подготовки специалистов со средним медицинским образованием и для практического здравоохранения.

Список использованной литературы является достаточным.

Зам.директора по НМР, к.м.н.:  
10.06.2021 г.

 Ядреева Н.И.



Министерство образования и науки  
Республики Саха (Якутия)  
ГБПОУ РС (Я) «Якутский медицинский колледж»

Допущен(а) к защите  
Зам. директора по УР  
Степанова А.Д.



*Тетурова Елизавета Ивановна*

**Роль фельдшера ФАП в ведении пациентов с язвенной болезнью  
желудка и двенадцатиперстной кишки**

Выпускная квалификационная работа  
по специальности 31.02.01 «Лечебное дело»

Студент отделения «Лечебное дело»

Гр. ЛД 17-2

Петухова. Е.И

Руководитель-Ядреева Н.И.

Якутск – 2021г

## Содержание работы

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. Основные принципы диагностической профилактической деятельности при язвенной болезни в условиях фап. ....	5
1.1 Понятие о язвенной болезни.....	5
1.2 Клинические проявления язвенной болезни.....	6
1.3 Диагностика язвенной болезни в условиях ФАП.....	9
1.4 Осложнения Язвенной болезни и 12-пк.....	12
ГЛАВА 2. Роль фельдшера в ведении пациентов с язвенной болезнью.....	20
2.1 Статистические данные РС(Я).....	20
2.2 Клиническое исследование. ....	25
2.3 Лечение язвенной болезни желудка и 12-пк в условиях ФАП... ..	33
2.4 Неотложная помощь при осложнениях язвенной болезни желудка и 12-пк.....	37
Список использованной литературы .....	41



## ВВЕДЕНИЕ

Актуальность данной работы заключается в том, что, язвенная болезнь — достаточно распространенное, преимущественно «мужское» заболевание; в экономически развитых странах от нее страдают 6-10% взрослого населения. В России язва двенадцатиперстной кишки у лиц всех возрастных групп (исключение — пожилой и старческий возраст) встречается в 4-5 раз чаще язвы желудка.

Термином «язвенная болезнь» обозначают хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся образованием дефекта слизистой оболочки (изъязвления) желудка или двенадцатиперстной кишки при контакте с активным желудочным соком. Для язвы типичны достаточно длительное сохранение дефекта и значительная его глубина (вплоть до мышечного слоя органа). Клиническая картина, длительность течения и осложнения заболевания в определенной степени зависят от локализации язвы (в желудке, двенадцатиперстной кишке). Форма ее чаще круглая, реже — продолговатая или щелевидная, края обычно ровные, размеры варьируются от нескольких миллиметров до 6-10 см и более в диаметре. По мере углубления язвы она приобретает воронкообразную или кратер образную форму. Одиночные изъязвления встречаются значительно чаще, чем множественные.

**Цель исследования:** изучение роли фельдшера на ФАП-е при введении пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

Для достижения цели были поставлены следующие **задачи:**

1. изучить современную литературу по язвенной болезни желудка;
2. проанализировать статистические данные по РС(Я) по язвенной болезни желудка и 12-пк;
3. определить роль фельдшера при диагностике и лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки на ФАП-е.

**Объект исследования:** пациенты с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

## ГЛАВА 1. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ В УСЛОВИЯХ ФАП.

### 1.1 Понятие о язвенной болезни.

Язвенная болезнь желудка является важной проблемой современной медицины. Этим заболеванием страдают приблизительно 10% населения земного шара. Встречается у людей любого возраста, но чаще 30-40 лет, мужчины болеют в 6-7 раз чаще, чем женщины.

Актуальность проблемы язвенной болезни желудка определяется тем, что она является основной причиной инвалидности 68% мужчин, 30,9% женщин от числа всех страдающих заболеваниями органов пищеварения. Несмотря на успехи в диагностике, и лечении язвенной болезни желудка, это заболевание продолжает поражать всё более молодое население.

При подозрении на язвенную болезнь, фельдшер(врач) ФАП, должен собрать анамнез у больного, провести доклинический осмотр больного, собрать биоматериал для лабораторных исследований, который он отправляет в районную поликлинику или ЦРБ. Для подтверждения диагноза пациент отправляется вместе с фельдшером в районную поликлинику или ЦРБ, для консультирования врачом специалистом, или же врач специалист вызывается в ФАП.

Этиология:

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки диагностируется в 3—4 раза чаще, чем язвенная болезнь желудка. Среди причин развития язвенной болезни выделяют:

- наследственную предрасположенность
- нейropsychические факторы
- алиментарные факторы
- вредные привычки
- неконтролируемый прием нестероидных противовоспалительных препаратов



- инфекцию (*Helicobacter pylori*).

Патогенез:

Нормальное функционирование слизистой оболочки желудка протекает в условиях воздействия на слизистую двух групп факторов:

1. защитных факторов
2. агрессивных, разрушающих факторов.

К факторам 1-й группы относятся: слизь, вырабатываемая слизистой оболочкой желудка, данная слизь препятствует обратной диффузии протонов к слизистой.

К факторам 2-й группы относятся: желудочный сок (содержащий соляную кислоту и пепсин — фермент, осуществляющий переваривание белковых соединений), являющийся агрессивным агентом для клеток и инфекционный фактор — микроб Хеликобактер — *Helicobacter pylori* (в случае инфицирования им). Возникновение язвенного дефекта происходит, когда разрушительное действие на слизистую желудка агрессивных факторов начинает преобладать над действием защитных факторов. Заметное содержание в желудке и в его слизистой оболочке. Однако лишь небольшое число инфицированных носителей *Helicobacter pylori* заболевают клинически выраженной язвенной болезнью желудка или двенадцатиперстной кишки либо гастритом с повышенной кислотностью. Причины того, что заболевает меньшая часть инфицированных этим микроорганизмом, не ясны: по-видимому, имеет значение состояние общего и местного иммунитета, неспецифические защитные факторы слизистой желудка (секреция бикарбонатов, защитной слизи), исходная (до заражения) кислотность и ферментативная активность желудочного содержимого и т. д.

### **1.2 Клинические проявления язвенной болезни**

При язвенной болезни характерны: боль в эпигастрии — наиболее важный и постоянный симптом язвенной болезни. Болевые ощущения появляются в патологически измененной слизистой. Характеристика болевого

синдрома зависит от локализации язвы.

Боль почти всегда связана с приемом пищи, чем позднее после приема пищи боль, тем дистальнее локализация язвы: ранее ощущения боли (непосредственно после приема пищи) – при язве желудка, поздние (через 2-3 часа) и голодные (утром, натощак) – при язве 12-перстной кишки. Для язвы 12-перстной кишки характерен сезонный ритм болевого синдрома. Боли снимаются (облегчаются) приемом холинолитиков.

Причиной возникновения болей следует считать двигательные нарушения желудка и двенадцатиперстной кишки. Оценка ощущения боли, ее выраженность зависит от особенностей личности и психической настроенности больного.

Выявленный анамнестически болевой синдром подтверждается данными пальпации, при котором отмечается локальная болезненность в эпигастрии (положительный симптом Менделя). Боли могут иррадиировать в правое подреберье, за грудину, в спину; возможна безболевая форма язвенной болезни.

Диспепсический синдром: изжога, иногда мучительная. Изжога – связана с забросом кислого содержимого из желудка в пищевод. Она также может быть, в результате спазма патологически измененного нижнего отрезка пищевода, является эквивалентом боли, отрыжка кислым, воздухом; анорексия; дисфагия; рвота – сложнорефлекторный акт, бывает обычно содержимым желудка, реже с примесью крови (свежей или типа "кофейной гущи"), возникает преимущественно на высоте боли, после нее наступает обычно облегчение болевого и диспептического симптомокомплексов, склонность к запорам.

Физикальный статус: локальная пальпаторная и перкуторная болезненность в эпигастральной области, однако клинические симптомы иногда отсутствуют. У больных, страдающих язвенной болезнью, может наблюдаться угнетение настроения с повышенной возбудимостью и беспокойством. Иногда теряется способность сосредоточиться на каком-либо



занятии. Отмечается, как правило, плохой сон.

У больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки обнаруживаются признаки дистонии вегетативной нервной системы, повышенное слюноотделение – утром влажная подушка у угла рта, днем отмечаются часто глотательные движения, отмечается усиленное потоотделение, резкая влажность ладоней, выраженный красный, реже белый, дермографизм ("сосудистая игра").

Нередко при объективном исследовании отмечается тахикардия, лабильность пульса, пониженное АД.

Клинические формы язвенной болезни и особенности их течения характеризуются значительным разнообразием и зависят от многих факторов: от локализации язвы, возраста, пола больного, характера осложнений и прочих.

Для язв двенадцатиперстной кишки и язв привратника характерно: Поздние, "голодные" и ночные боли, повышение кислотности желудочного содержимого, гиперсекреция. При язвах пилорического канала: наблюдаются интенсивные боли, обусловленные вовлечением в процесс нервно-мышечного аппарата привратника с длительным его спазмом и повышением внутрижелудочного давления, тошнота и рвота, которые у ряда больных могут быть единственным признаком заболевания, похудание.

Постбульбарные язвы (внеульковичные): чаще располагаются в области верхнего изгиба или в начальном отрезке нисходящей части двенадцатиперстной кишки, они преобладают у мужчин, типичная клиника язвы двенадцатиперстной кишки, но может наблюдаться некоторое своеобразие в характере болей: возникают чаще в конце дня, не всегда сохраняется периодичность, связь с приемом пищи, у некоторых больных боль приобретает приступообразный характер, боль может быть очень упорной и не купироваться обычными лекарственными средствами и теплом, локализуются боли в правом верхнем квадранте живота, иногда в спине и вокруг пупка, особенность язв - склонность к частым кровотечениям, к

распространившемся на сфинктер большого дуоденального сосочка, сдавлением общего желчного протока и нарушением оттока желчи из билиарной системы, спайки с желчным пузырем и другими органами.

Встречаются "немые" язвы, при которых отсутствует главный симптом язвы – боли, заболевание может проявляться внезапным кровотечением, прободением. В юношеском возрасте течение язвенной болезни имеет ряд особенностей:

По локализации чаще дуоденальные, сопровождаются резким болевым расстройством; высоким уровнем желудочной секреции, чаще наступают повторные профузные кровотечения. Может наблюдаться неустойчивость желудочной секреции - гетерохилия, т. е. смена высоких показателей кислотности на более низкие и наоборот, нарушение моторной функции желудка проявляется в усилении перистальтики, спазме привратника.

### **1.3 Диагностика язвенной болезни в условиях ФАП.**

Диагностика язвенной болезни представляет собой комплексный процесс. Первым этапом диагностики является тщательное исследование субъективных симптомов, диагностическая ценность которых многие годы считалась исключительно высокой.

Выявление особенностей болевого синдрома (связь его с приемом пищи, периодичность и сезонность болей, локализация и иррадиация болей), оценка степени выраженности диспептических расстройств (тошнота, рвота, изжога, аппетит, нарушение функций кишечника) вместе с данными объективного исследования (осмотр, пальпация) в большинстве случаев позволяют с большой точностью установить предварительный диагноз ЯБ с вероятной локализацией процесса, выявить наличие специфических осложнений, определить объем дальнейших исследований и выработать рациональную лечебную тактику.

При подозрении на язвенную болезнь, фельдшер(врач) ФАП, должен



собрать анамнез у больного, провести доклинический осмотр больного, собрать биоматериал для лабораторных исследований, который он отправляет в районную поликлинику или ЦРБ.

При язвенной болезни характерны: боль в эпигастрии – наиболее важный и постоянный симптом язвенной болезни. Болевые ощущения появляются в патологически измененной слизистой. Характеристика болевого синдрома зависит от локализации язвы. Боль почти всегда связана с приемом пищи, чем позднее после приема пищи боль, тем дистальнее локализация язвы: раннее ощущения боли (непосредственно после приема пищи) – при язве желудка, поздние (через 2-3 часа) и голодные (утром, натощак) – при язве 12-перстной кишки. Для язвы 12-перстной кишки характерен сезонный ритм болевого синдрома. Боли снимаются (облегчаются) приемом холинолитиков.

Причиной возникновения болей следует считать двигательные нарушения желудка и двенадцатиперстной кишки. Оценка ощущения боли, ее выраженность зависит от особенностей личности и психической настроенности больного.

Выявленный анамнестически болевой синдром подтверждается данными пальпации, при котором отмечается локальная болезненность в эпигастрии (положительный симптом Менделя). Боли могут иррадиировать в правое подреберье, за грудину, в спину, возможна безболевая форма язвенной болезни.

Диспепсический синдром: изжога, иногда мучительная. Изжога – связана с забросом кислого содержимого из желудка в пищевод. Она также может быть, в результате спазма патологически измененного нижнего отрезка пищевода, является эквивалентом боли, отрыжка кислым, воздухом; анорексия; дисфагия; рвота – сложнорефлекторный акт, бывает обычно содержимым желудка, реже с примесью крови (свежей или типа "кофейной гущи"), возникает преимущественно на высоте боли, после нее наступает обычно облегчение болевого и диспептического симптомокомплексов, склонность к запорам.

Физикальный статус: локальная пальпаторная и перкуторная болезненность в эпигастральной области, однако клинические симптомы иногда отсутствуют. У больных, страдающих язвенной болезнью, может наблюдаться угнетение настроения с повышенной возбудимостью и беспокойством. Иногда теряется способность сосредоточиться на каком-либо занятии. Отмечается, как правило, плохой сон.

У больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки обнаруживаются признаки дистонии вегетативной нервной системы, повышенное слюноотделение – утром влажная подушка у угла рта, днем отмечаются часто глотательные движения, отмечается усиленное потоотделение, резкая влажность ладоней, выраженный красный, реже белый, дермографизм ("сосудистая игра").

Нередко при объективном исследовании отмечается тахикардия, лабильность пульса, пониженное АД.

Клинические формы язвенной болезни и особенности их течения характеризуются значительным разнообразием и зависят от многих факторов: от локализации язвы, возраста, пола больного, характера осложнений и прочих. Для язв двенадцатиперстной кишки и язв привратника характерно: Поздние, "голодные" и ночные боли, повышение кислотности желудочного содержимого, гиперсекреция.

При язвах пилорического канала: наблюдаются интенсивные боли, обусловленные вовлечением в процесс нервно-мышечного аппарата привратника с длительным его спазмом и повышением внутрижелудочного давления; тошнота и рвота, которые у ряда больных могут быть единственным признаком заболевания, похудание.

Постбульбарные язвы (внеулькерозные): чаще располагаются в области верхнего изгиба или в начальном отрезке нисходящей части двенадцатиперстной кишки, они преобладают у мужчин, типичная клиника язвы двенадцатиперстной кишки, но может наблюдаться некоторое своеобразие в характере болей: возникают чаще в конце дня, не всегда



сохраняется периодичность, связь с приемом пищи, у некоторых больных боль приобретает приступообразный характер, боль может быть очень упорной и не купироваться обычными лекарственными средствами и теплом, локализуются боли в правом верхнем квадранте живота, иногда в спине и вокруг пупка, особенность язв - склонность к частым кровотечениям, к пенетрации язвы в поджелудочную железу с развитием реактивного панкреатита, может быть желтуха, обусловленная воспалением, распространившимся на сфинктер большого дуоденального сосочка, сдавлением общего желчного протока и нарушением оттока желчи из билиарной системы, спайки с желчным пузырем и другими органами.

Встречаются "немые" язвы, при которых отсутствует главный симптом язвы – боли, заболевание может проявляться внезапным кровотечением, прободением.

По локализации чаще дуоденальные, сопровождаются резким болевым синдромом, торпидным течением; выраженными диспепсическими расстройствами, высоким уровнем желудочной секреции, чаще наступают повторные профузные кровотечения, может наблюдаться неустойчивость желудочной секреции - гетерохилия, т. е. смена высоких показателей кислотности на более низкие и наоборот, нарушение моторной функции желудка проявляется в усилении перистальтики, спазме привратника.

#### **1.4 Осложнения Язвенной болезни и 12-пк**

##### **Кровотечение.**

Самое тяжелое осложнение и встречается у 15-20% больных язвенной болезнью. Около одной трети больных, оперированных по поводу язвенной болезни, оперируются по поводу кровотечения, которое является причиной 50% летальных исходов при язвенной болезни.

Непосредственной причиной кровотечения является разрыв крупного сосуда на дне язвы. Чаще профузное кровотечение дают симптоматические язвы, возникающие в результате терапии НПВС и глюкокортикостероидами,

поскольку, особенно последние, повышая пептическую активность желудочного сока, вместе с тем подавляют разрастание соединительной ткани как защитной реакции, тормозящей углубление язвы. К сожалению, нередко бывает, что больные до кровотечения не знают о том, что у них язва.

Кровотечения при язвенной болезни желудка и ДПК характеризуются следующими основными проявлениями:

- симптомы острой кровопотери
- кровавая рвота (гематомезисом)
- мелена (дегтеобразным стулом).

Симптомы острой кровопотери.

При обильной кровопотере появляются симптомы острой постгеморрагической анемии: резкая слабость, тошнота, головокружение, шум в ушах, мелькание мушек перед глазами, боли в области сердца, сердцебиение, жажда, холодный липкий пот, осиплость голоса, адинамия, обморочное состояние, олигурия. Появляется возбуждение, чувство страха, смерти, удушье, эйфория. Нередко после начала кровотечения «язвенные» боли исчезают (симптом Бергмана).

Симптомы острой кровопотери зависят от ее объема. Кровотечение с потерей крови, не превышающей 400-500 мл (10% ОЦК), обычно не вызывает ярких симптомов. При легком кровотечении с потерей крови до 400 мл субъективных ощущений или вовсе не бывает, или они ограничены легкой преходящей тошнотой, сухостью во рту, внезапной слабостью, зевотой, познабливанием. Потеря крови около 15-25% ОЦК (700-1300 мл) приводит к развитию I стадии геморрагического шока – компенсированный, обратимый (кожные покровы бледные, конечности холодные, подкожные вены на руках спавшиеся, пульс учащен до 90-100 уд в 1 мин, слабого наполнения, АД слегка снижено). При острой массивной кровопотере, составляющей 25-45% ОЦК (1300-1800 мл) развивается декомпенсированный обратимый геморрагический шок (II стадия): сознание сохранено, но имеется возбуждение, беспокойство, кожные покровы выражено бледные, цианоз



видимых слизистых оболочек; одышка (т.к. ухудшается кровоток головного мозга), тахикардия до 120-140 в 1 мин, глухие тоны сердца, пульс слабого наполнения, САД ниже 100 мм.рт.ст., низкое пульсовое давление, олигурия (диурез менее 20 мл/час). При кровопотере 50% ОЦК (2000-2500 мл) и более развивается III стадия – декомпенсированный необратимый шок (отсутствие сознания, кожные покровы покрыты холодным липким потом, одышка, тахикардия более 140 в 1 мин, пульс нитевидный, АД может не определяться, олигоанурия).

Симптом кровавой рвоты.

Кровавая рвота обычно отмечается при объеме кровопотери более 500 мл, чаще имеет место при язве желудка, чем при язве ДПК. Желудочное содержимое обычно имеет вид «кофейной гущи», что обусловлено превращением гемоглобина крови под воздействием соляной кислоты в хлорид гематина, имеющий черный цвет. При обильном и быстром кровотечении соляная кислота не успевает вступать в реакцию с гемоглобином, и рвота в этих случаях бывает алой кровью. При локализации язвы в ДПК рвота может отсутствовать.

Симптом мелены.

Дегтеобразный стул наблюдается не ранее чем через 8 час при потере более 500 мл крови. В результате чего стул приобретает черный цвет. Оформленный кал черного цвета отмечается при легкой и средней степени кровотечения. При обильном кровотечении стул становится жидким и напоминает вид дегтя. В случае ускоренного продвижения по кишечнику и кровопотере свыше 1000 мл кровь выделяется вместе с калом и имеет алый или темно-красный цвет. Следует помнить, что черная окраска кала (псевдомелена) может наблюдаться после приема препаратов железа, антацидов, содержащих висмут, карболена, черники и др.

Острое гастродуоденальное кровотечение является показанием к экстренной госпитализации. В диагностике язвенной болезни большое значение имеет правильно собранный анамнез и осмотр пациента.

Ведущую роль в диагностике заболевания и его осложнений играет эндоскопическое исследование. Оно позволяет подтвердить или отвергнуть диагноз язвенной болезни, точно определить локализацию, форму, глубину и размеры язвенного дефекта, оценить состояние дна и краев язвы, уточнить сопутствующие изменения слизистой оболочки, а также нарушения моторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки, обеспечивает возможность контроля за динамикой процесса.

УЗИ органов брюшной полости при язвенной болезни показано для диагностики сопутствующей патологии гепатобилиарной системы и поджелудочной железы.

Рентгенологический метод используют, прежде всего, для поиска осложнений течения язвенного процесса (рубцовая деформация органов, стенозы, конвергенция складок, моторно - эвакуаторные нарушения гастродуоденальной зоны). Обнаружение язвенной ниши служит прямым признаком заболевания и позволяет определить локализацию, размеры, глубину язвенного дефекта. У детей использование рентгенологических методов ограничено высокой лучевой нагрузкой и сравнительно меньшей диагностической значимостью этих методов.

Обязательные лабораторные исследования: клинический анализ крови, мочи и кала, исследование кала на скрытую кровь, биохимический анализ крови (концентрация общего белка, альбуминов, холестерина, глюкозы, амилазы, билирубина, железа, активности трансаминаз).

Для выявления инфицированности хеликобактериями применяют ПЦР-диагностику.

Вспомогательное диагностическое значение имеют исследование пепсинообразующей функции желудка, оценка желудочного слизиобразования, изучение моторики желудка и двенадцатиперстной кишки методом баллонной кимографии, определение уровня сывороточного гастрина и др.

Дифференциальный диагноз проводят главным образом с хроническим



холециститом и хроническим панкреатитом. При хроническом холецистите боли обычно возникают после приема жирной или жареной пищи, локализуются в правом подреберье, не имеют четкой периодичности, не уменьшаются после приема антацидных средств. При хроническом панкреатите боли локализуются преимущественно в левом или правом подреберье в виде «полукольца» или бывают опоясывающими, усиливаются вскоре после еды, сопровождаются нарушением функции кишечника. В том и в другом случае отсутствует сезонность обострений. Язвенная болезнь дифференцируют также с гастритом, дуоденитом, гастродуоденитом, хроническим колитом и др. При этом основным дифференциально - диагностическим критерием является обнаружение язвы или рубцово - язвенной деформации в желудке или двенадцатиперстной кишке. При обнаружении язвенного дефекта необходимо провести, кроме того, дифференциальный диагноз с язвами симптоматическими, а также исключить злокачественные образования.

При дифференциальной диагностике между доброкачественной язвой и первично - язвенной формой рака желудка, а также малигнизировавшейся язвой в пользу злокачественного характера образования могут свидетельствовать большие размеры дефекта (особенно у больных молодого возраста), локализация изъязвления на большой кривизне желудка, увеличенная СОЭ, гистаминоустойчивая ахлоргидрия. Злокачественные язвы обычно имеют неправильную форму, неровные бугристые края, слизистая оболочка вокруг язвы инфильтрирована, отмечается ригидность стенки желудка в зоне изъязвления. Решающую роль играет гистологическое исследование материала, полученного при прицельной биопсии. С учетом возможных ложноотрицательных результатов биопсию следует проводить многократно, вплоть до полного заживления язвы. При каждой процедуре необходимо исследовать не менее 3 - 4 кусочков ткани, полученных из разных отделов язвы.

Основные осложнения язвы двенадцатиперстной кишки—это

пенетрация, перфорация, кровотечение и сужение просвета кишки.

Язвенное кровотечение возникает, когда патологический процесс затрагивает сосуды желудочной стенки. Кровотечение может быть скрытым и проявляться только нарастающей анемией, а может быть выраженным, кровь может обнаруживаться в рвоте и проявляться при дефекации (черный или с кровавыми прожилками кал). В некоторых случаях произвести остановку кровотечения можно в ходе эндоскопического исследования, когда источник кровотечения иногда удается прижечь. Если язва глубокая и кровотечение обильное – назначают хирургическое лечение, в остальных случаях лечат консервативно, корректируя железо дефицит. При язвенном кровотечении пациентам прописан строгий голод, питание парентеральное.

Перфорация язвы двенадцатиперстной кишки (как правило, передней стенки) приводит к проникновению ее содержимого в брюшную полость и воспалению брюшины – перитониту. При прободении стенки кишки обычно возникает резкая режущая - колющая боль в эпигастрии, которая быстро становится разлитой, усиливается при смене положения тела, глубоком дыхании. Определяются симптомы раздражения брюшины (Щеткина - Блюмберга) – при надавливании на брюшную стенку, а потом резком отпуске боль усиливается. Перитонит сопровождается гипертермией.

Это – экстренное состояние, которое без должной медицинской помощи ведет к развитию шока и смерти. Перфорация язвы – это показание к срочному оперативному вмешательству.

Пенетрация язвы – это глубокий дефект, поражающий стенку кишки с проникновением в смежные органы (печень или поджелудочную железу). Проявляется интенсивной болью колющего характера, которая может локализоваться в правом или левом подреберье, иррадиировать в спину в зависимости от месторасположения пенетрации. При изменении положения боль усиливается. Лечение в зависимости от тяжести консервативное, либо – при отсутствии результата – оперативное.

Стеноз просвета двенадцатиперстной кишки возникает при



выраженном отеке изъязвленной слизистой или формировании рубца. При сужении просвета возникает непроходимость (полная или частичная) двенадцатиперстной кишки. Зачастую она характеризуется многократной рвотой. В рвотных массах определяется пища, принятая задолго до приступа. Также из симптоматики характерна тяжесть в желудке (переполнение), отсутствие стула, вздутие живота. Регулярная рвота способствует снижению массы тела и обменным нарушениям, связанным с недостаточностью питательных веществ. Чаще всего консервативное лечение ведет к уменьшению отечности стенок и расширению просвета, но при грубых рубцовых изменениях стеноз может приобрести постоянный характер и потребовать оперативного вмешательства.

Малигнизация – это перерождение нормальных или поврежденных тканей организма в злокачественную опухоль. Следовательно, малигнизация язвы желудка и двенадцатиперстной кишки – это процесс зарождения на месте язвенного дефекта ракового образования.

Озлокачествление клеток происходит из-за нарушения нормальной их деятельности. По разным источникам малигнизации подвергаются от 2 до 15% язв желудка. В двенадцатиперстной кишке явление встречается крайне редко (0,1-0,3% случаев).

Злокачественное образование может зародиться на дне язвы, в ее краях или из зарубцевавшегося язвенного дефекта. Есть мнение, что процент язв подвергшихся малигнизации завышен из-за схожести начального развития раковой опухоли и язвы, и на самом деле не превышает 2-3%.

Благодаря защитным механизмам аномальные клетки распознаются и уничтожаются. Но при ослаблении иммунитета вследствие вредных привычек, нездорового питания, внешних факторов, возраста риск возникновения заболевания увеличивается.

Воздействие пищеварительного сока на язву, периоды обострения и рецидивы болезни приводят к разрастанию соединительной ткани, склерозу сосудов и атрофии стенки желудка в месте локализации язвенного дефекта.

Все это приводит к изменению свойств клеток и может стать причиной возникновения раковой опухоли в зоне язвенного поражения.

Признаки малигнизации язвы желудка определяются методами диагностики.

Диагностика малигнизации язв желудка.

Для выявления малигнизации используют те же методы диагностики, что при исследовании любой патологии желудка:

- изучение анамнеза (истории болезни)
- анализ крови, мочи, кала
- контрастное рентгенологическое исследование
- компьютерная томография
- УЗИ
- гастроскопия с прицельной биопсией
- лапароскопия.



## ГЛАВА 2. РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

### 2.1 Статистические данные РС(Я)

Представленная работа основана на анализе результатов Якутской городской клинической больницы №2 и Республиканском центре экстренной медицинской помощи за период 2018-2020 гг.

	зарегистрировано заболеваний			на 1000 взрослого населения	
	2018г.	2019г.	2020г.	2018г.	2019г.
Болезни органов пищеварения	79532	96727	84158	113,4	137,1
Из них: язва желудка, 12-ти перстной кишки	4678	4650	4494	6,7	6,6

Таблица 2.1 Болезненность взрослого населения РС(Я)

Среди обследованных было 3821 мужчин и 875 женщин, что составило соотношение по полу 6:1.

Пол	АБС. ЧИСЛО	%
Мужской	11942	86.4
Женский	1880	13.6
Итого	13822	100

Таблица 2.2 Соотношение больных по половому признаку

За 2018-2020 гг. Мужской пол болеет чаще язвенной болезнью желудка (86.4%), чем женский пол (13.6%).

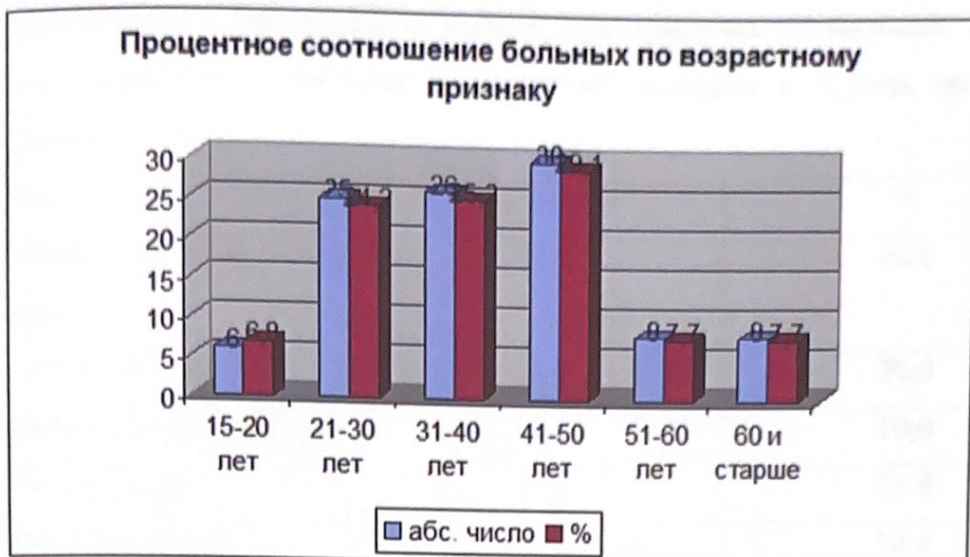


Диаграмма 2.1 Процентное соотношение больных во возрастном признаке  
Из диаграммы - 2 видно, что в период обследования преобладали лица возрастных групп 41-50 лет (28,2%) и 31-40 лет (24,3%), при этом больных до 40 лет было 52,4%. Более половины больных до 50 лет, из них 29 человек (28,2%) до 30 лет.



Диаграмма 2.2 Распределение больных по национальному признаку.

Следует отметить, что наибольший процент больных с кровоточащей язвой луковицы двенадцатиперстной кишки составило русское население - 62%, в большей части у пришлого населения. Согласно мнению исследователей, у русских чаще встречается локализация язвенного процесса в желудке и



двенадцатиперстной кишки в равных соотношениях. У больных якутской национальности желудочная локализация процесса в 2 раза превышала дуоденальную.

Виды	Абс. число	%
Тяжёлый физический труд	41,2	40,0
Автоводители	20,6	20,0
Интеллектуальный труд	10,2	10,0
Пенсионеры	12,0	11,6
Неработающие	19,0	18,4
Всего	13822	100

Таблица 2.3 Распределение больных по трудовой деятельности.

Наиболее значительную часть составили представители тяжелого физического труда (40 %), автоводители (20%), представители интеллектуального труда (10%), пенсионеры (11,6%) и неработающие (18,4%).

#### Анализ сезонности обострений в РС(Я)

Тщательный анализ сезонности обострений язвенной болезни позволил отметить, значительную частоту непрерывно рецидивирующего течения. Наряду с этим выявлены периоды с максимальным риском обострений болезни. Так, наибольшее количество обострений было констатировано в марте, апреле и июне, а также после небольшого периода относительного благополучия — в августе и ноябре.

Среди факторов/провоцирующих язвы, могут быть выделены нарушение режима питания - (29,9%), (например, систематическое употребление острой и грубой пищи, торопливая еда и еда в сухомятку), стрессовые ситуации - (25,9%) (например, психоэмоциональные перегрузки, недостаточный отдых и сон), физическое перенапряжение, курение и злоупотребление алкоголем, крепким кофе, и их сочетание (16%). Вне связи с

видимыми внешними факторами рецидивы болезни имели место в 26,6% случаев.

Наследственная отягощенность была констатирована у 17,0% больных. Среди находившихся под наблюдением больных преобладали лица, имеющие (O) I группу крови (47,8%).

Выявлена значительная частота гастрита, сопутствующего язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Согласно данным эндоскопии, поверхностный гастрит был отмечен у 64,4% больных, атрофический процесс - у 30,5% больных, нормальная слизистая желудка - у 5,1% больных.

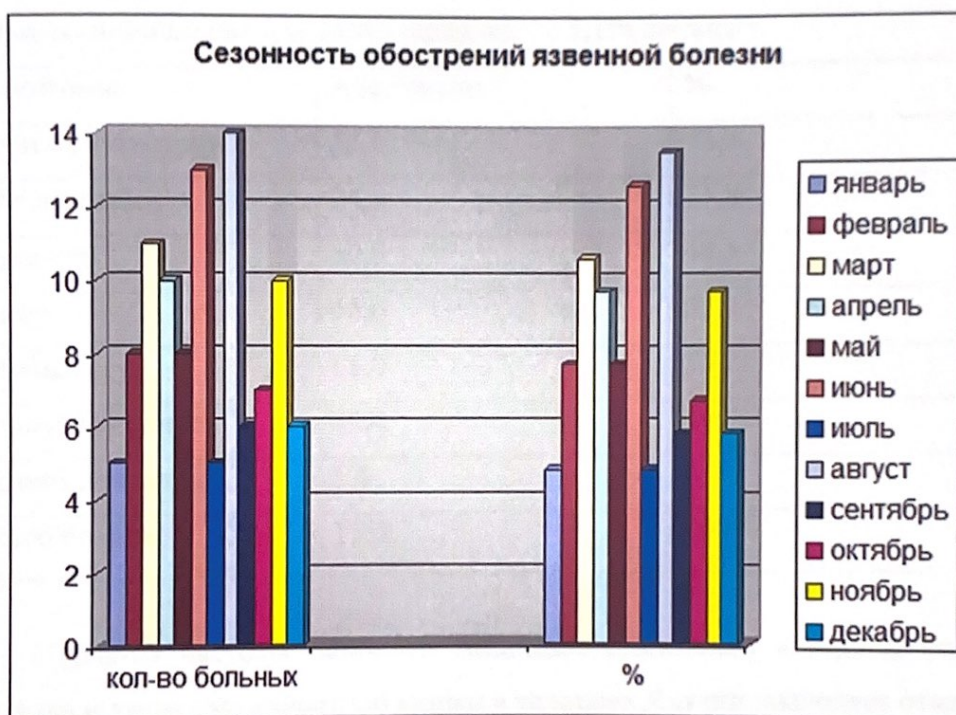


Диаграмма 2.3 Сезонность обострения язвенной болезни.

### 2.1 Характеристика клинических проявлений

Среди факторов провоцирующих язвы, могут быть выделены нарушение режима питания - (29,9%), (например, систематическое употребление острой и грубой пищи, торопливая еда и еда в сухом виде), стрессовые ситуации - (25,9%) (например, психоэмоциональные перегрузки, недостаточный отдых и сон), физическое перенапряжение, курение и



злоупотребление алкоголем, крепким кофе, и их сочетание (16%). Вне связи с видимыми внешними факторами рецидивы болезни имели место в 26,6% случаев.

Наследственная отягощенность была констатирована у 17,0% больных. Среди находившихся под наблюдением больных преобладали лица, имеющие (O) I группу крови (47,8%).

Выявлена значительная частота гастрита, сопутствующего язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Согласно данным эндоскопии, поверхностный гастрит был отмечен у 64,4% больных, атрофический процесс - у 30,5% больных, нормальная слизистая желудка - у 5,1% больных.

Симптомы	Абс. Число	%
Боли в эпигастрии	55,0	53,4
Общая слабость	74,0	71,8
Тошнота	50,0	48,5
Рвота	54,0	52,4
Чёрный стул	61,0	59,2
Головокружение	42,0	40,7
Потеря сознания	5,0	4,8
Всего больных:	13.8	100%

Анализ частоты наиболее типичных симптомов язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в условиях Якутии позволяет отметить, что ведущее место в клинических проявлениях болезни занимали триада симптомов:

1. Язвенный анамнез
2. Черный стул (мелена)
3. Рвота кофейной гущей.

Другие проявления болезни:

общая слабость-71,8%

головокружение-40,7%

потеря сознания-4,8%

тошнота-48,5%.

Таким образом, выявление язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки складывается из общих проявлений кровопотери организма и симптомов внутреннего кровотечения, которые являются важным диагностическим критериями заболевания.

**Вывод:** Из представленных анализов результата язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки находившихся на лечение в городской клинической больницы № 2 г. Якутска и Республиканском центре экстренной медицины, можно сделать следующий вывод: мужской пол (86,4%) чаще страдает, чем женский пол (13,6%), что составило соотношение по полу 6:1. Изменилась возрастная структура пациентов с кровотечением, чаще в трудоспособной возрастной категории от 41 - 50 лет, на стационарное лечение поступали жители городского населения, часто встречается у пришлого населения (85,4%), значительную часть составили представители тяжелого физического труда (40%), автоводители (20%).

## **2.2 Клиническое исследование.**

В основе исследования лежат данные ЯГБ №2

Клинический случай №1.

Пациент А, 52 лет, обратился 10.05.2021 года в ЯГБ №2 с жалобами на боли ноющего характера в эпигастральной области, боли усиливаются натощак и в ночное время, уменьшаются после приёма пищи, частые изжоги, склонность к запорам, раздражительность, нарушение сна.

**Анамнез заболевания:** считает себя больным с 2019 года, когда появились умеренные боли в эпигастральной области. Дважды лечился в



стационаре с диагнозом язвенная болезнь 12-перстной кишки. Больному была назначена диета, медикаментозное лечение. Диету больной не соблюдал. Медикаментозному лечению строго не следовал, препараты принимал лишь при сильных болях. При этом больной много курил, употреблял алкоголь. С 2020 года нерегулярно обращался в стационар по поводу обострения язвы. Максимум отмечает обострение 2 раза в год в осенне-весенний период. В течение последних 2-х месяцев стал ощущать усиление болей по ночам и через 2-3 часа после еды, в связи с этим обратился в поликлинику по месту жительства.

- Перенесенные заболевания: не было
- Операции: аппендэктомия в 15 лет
- Гемотрансфузии: не было
- Аллергоанамнез: спокоен
- Вредные привычки: - курит до одной пачки сигарет в день в течение 10 лет. Алкоголь употребляет умеренно
- Общее состояние больного: удовлетворительное
- Сознание: ясное, контактен, вялость
- Положение больного: активное
- Тип конституции: нормостенический
- Состояние питания: режим питания больным не соблюдается
- Кожные покровы: чистые, сухие
- Тургор кожи: нормальный
- Отеки: нет
- Лимфатические узлы: не увеличены
- Костно – мышечная система: без изменений
- Система дыхания: ЧДД в минуту: 17 в мин
- Движение грудной клетки при дыхании: равномерное
- Перкуторный звук над легочными полями: легочный
- Аускультативно: везикулярное
- Хрипы: нет

- Сердечно – сосудистая система: область сердца и крупных сосудов не изменена

- Границы сердца перкуторно: не изменены
- Тоны сердца: приглушенные
- Ритм: правильный
- ЧСС:
- Шумы: отсутствуют
- Пищеварительная система: язык чистый
- Запах изо рта: нет
- Зев: чистый
- Миндалины: рыхлые
- Живот: мягкий
- Пальпация живота: поверхностная пальпация живота болезненна

в эпигастральной области.

- Патологическое образование в животе при пальпации: не определяется

- Печень: не увеличена
- Край печени: ровный
- Селезенка: не пальпируется
- Аускультативно: перистальтика прослушивается

Симптомов раздражения брюшины нет.

- Стул: не регулярный, оформленный
- Система мочеотделения: мочеиспускание свободное
- Цвет мочи: соломенно – желтый
- Диурез: в норме
- Симптом Пастернацкого: отрицательный с обеих сторон

На основании жалоб на боли ноющего характера в эпигастральной области, боли усиливаются натощак и в ночное время, уменьшаются после приёма пищи, частые изжоги, склонность к запорам, раздражительность, нарушение сна. анамнеза, объективного осмотра, выставлен



**предварительный диагноз:** язвенная болезнь 12-перстной кишки с локализацией в луковице. Фаза обострения.

**Клинический диагноз:** язвенная болезнь 12-перстной кишки с локализацией в луковице 1,0\*2,0 см, средней степени тяжести. Фаза обострения.

**План обследования.**

- 1) Общий анализ крови
- 2) Общий анализ мочи
- 3) Биохимический анализ крови
- 4) Анализ кала (на яйца глистов и скрытую кровь)
- 5) Фиброгастродуоденоскопия
- 6) УЗИ органов брюшной полости.

**Данные дополнительных методов обследования.**

**Общий анализ крови:**

эритроциты -  $4.32 \cdot 10^{12}$  г/л

гемоглобин - 137

ЦП - 0.95

лейкоциты -  $4.0 \cdot 10^9$  г/л

базофилы - 2%

эозинофилы - 5%

нейтрофилы:

палочкоядерные - 5%

сегментоядерные - 55%

лимфоциты - 29%

моноциты - 4%

СОЭ - 7 мм/час

**Биохимический анализ крови:**

мочевина - 6.8 ммоль/л

общий белок - 72 г/л

глюкоза - 5.4 ммоль/л

билирубин общий - 7.6 мкмоль/л

АЛАТ - 92 ед/л

АСАТ - 45 ед/л

амилаза - 115 ед/л

тимоловая проба - 7.9 ед

K<sup>+</sup> - 4.8 ммоль/л

Na<sup>+</sup> - 144 ммоль/л

**Каллограмма:**

форма - не сформированный

цвет - нормальный

запах - обычный

слизь - нет

гной - нет

стрекобилин - положительный

**Яйца глистов не обнаружено.**

**Реакция на скрытую кровь отрицательна.**

**Общий анализ мочи:**

цвет - соломенно-желтый

плотность - 1020

реакция - кислая

белок - нет

лейкоциты - 2-4

эпителий плоский - +

**ФГДС:** пищевод - кардия без особенностей, желудок - правильной формы, продольные складки с мелкими эрозиями, слизистая гиперемирована, 12-перстная кишка - на задней стенке луковицы язва диаметром 1,0\*2,0 см с отеком.

**УЗИ органов брюшной полости:** органы брюшной полости без патологии.



## План лечения

### 1. Стол №1.

Дробное питание 5-6 раз в сутки небольшими порциями и включает в себя отварное мясо, рыбу, некислые молочные продукты, протертые овощи, не содержащие грубую клетчатку, разваренные крупяные каши, подсушенный белый хлеб, некрепкий чай, отвар шиповника. Полностью исключаются жаренные, маринованные, острые, соленые блюда, копчености, консервы, овощи, содержащие грубую клетчатку, кислые фрукты и ягоды, грибы, кислые молочные продукты, жирные сорта мяса и рыбы, крепкий кофе, газированные напитки, кислые соки.

### 2. Антисекреторные препараты:

Блокаторы протонной помпы - Омепразол (подавляет секрецию, но ниже физиологического уровня, при этом не влияет на базальную секрецию, является препаратом резерва).

Rp: Tab. Omeprazoli 0,02 N 30

DS. По 1 таблетке 1 раз в день.

3. Холинолитики - атропин, платифиллин (применяются для купирования болевого синдрома и одновременного снижения секреции)

Rp: Sol. Atropini sulfatis 0,1% - 1ml

D.t.d.N 6 in amp.

S. Подкожно 1 мл (при болях).

4. Антидофаминовые препараты-Метаклопромид (Церукал), Платифиллин- для нормализации моторики.

Rp: Tab. Platyphyllini hydrotartratis 0,005

D.t.d.N 50.

S. Внутрь по 1 таблетке 2 раза в день до еды.

5. Антибактериальные средства (воздействие на этиологический фактор *H.pylori*)-Кларитромицин, Амоксициллин, Доксациклин, макролиды (Эритромицин)

Rp: Caps. Amoxicilini 0,25

D.t.d.N 50

S. Внутрь, по 2 капсулы 4 раза в день через каждые 6 часов.

Rp: Tab. Metronidazoli 0,25 N20

DS. По 1 таблетке 3 раза в день после еды.

**6. Цитопротекторы - Де-нол (Пилоцид), Вентер, Сукральфат**

Rp: Tab. "Venter" 0,5

D.t.d.N 100

S. Принимать внутрь за 1 час до еды по 1 таблетке 3 раза в день и 1 таблетку на ночь.

**7. Физиотерапевтическое лечение.**

#### **10. Диспансеризация и профилактика**

Больные язвенной болезнью берутся на диспансерный учет. Они осматриваются 2 раза в год с проведением общеклинических и дополнительных методов обследования. Рентгеноскопия желудка и 12-перстной кишки проводится 1 раз в год, гастродуоденоскопия - через 2-3 месяца после рубцевания язвы, а в дальнейшем - 2 раза в год (осенью и весной) и по показаниям.

#### **Профилактика рецидивов язвенной болезни включает:**

1. Мероприятия по оздоровлению образа жизни и улучшению условий труда (психоэмоциональная адаптация больного, отказ от вредных привычек, трудоустройство).

2. Организация диетического питания: соблюдение режима питания (5-6 раз в день в одни и те же часы), воздержание от употребления продуктов и блюд, обладающих сокогонным действием и раздражающих слизистую оболочку желудка и 12-перстной кишки.

3. Профилактическое медикаментозное лечение проводится 2 раза в год (осенью и весной).

4. Санаторно-курортное лечение.



1. Обеспечение безрецидивного течения ЯБ (стабильную ремиссию), устранив индуцирующий фактор.

2. Профилактика и ранее выявление осложнений: стеноза, перфорации, кровотечений.

3. Профилактика и ранее выявление рака желудка (наблюдение за прогрессированием морфологических изменений в слизистой).

### **ГРУППЫ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ**

Группа «Д» наблюдения	Кто наблюдает
ЯБ 12-пк легкое течение и средней степени тяжести	Участковый терапевт
ЯБ 12-пк тяжелое течение	Районный/межрайонный гастроэнтеролог.
ЯБ желудка	Районный/межрайонный гастроэнтеролог.

### **РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ БОЛЬНОГО**

1. Прекратить курить.

2. Соблюдать общегигиенические требования.

3. Обеспечить адекватное питание.

4. Пунктуально выполнять рекомендации по режиму, образу жизни и медикаментозному лечению.

5. Избегать принимать препараты с ульцерогенным действием: НПВП, в том числе аспирин.

### **ЭТАПЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ.**

1 этап. Добиться эффективной эрадикации Н.р. при наличии инфекции (независимо от стадии болезни).

2 этап. Динамическое наблюдение для профилактики осложнений и обострений. Защита слизистой оболочки при необходимости длительного

использования НПВП, назначение ИПП (омепразол 20мг 1рвсутки, лансопразол 30мг в сутки, рабепразол 10-20 мг в сутки) или мизопростол на весь срок назначения НПВП.

Периодичность наблюдения и объем обследования (2этап)

А. При успешной эрадикации Нр и отсутствии обострений в течение 5-х лет – снятие с диспансерного наблюдения как больного язвенной болезнью.

Б. При успешной эрадикации и наличии обострений:

1. Выяснение причин обострений (НПВП? Алкоголь? И др.)

2. Оценка жалоб и физикального статуса.

3. Проведение общего анализа крови.

4. ФГДС (с биопсией по показаниям) и оценкой НР.

В. При многократной неуспешной эрадикации при возникновении симптомов:

1. оценка жалоб и физикального статуса.

2. проведение общего анализа крови.

3. фгдс

### **2.3 Лечение язвенной болезни желудка и 12-пк в условиях ФАП**

Долгое время язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки рассматривалась как простой дисбаланс между разрушением и восстановлением тканей слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. При этом, роль повышенной секреции соляной кислоты, а также неблагоприятного воздействия хронического стресса в этой патологии сильно преувеличивались.

Только более глубокое и детальное изучение патогенеза этого заболевания помогло разработать эффективные методы его лечения. В частности, в настоящее время основную роль в патогенезе язвенной болезни отводят инфекции *H. pylori* (хеликобактер пилори), а одним из компонентов



современного лечения стали антибактериальные препараты.

В целом, схема лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки направлена на достижение следующих целей:

- Нормализация процесса пищеварения и защита желудочно-кишечного тракта от неблагоприятного воздействия продуктов питания

- Искоренение хеликобактериоза

- Снижение секреции соляной кислоты желудком;

- Защита слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки от агрессивного воздействия соляной кислоты и пищеварительных ферментов

- Предотвращение развития осложнений язвенной болезни

- Ускорение заживления язвы

Нормализация процессов пищеварения достигается в основном за счет назначения диеты. Большинству больных с острыми формами язвенной болезни, а также в целях предотвращения рецидивов назначают диету №1 по Певзнеру.

Из пищи исключаются все продукты питания, оказывающие раздражающее действие на слизистую желудка и стимулирующие избыточное выделение соляной кислоты: жареные блюда, сырые фрукты и овощи содержащие грубую клетчатку (капуста, персики, груши), соленья, копчености, концентрированные бульоны, газированные напитки, специи, кофе, какао.

Состав пищи следует подбирать таким образом, чтобы пища содержала необходимое количество белков и витаминов необходимых для восстановительных процессов.

Рекомендуются блюда из мяса и рыбы приготовленные на пару, молочнокислые продукты, каши из овсяной и манной крупы, пюре из яблок, свеклы моркови, черной смородины. Пища должна приниматься небольшими порциями 5-6 раз в день. Стоит избегать очень холодной или очень горячей пищи. Полностью исключается алкоголь и курение.

Вторым и основным этапом лечения хеликобактер-позитивных

больных с язвенной болезнью является эрадикационная терапия которая подразумевает полное искоренение инфекции *H. pylori*. В соответствии с современными рекомендациями лечения язвенной болезни (Маастрихтское соглашение-2, 2000 г.) искоренение хеликобактерной инфекции поводят в два этапа.

В большинстве случаев устранение инфекции *H. pylori* достигается при проведении первого этапа лечения. Второй этап назначают при получении неудовлетворительных результатов от первого этапа лечения. Преимуществами антихеликобактерной терапии являются быстрое получение положительных клинических результатов и низкий риск рецидивов язвенной болезни.

Стоит заметить, что помимо антибактериальных препаратов (антибиотиков) антихеликобактерная терапия включает и другие типы препаратов влияющих на различные звенья патогенеза язвенной болезни.

Антихеликобактерная терапия включает следующие типы препаратов: Ингибиторы секреции соляной кислоты – антигистаминные препараты (Ранитидин) и ингибиторы протонной помпы (Рабепразол, Омепразол, Лансопразол) Антибактериальные препараты активные против *H. pylori*: группа нитроимидазола (Метронидазол), группа макролидов (Кларитромицин), группа пенициллинов (Амоксицилин) и Тетрациклин. Гастропротекторы: препараты висмута (Висмута субцитрат)

Первый этап лечения включает назначение ингибитора протонной помпы (или антигистаминного препарата) + кларитромицин + метронидазол. Возможна замена одного препарата из группы на другой аналогичного действия.

Окончательный состав курса лечения и дозы препаратов утверждаются лечащим врачом. Курс лечения язвы проводят на протяжении 7 дней. После проведения первого этапа лечения процент искоренения хеликобактерной инфекции составляет 90-95%, а частота ежегодных рецидивов снижается до 3,5%. В последнее время новым затруднением в лечении язвенной болезни



стала резистентность *H. pylori* по отношению к производным нитроимидазола.

достигаются при лечении язвенной болезни антибиотиками из группы макролидов (Кларитромицин). Эти препараты устойчивы по отношению к низкой кислотности в полости желудка, обладают высокой биологической доступностью, активно проникают в ткани организма и накапливаются в слизистой оболочке желудка.

При проведении комплексного лечения по приведенной выше схеме следует учитывать возможность возникновения побочных реакций. По разным данным, частота возникновения нежелательных эффектов от лечения достигает 63%.

В большинстве случаев побочные реакции носят аллергический характер (кожные высыпания), а также нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта (тошнота, рвота, диарея, дисбактериоз), нарушения со стороны системы кроветворения (агранулоцитоз).

Наиболее серьезные побочные реакции наблюдаются при применении тетрациклина и фуразолидона. У 3-10% больных возникновения побочных реакций является причиной отмены курса лечения.

При отсутствии положительных результатов от первого этапа лечения назначают второй этап: ингибитор протонной помпы + висмут субцитрат + метронидазол + тетрациклин. Длительность второго этапа лечения составляет 10-14 дней.

Как правило второй этап лечения вызывает большее количество побочных реакции и тяжелее переносится пациентами. Для стимуляции восстановительных процессов и ускорения заживления язвы назначают: солкосерил, метилурацил, облепиховое масло, экстракт алоэ, стероидные анаболики, витамины.

Часто для улучшения процесса заживления язвы и устранения болевого синдрома, назначают сукралфат, де-нол, алмагель. При применении внутрь

2) 21.10.10

эти препараты осаждаются на поверхности язвы в виде защитной пленки и предотвращают раздражение тканей кислотой и пепсином.

При возникновении осложнений (прободение язвы, развитие стенозов, развитие рака желудка, внутреннее кровотечение) применяют хирургическое лечение, целью которого является устранение возникших осложнений и самой язвы. Удаление язвы сочетается с гастропластикой (восстановление формы желудка).

#### **2.4 Неотложная помощь при осложнениях язвенной болезни желудка и 12-пк**

Причинами перфорации язвы могут быть: физическое перенапряжение, подъем тяжестей, прыжки и другие резкие движения, обильный прием пищи и жидкости. Симптомы перфорации язвы. Для перфорации язвы характерно возникновение острой внезапной «кинжальной» боли в верхней половине живота, а затем по всему животу. Рвота часто отсутствует. Из-за резкой боли может развиваться коллапс: бледность кожных покровов, холодный липкий пот, заостренные черты лица, низкое артериальное давление, нитевидный пульс. Живот вздут, резко болезненный, появляются симптомы раздражения брюшины, наблюдается «доскообразное» напряжение мышц живота.

Доврачебная помощь:

- Вызвать врача.
- Обеспечить пациенту полный физический покой.
- Положить пузырь со льдом на эпигастральную область.
- Запретить есть, пить, разговаривать.
- Контроль пульса и артериального давления.
- Запрещается вводить обезболивающие средства, давать слабительные препараты, ставить клизмы.
- Пациент подлежит экстренной госпитализации для оперативного лечения. Правила ухода за больным язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки



- Больным, у которых язвенная болезнь выявлена впервые, или больным с обострением болезни лечение проводят в стационаре в течение 1-1,5 месяцев. 45

- В период обострения больной должен соблюдать постельный режим (можно ходить в туалет, умываться, присаживаться к столу для еды) в течение 2-3 недель. При благополучном течении заболевания режим постепенно расширяется, однако сохраняется обязательное ограничение физических и эмоциональных нагрузок.

- Необходимо следить за общим состоянием больного: цветом кожи, пульсом, артериальным давлением, стулом.

- Соблюдение диеты.

Пища должна быть механически, химически и термически щадящей. Питание должно быть дробным, частым (6 раз в день), пищу следует тщательно пережевывать. Все блюда готовят протертыми, на воде или на пару, жидкой или кашицеобразной консистенции. Интервалы между приемами пищи должны быть не более 4 часов, за час до сна допускается легкий ужин. Необходимо избегать приема веществ, усиливающих секрецию желудочного и кишечного соков (концентрированных мясных бульонов, солений, копченостей, рыбных и овощных консервов, крепкого кофе). Пищевой рацион должен содержать достаточное количество белков, жиров, углеводов, витаминов и микроэлементов.

- Контроль за полноценным и своевременным приемом назначенных врачом лекарственных препаратов.

- Необходимо избегать психологических нагрузок. Больной не должен волноваться и раздражаться. При повышенной возбудимости назначают успокаивающие лекарственные средства.

- Нужно создать условия для глубокого и полноценного сна. Продолжительность сна должна быть не менее 8 часов в сутки.

- Необходимо запретить курение и употребление спиртных напитков.

- Если нет кровотечения и подозрения на перерождение язвы, проводят

физиотерапевтические процедуры (парафиновые аппликации, коротковолновую диатермию на эпигастральную область).

- При желудочном кровотечении, прежде всего, необходимо вызвать врача. Следует обеспечить полный покой больному, успокоить его. На область желудка положить пузырь со льдом. Для остановки кровотечения вводят кровоостанавливающие средства. Если все эти мероприятия не дают результата, то больной подлежит хирургическому лечению.

- После выписки из стационара больному показано проведение курортного лечения в специализированном санатории.

- Необходимо организовать диспансерное наблюдение; частота осмотров - 2 раза в год.

- Для предупреждения рецидивов заболевания необходимо проведение специальных противорецидивных курсов лечения дважды в год в течение 12 дней (весной, осенью).

- Правильная организация труда и отдыха.

- Профилактическое лечение в течение 3-5 лет. Реабилитация больных, перенесших язвенную болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки, направлена на восстановление здоровья и трудоспособности.



## Выводы

1. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки занимает определенное место в патологии желудочно-кишечного тракта и требует длительного системного лечения и наблюдения за пациентом. Осложнениями могут быть кровотечения, перфорация, пенетрация и малигнизация.

2. При анализе статистических данных выявлено, что приросте заболеваний желудочно-кишечного тракта за 2018-2020 гг. от 79532 до 84158, заболеваемость язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки имеет тенденцию к снижению от 4678 (2018) до 4494 (2020). На 100 населения соответственно от 6,7 до 6,6. Болеют преимущественно мужчины (86,4%), работники, занимающиеся тяжелым физическим трудом 40%. наибольшее количество обострений было констатировано в марте, апреле и июне, а также после небольшого периода относительного благополучия — в августе и ноябре.

3. Фельдшер ФАП берет на учет всех пациентов с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, вызывает их на диспансерный осмотр, контролирует прием лекарственных средств, вовремя направляет в ЦРБ к гастроэнтерологу. Фельдшер должен следить за изменением характера болезни, снижением веса пациента, общим состоянием для предотвращения осложнений. При кровотечении, перфорации, пенетрации должен оказать доврачебную помощь и направить пациента в ЦРБ.

## Список использованной литературы

1. Хавкин А.И. Современные принципы терапии язвенной болезни / А.И. Хавкин, Н.С. Жихарева, Н.С. Рачкова // Русский медицинский журнал М.: Волга-Медиа, 2005. - Т.13 №3. - С.153-155.
2. Фисенко, В.П. Helicobacter pylori патогенез заболеваний органов желудочно-кишечного тракта и возможности фармакологического воздействия / В.П. Фисенко. // Врач: Ежемесячный научно-практический и публицистический журнал / Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова (М.). - М.: Русский врач, 2006. - №3. - с.46-50.
3. Кучерявый Ю.А. Висмута трикалиядицитрат в схемах терапии эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки гастродуоденальной зоны / Ю.А. Кучерявый, М.Г. Гаджиева // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии: научно-практический журнал. - М.: Б. и., 2005. - Том15 N1. - С.71-75.
4. Бураков, И.И. Язвенная болезнь, ассоциированная с Helicobacter pylori (патогенез, диагностика, лечение) / И.И. Бураков; В.Т. Ивашкин; В.М. Семенов, 2002. - 142 с.
5. Броневец И.Н. Современные принципы и методы лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: сборник И.Н. Броневец // Теория и практика медицины: Сб. науч. Тр. - Минск, 1999. - Вып.1. - С.83-85.
6. Исаев Г.Б. Роль Helicobacter pylori в клинике язвенной болезни/ Г.Б. Исаев // Хирургия. - 2004. - №: 4. - С.64-68.
7. Рекомендации по диагностике и лечению инфекции Helicobacter pylori у взрослых при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии М: Б. и., 1998. - №1. - С.105-107.



8. Внутренние болезни / М. В. Малишевский, Э. А. Кашуба, Э. А. Ортенберг, А. Ш. Бышевский, Э. Н. Баркова. Тюмень: Издат. центр «Академия», 2004. – с. 480, 484, 487

9. Поликлиническая терапия : учеб. пособие / М. В. Зюзенков [и др.]; под ред. М. В. Зюзенкова. – Минск: Выш. шк., 2012. – с. 345-348

10. Внутренние болезни: Учебник: В 2 т. / Под ред. А. И. Мартынова, Н.А. Мухи-В56 на, В. С. Моисеева, А. С. Галявича (отв. ред.). – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – с. 600-601

11. Бурчинский Г. И., Кушнир В. А. Язвенная болезнь. – К.: Здоровья, 1973. – с. 210

12. Губачев Ю.М. Психосоматические аспекты язвенной болезни. – Алма-Ата: Казахстан, 1990. – с. 213

13. Панфилов Ю.А., Осадчук М.А. Язвенная болезнь: Учебное пособие. – Куйбышев: КМИ, 1986. – с. 71

14. Ткач С.М. Современные подходы к диагностике и лечению язвенной болезни // Лікарська справа. – 1998. - №7. – с. 15-20.

15. Малая Л.Т., Хворостинка В.Н. Терапия. – Харьков: Фолио, 2005. – с. 365-397

16. Анатомия и физиология человека: учеб. для студ. учреждений сред. проф. образования / И. В. Гайворонский, Г. И. Ничипорук, А. И. Гайворонский. – 6-е изд., перераб. и доп. – М.: Издательский центр

17. «Академия», 2011. – с. 199-205

18. Ахмедов В.А. Практическая гастроэнтерология: Руководство для врачей. – ООО «Медицинское информационное агентство», 2011 – с. 86

19. Маколкин В.И., Овчаренко С.И. Внутренние болезни: Учебник. – М.: Медицина, 1999. – с. 592

20. Новое в диагностике и лечении болезней желудка и двенадцатиперстной кишки: Сборник трудов. – М., 1985. – с. 180