

**Осипова Вероника Александровна**, Студент 2 курса, лечебный факультет  
частное учреждение образовательная организация высшего образования  
Медицинский университет «Реавиз», г. Москва;  
Veronika Osipova, 2nd year student, Medical Faculty  
private institution educational organization of higher education  
Medical University "Reaviz", Moscow;

**Баранова Анастасия Юрьевна**, Студент 2 курса, лечебный факультет  
частное учреждение образовательная организация высшего образования  
Медицинский университет «Реавиз», г. Москва;  
Anastasia Baranova, 2nd year student, Medical Faculty  
private institution educational organization of higher education  
Medical University "Reaviz", Moscow;

**Турбаба Светлана Владимировна**, Студент 2 курса, лечебный факультет  
частное учреждение образовательная организация высшего образования  
Медицинский университет «Реавиз», г. Москва;  
Turbaba Svetlana Vladimirovna, 2nd year student, Medical Faculty  
private institution educational organization of higher education  
Medical University "Reaviz", Moscow;

**Лепешкина Наталья Алексеевна**, Студент 2 курса, лечебный факультет  
частное учреждение образовательная организация высшего образования  
Медицинский университет «Реавиз», г. Москва;  
Lepeshkina Natalia Alekseevna, 2nd year student, Medical Faculty  
private institution educational organization of higher education  
Medical University "Reaviz", Moscow;

**Тхакохов Рамиль Русланович**, Студент 2 курса, лечебный факультет  
частное учреждение образовательная организация высшего образования  
Медицинский университет «Реавиз», г. Москва;  
Thakokhov Ramil Ruslanovich, 2nd year student, Medical Faculty  
private institution educational organization of higher education  
Medical University "Reaviz", Moscow



**УЧАСТИЕ ВРАЧА В ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕТОДАХ  
ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА  
И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ  
PARTICIPATION OF A DOCTOR IN THE DIAGNOSTIC METHODS  
OF EXAMINATION FOR GASTRIC AND DUODENAL ULCER**

**Аннотация:** Данная работа направлена на подготовку пациентов, любого возраста, к диагностическим методам исследования органов желудочно-кишечного тракта, во избежание отрицательных реакций и осложнений.

**Abstract:** This work is aimed at preparing patients, of any age, for diagnostic methods of examining the organs of the gastrointestinal tract, in order to avoid negative reactions and complications

**Ключевые слова:** желудок, слизистая, медицина, лечение, болезнь, каллезная язва, пациент, диспансерное наблюдение.

**Keywords:** stomach, mucosa, medicine, treatment, disease, callous ulcer, patient, dispensary observation.

**Введение.** Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки является важной проблемой современной медицины. Этим заболеванием страдают приблизительно 20% населения земного шара. Встречается у людей любого возраста, но чаще 30-40 лет; мужчины болеют в 7-8 раз чаще, чем женщины (особенно язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки).

Надо отметить, что за последние пять лет уровень заболеваемости язвенной болезнью существенно не изменился. В России на диспансерном учёте находится около 3 млн. таких больных. Согласно отчётам МЗ РФ, в последние годы доля пациентов с впервые выявленной язвенной болезнью в России возросла до 30%.

Язвенная болезнь – ранее воспринималась как хроническое, циклически протекающее заболевание желудка или двенадцатиперстной кишки с образованием в периоды обострения язв. Открытие роли *Helicobacter pylori* в



возникновении язвы существенно облегчило подход к лечению этого заболевания. Теперь язвенная болезнь не воспринимается как пожизненный приговор. Заболевание возникает в результате нарушения регуляции секреторных и моторных процессов, а также нарушения защитных механизмов слизистой оболочки этих органов.

#### **Способствующие факторы:**

- наследственность;
- курение;
- хроническую нервно-психическую травматизацию;
- нерегулярное питание.

Основным клиническим признаком является боль. При язве двенадцатиперстной кишки боли возникают натощак ("ранние", или "голодные", боли), проходят после приема пищи или щелочей, а затем возникают спустя 3-4 ч после приема пищи, причем повторный прием пищи снимает боли. Возможны "ночные" боли, а также исчезающие после приема пищи или щелочных препаратов (иногда достаточно нескольких глотков молока).

При язвенном образовании слизистой желудка характерны «ранние» боли, возникающие через 20-30 мин после приема пищи.

Боли, особенно при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, имеют сезонность: их появление или усиление отмечается в определенное время года (чаще всего весной или осенью). Изжога, тошнота, изменение аппетита обычно не характерны для больных с язвенной болезнью.

Возможна рвота, которая возникает на высоте болей и приносит облегчение. Рвота может возникать и на "голодный" желудок, а также непосредственно во время приема пищи. Во время обострения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки могут возникать запоры.

Этот симптом реже встречается при язвенной болезни желудка. Аппетит у больных, как правило, не нарушен.



Из общих жалоб можно отметить:

- повышенную раздражительность;
- потливость.

При непосредственном обследовании больного в период ремиссии никаких патологических симптомов не отмечается. В период обострения при пальпации живота выявляются болезненные точки, локализация которых достаточна характерна. При поколачивании кончиком пальца в этих точках наряду с усилением болезненности отмечается ограниченное напряжение мышц передней брюшной стенки.

Не редко у пациентов возникает обострение ЯБ, которому способствуют курение, нервно-психические перенапряжения, злоупотреблением алкоголем.

Клинические обострения обычно продолжается в течении - 24 недель, рубцевание язвенного дефекта наступает позднее (через 6 - 8 нед).

При длительном течении язвенной болезни язва в  $\frac{1}{3}$  случаев приобретает характер каллезной.

Каллезная язва характеризуется упорными болями, плохо поддается консервативному лечению, часты обострения.

Большое значение имеет исследование желудочного сока. Особенно показательны повышение кислотности желудочного сока, которое чаще встречается при локализации язвы в луковице двенадцатиперстной кишки. При язвенной болезни желудка показатели кислотности желудочного сока могут соответствовать норме и даже быть ниже.

Очень важно исследовать кал на скрытую кровь. Наличие длительной стойкости положительной реакции, несмотря на проводимое лечение, заставляет заподозрить рак желудка.

Для обнаружения в кале скрытой крови (с целью выявления скрытого кровотечения из органов пищеварительного тракта) пациента готовят к сбору испражнений в течение 3 дней. Поскольку, лабораторное исследование основано на обнаружении в кале железа, входящего в состав гемоглобина, из диеты исключают продукты, содержащие железо (мясо, рыбу, помидоры,



яблоки, все зеленые овощи, печень, икру, гранаты, гречневую кашу). Эти продукты могут дать ложноположительный результат.

В этот период нельзя: давать пациенту лекарственные препараты, содержащие железо. При кровотечении из десен в течение всего периода подготовки к исследованию пациент не должен чистить зубы щеткой.

Наиболее достоверны в распознавании язвенной болезни рентгенологическое исследование и гастродуоденоскопия, гистологическое исследование кусочков, полученных при гастробиопсии из различных отделов желудка, позволяет устранить начинающуюся малигнизацию.

Для подтверждения диагноза язвенной болезни необходимо проведение эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС). Нередко это исследование называют просто гастроскопией.

Гастроскопия чаще выполняется в амбулаторных условиях натощак. С ее помощью исследуем пищевод, желудок и 12-перстную кишку изнутри и, при необходимости, проводим биопсию для цитологического и гистологического исследования в условиях лаборатории).

Эта процедура очень информативна, поскольку вся слизистая оболочка и ее повреждения видны «как на ладони». Гастроскопию нельзя назвать приятной процедурой, но она совершенно безболезненна, а по времени занимает всего около 5 минут. Одним из важных факторов, обеспечивающих полноценное и безопасное эндоскопическое исследование, является правильная подготовка больного. Наш многолетний опыт свидетельствует о том, что в 1-2% случаев больные готовятся к эндоскопическим исследованиям желудочно-кишечного тракта некачественно, что затрудняет проведение исследования, а в ряде случаев делает его проведение невозможным. Причём это относится непосредственно к очищению исследуемых полых органов.

Подготовкой больного к любому эндоскопическому исследованию должен заниматься врач, направляющий больного на это исследование. Врач-эндоскопист в этой ситуации может привлекаться в качестве консультанта. Всю подготовку к эндоскопии можно разделить на общую и местную.



**Общая подготовка к эндоскопическим исследованиям (проводится по трём направлениям):**

1. Психологическая подготовка.

2. Коррекция нарушенных параметров гомеостаза. В первую очередь это относится к сердечно-сосудистой и дыхательной системам, со стороны которых можно ожидать во время исследования наиболее тяжёлых осложнений. Такие состояния, как тяжёлая стенокардия, различные виды аритмий, высокие цифры артериального давления, тяжёлая дыхательная недостаточность требуют обязательной грамотной коррекции в течение нескольких дней перед исследованием.

3. Выявление заболеваний и состояний, которые могут повлиять на выбор средств для подготовки к исследованию. Это - повышенная чувствительность к лекарственным препаратам, которые применяются в эндоскопии.

**Местная - подготовка к эндоскопии (включает два основных направления):**

**Диагностика и лечение заболевания кожи и слизистых оболочек на путях введения и продвижения эндоскопа.** Для исследований верхних отделов пищеварительного рекомедуется:

1. **Очищение полых органов.** Недостаточное очищение желудочно-кишечного тракта от содержимого затрудняет полноценный осмотр исследуемых органов, необходимый для оценки характера патологического процесса и его протяжённости, что имеет принципиальное значение для постановки диагноза и проведения лечебных манипуляций. Гастроскопия обычно проводится в первой половине дня, **и обязательно**, натощак. Последний приём пищи - лёгкий ужин накануне исследования не позднее 19 часов. При наличии у больного клиники декомпенсированного стеноза выходного отдела желудка необходимо вечером накануне исследования опорожнить желудок через толстый зонд.



2. Дополнительные средства, используемые для подготовки желудка и кишечника к исследованию вполне оправданы. Для повышения информативности и сокращения времени исследования, создания условий выполнения в случае необходимости лечебных и диагностических тансэдоскопических манипуляций важно "погасить пенообразование" в исследуемых органах (пищевод, желудке, кишечнике), что может быть успешно достигнуто применением Эспумизана. Препарат в дозе 5 мл эмульсии больные принимают за 5-10 мин. до исследования. Эффект лекарственного средства сохраняется даже при продолжительности процедуры более 20 минут.

С целью уточнения диагноза могут назначаться также УЗИ и рентгенография желудка.

Ранее перед рентгенологическим исследованием желудка считалось необходимым проведение специальной подготовки - соблюдение диеты с исключением продуктов, вызывающих метеоризм, постановка очистительных клизм накануне вечером и утром в день исследования.

Сейчас общепринята точка зрения, что пациенты, не страдающие запорами, не требуют специальной подготовки.

В качестве контрастного вещества при рентгенологическом исследовании желудка и двенадцатиперстной кишки используют взвесь сульфата бария.

Также одним из диагностических методов является взятие желудочного содержимого для исследования секреторной функции желудка.

**Заключение:** Психологическая подготовка пациента к медицинским вмешательствам, его настрой на благополучный исход заболевания-это задача всех медицинских работников. Знание этиологии и, способствующих факторов возникновения язвенной болезни, клинической картины и особенностей диагностики, а также методов обследования и подготовки к ним, поможет врачу правильно подготовить пациента к диагностическим методам исследования и провести их без осложнений.



*Список литературы:*

1. Барыкина Н. В., Сестринское дело в хирургии: учебное пособие, Ростов н/Д: Феникс, 2018
2. Журавлева Т. П., Основы гериатрии, М.: Форум: ИНФРА-М, 2016
3. Качаровская Е. В., Сестринское дело в педиатрии, М.: ГОЭТАР-Медиа, 2019
4. Ковтун Е. И., А.А. Шепелева, Сестринское дело в гериатрии: учебное пособие, Ростов н/Д: Феникс 2018
5. Кожин А. А., В.Р. Кучма, О.В. Сивочанова, Здоровый человек и его окружение, М.: Издательский центр «Академия»
6. Лычев В. Г., В.К. Карманов, Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи, М.: Форум: ИНФРА-М, 2020

