

ТЕМА: ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Методы обследования при патологии ж-к-т

I. Жалобы. Наиболее характерными являются жалобы на:

- боли в животе (локализация, характер, время появления, связь с приемом пищи);
- нарушение аппетита;
- диспептические расстройства (изжога, тошнота, рвота, нарушение стула, метеоризм);

II. Анамнез. При сборе анамнеза особое внимание уделяют особенностям вскармливания на первом году жизни; перенесенным заболеваниям (особенно кишечным); вкусовым особенностям; аллергологическому анамнезу.

III. Осмотр проводится при дневном освещении или лампах дневного света. Осматривают губы, полость рта (состояние слизистой оболочки щек, десен, твердого, мягкого неба, миндалин), зубы. Осмотр живота проводится в положении больного стоя и лежа, обращают внимание на форму, размеры; участие в акте дыхания, симметричность, наличие видимой перистальтики, венозной сети. В последнюю очередь осматривают область ануса. Для этого необходимо слегка раздвинуть ягодичы и обратить внимание на кожу вокруг ануса, его податливость или зияние. Осматривают и определяют характер стула.

IV. Пальпация проводится теплыми, мягкими руками. Движения осуществляют медленно, осторожно, постепенно приближаясь к месту предполагаемого поражения, и так же осторожно переходят от поверхностной к глубокой пальпации, отвлекая ребенка разговорами, игрушками, яркими картинками. Пальпацию живота у старших детей проводят стоя и лежа, у маленьких — лежа. Пациент должен лежать на кушетке или кровати без подушки с вытянутыми вдоль туловища руками и чуть согнутыми в коленях ногами. Исследователь сидит с правой стороны от больного, внимательно наблюдая за его мимической реакцией.

Поверхностная пальпация проводится легкими касательными движениями. Она дает возможность определить состояние кожи живота, мышечный тонус и напряжение брюшной стенки. Проводится до часовой стрелке, начиная с левой подвздошной области. При проведении глубокой пальпации выявляют болезненные точки, наличие инфильтратов, определяют состояние внутренних органов (кишечника, желудка, поджелудочной железы, печени и селезенки), их характеристики (форму, размеры, плотность, степень подвижности, болезненность).

Пальпация различных отделов кишечника (сигмовидная, слепая, аппендикс, поперечноободочная кишка) является первым этапом глубокой пальпации органов

брюшной полости. Пальцы прощупывающей руки располагаются в левой (сигмовидная кишка), правой (слепая кишка) подвздошной области, по обе стороны от срединной линии живота на 2-3 см выше и ниже пупка (поперечноободочная кишка) перпендикулярно длиннику кишки. Во время вдоха больного они образуют кожную складку, производя движение снаружи внутрь и снизу вверх. Во время выдоха пальцы погружают как можно глубже, а затем движением кисти руки изнутри наружу и сверху вниз вместе с кожей передней брюшной стенки они перекатываются через кишку. При прощупывании кишки определяют ее консистенцию (в виде мягкого цилиндра), подвижность (смещаемость несколько см), эластичность, болезненность.

Пальпация печени:

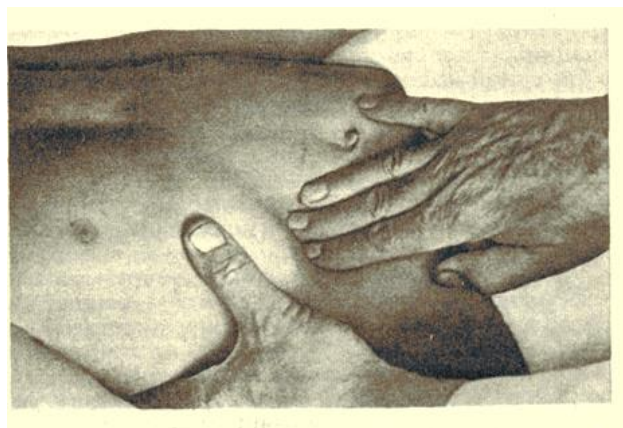
У маленьких детей проводят методом скользящей пальпации одной рукой, которую кладут на брюшную стенку и делают как бы три движения:

- 1 — в глубь живота, к задней брюшной стенке;
- 2 — затем вверх, как бы поддевая орган;
- 3 — вновь вниз, как бы соскальзывая с органа.

У детей старшего возраста (с выраженной подкожной клетчаткой) глубокую пальпацию проводят бимануально: одну руку кладут на поясничную область ниже XII ребра, другую — на переднюю брюшную стенку в правом или левом подреберье; затем сближают руки (рукой, находящейся сзади, как бы подталкивают орган).

При пальпации удается определить край печени, его консистенцию, форму, чувствительность к ощупыванию. В норме у здорового ребенка нижний край печени безболезненный, острый и мягкоэластический, до 5-7 лет нижний край печени выступает из под края реберной дуги на 1-2 см.

При различных заболеваниях, как правило, увеличивается плотность нижнего края печени, появляется его болезненность. Увеличение печени у детей наблюдается при гепатитах различной этиологии, при циррозах печени, паразитарных заболеваниях, амилоидозе, гепатозе. Увеличение печени отмечается при застое в ней крови в результате нарушенного кровообращения (застойная печень), а также при многих детских инфекционных заболеваниях.



Уменьшение печени, в особенности острое, характерно для острой дистрофии печени, прежде всего при вирусном гепатите.

Желчепузырные симптомы:

- симптом Кера: большой палец левой руки расположить в области точки Кера, большой палец правой руки — в симметричную точку слева. На глубоком вдохе — боль в точке Кера при положительной реакции;
- симптом Ортнера: появление боли на вдохе при поколачивании ребром кисти по правому XII ребру, на выдохе такой боли нет;
- симптом Мерфи: при погружении пальцев руки ниже края реберной дуги в области проекции желчного пузыря (место, пересечения наружного края правой прямой мышцы живота с реберной дугой) в момент вдоха появляется резкая боль;
- симптом Мюси (Френикус-симптом): болезненность при надавливании между ножками правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы;
- симптом Боаса: рефлекторная болезненность при надавливании справа от VIII позвонка на спине.

Образец записи: «Желчепузырные симптомы Кера и Ортнера отрицательны» или «Симптом Керра слабо положительный» или «Желчепузырные симптомы Кера положительны» или «При пальпации живот мягкий, безболезненный или болезненный в правом подреберье. Печень не увеличена, печень не пальпируется или печень выступает из под края реберной дуги на 1 см.»

Пальпацию поджелудочной железы по методу Грота производят в положении ребенка лежа. При этом сжатая в кулак правая рука подкладывается под поясницу. Ноги согнуты в коленях. Пальцы исследующего проникают в брюшную полость между пупком и левым подреберьем (наружный край левой прямой мышцы живота в левом верхнем квадранте). Пальпация проводится при расслаблении мышц живота (на выдохе) по направлению к позвоночному столбу.

Поджелудочная железа может прощупываться в виде тяжа диаметром около 1 см, косо перекрывающего позвоночный столб. Больной испытывает боль, иррадирующую в спину, позвоночник.

Диагностическое значение имеют болевые точки и зоны на передней брюшной стенке, при надавливании на которые возникает боль.

Зона Шоффара — верхний правый угол (от середины правой реберной дуги до прямой мышцы живота), образованный двумя взаимно перпендикулярными линиями, проведенными через пупок, делится биссектрисой пополам. Здесь располагается тело поджелудочной железы.

Точка Дежардена находится на биссектрисе правого верхнего квадранта (от середины левой реберной дуги до прямой мышцы живота)— болевая точка головки

поджелудочной железы.

Точка Мейо — Робсона находится на биссектрисе левого верхнего квадранта (от середины левой реберной дуги до прямой мышцы живота), не доходя на одну треть до края реберной дуги, — болевая точка хвостовой части поджелудочной железы.

V. Перкуссия дает возможность определить величину органа и наличие свободной жидкости в брюшной полости. Проводится от ясного звука (тимпанического) к тупому, параллельно предполагаемой границе, методом тихой перкуссии.

Перкуссия печени (определение размеров печени по Курлову):

Для определения положения верхней границы абсолютной тупости печени применяется тихая перкуссия. Ее проводят сверху вниз. Перкуторная граница отмечается по верхнему краю пальца – плессиметра. Вначале определяют верхнюю границу печени по правой среднеключичной линии. Для определения верхней границы абсолютной тупости печени по срединной линии проводят перпендикуляр от верхней границы печени по правой среднеключичной линии к срединной линии живота.

Для выявления нижней границы печени проводят аналогичное выстукивание по правой среднеключичной линии и срединной линии живота снизу вверх также методом тихой перкуссии. Перкуторная граница отмечается по нижнему краю пальца-плессиметра. После этого можно определить первый и второй размеры печени:

- расстояние от верхней до нижней границ печени по правой среднеключичной линии;
- расстояние от условной верхней до нижней границ печени по срединной линии живота.

Далее выявляют нижний край печени по косой линии путем перкуссии по краю левой реберной дуги в медиальном направлении до момента притупления перкуторного звука;

- расстояние от условной верхней границы печени по срединной линии живота до нижней границы по левому реберному краю.

Размеры (в см) печени в зависимости от возраста (по Курлову)

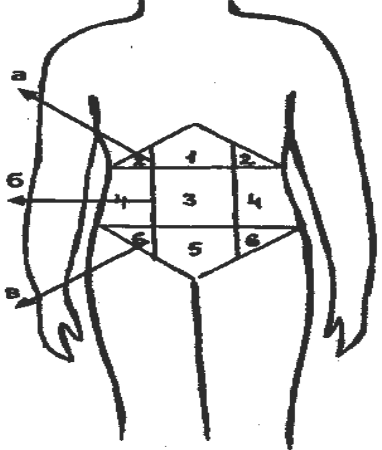
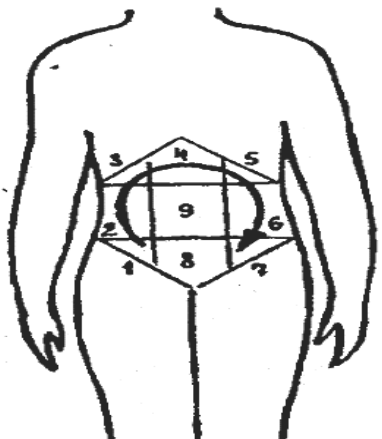
Линии измерения	Возраст, лет			
	1 - 3	4 - 7	8 - 12	Старше 12
Правая среднеключичная	5	6	8	10
Срединная	4	5	7	9
Левая косая	3	4	6	8

VI. Аускультация

Аускультация применяется, как правило, при подозрении на непроходимость кишечника. Полное отсутствие перистальтики — так называемая могильная тишина — характерно для атонии кишечника при перитоните. Усиление кишечных шумов отмечается при оживленной перистальтике кишечника, особенно при инвагинации и других видах кишечной непроходимости.

Диагностической значимостью обладает метод исследования желудка, получивший название «шум плеска». Суть его в том, что при сотрясении желудка, где одновременно находятся воздух и жидкость, возникает своеобразный шум. Когда же удары будут наноситься в области, где нет желудка, шум плеска прекратится. Этот прием позволяет до рентгенологического исследования диагностировать, в частности, гастроптоз.

Условное разделение области живота

	
<p>а — эпигастральная область б — мезогастральная область в — гипогастральная область</p> <p>1 — эпигастрий 2 — подреберье 3 — пупочная область 4 — боковые фланки 5 — надлобковая область 6 — подвздошная область</p>	<p>1 — слепая кишка 2 — правая почка 3 — печень 4 — желудок 5 — поджелудочная железа 6 — левая почка 7 — сигмовидная кишка 8 — мочевого пузыря 9 — тонкий кишечник</p>

Дополнительные методы исследования

Биохимические методы

Биохимические методы исследования сыворотки крови занимают важное место в оценке функционального состояния желудочно-кишечного тракта, но особенно печени, которая, образно говоря, является центральной химической лабораторией организма.

Поэтому многие ее заболевания (особенно острые гепатиты, в том числе и вирусный) сопровождаются повышением белковых фракций (диспротеинемия), билирубина, холестерина, активности ферментов АЛТ аланинаминотрансферазы, АСТ аспартатаминотрансферазы, щелочной фосфатазы.

Рентгенологическое исследование ЖКТ

Рентгенологическое исследование занимает одно из ведущих мест в диагностике заболеваний желудочно-кишечного тракта. Оно выполняется как при неотложных состояниях, так и в порядке планового исследования.

Показания к рентгенологическому исследованию при неотложных состояниях следующие: 1) синдром кишечной непроходимости; 2) клинические проявления «острого живота»; 3) желудочно-кишечные кровотечения.

Показаниями к плановому исследованию являются: 1) подозрение на аномалии развития желудочно-кишечного тракта; 2) боли в животе; 3) синдром рвоты и срыгиваний; 4) подозрение на опухоли.

Методы обследования:

- Обзорная рентгенография органов брюшной полости
- Исследование пищевода и желудка с контрастированием
- Ирригоскопия и ирригография
- Холецистография.

Ультразвуковое исследование

Ультразвуковое исследование печени, желчного пузыря и поджелудочной железы получило широкое распространение в клинике детского возраста. Оно практически безвредно и позволяет судить о размерах печени, о состоянии паренхимы печени (устанавливать разрастание соединительной ткани — цирроз печени, наличие кист, опухолей), желчного пузыря (размеры и форму, толщину стенок), определять диаметр общего желчного протока (холедох), а также размеры, положение и гомогенность паренхимы поджелудочной железы.

Эндоскопические методы

Эндоскопия различных отделов органов пищеварения (верхних и нижних), а также осмотр брюшной полости (лапароскопия) являются наиболее информативными методами для уточнения диагноза, глубины и распространенности поражения. Во время эндоскопии для верификации диагноза производят прицельную биопсию с последующим гистологическим исследованием слизистой оболочки или других образований.

Для диагностики поражения верхних отделов пищеварительного тракта применяется эзофагогастродуоденоскопия, для нижних отделов — ректороманоскопия,

колоноскопия. Лапароскопия брюшной полости проводится как с диагностической, так и с лечебной целью.

Острый гастрит

Острый гастрит – это острое воспаление слизистой оболочки желудка.

Этиология: пищевое отравление, отравление бытовыми ядами, длительное применение лекарственных средств (салицилатов, стероидов), недоброкачественная, грубая пища, недостаточное пережевывание, переедание.

Клиника: астеновегетативный синдром (слабость, нарушение аппетита, похудание, фебрильная t), болевой синдром (схваткообразная боль в эпигастральной области), диспепсический синдром (тяжесть в подложечной области, тошнота, неприятный вкус во рту, многократная рвота с остатками непереваренной пищи).

Объективные данные: бледность кожи, язык обложен беловатым налетом, метеоризм, болезненность в эпигастральной области при пальпации живота, симптомы обезвоживания.

Хронический гастрит - хроническое воспаление слизистой оболочки желудка с перестройкой ее структуры и прогрессирующей атрофией, нарушением секреторной, моторной и инкреторной функции. Чаще всего гастриты возникают у детей в возрасте 5-6 лет, 9-12 лет, в периоды наиболее интенсивного развития всех органов и систем. Заболеваемость девочек и мальчиков одинакова, но в период полового созревания отмечается чаще у девочек.

Классификация хронических гастритов:

1. По этиологии:

- Микробный: *Helicobacter pylori* – 90%
- Немикробный

2. По типу:

- Атрофический - гастрит типа А.
- Неатрофический - гастрит типа В: антральная форма; диффузная форма.
- Химический - гастрит типа С
- Особые формы: радиационный, эозинофильный, лимфоцитарный, гранулематозный

3. По морфологическим данным: плоский эрозивный, атрофический, гиперпластический, геморрагический и др.

4. По локализации: антральный гастрит, фундальный, пангастрит.

5. Состояние кислотообразующей функции желудка:

- Хронический гастрит с повышенной и нормальной секреторной функцией.
- Хронический гастрит с секреторной недостаточностью.

6. Фаза заболевания:

- Обострение
- Ремиссия

Хронический гастрит – полиэтиологическое заболевание.

Вероятные причины:

- аутоантитела к обкладочным клеткам (фундальный гастрит) – тип А
- инфицирование слизистой оболочки желудка *Helicobacter pylori* (HP) – тип В (антральный гастрит)
- повреждающее действие дуоденального содержимого (желчных кислот, лизолецитина) на слизистую желудка при его рефлюксе – тип С

В развитии хронического гастрита большое значение имеют факторы риска:

Экзогенные факторы:

- нерациональное питание (нарушение режима, искусственное вскармливание на первом году жизни, сухоедение),
- прием слишком горячей, холодной, механически и химически раздражающей пищи,
- плохое пережевывание пищи,
- длительный прием лекарственных средств, раздражающих слизистую желудка (противотуберкулезные, глюкокортикоиды, нестероидные противовоспалительные, резерпин, салицилаты и др.);
- нервно-психические расстройства,
- неизлеченный острый гастрит,
- пищевая аллергия,
- курение.

Эндогенные факторы:

- воспалительные заболевания органов брюшной полости,
- хронические инфекции в носоглотке,
- заболевания эндокринной системы (сахарный диабет, болезни щитовидной железы и др.),
- нарушения обмена веществ (ожирение, подагра), дефицит железа,
- аутоинтоксикации и выделение слизистой оболочкой желудка токсических веществ (кетонацидоз, уремия).

Патогенез

1) Гастрит типа А - аутоиммунный атрофический фундальный гастрит характеризуется прогрессирующей атрофией желез, секреторной недостаточностью,

образованием антипариетальных антител и развитием В12-дефицитной анемии. У детей практически не наблюдается.

2) Гастрит типа В – антральный гастрит, ассоциированный с НР (*Helicobacter pylori*)- (бактериальный гастрит). Сопровождается гипертрофией слизистой оболочки и нормальной или увеличенной секрецией.

3) Гастрит типа С – это рефлюкс-гастрит, возникновению которого способствует дуодено-гастральный рефлюкс.

Клиника хронического гастрита

Клиническая картина складывается из 2-х основных синдромов — болевого и диспепсического. В детском возрасте боль в животе различна по интенсивности и локализации, может быть ранней (во время или через 10–20 мин после еды), поздней (спустя 1–1,5 ч после приема пищи). Локализация боли у подростков часто наблюдается в эпигастральной и пилородуоденальной областях. Возможна иррадиация боли в левое подреберье, левую половину грудной клетки и руку.

Характерны диспепсические симптомы: отрыжка, тошнота, рвота, нарушение аппетита.

Клинический вариант аутоиммунного гастрита, сопровождающегося атрофией слизистой оболочки желудка, анацидностью, гипергастринемией и пернициозной анемией, у детей практически не встречается. В детском возрасте заболевание протекает бессимптомно, не имеет морфологических особенностей и диагностируется при обследовании пациентов с другими аутоиммунными состояниями по содержанию антипариетальных аутоантител. При этом наблюдаются жалобы на чувство тяжести, боль в эпигастральной области сразу после еды; снижение аппетита, тошноту; неприятный вкус во рту, отрыжку воздухом с неприятным запахом (после белковой пищи), изжогу после углеводистой пищи. Урчание и вздутие живота, поносы. Язык обложен. Масса тела снижена, кожа бледная, сухая, в углах рта – заеды. На фоне заболевания часто развиваются полипы, язвы, злокачественные опухоли.

Антральный гастрит - типа В. Развивается при инфицировании *Helicobacter pylori*. Преимущественно поражается антральный отдел, затем процесс может распространяться на фундальный отдел желудка. Чаще встречается в молодом возрасте.

Жалобы: боль в эпигастрии через 1-1,5 часа после еды, возможны ночные «голодные» боли, изжогу, отрыжку кислым. Аппетит нормальный или повышен. Общее состояние и масса тела не нарушаются. Характерны запоры. На фоне этого типа гастрита часто развивается язвенная болезнь желудка.

Для гастритов характерен также астено – вегетативный синдром: (слабость;

недомогание; снижение трудоспособности) и обменно-дистрофический (снижение массы тела; полигиповитаминоз; белковая недостаточность; анемия).

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки - хроническое заболевание, характеризующееся образованием язв в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки в результате ее разрушения, с возможным развитием осложнений, угрожающих жизни больного. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки возникает в 15-20 раз чаще, чем язвенная болезнь желудка. Язвенной болезнью чаще болеют мальчики, соотношение с девочками составляет 5:1.

К основным факторам возникновения язвенной болезни относятся:

- наследственная предрасположенность;
- принадлежность к 0 (I) группе крови. Обладающие ею лица заболевают язвенной болезнью в 1,5 раза чаще других, причем заболевание у детей отличается большей тяжестью течения;
- перинатальная патология (угроза выкидыша, гестозы беременности, патология в родах, перинатальное поражение ЦНС), приводящая к гипоксии плода, в том числе к гипоксии желудка
- изменение характера питания, включающее:
 1. ранний перевод на искусственное вскармливание
 2. недостаток свежих фруктов и овощей; макро- и микроэлементов; пищевых волокон, выполняющих роль энтеросорбентов
 3. избыток в рационе питания рафинированных белков и углеводов, а также употребление большого количества жиров и консервированных продуктов.
 4. у школьников нерегулярное, несбалансированное питание
- ухудшение экологической обстановки, включающее поступление в организм с водой ксенобиотиков, солей тяжелых металлов, различных метаболитов
- применение частых и длительных курсов антимикробных и ulcerогенных препаратов (кортикостероиды, НПВП)
- инфекционные заболевания: вирусные гепатиты, ротавирусные инфекции, дизентерия, сальмонеллез, гельминтозы, паразитарные заболевания
- соматические заболевания: болезни внутренних органов
- нейровегетативные и психоэмоциональные нарушения у детей, особенно в подростковом возрасте, стрессы,
- среди внешних этиологических факторов ведущая роль принадлежит *Helicobacter pylori* (Hp).

Механизм возникновения язвы:

1. нарушение баланса между защитными иммунными свойствами слизистой оболочки и «внешними» агрессивными факторами (кислотность, наличие бактерий, лекарственные средства);
2. прямое и опосредованное воздействие бактерии геликобактер пилори (*Helicobacter pylori*) на слизистую оболочку желудка, которое вызывает усиленное образование соляной кислоты и нарушение процессов регенерации;
3. повышенная выработка и выделение желудочного сока и снижение активности защитных факторов слизистой оболочки (мукопротеинов, бикарбонатов)

Клиника язвенной болезни

Классическая клиническая картина ЯБ характеризуется прежде всего типичным болевым синдромом, который был описан впервые в начале века Мойниганом. Он отличается прежде всего ритмом болей: боли возникают натощак или спустя 1,5–2 ч после приема пищи, беспокоят иногда по ночам, но главной их характеристикой является исчезновение или уменьшение после приема пищи, что связывают с буферным действием последней. Боли могут купироваться также приемом антацидов или спазмолитиков (последнее объясняется уменьшением сопутствующего язве спазма больного органа). Боли могут иметь разную интенсивность, от слабых до сильных, но нестерпимые боли не типичны для неосложненной язвы. Локализуется боль обычно в эпигастрии, может быть более выражена в правой его половине, иногда может отмечаться иррадиация за грудину и в область сердца (при сопутствующем гастроэзофагеальном рефлюксе), в правую поясничную область или локально в нижнегрудной или поясничный отдел позвоночника.

Из диспепсических расстройств самым частым является изжога, что связано с частым сочетанием ЯБ с рефлюкс-эзофагитом. Иногда может быть отрыжка и рвота кислым содержимым, обычно однократная, приносящая облегчение. Тошнота не типична для ЯБ, аппетит обычно хороший.

При пальпации живота отмечается болезненность в эпигастрии, иногда можно обнаружить более локальную болезненность, чаще в пилоробульбарной зоне.

Нередко, особенно у подростков, обнаруживаются сопутствующие симптомы ваготонии: холодные влажные ладони, гипергидроз, акроцианоз, тенденция к снижению артериального давления, лабильность пульса, могут быть соответствующие изменения при кардиоинтервалографии.

Для классического течения ЯБ типичны сезонные (осенне-весенние) обострения, что связывают с дестабилизацией нейрогуморальных регуляторных механизмов и

реактивности макроорганизма в периоды метеорологической нестабильности.

Стадии язвенной болезни:

- I стадия – свежая язва (выраженный болевой синдром)
- II стадия – начало эпителизации (боли ноющие, исчезающие после еды и ночью)
- III стадия – рубцевание язвенного дефекта (периодическая болезненность натощак или поздно вечером)
- IV стадия – заживление язвенного дефекта (жалоб нет)

Осложнения язвенной болезни

Осложнения ЯБ в детском возрасте отмечаются у 10-15% больных, у мальчиков в 2 раза чаще, чем у девочек. К осложнениям язвенной болезни у детей относятся: деформации луковицы двенадцатиперстной кишки, кровотечения, перфорация, пенетрация, стеноз.

Кровотечение — самое частое среди осложнений ЯБ у детей. Оно проявляется кровавой рвотой, меленой и симптомами острой кровопотери. Рвота «кофейной гущей» обусловлена превращением гемоглобина под влиянием HCL в гематин, имеющий черный цвет. Общие симптомы возникают лишь при большой кровопотере: слабость, тошнота, бледность, тахикардия, холодный липкий пот, снижение АД, головокружение, иногда обморок. Кровотечение может быть скрытым, но в кале при этом определяется скрытая кровь (положительная реакция Грегерсона).

Перфорация — тяжелое острое осложнение ЯБ, обычно проявляется внезапно возникшей сильной «кинжальной» болью в эпигастрии, тошнотой, сопровождающейся доскообразным напряжением мышц передней брюшной стенки, затем боль опускается вниз, общее состояние больного прогрессивно ухудшается, рвота не приносит облегчения, появляется субфебрильная температура тела. Основным методом диагностики является обзорный рентген брюшной полости, на котором определяется свободный газ над печенью. Перфорация является показанием к экстренной операции.

Пенетрация — самое редкое из осложнений ЯБ у детей, пенетрируют лишь глубокие хронические язвы. Это распространение язвы за пределы стенки желудка (или ДПК) в окружающие ткани и органы (чаще пенетрируют в головку поджелудочной железы, в желчные пути, печень, печеночно-дуоденальную связку, в толстую кишку и ее брыжейку). Усиливается болевой синдром, боль становится почти постоянной, иногда очень интенсивной, особенно по ночам, теряется связь с приемом пищи, боль не уменьшается после приема антацидов, появляется широкая иррадиация. Может быть повышение температуры, в крови лейкоцитоз и ускорение СОЭ, в области патологического очага определяется выраженная болезненность, иногда пальпируется

воспалительный инфильтрат.

Пилородуоденальный стеноз — хронически развивающееся осложнение ЯБ. Он характеризуется почти постоянным ощущением переполнения в желудке, тошноты, отрыжкой, изжогой, затем появляется рвота, которую пациент может вызывать сам для облегчения чувства распирания. Объективно характерна потеря массы, может выявляться «шум плеска» в эпигастрии. Субкомпенсированная стадия является показанием для хирургического лечения рубцового стеноза.

Диагностика хронического гастрита и язвенной болезни

Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- ОАК (анемия);
- ОАМ;
- биохимический анализ крови (определение билирубина, АЛТ, АСТ);
- неинвазивная диагностика *Helicobacter pylori* (дыхательные тесты с регистрацией продуктов жизнедеятельности *H. pylori* (углекислый газ, аммиак) в выдыхаемом воздухе; ХЕЛИК-тест);
- определение суммарных антител к *Helicobacter pylori* (HP) в сыворотке крови ИФА-методом;
- Определение содержания пепсина.
- УЗИ органов брюшной полости;
- обнаружение скрытой крови в кале (гемокульт-тест) экспресс методом;
- исследование кала (копрограмма).

Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- обнаружение *Helicobacter pylori* в биологическом материале методом ПЦР;
- гистологическое исследование биоптата слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки на *H. pylori*;
- биохимический анализ крови (определение сывороточного железа, определение щелочной фосфатазы);
- ФЭГДС с прицельной биопсией слизистой оболочки (отёк, очаги гиперемии, петехии, разрыхление и поверхностное изъязвление, увеличение складок при гиперхлоргидрии; бледность и атрофичность при гипо- или ахлоргидрии; свободное поступление желчи в желудок при рефлюкс-гастрите);
- ЭКГ;

- исследование кала на гельминты и простейшие;
- исследование перианального соскоба.
- Рентгеноскопия желудка (нарушения моторики, эвакуации). Рентгенологическое исследование желудка имеет ограниченные показания при диагностике хронического гастрита и применяется у больных при затруднении проведения эндоскопического исследования. Оно дает возможность оценить моторно-эвакуаторную функцию желудка (в норме контраст полностью эвакуируется из желудка через 1,5 ч).