

# ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

И.М. Журавская, канд. мед. наук, В.Н. Петров, проф., В.А. Лапотников, проф.  
Санкт-Петербургский медицинский колледж № 2,  
Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова,  
Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования

E-mail: vlapotnikov@mail.ru

**Дается описание этиопатогенеза, диагностики и лечения язвенной болезни. Приводятся примеры возможных проблем пациента при этом заболевании и основные составляющие сестринского ухода.**

**Ключевые слова:** язвенная болезнь, этиопатогенез, диагностика, лечение, сестринский уход.

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 варьируют от нескольких миллиметров до 6–10 см и более в диаметре. По мере углубления язвы она приобретает воронкообразную или кратерообразную форму. Одиночные изъязвления встречаются значительно чаще, чем множественные.

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.

## Этиология и патогенез

По современным представлениям, язвенная болезнь имеет много причин, среди которых наследственные (генетические), инфекционные, социальные (курение, алкоголь), нервно-психические, алиментарные (пищевые) и лекарственные факторы. Большое значение имеет наследственная отягощенность, на которую «нанизываются» другие, менее существенные, неблагоприятные воздействия. Иными словами, генетические факторы только предрасполагают к формированию заболевания, развитие которого зависит от воздействия на организм человека вредных факторов окружающей среды.

У больных с язвой желудка часто обнаруживают бактерии *Helicobacter pylori* (*H. pylori*). Эти микроорганизмы, защищенные оболочкой от действия кислоты желудочного сока, расселяются на поверхности слизистой оболочки выходного отдела желудка и оказывают как прямое, так

и опосредованное (через повышение кислотности желудочного сока) повреждающее действие на слизистую оболочку, способствуют развитию гастрита и язвенной болезни.

Роль вредных привычек (курение, злоупотребление алкоголем) в развитии язвенной болезни достаточно скромна. К вредным привычкам следует отнести и увлечение кофе. Содержащийся в нем кофеин стимулирует выработку желудочного сока. Такое же значение для развития язвенной болезни имеют и нервно-психические факторы. Отрицательные эмоции, связанные с неразделенной любовью, неправильным выбором профессии, бытовыми и служебными неприятностями, смертью родных и близких и т.д., скорее, провоцируют заболевание, чем вызывают его.

Отсутствуют прямые доказательства влияния нарушений режима и характера питания на развитие язвенной болезни. Однако длительное употребление грубой, пряной и острой пищи может усиливать желудочное сокоотделение, вызывать изжогу, кислую отрыжку, способствовать развитию хронического воспаления слизистой оболочки желудка (гастрита), являющегося предъязвенным состоянием. Наш повседневный опыт свидетельствует о том, что погрешности в диете нередко вызывают обострение заболевания.

Жаропонижающие и противовоспалительные препараты (аспирин, метиндол, ибупрофен и др.), гормональные средства (преднизолон и др.) нарушают защитную функцию слизистой оболочки, способствуют повышенному образованию соляной кислоты и формированию поверхностных (эрозий) и более глубоких дефектов (язв) слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

В самом общем виде возникновение язвенного дефекта слизистой оболочки желудка или двенадцатиперстной кишки можно рассматривать как результат взаимодействия повреждающих (агрессивных) и защищающих (протективных) механизмов. Отрицательно воздействует на целостность слизистой оболочки инфицированность желудка *H. pylori*.

## Диагностика

Клиническая картина язвенной болезни не является предельно ясной и четко очерченной, отдельные симптомы могут встречаться и при других заболеваниях ЖКТ.

**Боль** – крайне важный и наиболее частый симптом, она больше всего беспокоит больного. Как правило, боль локализуется в подложечной области, иногда левее или правее средней линии. Интенсивность ее значительно варьирует, субъективно она воспринимается как ноющая,

давящая, режущая, сверлящая на значительном протяжении подложечной области. Характерной особенностью боли является ее зависимость от приема пищи. Боли, появляющиеся в течение 1-го часа после еды, оцениваются как ранние. Поздние боли возникают через 1,5–3 ч после приема пищи, а голодные и ночные боли проходят после еды. Ранние боли характерны для язвы желудка, а поздние, голодные и ночные – для язвы двенадцатиперстной кишки. Длительность язвенной боли в среднем составляет 1–2 ч.

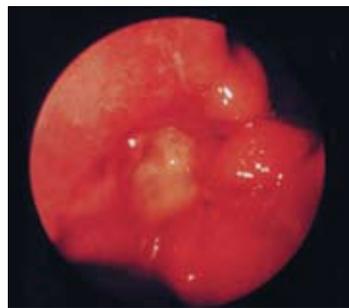
**Диспепсические расстройства** – изжога, рвота, тошнота, отрыжка, снижение аппетита – менее постоянные, специфичные и меньше влияющие на психологическое состояние больного признаки язвенной болезни, чем боль. Изжога может предшествовать образованию язвы и быть единственным симптомом заболевания. Тошнота нередко сочетается с рвотой, которая чаще возникает «на высоте» боли и приносит облегчение. Аппетит, как правило, сохранен, а его снижение может быть обусловлено страхом перед приемом пищи из-за возможности возникновения или усиления боли. Нередкий спутник язвенной болезни – запоры со своеобразным плотным, фрагментированным стулом («овечий кал»).

Течение заболевания характеризуется чередованием обострений и ремиссий и соответственно – наличием или отсутствием болевого и диспепсического синдромов. Обострения нередко носят сезонный характер (весна или осень) и провоцируются грубыми погрешностями в питании, нервно-психическими и физическими перегрузками, инфицированием *H. pylori*, использованием лекарственных средств (аспирин, преднизолон и др.).

Пол и возраст в определенной степени влияют на проявления язвенной болезни. Для женщин больше, чем для мужчин, характерно более легкое ее течение с менее выраженным болевым синдромом и редкими осложнениями заболевания. Тяжелее заболевание протекает в климактерический период.

В пожилом возрасте отмечается тенденция к уменьшению выраженности болевых ощущений и учащению диспепсических расстройств, чаще возникают осложнения, особенно кровотечения, при недостаточной склонности язвы к заживлению. Нелишней является онкологическая настороженность – существует возможность развития опухолевого заболевания при язвах желудка, впервые возникших в возрасте старше 60 лет.

**Кровотечение** – наиболее грозное осложнение язвенной болезни; его причиной является разрушение язвой слизистой оболочки и других тканей стенки желудка и двенадцатиперстной кишки и расположенных в них кровеносных сосудов. Вовлечение в этот процесс мелкого сосуда сопровождается незначительной кровопотерей и может быть обнаружено с помощью анализа кала на скрытую кровь (реакция Грегерсена). Значительные кровотечения из язвы желудка проявляются кровавой рвотой, а из язвы двенадцатиперстной кишки – черным, дегтеобразным стулом. При рвоте желудочное содержимое обычно имеет вид кофейной гущи. Выраженные кровопотери, превышающие 400–500 мл, нередко сопровождаются появлением неблагоприятных признаков: сухости во рту, жажды, общей слабости, бледности кожи, холодного липкого пота, учащенного пульса, падения артериального давления. Об этих опасных для жизни ситуациях следует незамедлительно информировать врача.



К тяжелым, но более редким осложнениям относятся **перфорация** (прободение) и **пенетрация язвы** – соответственно с проникновением содержимого желудка или двенадцатиперстной кишки в брюшную полость или окружающие органы и ткани. Типичная картина первого осложнения характеризуется внезапно появляющейся жесткой, «кинжальной», болью в подложечной области, защитным напряжением мышц брюшной стенки до степени «доскообразного» живота, появлением воздуха и развитием воспалительного процесса в брюшной полости. К перечисленным признакам следует добавить рвоту, задержку стула и газов, эпизоды обморочных состояний.

Проникновение язвы в соседние органы сопровождается интенсивными, почти постоянными и особенно тяжелыми ночными болями; боли нередко имеют нетипичную для язвенной болезни локализацию: в подложечной, околопупочной, поясничной области, нижней половине живота, области сердца.

Описанные осложнения язвенной болезни являются показанием для срочной госпитализации и оперативного лечения.

Осложняют течение заболевания сужение выходного отдела желудка и начальной части двенадцатиперстной кишки (пилорический стеноз), а также трансформация язвы желудка в злокачественную опухоль (рак). Распознавание этих достаточно редких осложнений относится к компетенции врача.

Возможна типичная клиническая картина, на основании которой можно заподозрить, а иногда с достаточной степенью вероятности и распознать язвенную болезнь. Однако в реальной жизни приходится сталкиваться с недостаточно типичными и яркими, нередко «стертыми» и мало выраженными проявлениями заболевания. И тогда наличие язвенной болезни можно доказать (верифицировать) только с помощью инструментальных методов – рентгенологического и эндоскопического.

Чаще применяют **рентгенологическое исследование** с введением контрастной взвеси сульфата бария. «Ниша», образующаяся в результате заполнения язвенного дефекта бариевой взвесью, – основной признак язвенной болезни. Этим методом выявляют и ее косвенные признаки и осложнения.

**Эндоскопия (эзофагогастродуоденоскопия)** – самый надежный метод диагностики язвенной болезни. С помощью вводимой через рот эластичной гибкой трубки, снабженной оптической системой, удастся выявить язвенный дефект в любых отделах желудка и двенадцатиперстной кишки, проследить динамику его заживления, произвести прицельную биопсию (взять небольшие кусочки ткани для гистологического анализа) и лечебные процедуры.

Вспомогательную роль в распознавании и в большей степени – в целенаправленном лечении, в том числе – диетическом, имеет **оценка секреции желудочного сока с помощью зондовых методов**. Повышение кислотообразующей функции желудка позволяет заподозрить предъязвенное состояние или язву двенадцатиперстной кишки. Для язвы такой локализации нехарактерны нормальные и низкие величины кислотности желудочного сока; они достаточно типичны для язвы желудка, нередко сочетающейся с хроническим гастритом.

Перечень обязательных **лабораторных и инструментальных исследований**: клинический анализ крови с подсчетом ретикулоцитов; определение группы крови и резус-фактора, оценка содержания в сыворотке крови железа, сахара; общий анализ мочи; анализ кала на скрытую кровь; уреазный тест; УЗИ печени, желчных путей и поджелудочной железы; эзофагогастродуоденоскопия с прицельной биопсией и гистологическим исследованием биоптата.

### Сестринский уход

При сборе анамнеза у пациента с подозрением на язвенную болезнь медсестра выясняет, имелись ли эпизоды болей в животе и диспепсических расстройств, желудочных и кишечных кровотечений, диагностировались ли заболевания ЖКТ у больного и его родственников в предыдущие годы. Следует расспросить пациента о психоэмоциональном климате в семье, на работе, нервно-психических и физических перегрузках, вредных привычках, особенностях питания, применении жаропонижающих и противовоспалительных лекарственных препаратов. Представляет интерес и психологическая реакция больного на болевой и диспепсический синдромы, заболевание в целом.

Физикальное обследование нередко выявляет обложенность языка белым налетом, болезненность при пальпации в подложечной области или ее поколачивании кончиком пальца (симптом Менделя).

Анализ анамнестических данных и результатов объективного исследования позволяет медсестре **сформулировать сестринский диагноз** – проблемы пациента, наиболее важными из которых при язвенной болезни являются:

- боли в подложечной области;
- диспепсические расстройства (изжога, тошнота, рвота и др.);
- психологические, физические и социально-экономические проблемы в связи с заболеванием и изменениями обычного стиля (образа) жизни;
- высокий риск развития осложнений (кровотечение, прободение и др.).

Пациенту с установленным диагнозом язвенной болезни следует задать вопросы: какие причины вызвали обострение заболевания? соблюдает ли он диету? использует ли и как переносит предписанные лекарственные препараты? не занимается ли самолечением? Наличие симптомов угрожающих жизни состояний (кровотечение, прободение, пенетрация) является показанием к срочному вызову врача, госпитализации и оперативному лечению.

Главная роль в решении проблем пациента принадлежит осуществляемой преимущественно врачом лекарственной терапии в сочетании с лечебным питанием. Бла-

гоприятным фоном в этом отношении являются некоторые мероприятия сестринского ухода. Медсестра советует пациенту ограничить физическую активность, особенно в острую фазу заболевания, рекомендует ему достаточный отдых и сон, контролирует характер и режим питания (соблюдение диеты), применение назначенных врачом медикаментозных средств, выявляет их отрицательные реакции, следит за динамикой клинических проявлений язвенной болезни и своевременно информирует об этом врача. Она должна владеть определенными психологическими и психотерапевтическими навыками, уметь успокоить больного, снять его страхи и сомнения, создать благоприятный психологический климат в семье, атмосферу доброжелательности, взаимопонимания, поддержки, привлечь пациента к решению его проблем, сделать его жизненную позицию более активной.

При наблюдении за больным медсестра может заподозрить или диагностировать наиболее частое и опасное осложнение язвенной болезни – желудочно-кишечное кровотечение. Речь идет не о минимальных кровопотерях, определяемых с помощью реакции кала на скрытую кровь (реакция Грегерсена), а о достаточно выраженных кровотечениях с изменениями окраски и консистенции кала (наблюдается черный, кашицеобразный, липкий и дегтеобразный кал), нередко – в сочетании с кровавой рвотой, причем рвотные массы напоминают кофейную гущу. В такой ситуации необходимо незамедлительно вызвать врача скорой помощи, положить пузырь со льдом на живот, по возможности успокоить больного, прекратить прием воды и пищи до прихода врача, соблюдать строгий постельный режим в течение 1–2 нед. Пациента, как правило, экстренно госпитализируют в хирургическое отделение.

Немаловажная составная часть сестринского ухода – просвещение и обучение пациентов и членов их семей (пропаганда и организация здорового образа жизни, сообщение основных сведений о заболевании и методах его профилактики, организация психологической, физической и медико-социальной поддержки пациента в семье).

### Лечение

Обострение (рецидив) характеризуется возникновением неблагоприятных, тягостных для больного проявлений заболевания (боли в животе, изжога, тошнота, рвота, отрыжка). Совместные усилия медсестры, врача, больного и членов его семьи должны быть направлены на ликвидацию в наиболее короткие сроки этих признаков язвенной болезни и заживление язвы – на достижение ремиссии. С помощью немедикаментозных и медикаментозных средств решают 2 важнейшие задачи: лечение и предупреждение обострений.

К **немедикаментозным средствам** относят: лечебное питание; создание наиболее благоприятной для пациента обстановки психического и физического покоя; отказ от курения, употребления спиртных напитков, использования повреждающих слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки лекарственных препаратов (аспирин, индометацин, вольтарен, преднизолон и др.); применение физиотерапии, фитотерапии (используют настои и отвары лекарственных растений), иглорефлексотерапии, лечебной физкультуры.

В комплексном лечебном процессе существенную роль играет правильное, разумно организованное пи-

тание. Диета – наиболее естественный, физиологический и безопасный метод профилактики и лечения язвенной болезни. Лечебное питание предупреждает неблагоприятные реакции на лекарственные препараты или уменьшает их выраженность, создает условия для оптимального пищеварения, способствует более быстрому исчезновению болевого и диспепсического синдромов.

Основной фигурой лечебного процесса является врач. В зависимости от фазы заболевания (обострение, затихающее обострение, ремиссия), выраженности (тяжести) клинических проявлений, локализации язвы, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний он последовательно назначает диеты с переходом от более (варианты диеты №1) к менее щадящему (диета № 15) режиму питания с учетом привычек и вкусов больного. Кормить больных следует малыми порциями 4–5 раз в сутки.

Переход к полноценному питанию здорового человека, нередко осуществляемый в амбулаторных (домашних) условиях, предусматривает ряд ограничений в рационе большинства больных язвенной болезнью, протекающей на фоне повышенной или нормальной кислотности желудочного сока. *Не рекомендуются:*

- жареные мясо, рыба и птица;
- наваристые мясные, рыбные и грибные супы, борщи и щи;
- сырой лук, чеснок, репа, редька, редис, щавель, грибы, хрен;
- копченые и жирные колбасы;
- маринованные продукты, острые соусы и приправы;
- жирный сыр и творог;
- мягкий свежий пшеничный хлеб, черный хлеб, слоеное и сдобное тесто;
- газированные и алкогольные напитки, кофе.

Эти ограничения применяются достаточно индивидуально, что зависит от переносимости отдельных пищевых продуктов, особенностей привычного для больного семейного и национального питания, клинического течения язвенной болезни, наличия сопутствующих заболеваний, возраста пациента.

Основной и наиболее эффективной мерой при лечении язвенной болезни является применение медикаментозных средств. В первую очередь назначают:

- антикислотные препараты, уменьшающие выработку соляной кислоты и ее повреждающее действие на слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки: ингибиторы протонной помпы (омепразол, эзомепразол и др.), блокаторы H<sub>2</sub>-рецепторов (ранитидин, фамотидин и др.);
- антибактериальные средства, уничтожающие *H. pylori* в слизистой оболочке желудка (амоксциллин, тетрациклин, кларитромицин, метронидазол, тинидазол, препараты висмута – де-нол и др.);
- лекарственные вещества, защищающие слизистую оболочку от агрессивного действия соляной кислоты и ферментов (сукральфат, цитотек и др.).

Определенную роль играют антациды (щелочи), которые связывают и нейтрализуют соляную кислоту в полости желудка (алмагель, фосфалюгель, маалокс и др.), витамины (А, Р, РР и группы В), успокаивающие средства (бром, валериана, пустырник и др.), минеральные воды.

Таким образом, суть лекарственного лечения язвенной болезни состоит в уменьшении повреждающего влияния

на слизистую оболочку так называемых агрессивных факторов (в первую очередь – соляной кислоты) и усилении ее защитных свойств, а также в уничтожении (эрадикации) *H. pylori*. Эрадикация (уничтожение) *H. pylori* достигается при сочетании антикислотных, антибактериальных средств и препаратов висмута, при квадритерапии (де-нол, метронидазол, тетрациклин, омепразол).

Предупреждение, раннее распознавание и лечение язвенной болезни способствуют оздоровлению населения. Немаловажную роль в этом играют заинтересованность, активность, информированность пациента. От эффективности перечисленных мер зависит качество жизни, оцениваемое уровнем физической и умственной работоспособности, социальной устроенности, общего состояния здоровья. При язвенной болезни, особенно на фоне ее тяжелого течения, качество жизни снижается не только из-за болезненных ощущений, но и вследствие социальных и экономических ограничений. Появляются такие черты, как неудовлетворенность собой и окружающими, тревожность, внутренняя напряженность, неверие в будущее, преувеличение своих страданий.

**Первичная профилактика** язвенной болезни связана с пропагандой правильного, рационального питания, общегигиенических мер, исключением физических и психоэмоциональных стрессовых ситуаций на производстве и в быту, вредных привычек (курение, злоупотребление алкоголем).

Меры **вторичной профилактики** включают в себя лечебное питание, исключение приема лекарственных препаратов, повреждающих слизистую оболочку ЖКТ, предупреждение обострений язвенной болезни (противоречивая терапия).

#### Рекомендуемая литература

Вавилов А.М. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки у пациентов разного возраста // Мед. помощь. – 2007; 1: 3–7.

Григорьев П.Я. Яковенко Э.П. Краткое формулярное руководство по гастроэнтерологии. – М., 2003. – 113 с.

Ивашкин В., Баранская Е., Степанов Е., Лапшин А. Язвенная болезнь и хронический гастрит, ассоциированные с инфекцией *H. pylori*: дыхательная лазерная диагностика и современная терапия // Врач. – 2008; 9: 5–11.

Циммерман Я.С. Этиология, патогенез и лечение язвенной болезни, ассоциированной с *Helicobacter pylori*-инфекцией: состояние проблемы и перспективы // Клиническая медицина. – 2006; 3: 9–19.

#### ULCER DISEASE

**I.M. Zhuravskaya, Cand. Med. Sci.; Professor V.N. Petrov, Professor V.A. Lapotnikov**

Saint Petersburg Medical College Two  
Acad. I.P. Pavlov Saint Petersburg State Medical University  
Saint Petersburg Medical Academy of Postgraduate Education,

**The paper describes the etiopathogenesis, diagnosis, and treatment of ulcer disease and gives examples of possible problems that may occur in a patient with this disease and the basic constituents of nursing care.**

**Key words:** ulcer disease, etiopathogenesis, diagnosis, treatment, nursing care.