**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ**

**КАФЕДРА «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ 2»**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

 «**Обсуждено**» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***«Утверждено****»-*

на заседании кафедры Председатель УМС

 Прот.№\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_2021 г факультета\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Зав.каф. Садыкова А.А. **Т**урсунбаева А.Т.

План-разработка практического занятия №9

на тему: **Диагностика и лечение хронического гастрита, язвенной болезни желудка и ДПК,**

**в амбулаторных условиях.**

по дисциплине: **«Поликлиническая терапия»**

для студентов, обучающихся по специальности:

**( 560000) Лечебное дело**

 Составитель: Абдраева Ф.А.

**Тема практического занятия:**

**«Диагностика и лечение хронического гастрита, язвенной болезни желудка и ДПК в амбулаторных условиях».** (1 час)Актуальность темы: На протяжении последних десятилетий патология пищеварительной системы прочно занимают третье место в структуре заболеваемости, с ежегодным приростом в среднем на 316,7 (на 100 000 человек).

Временная нетрудоспособность вследствие заболеваний органов пищеварения прочно занимает пятое место в структуре заболеваемости с временной утратой трудоспособности. Инвалидность вследствие болезней органов пищеварения составляет 1,4 на 10 000 человек. Смертность вследствие заболеваний органов пищеварения увеличилась в два раза в течение последних пяти лет. При этом необходимо иметь в виду, что этот показатель значительно возрастает, если учитывать смертность от новообразований органов пищеварения.

В структуре обращаемости взрослого населения по поводу болезней органов пищеварения ведущая роль принадлежит гастритам и дуоденитам, на долю которых приходится 11,5%, на долю язвенной болезни и 12-ти перстной кишки приходится 6,33%.

**План занятия:**

1. Определение хронического гастрита, язвенной болезни желудка и ДПК, этиологические факторы.
2. Классификация и краткая клиническая картина, характерная для хронического гастрита, ЯБЖ и ДПК.
3. Лабораторно-инструментальные данные хронического гастрита, ЯБЖ и ДПК.
4. План лечения хронического гастрита, ЯБЖ и ДПК в амбулаторных условиях.

**Задачи:**

 1. Формировать умения анализировать, активно использовать полученные знания и умения в профессиональной деятельности.

 2. Формировать готовность и способность целесообразно действовать в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи в конкретных клинических ситуациях.

 3. Формировать готовность и способность мобилизовать профессионально важные качества (толерантность, ответственность, способность работать в коллективе, стремление к саморазвитию), обеспечивающие продуктивность трудовой деятельности специалиста.

 **Вид занятия:** практическое

**Контрольные вопросы:**

1. Дайте определение язвенной болезни желудка и ДПК.
2. Дайте определение хроническому гастриту.
3. Перечислите классификацию ЯБЖ и ДПК, хронических гастритов.
4. Дифференцируйте ЯБЖ от ЯБДПК.
5. Назовите причины развития язвенной болезни и гастритов.
6. Укажите диагностические критерии ЯБЖ и ДПК.
7. Перечислите главные инструментально-лабораторные изменения при ЯБЖ и ДПК и хронических гастритов в амбулаторных условиях.
8. Расскажите об эрадикационной терапии.
9. Назначьте лечение в амбулаторных условиях.

**Цель практического занятия:**

1. Методическая цель – организовать и провести занятие в соответствии с требованиями рабочей программы с применением различных методов и способов обучения для достижения поставленных целей.
2. Учебные цели:

- Повторить классификацию и клинические проявления ЯБЖ и ДПК и хронических гастритов.

- Изучить диагностику, принципы лечения в амбулаторных условиях согласно диагнозу.

- Повторить методы клинического обследования пациента с данными нозологиями.

- Дать студентам представление об этапах диагностического поиска.

- Сформировать тактику оказания первой врачебной помощи при неотложных состояниях в условиях поликлиники.

1. Формировать общие и профессиональные компетенции:

**Средства обучения и контроля:**

 1. методическая разработка занятия

 2. учебно-методическое пособие для самоподготовки студентов к занятию

 3. дидактические средства контроля и тренажа:

1. Тестовые задания;
2. ситуационные задачи с эталоном ответов;

**Формы контроля:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Цель** |
| Индивидуальный устный | * выявить уровень теоретической подготовки, умения оперировать знаниями;
* определить уровень логического, клинического мышления;
* развивать речь
 |
| Индивидуальный письменный | * выявить уровень подготовленности всей группы и каждого студента в отдельности
 |
| Практический* решение учебных заданий проблемного характера
* выполнение практических действий, заданий
 | * выявить уровень самостоятельного мышления, умения анализировать явления, выделять главное
* определить уровень клинического (профессионального) мышления;
* проверить умение выполнения манипуляции, практического действия.
 |

**Междисциплинарные связи:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Дисциплины и профессиональные модули* | *Тема* |
| 1. Общепрофессиональныедисциплины- Анатомия и физиология человека- Латинский язык | * Пищеварительная система.
* Терминология.
 |
|  Диагностическая деятельность- Пропедевтика клинических дисциплин  | * Методы обследования пациентов с заболеваниями органов пищеварения.
* Дополнительные методы обследования пациентов с заболеваниями ЖКТ.
 |
|  Общепрофессиональные дисциплины- Клиническая фармакология  | * Ингибиторы протонной помпы
* Блокаторы гистаминовых рецепторов
* Антибиотики
* Витамины
* Препараты висмута
* Обволакивающие препараты
 |

**Внутридисциплинарные связи:**

* 1. Диагностика и лечение ЖДА в амбулаторных условиях.

 **Уровни усвоения:** 2,3

 2. – репродуктивный (выполнение деятельности по образцу, инструкции или под руководством);

 3. – продуктивный (планирование и самостоятельное выполнение деятельности, решение проблемных задач).

***После изучения темы занятия студент должен знать:***

* этиологию и симптомы, особенности течения ЯБЖ и ДПК, хронических гастритов;
* дифференциальную диагностику хронических гастритов.
* особенности диагностики ЯБЖ и ДПК с учетом инструментально-лабораторных исследований;
* принципы фармакотерапии при ЯБЖ и ДПК в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом;
* правила заполнения медицинской документации;

***После изучения темы занятия студент должен уметь и владеть навыками:***

* проводить обследование пациента;
* определять тяжесть состояния пациента;
* выделять ведущий синдром;
* проводить дифференциальную диагностику;
* установить диагноз на основании клинических и лабораторных исследований в амбулаторных условиях.
* осуществлять фармакотерапию в соответствии с диагнозом в амбулаторных условиях;
* осуществлять профилактику заболевания;

**Карта компетенции:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Код и формулировка компетенций** | **Результаты обучения (ООП)** | **Результат обучения (дисциплины)** | **Результаты обучения (темы)** |
| **1** | **ПК-8** - способен проводить с прикрепленным населением профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний, осуществлять общеоздоровительные мероприятия по формированию здорового образа жизни с учетом факторов риска, давать рекомендации по здоровому питанию;**ПК-15**- способен назначать больным с наиболее часто встречающимися внутренними болезнями адекватное лечение в соответствии с диагнозом.**ПК-16**- способен осуществлять взрослому населению первую врачебную помощь в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях в клинике внутренних болезней, направлять на госпитализацию больных в плановом и экстренном порядке. | **РО-8** - Может анализировать и интерпретировать полученные данные и назначать адекватное лечение и оказать первичную врачебную помощь, принимать решения при возникновении неотложных и угрожающих жизни ситуацияхпри неотложных и жизнеугрожающих состояниях детей и подростков. | **РОд- 1:****Знает и понимает**:- проведение с прикрепленным населением профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний, осуществление общеоздоровительные мероприятия по формированию здорового образа жизни с учетом факторов риска, давать рекомендации по здоровому питанию (ПК-8);**Умеет:****-** проводить с прикрепленным населением профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний (ПК-8),**Владеет**: - навыками осуществления общеоздоровительных мероприятий по формированию здорового образа жизни с учетом факторов риска, давать рекомендации по здоровому питанию (ПК-8);**РОд-2:** **Знает и понимает**:- назначение больным с наиболее часто встречающимися терапевтическими заболеваниями у взрослого населения в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом (ПК-15).**Умеет:**- назначать больным с наиболее часто встречающимися терапевтическими заболеваниями у взрослого населения в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом (ПК-15).**Владеет**:- методами назначения больным с наиболее часто встречающимися терапевтическими заболеваниями у взрослого населения в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом (ПК-15).я | **РОт**: Знает и понимает: ЯБЖ и ЯБДК.- Методы современной диагностики и дифференциальный диагноз ЯБЖ и ЯБДК с учетом их течения и осложнения.Умеет на основании жалоб, анамнеза, физикального обследования:- дифференцировать у больного, симптомы ЯБЖ;- составить план лабораторного и инструментального обследования для подтверждения предполагаемого диагноза и интерпретировать полученные результаты;- сформулировать диагноз, руководствуясь современной классификацией;Владеет: - методикой назначения адекватной индивидуальной терапии;- навыками определения прогноза у конкретного больного;- мерами вторичной профилактики и экспертизы трудоспособности; – навыками оказания первой врачебной помощи в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом. |
| **РОд-3:****Знает и понимает**:- осуществление взрослому населению первой врачебной помощи в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях в клинике внутренних болезней в амбулаторных условиях (ПК-16).**Умеет:**- осуществлять взрослому населению первую врачебную помощь в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях в амбулаторных условиях (ПК-16).**Владеет**:- методами осуществления взрослому населению первой врачебной помощи в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях в клинике внутренних болезней в амбулаторных условиях (ПК-16). |

**Ход занятия**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Этапы занят** | **Цели этапов занятия** | **Деятельность преподавателя** | **Деятельность студента** | **Методы, механизмы** | **Результаты обучения** | **Оборудование занятия** | **Время**  |
| 1 | Организационный момент | Ознакомление с новой темой, его вопросами | Показ рисунка и комментарий к нему.Преподаватель объявляет тему, цели занятия, акцентирует внимание на важности, сложности изучения данной темы; объясняет ход занятия | Записывают тему и его вопросы | Мозговой штурмВызвать интерес к изучениюматериала, мобилизовать внимание студентов | Обращение внимание студентов к занятию | Доска с проектором, слайд  | 5 мин |
| 2 | Опрос пройденного материала  | Обобщение знаний студентов по пройденным материалам и установить связь с новой темой | Задание контрольных вопросов, совместное обобщение ответов | Выборочно по одному отвечают на заданные вопросы | Вопрос-ответ  | Вспоминание темы предыдущих занятий, способствование к самореализации | Перечень контрольных вопросов (Прил. 1.) | 20 мин |
| 4 | Изложение новой темы  | Создание проблемной ситуацииАктивизация мыслительной деятельности. | Преподавате ль предлагает план изучения нового материала с целью последовательного изложения материала.(информационный блок) | Записывают план и конспектируют новый материал  | Презентации слайдов, демонстрация в натурщике | Сформируется теоретическая база знаний и умений, для использования их на практических занятиях  | Доска с проектором, презентац. материал, натурщик. Градусник, фонендоскоп, тонометр, шпатель. Лекарственные препараты (аннотации) | 30 мин |
|  | **Перерыв** | 10мин |
| 5 | Закрепление новой темы и подведение итогов | Определение и анализ освояемости пройденного материала, внесение измений на его содержание | Демонстрация ситуационных задач. | В решении задач принимают участие все студенты группы; дополняют, исправляют ответы друг друга. Преподаватель контролирует, обобщает ответы студентов | Решение ситуационных задач | Самостоятельно используют полученные знания по теме, формируются познавательные компетенции | Перечень уровневых задач (Прил.2.) | 10 мин |
| 6 | Оценка и дисскусия работы с чек-листами. | Определение и анализ освояемости пройденного материала, внесение измений на его содержание | Демонстрация ситуационных задач. | Отвечают друг другу на заданные конкретные вопросы.Студенты оценивают собственные действия, умения работать в команде, осмысливают итоги занятия; записывают заработанные баллы, домашнее задание. | Обсуждение ситуационных задач | Самостоятельно используют полученные знания по теме, формируются познавательные компетенции | Чек-листы (Прил.2.) | 20 мин |
| 7 | Оценивание студентов за участия на занятии  | Научить студентов к самооценке и применять 4х шаговый метод Пейтона. | Преподаватель анализирует работу студентов. Определяет степень достижения целей. Выставляет и объявляет оценки. Предлагает записать домашнее задание | Отвечают друг другу на заданные конкретные вопросы.Студенты оценивают собственные действия, умения работать в команде, осмысливают итоги занятия; записывают заработанные баллы, домашнее задание. | Выборочный опрос, оценка друг другаОценить успешность достижения целей занятия студентами; определить перспективы последующей работыОриентировать студентов на следующее занятие, акцентировать внимание студентов на основных вопросах темы. | Преподаватель оценивает деятельность студентов и подводит общий итог занятия.Оценка преподавателем формируемых общих и профессиональных компетенций студентов (происходит в ходе наблюдения за деятельностью обучающихся в процессе изучения темы).Преподаватель предлагает домашнее задание, благодарит студентов за занятие. | Примеры вопросов | 5мин |

**Формы проверки знаний:**

1. Оперативный опрос на разрезе текущего контроля;
2. Тестовые задания на разрезе рубежного контроля;

**Литература:**

**Основная литература:**

1. Гастроэнтерология. Национальное руководство /под редакцией В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной – М.ГЭОТАР-Медиа, 2012, - 480 с.
2. КостюкевичО.И. Атрофический гастрит: что мы понимаем под этим состоянием.Современные подходы к диагностике и лечению //РМЖ. 2010. № 28
3. Хронический гастрит: диагностика и лечение/ Яковенко Э.П., Иванов А.Н., Илларионова Ю.В. и др.// Фарматека.-2009.-№ 8.-С. 50–54.
4. Гапонова О.Г. Аутоиммунный гастрит: спорные вопросы патогенеза, проблемы диагностики и терапии // Острые и неотложные состояния в практике врача№ -2009. - 5
5. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Лапина Т.Л., Шептулин А.А. и комитет экспертов. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению инфекции Helicobacterpylori у взрослых. Рос. журн. гастроэнт., гепатол., колопрок- тол. 2012;22(1):87–9

**Дополнительная литература:**

1. Доказательная медицина. Клинические рекомендации для практикующих врачей. ГЕОТАР МЕД, 2002. «Диагностика и лечение болезней органов дыхания» Окороков А.Н.

 2. «Внутренние болезни» Маколкин В.И., Овчаренко С. И.

 3. «Внутренние болезни» Мухин Н.А., Моисеев В.С., Мартынов А.И.

 4. «Внутренние болезни по Дэвидсону». Пульмонология.

 5. Лекционный материал.

**Электронные источники:**

1. [www.plaintest.com](http://www.plaintest.com)

2. [www.booksmed.com](http://www.booksmed.com)

3. [www.bankknig.com](http://www.bankknig.com)

4. [www.wedmedinfo.ru](http://www.wedmedinfo.ru)

5. [www.spr.ru](http://www.spr.ru)

**Краткое содержание темы:**

**Язвенная болезнь*–***представляет собой хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии, ведущим проявлением которого служит образование дефекта (язвы) в стенке желудка и двенадцатиперстной кишки[1,2].
NB!   Инфекция H. pylori вызывает прогрессирующее повреждение слизистой желудка и играет важную роль в развитии язвенной болезни желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК), аденокарциномы желудка и MALT-лимфомы [1,3,4].

ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

**Код(ы) МКБ-10:**

|  |
| --- |
| **МКБ-10** |
| **Код** | **Название** |
| Код | Название |
| K 25 | Язва желудка |
| К 26 | Язва двенадцатиперстной кишки |

**Сокращение, используемые в протоколе:**

|  |  |
| --- | --- |
| АСК | ацетил салициловая кислота |
| БУТ | быстрый уреазный тест |
| ГДЗ | гастродуоденальная зона |
| ГЭР | гастроэзофагеальный рефлюкс |
| ДГР | дуоденогастральный рефлюкс |
| ОБП | органы брюшной полости |
| ПЦР | полимеразная цепная реакция |
| РЖ | рак желудка |
| СО ГДЗ | слизистая оболочка гастродуоденальной зоны |
| СО ДПК | слизистая оболочка двенадцатиперстной кишки |
| СОЖ | слизистая оболочка желудка |
| ФД | функциональная диспепсия |
| ФЭГДС | Фиброэзофагогастродуоденоскопия |
| ЯБДПК | язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки |

**Классификация:**

С точки зрения нозологической самостоятельности различают:
·               ЯБ и симптоматические гастродуоденальные язвы;
·               ЯБ, ассоциированная и не ассоциированная c H.pylori.

**Классификация под ред. Ф. И. Комарова, 1992 г.**

**I. Общая характеристика болезни (номенклатура ВОЗ):**
1.            язвенная болезнь желудка (531);
2.            язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (532);
3.            язвенная болезнь неуточненной этиологии (533);
4.            пептическая гастроеюнальная язва после резекции желудка (534).

**II. Клиническая форма:**
1.            острая или впервые выявленная;
2.            хроническая.

**III. Течение:**
1.            латентное;
2.            легкое или редко рецидивирующее;
3.            средней тяжести или рецидивирующее (1—2 рецидива в течение года);
4.            тяжелое (три рецидива и более в течение года) или непрерывно рецидивирующее; развитие осложнений.

**IV. Фаза:**
1.            обострение (рецидив);
2.            затухающее обострение (неполная ремиссия);
3.            ремиссия.

**V. Характеристика морфологического субстрата болезни.**
**Виды язвы:**
1.            острая язва;
2.            хроническая язва.
**Размеры язвы:**
1.            небольшая (менее 0,5 см);
2.            средняя (0,5—1 см);
3.            крупная (1,1—3 см);
4.            гигантская (более 3 см).
**Стадии развития язвы:**
1.            активная;
2.            рубцующаяся;
3.            стадия красного рубца;
4.            стадия белого рубца;
5.            длительно не рубцующаяся.
**Локализация язвы:**
1.            желудок (кардия, субкардиальный отдел, тело желудка, антральный отдел, пилорический канал, передняя стенка, задняя стенка, малая кривизна, большая кривизна);
2.            двенадцатиперстная кишка (луковица, постбульбарная часть, передняя стенка, задняя стенка, малая кривизна, большая кривизна).

**VI. Характеристика функций гастродуоденальной системы**(указываются только выраженные нарушения секреторной, моторной и эвакуаторной функций).

**VII. Осложнения:**
1.            кровотечения (легкое, среднетяжелое, тяжелое, крайне тяжелое);
2.            перфорация;
3.            пенетрация;
4.            стеноз (компенсированный, субкомпенсированный, декомпенсированный);
5.            малигнизация.

МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

**Диагностические критерии**

**Жалобы.**Ведущий симптом обострения ЯБ – боли в подложечной области, которые могут иррадиировать в левую половину грудной клетки и левую лопатку, грудной или поясничный отдел позвоночника. Боли отмечаются у 92-96% больных. По интенсивности они зависят от глубины язвенного дефекта (Таблица 1).

**Таблица 1.**Характеристика болевого синдрома при ЯБ.

|  |  |
| --- | --- |
| **Локализация язв** | **Время наступления болей** |
| Язвы кардиального и субкардиального отделов желудка | Сразу после приема пищи |
| Язвы тела желудка | Через 0,5-1 часа после еды |
| Язвы пилорического канала и луковицы двенадцатиперстной кишки | Поздние боли (через 2-3 часа после еды), «голодные» боли, возникающие натощак и проходящие после приема пищи, а также ночные боли |

Различают боли тупого, режущего, жгучего характера. Боли при ЯБ характеризуются периодичностью, сезонностью и ритмичностью. Периодичность болей проявляется сменой безболевых промежутков периодами появления болей.

Боли возникают в разное время в зависимости от приема нищи. Принято различать ранние, поздние, ночные и голодные боли. Ранние боли появляются в течение первого часа после приема пищи и обычно характерны для ЯБЖ. Поздние, ночные и голодные боли возникают спустя 1,5-4 ч после еды. Эти боли обычно появляются у больных с ЯБДПК и обусловлены моторными нарушениями, гиперсекрецией желудочного сока и воспалительными изменениями слизистой двенадцатиперстной кишки.

Клиническая картина ЯБ во многом определяется локализацией язвы.
Язва кардии характеризуется наличием болей в области мечевидного отростка, иррадиирующими в область сердца, левое плечо, спину, левую лопаточную область, которые напоминают стенокардию. Боли появляются во время еды, сразу после приема пищи или спустя 20-30 мин после еды. Язва большой кривизны желудка отличается большим полиморфизмом, так как часто пенетрирует в сальник, брыжейку поперечной кишки, в поджелудочную железу.
Язве привратника свойственны боли, иррадиирующие в спину. Для нее также характерны диспепсические расстройства: изжога, отрыжка кислым, тошнота, рвота. Одной из особенностей язв привратника является часто возникающее кровотечение из язвы. Эти язвы редко осложняются перфорацией.
Постбульбарные язвы часто располагаются в верхней части верхнего изгиба или в начальном отрезке нисходящей части двенадцатиперстной кишки. Клинически постбульбарные язвы несколько отличаются от обычных дуоденальных язв: язвенный анамнез не очень четкий, выражен болевой синдром, боли более упорные и иррадиируют в спину, имеется склонность к частым повторным кровотечениям. Внелуковичные язвы часто осложняются ранним стенозом. Иногда они пенетрируют в поджелудочную железу.

При обострении ЯБ часто встречаются также изжога,  отрыжка кислым, тошнота, запоры.

*Изжога*отмечается у 50% больных, котораявозникает в результате нарушения секреторной и моторной деятельности желудка.

*Отрыжка* при ЯБ бывает кислой, пустой или пищей. Кислая отрыжка бывает при гиперсекреции желудочного сока. Тошнота при ЯБ встречается редко,  может предшествовать рвоте.

*Рвота* обычно возникает на высоте язвенных болей и может быть ранней и поздней, бывает обусловлена рефлекторным раздражением воспаленной СОЖ желудочным соком. Нередко после рвоты интенсивность болей уменьшается или они прекращаются совсем, что улучшает состояние больного.

**Анамнез:**
В неосложненных случаях ЯБ протекает обычно с чередованием периодов обострения (продолжительностью от 3-4 до 6-8 недель) и ремиссии (длительностью от нескольких недель до многих лет). Под влиянием неблагоприятных факторов (физического перенапряжения, приема НПВП и/или препаратов, снижающих свертываемость крови, злоупотребления алкоголем и др.) возможно развитие осложнений. Типичными для ЯБ являются сезонные (весной и осенью) периоды усиления болей и диспепсических симптомов. При обострении нередко отмечается похудание, поскольку, несмотря на сохраненный, а иногда даже повышенный аппетит, больные ограничивают себя в еде, опасаясь усиления болей.

В фазе обострения независимо от выраженности клинической картины заболевания обнаруживается язва с активными воспалительными изменениями СОЖ и СОДПК.

Фаза стихания обострения (фаза неполной ремиссии)характеризуется исчезновением клинических признаков болезни и появлением свежих рубцовых изменений на месте бывшей язвы при сохранении признаков воспаления СО ГДЗ. В фазе ремиссии отсутствуют клинические, эндоскопические, гистологические проявлений обострения болезни и колонизация СО инфекцией H.pylori.

**Физикальное обследование:**
В период обострения ЯБ при объективном исследовании часто удается выявить болезненность в эпигастрии при пальпации, сочетающуюся с умеренной резистентностью мышц передней брюшной стенки. Также может обнаруживаться локальная перкуторная болезненность в этой же области (симптом Менделя). Однако эти признаки не являются строго специфичными для обострения ЯБ.
-              вынужденное положение больного: согнувшись и прижав руки к эпигастрию – зоне наибольшей болезненности;
-              болезненность при пальпации в эпигастральной или пилоробульбарной области, сочетающаяся с умеренной резистентностью мышц передней брюшной стенки (70% случаев);
-              положительный симптом Менделя (локальная перкуторная болезненность в эпигастрии).
Данные, полученные при физикальном обследовании, не всегда отражают наличие ЯБ, так как при других заболеваниях могут наблюдаться такие же симптомы, как при ЯБ (УД С).
Основную диагностическую информацию получают при помощи инструментальных методов исследования, которые комбинируют с биохимическими, гистохимическими и другими методами.

**Перечень основных диагностических мероприятий**

**Лабораторные исследования:**
·               общий анализ крови – возможна анемия (при явных или скрытых язвенных кровотечениях),  лейкоцитоз и увеличение СОЭ при осложненных формах ЯБ (при пенетрации язвы, выраженномперивисцерите);
·               анализ кала на скрытую кровь – положительная реакция указывает на  гастродуоденальное кровотечение.

**Инструментальные исследования**:
·               эзофагогастродуоденоскопия – эндоскопическое исследование подтверждает наличие язвенного дефекта, уточняет его локализацию, глубину, форму, размеры, состояние дна и краев язвы (с обязательной биопсией и гистологическим исследованием для исключения злокачественного характера язвенного поражения при локализации язвы в желудке и выявления Н.pylori) [5,6].
        С помощью гастродуоденоскопии можно дифференцировать острую и хроническую язву. Первая характеризуется резко выраженными воспалительными изменениями со стороны окружающей язву СО. Форма острой язвы округлая или овальная. Дно язвы обычно покрыто налетом от бледно-желтого до коричневого цвета. Края острых язв резко очерчены.
Эндоскопическая картина хронической язвы желудка значительно меняется в зависимости от стадии ее развития (обострение, затухание процесса, заживление), что является критерием оценки качества лечения. Гастродуоденоскопия в сочетании с биопсией имеет большое значение для дифференциальной диагностики доброкачественного и злокачественного процесса в желудке [7].

·               Гистологическое исследование биоптатов СО ГДЗ позволяет выявить признаки воспалительного процесса – нейтрофильную инфильтрацию. Особенно важно гистологическое исследование при наличии ЯЖ, так как зачастую наблюдается язвенноподобная форма РЖ.

*Диагностика  инфекции Н.pylori*
Для определения дальнейшей тактики лечения исключительно большое значение имеют результаты исследования наличия у больного ЯБ инфекции. Определение *Н.pylori* в гистологических препаратах или с помощьюБУТ в биопататах СОЖ, взятых при ФЭГДС;
·               *Рентгенологическое исследован*ие с целью диагностики ЯБ в настоящее время не применяется. Его применяют в следующих ситуациях:
-                невозможность по каким-то причинам (например, наличие противопоказаний) провести эндоскопическое исследование;
-                для оценки перистальтики стенки желудка;
-                дляоценкихарактера эвакуации из желудка;
-                для оценки степени пилоростеноза (при осложненном течении) [2].

При рентгенологическом исследовании обнаруживается прямой признак ЯБ – «ниша» на контуре или на рельефе СО и косвенные признаки заболевания:
-                местный циркулярный спазм мышечных волокон на противоположной по отношению к язве стенке желудка в виде «указующего перста»;
-                конвергенция складок СО к «нише»;
-                рубцово-язвенная деформация желудка и луковицы ДПК;
-                гиперсекреция натощак;
-                нарушения гастродуоденальной моторики.

**Перечень дополнительных диагностических мероприятий:**
·               определение сывороточного железа в кровиианализ кала на скрытую кровь – при анемии;
·                УЗИ печени, желчных путей и поджелудочной железы–при сопутствующей патологии гепатобилиарной системы;
·               биохимические анализы  крови (общий билирубин и его фракций, общий белок, альбумин, холестерин, АЛТ,АСТ, глюкозы, амилазы)– при сопутствующей патологии гепатобилиарной системы;

**Показания для консультации специалистов:**
·                   консультация хирурга при подозрении на осложнение язвенной болезни (перфорация, пенетрация, рубцово-язвенный стеноз привратника, малигнизация язвы).
Язвенное кровотечение наблюдается у 15-20% больных ЯБ, чаще при локализации язв в желудке. Факторами риска его возникновения служат:
-                прием ацетилсалициловой кислоты и НПВП;
-                инфекция *Н. pylori*;
-                размеры язв> 1 cм.
Язвенное кровотечение проявляется рвотой содержимым типа «кофейной гущи» (гематемезис) или черным дегтеобразным стулом (мелена). При массивном кровотечении и невысокой секреции соляной кислоты, а также локализации язвы в кардиальном отделе желудка в рвотных массах может отмечаться примесь неизмененной крови. Иногда на первое место в клинической картине язвенного кровотечения выступают общие жалобы (слабость, потеря сознания, снижение артериального давления, тахикардия).
*Перфорация (прободение) яз*вы встречается у 5-15% больных ЯБ, чаще у мужчин. К ее развитию предрасполагают:
-                физическое перенапряжение;
-                прием алкоголя;
-                переедание.
Иногда перфорация возникает внезапно, на фоне бессимптомного («немого») течения ЯБ. Перфорация язвы клинически манифестируется острейшими («кинжальными») болями в подложечной области, развитием коллаптоидного состояния. При обследовании больного обнаруживаются «доскообразное» напряжение мышц передней брюшной стенки и резкая болезненность при пальпации живота, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. В дальнейшем, иногда после периода мнимого улучшения, прогрессирует картина разлитого перитонита.
*Пенетрация язвы* – проникновение язвы желудка или двенадцатиперстной кишки в окружающие ткани – поджелудочную железу, малый сальник, желчный пузырь и общий желчный проток. При пенетрации язвы возникают упорные боли, которые теряют прежнюю связь с приемом пищи, повышается температура тела, в анализах крови выявляется повышение СОЭ. Наличие пенетрации язвы подтверждается рентгенологически и эндоскопически.
*Рубцово-язвенный стеноз*привратника (*пилоростеноз*) формируется обычно после рубцевания язв, расположенных в пилорическом канале или начальной части двенадцатиперстной кишки. Нередко развитию данного осложнения способствует операция ушивания прободной язвы данной области.
Наиболее характерные клинические симптомы стеноза привратника – рвота пищей, съеденной накануне, а также отрыжка с запахом «тухлых» яиц.
При пальпации живота в подложечной области можно выявить «поздний шум плеска» (симптом Василенко), у худых больных становится иногда видимой перистальтика желудка. При декомпенсированном стенозе привратника может прогрессировать истощение больных, присоединяются электролитные нарушения.

·               консультация других узких специалистов – по показаниям.

**Диагностический алгоритм: (схема)**


**Дифференциальный диагноз**

|  |
| --- |
| **2.1. Дифференциальная диагностика при ЯБ** |
| **Нозологии** | **Характеристика симптомов** | **План обследования** | **Клинические критерии** | **Лабораторно-инструментальные признаки** |
| Хронический поверхностный (антральный) H.pylori ассоциированный гастрит |        Синдром желудочной диспепсии | Общий анализ крови, ФЭГДС, гистологические исследования биоптатов, БУТ для диагностикиH.pyloriКал на скрытую кровь | Симптомы желудочной диспепсии  | Эндоскопические и морфологические признаки воспаления СОЖ;H.pylori выявляется в 85-90%; |
| Функциональная (неязвенная) диспепсия | Общий анализ крови, ФЭГДС, гистологические исследования биоптатов, БУТ для диагностикиH.pyloriКал на скрытую кровь | Язвенноподобный вариант или дипепсический синдром | Отсутствие эндоскопических и морфологических признаков воспаления СОЖ |
| Язвенная болезнь ДПК |   | Общий анализ крови, ФЭГДС, гистологические исследования биоптатов, БУТ для диагностикиH.pyloriКал на скрытую кровь | Поздние, «голодные», ночные боли в пилородуоденальной зоне   | Возможно лабораторные признаки ЖДА;ФГДС – Язвенный дефект,положительная реакция на скрытую кровь в кале, |
| Язвенная болезнь желудка | ОАК, ФЭГДС, гистологические исследования биоптатов, БУТ для диагностикиH.pyloriКална скрытую кровьРентгенограмма – при пилоростенозе | Симптомы желудочной и кишечной диспепсии; боли в эпигастрии «ранние» - через-1-1.5 ч после еды, плохой аппетит, потеря веса | Возможно лабораторные признаки ЖДА;ФГДС - Язвенный дефект окруженный воспалительным валом, + реакция на скрытую кровь в кале,Интрагастральная рН-метрия – гипо- или нормохлоргидрия |
| Аденокарционома желудка | ОАК, ФЭГДС, гистологические исследования гастробиоптатов,БУТ для диагностикиH.pyloriКал на скрытую кровь | Симптомы желудочной и кишечной диспепсии; Анорексия,отвращение к мясу, потеря веса (до кахексии) | Анемия гипохромная. > СОЭФГДС – опухоль. Гистология – дисплазия и атипичные клетки. Интрагастральная рН-метрия  - ахлоргидрия; Положительная реакция на скрытую кровь в кале |
| Хронический панкреатит |  Болевой абдоминальный синдром | Общий анализ крови, копрограмма, эластаза в калеБАК: АмилазаУЗИ или КТ или МРТ органов брюшной полости | «Опоясывающие» боли в левой половине живота с иррадиацией в спину; положительный симптом Мерфи. | УЗИ – увеличение размеров, гиперэхогенность, неровность контуров, кальцинаты и кисты в ПЖЖ, копрограмма – стеаторея, креаторея, > амилазы в крови, >эластазы и >трипсина в кале, стеаторея, креаторея. |

ЛЕЧЕНИЕ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ В АКТИВНОЙ ФАЗЕ

Цель лечения: рациональное лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки с учетом критериев – эффективность, безопасность, приемлемость и стоимость.

Непосредственная цель - эрадикация H.pylori , заживление язвы.

Промежуточная цель – достижение стойкой ремиссии заболевания.

Конечная цель- профилактика рецидивов и осложнений язвенной болезни, снижение количества хирургических вмешательств и летальности.

Основные задачи лечения в период обострения:

 • Ускорение заживления язвы и купирование активного воспаления за счет проведения эрадикационной терапии H.pylori инфекции трехкомпонентной схемой, а при неэффективности альтернативной четырехкомпонентной схемой;

• Контроль эффективности проводимой терапии (за счет купирования клинических и эндоскопических симптомов болезни, отрицательных тестов на H.pylori);

• Снижение риска развития рецидивов и профилактика осложнений.

Лечение ЯБ в активной фазе:

-Медикаментозное: • Эрадикационная • Поддерживающая • По требованию

-Немедикаментозное: • - обучение пациента • - прекращение курение • - исключение алкоголя • - диета

 Также требуется коррекция тактики ведения больных язвенной болезнью, получающих противовоспалительную или антиагрегантную терапию.

 МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ: ЭРАДИКАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ

 Эрадикация H.pylori предотвращает рецидивы и сопровождается успешным заживлением поверхности и краев язвы.

 Главным преимуществом эрадикационной терапии H.рylori следует считать предотвращение рецидивов ЯБЖ и ЯБДК и кровотечения, осложняющего заболевания. Эрадикация Helicobacter pylori у людей с язвенной болезнью рекомендуется, потому что:

• является эффективным способом лечения H. pylori. желудка и 12-перстной кишки

• для профилактики рецидивов язвенной болезнью

• для профилактики рака желудка

 Выбор варианта лечения зависит от следующих факторов:

1) выработка у НР резистентности к кларитромицину и метронидазолу,

2) непереносимость некоторыми пациентами тех или иных лекарственных средств,

3) физическая и финансовая доступность,

4) приверженность лечению (комплайнс) пациента.

Врач ОБЯЗАН отразить в карте больного следующие показатели:

 Наличие аллергии на пенициллины, метронидазол, макролиды, тетрациклин, висмут, ИПП.

 При возможности указать применение в анамнезе макролидов по поводу любого заболевания.

 Принимал ли больной тройную терапию, если «Да» - из каких препаратов.

Исходя из вышеуказанного нами выработан адаптированный алгоритм лечения язвенной болезни, состоящий из 1-го и 2-го шагов.

 Адаптированный алгоритм лечения язвенной болезни

1-ЫЙ ШАГ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ Больным ЯБ, впервые обратившимся за медицинской помощью, обычно 1-м шагом является назначение тройной терапии или квадротерапии, или альтернативных тройных схем.

ТРОЙНАЯ ТЕРАПИЯ

Серьезное отрицательное влияние на результаты эрадикации НР оказывают резистентность штаммов микроорганизмов к антибиотикам, поэтому в повседневной медицинской практике процент эрадикации H.pylori оказывается ниже. Обычно называют 2 объективные причины: это несоблюдение больными предписанных схем лечения и других причин, ведущих к тенденции увеличения резистентности штаммов H.pylori к используемым антибиотикам. Резистентность к метронидазолу и кларитромицину уменьшает эффективность эрадикации (ВОГ/ОМGE, Maastricht III Consensus Report). [68]. Например, резистентность H.pylori к метронидазолу составляет в России -45%, в Японии- 9-12%, в Бразилии и Мексике- 53-77%, в США- 33-37%, в Европе- 19-42%, резистентность H.pylori к кларитромицину составляют в США и Японии -13%, в Северной Европе -4,45%, в Центральной Европе- 8,7%, в Южной Европе - 24%, СанктПетербурге у детей – 28%, в Москве - 19%. Резистентность H.pylori к амоксициллину и тетрациклину очень низкая [4, 63, 70]. В Кыргызстане проведено исследование по изучению резистентности НР к антибиотикам [97]. У 45% обследованных пациентов с язвенной болезнью была выявлена абсолютная резистентность НР к метронидазолу. Абсолютная резистентность к кларитромицину составила 16,2%. Согласно рекомендациям Маастрихт-3, 2005 в качестве 1-й линии эрадикационной терапии могут быть использованы две схемы: амоксациллин + кларитромицин + ингибитор протонной помпы (ИПП) и метронидазол + кларитромицин + ИПП.

РЕКОМЕНДАЦИИ КОНСЕНСУСОВ МАСТРИХТ-2 и 3 2000/2005

А - Оба режима кларитромицин + амоксициллин + ИПП и кларитромицин + метронидазол + ИПП использовать как обоснованную терапию 1-го шага

А - Существуют лишь небольшие преимущества использования комбинации ИПП-кларитромицин-метронидазол вместо комбинации ИППкларитромицин-амоксициллин [97]. • ИПП+кларитромицин+амоксициллин/метронидазол рекомендуется в качестве 1-й линии терапии в популяциях, где распространенность резистентности к кларитромицину менее чем 15-20%. В популяции с распространенностью резистентности менее 40% к метронидазолу рекомендуется схема ИПП+клариромицин+метронидазол.

Учитывая, что в Кыргыстане резистентность к метронидазолу превышает 40%, то в качестве терапии 1-го шага для больных ЯБ, впервые обратившихся за медицинской помощью, нами рекомендуется использовать комбинацию: амоксациллин + кларитромицин + ИПП.

Рекомендуемый режим: Тройную терапию больные ЯБ относительно легко переносят (редкие побочные эффекты); кроме того, 3-х компонентная терапия расчитана на двухкратный прием лекарств в течение дня, что облегчает ее «выполняемость».

А  Амоксициллин по 1 г + кларитромицин по 500 мг + лансопразол по 30 мг или омепразол по 20 мг (все 2 раза в день),  Другие ингибиторы протонной помпы могут быть использованы, но они считаются более дорогими.

К ИПП относятся следующие лекарственные средства: омепразол, лансопразол, эзомепразол, пантопразол и рабепразол. При этом нет доказанной разницы между эффективностью и безопасностью разных ИПП [31, 40-43, 64, 86, 89, 91]. Выбор конкретного ИПП зависит от экономической и физической доступности средств. Омепразол и лансопразол считаются менее дорогими, чем другие ИПП.

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ТРОЙНОЙ ТЕРАПИИ

По данным согласительного совещания Маастрихт - III (Флоренция, 2005) 7дневный 3-х компонентный курс с ИПП достаточен для заживления язвы. Однако эффективность 7-дневной терапии по результатам метаанализов на 12% ниже, чем 14дневной. С другой стороны 14-дневная терапия дороже и имеет больше побочных эффектов, чем 7-дневная, поэтому обычно ограничиваются 7-дневным курсом.

 А Больным язвенной болезнью с H. pylori-инфекцией назначают 7-дневную 3-х компонентную терапию.

 КВАДРОТЕРАПИЯ (ВАРИАНТ ТЕРАПИИ 1-ГО ШАГА)

 Назначение квадротерапии (режим и длительность см. во 2-м шаге) показано в следующих ситуациях:

 1. Квадротерапия предпочтительна тем больным ЯБ, у которых имеется аллергия на пенициллины

 А Амоксициллин противопоказан тем пациентам, у которых имеется аллергия на пенициллины

2. Больному с обострением ранее диагностированной язвенной болезни с диспепсией, как ранее получившему тройную терапию, сразу назначается квадротерапия.

 А Тройная терапия как терапия 1-го шага используется только 1 раз - при первом обращении к врачу

 В Неэффективность терапии указывает или на наличие у НР антибактериальной резистентности или же на низкий комплайнс (приверженность) к лечению у больных ЯБ. Резистентность НР к кларитромицину и метронидазолу может быть первичной и вторичной. Резистентность НР к амоксициллину встречается редко

3. При лечении больных с большими язвами (более 2 см), ассоциированными с НР, при отказе больных от хирургического лечения или в связи с наличием противопоказаний, целесообразно сразу же в лечении больных использовать квадротерапию в течение 10 дней

4. Квадротерапия имеет фармакоэкономические преимущества перед тройной терапией

ТРОЙНЫЕ АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ СХЕМЫ (ВАРИАНТ ТЕРАПИИ 1-ГО ШАГА)

В тех случаях, когда имеются противопоказания к проведению квадротерапии, при физической недоступности, при несогласии пациента на проведении квадротерапии из-за большого количества компонентов можно рекомендовать альтернативные тройные терапии. Согласно практическому руководству ВОГ/OMGE (2006), эрадикация обычно должна достичь по меньшей мере 90% эффективности (90% по протоколу и 80% начавших лечение) [12, 75, 76]. По рекомендациям консенсуса Маастрихт-3, 2005 эффективность эрадикации в процессе лечения должна достигнуть уровня ≥80% [70]. Большинство альтернативных схем разработаны на основе препарата висмута - Висмута трикалия дицитрата - вследствие того, что он обладает антихеликобактерной активностью; которая не зависит от уровня кислотности и фазы размножения НР, в отличие от Амоксациллина и Кларитромицина; обладает синергизмом к антибиотикам, что способствует преодолению резистентности к ним; отсутствием у НР резистентности к висмуту; у висмута минимум побочных эффектов по сравнению с антибиотиками • Висмут трикалия дицитрат 240 мг 2 раза в день + Кларитромицин 500 мг 2 раза в день + Амоксациллин 1000 мг 2 раза в день (длительность 7 дней, эрадикация 93%);

• Висмут трикалия дицитрат по 240 мг 2 раза + Кларитромицин по 500 мг 2 раза в день + Фуразолидон по 200 мг 3 раза в день (длительность 7 дней, эрадикация 92%);

КОНТРОЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ 1-ГО ШАГА

Динамику заживления язвы желудка контролируют эндоскопическим методом или при недоступности, противопоказаниях или отказе – рентгескопическим методом, через 68 недель, а язвы 12-перстной кишки – при отсутствии лечебного эффекта в течение 4-6 недель.

А) У больных ЯБЖ рекомендуется: провести повторную эндоскопию через 6-8 недель после завершения эрадикационной терапии.

2-Й ШАГ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ

При наличии незаживающей язвы желудка или при сохраняющихся симптомах язвы 12-перстной кишки, проводится терапия 2-го шага. По рекомендациям Консенсуса Маастрихт-3, 2005 в качестве терапии 2-го шага должна быть использована квадротерапия: препараты висмута + ИПП + метронидазол + тетрациклин или, если висмут не доступен, рекомендовано использовать ИПП + амоксициллин или тетрациклин + метронидазол. Эрадикация в обоих схемах достигает 80-85%.

 А Для людей, которым требуется второй курс эрадикационной терапии, выбирают режим, не включающий предыдущие антибиотики.

Поскольку в Кыргыстане препараты висмута доступны, то схемой выбора является первая схема: ИПП + Висмут трикалия дицитрат + метронидазол + тетрациклин.

 А Квадротерапия, основанная на препаратах висмута, остается лучшей схемой второй линии [40-43, 80].

Режим дозирования: А) Квадротерапия: ИПП в стандартной дозе 2 раза в сутки и висмута трикалия дицитрат по 240 мг 2 раза в сутки в сочетании с метронидазолом по 500 мг 3 раза в сутки и тетрациклином по 500 мг 4 раза в сутки [40-43, 80].

 Продолжительность лечения на 2-м шаге составляет не менее 10 дней.

ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ТЕРАПИИ

 После проведения терапии 2-го шага при медленной положительной динамике клинических симптомов диспепсии показана поддерживающая терапия ИПП/Н2гистаминовыми блокаторами в стандартных дозировках до достижения лечебного эффекта.

D) В случаях медленной положительной динамики клинических симптомов диспепсии возможно дополнительное назначение висмута трикалия дицитрата по 240 мг 2 раза в день в течение 3-4 недель.

ТЕРАПИЯ «ПО ТРЕБОВАНИЮ»

Показанием к проведению данной терапии – появление субьективных симптомов обострения язвенной болезни после успешной эрадикации H. рylori .

 Как антисекреторные препараты применяются ИПП или Н2- блокаторы, антациды или алгинаты. Антацидные средства и алгинаты сегодня рассматривают лишь как вспомогательные средства, применяемые "по требованию’’ для самостоятельной коррекции больным ряда диспепсических симптомов (симптоматическая терапия). Антациды или алгинаты можно использовать и для неотложной помощи при диспепсии в любое время.

B) Лечение язвы желудка: • предписывать или рекомендовать использовать антациды или алгинаты, как средства неотложной помощи при диспепсии в любое время.

4.2. НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

D) Обучение пациента является важным, которое включает в себя информированность пациента о характере заболевания, причинах, способствующих развитию ЯБ, рекомендаций по диете с разъяснением их важности, смысла и цели.

Исследованиями доказано, что строгая диета существенно не влияет на исходы заболевания. Основные принципы питания: • Соблюдение физиологически полноценного питания.

D) Целесообразно исключить из рациона только пищу, которая у данного пациента вызывает дискомфорт, например жареные блюда, фруктовые соки, пряности, кофе, алкоголь.

 • Следует избегать больших перерывов приема пищи с последующей обильной едой, особенно перед сном. • Применение химически, механически щадящих диет оправдано лишь при резких проявлениях обострения ЯБ.

 В) Прекращение курения - сокращает сроки рецидива язв, снижает частоту рецидива, повышает эффективность эрадикационной терапии НР

D) Терапия «по требованию», прием одного из антисекреторных препаратов в полной суточной дозе в течение 2-3 дней, а затем в половинной дозе в течение 2 недель.

D) Употребление алкоголя должно быть уменьшено, если оно чрезмерное (но полное воздержание, при угрозе абстиненции, не обязательно)

4.3. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНУЮ ИЛИ АНТИАГРЕГАНТНУЮ ТЕРАПИЮ.

А) Для больных язвенной болезнью желудка или 12-перстной кишки, которые получают НПВС (противовоспалительная терапия) или низкие дозы ацетилсалициловой кислоты (антиагрегантная терапия) требуется прекратить прием НПВС, если это возможно, или предложить альтернативные средства.

А) При необходимости лечения препаратами НПВС:

Дополнительно назначить ингибиторы протонной помпы (ИПП) или Н2-блокаторы на длительное время.

Если возможно, уменьшить использование НПВС.

Оценивать необходимость использования НПВС каждые 6 месяцев.

Примечание. \*Возможно применение также и препаратов висмута, которые зарегистрированы на рынке Кыргызстана.

 Больных, которым требуется продолжение противовоспалительной терапии, можно перевести на селективные ингибиторы ЦОГ-2 (мелоксикам, нимесулид, этодолак).

А) Для пациентов, которым необходима антиагрегантная терапия до заживления язвы дозу ацетилсалициловой кислоты снизить до 75 мг/сут на фоне ИПП или перейти на Клопидогрель\*.

Примечание. \*Замена аспирина на клопидогрель не снижает риск развития кровотечения и по эффективности уступает комбинации аспирин+ИПП

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ К ГАСТРОЭНТЕРОЛОГУ

 • При отсутствии лечебного эффекта от проведенной терапии 1-го и 2-го шагов.

 ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

 • Больные с большими (3см) и гигантскими язвами (более 3см); • Больные из социально-уязвимых слоев населения с выраженным диспепсическим синдромом; • При возникновении осложнений ЯБ.

 ПРОФИЛАКТИКА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С H.PYLORI.

 До настоящего времени отсутствует вакцина против НР. Поскольку источник инфекции НР до сих пор не известен, то трудно дать рекомендации для того, чтобы избежать инфицирования. К общим рекомендациям можно отнести мероприятия, направленные на предупреждение распространения H.pylori внутри семьи, в детских коллективах и местах массовых скоплений людей путем соблюдения правил личной гигиены больными взрослыми и окружающими их людьми, а именно тщательная гигиеническая обработка посуды, обязательное лечение всех инфицированных лиц из ближайшего окружения больного пациента [12]; для предупреждения передачи заболевания через различные медицинские аппараты и зонды для инвазивных методов исследования, необходимо также строго выполнять методику их дезинфекции и стерилизации. Первичная профилактика ЯБ также направлена на борьбу с курением, прекращением употребления алкоголя, соблюдение режима труда и отдыха, регулярный режим питания (минимум 3-4 раза в сутки).

Тема: «Стратегия и тактика ведения больных с заболеваниями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки в амбулаторных условиях»

Задача №1

09.03.07 Амбулаторный прием. Пациентка М.А.П-ова, 26 лет, программист.

Жалобы на боли ноющего характера малой интенсивности в эпигастральной области после еды.

Из анамнеза: В течение 2 мес. иногда беспокоили боли в эпигастральной области малой интенсивности и изжога после еды. В этих случаях самостоятельно эпизодически принимала маалокс. Настоящее ухудшение в течение 7 дней – 3-4.03.07 боли усилились вплоть до средней интенсивности, участились до 4 раз в день (после каждого приема пищи), увеличилась их продолжительность, изжога беспокоила постоянно в течение дня, появились тошнота, рвота пищей 1-2 раза в день. Обратилась к участковому терапевту 5.03.07. Было проведено обследование 7.03.07:

• ФГДС: 2 язвы антрального отдела желудка 8\*5 мм., 10\*8 мм., мазок Нр ++++

Назначено лечение:

• омепразол 40 мг. в сутки, маалокс 3 раза в день.

На фоне проводимого лечения состояние улучшилось – боли уменьшились, нет изжоги, тошноты, рвоты.

Из перенесенных заболеваний отмечает редкие ОРЗ. На диспансерном учете не состоит. За медицинской помощью не обращалась много лет. Аллергий нет. Курит 7 лет. Алкоголь употребляет эпизодически. Режим питания нерегулярный. Не работает, на учете в органах труда и занятости населения не состоит, уволилась с прежнего места работы 26.02.07.

Объективно: Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Щитовидная железа не увеличена. Молочные железы без уплотнений. Суставы не изменены. Язык без особенностей. Зубы без патологии. Зев без особенностей. Миндалины не изменены. Перкуторно над всей поверхностью легких ясный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ясные, шумов нет. Пульс 70 в минуту, ритмичный, хорошего наполнения и напряжения. АД 110/70 мм. рт. ст. на обеих руках. Живот мягкий, не вздут, безболезненный. Нижний край печени под краем реберной дуги, ровный, острый, умеренно эластичный. Отеков нет. Стул, мочеиспускание без особенностей.

**Оцените ситуацию по учебному алгоритму приёма амбулаторного больного, примите соответствующие решения и заполните учебную амбулаторную карту по предложенной в алгоритме схеме**

|  |
| --- |
| ОСМОТР ТЕРАПЕВТА  |
| Дата | 09.03.07 | ВН | 4 дня с 05.03.07 | Жалобы | на боли ноющего характера малой интенсивности в эпигастральной  |
| области после еды. |
| Анамнез: | В течение 2 мес. иногда беспокоили боли в эпигастральной области малой интенсивности и изжога после еды. В  |
| этих случаях самостоятельно эпизодически принимала маалокс. Настоящее ухудшение в течение 7 дней – 3-4.03.07 боли усилились вплоть  |
| до средней интенсивности, участились до 4 раз в день (после каждого приема пищи), увеличилась их продолжительность, изжога |
| беспокоила постоянно в течение дня, появились тошнота, рвота пищей 1-2 раза в день. Обратилась к участковому терапевту 5.03.07.  |
| Лечится по листку нетрудоспособности с 05.03.07. Было проведено обследование, назначено лечение: омепразол 40 мг. в сутки, маалокс 3  |
| раза в день. На фоне проводимого лечения состояние улучшилось – боли уменьшились, нет изжоги, тошноты, рвоты. Из перенесенных  |
| заболеваний отмечает редкие ОРЗ. На диспансерном учете не состоит. За медицинской помощью не обращалась много лет. Аллергий нет. Курит 7 лет. Алкоголь употребляет эпизодически. Режим питания нерегулярный. Не работает, на учете в органах труда и занятости населения не состоит, уволилась с прежнего места работы 26.02.07. |
| Общее состояние: | Удовлетворительное |
| Кожные покровы: | Обычные |  | Лимфатические узлы: | не пальпируются | Щитовидная железа: | не увеличена |
| Молочные железы: | без уплотнений | Суставы | не | изменены |  |
| Зев: чистый, гиперемированный |  | Состояние зубов | без патологии |
| Миндалины: обычные, рыхлые, увеличенные, уменьшенные |  |
| Притупление перкуторного звука над легкими в области | Нет |
| В легких: дыхание везикулярное |  | Хрипы: | нет |
| Тоны сердца: ясные, приглушенные (I,II), акцент II тона на аорте; шум систолический | нет |
| диастолический | Нет | , | III и IV тоны на верхушке. | Пульс | 70 | уд.вмин |
| Ритмичный, ~~аритмичный,~~ наполнения и напряжения ~~малого, удовлетворительного,~~ хорошего~~, напряжен~~ |  |
| АДD | 110/70 | АДS | 110/70 | Язык: чистый, влажный, обложен |  | налетом. Живот мягкий | не | вздут; | без |
| болезненный |  | Печень | не | увеличена |  | , | край | ровный, острый, не |
| уплотненный |  | , |  | болезненный | Стул: нормальный, неустойчивый |  |
| Мочеиспускание: нормальное, болезненное, учащенное |  |
| Дополнительные данные (в т.ч. проведенное ранее обследование) | 7.03.07 ФГДС: 2 язвы антрального отдела желудка 8\*5 мм., 10\*8 мм.,  |
| мазок Нр ++++ |
| Диагноз | Язвенная болезнь желудка, обострение (две язвы антрального отдела желудка) |
|  |
| Группа «Д» наблюдения (Д1,Д2,Д3) | Нет |

|  |  |
| --- | --- |
| **Назначения** | **Обследование** |
| Нормализация режима питания | Основные мероприятия |  |
| Уменьшение количества употребляемого алкоголя | Анализ крови: эритроциты, гемоглобин, цветовой показатель, |
| Отказ от курения | лейкоциты, лейкоцитарная формула |
|  |  |
| Лечение в течение 7 дней: |  |
| Омепразол 20 мг. 2 раза в день |  |
| Амоксициллин 1000 мг. 2 раза в день |  |
| Метронидазол 500 мг. 2 раза в день |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | Дополнительные мероприятия (указать показания) |  |
|  | Не требуются |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Госпитализация (экстренная, плановая) в стационар круглосуточного, дневного пребывания, направление к специалисту | не требуются |
| Показания |  |
|  |
| Л/Н№\* | - | Срок (даты продолжительность) | На 3 дня, с 10.03 по 12.03 |
| Активное посещение (дата) |  | Повторная явка (дата) | 12.03.07 |
| Врач |  |
|  План дальнейшего ведения пациента |
| Планируемое дальнейшее обследование: |  |
|  |
| Основные мероприятия | ЭФГДС через 8 недель |
|  |
|  |
| Дополнительные мероприятия (указать показания) |  |
| Не требуются |
|  |
| Планируемое дальнейшее лечение (перечислить медикаментозные и иные воздействия): |
| Ранитидин 150 мг. 2 таблетки вечером в течение 7 недель |
|  |
|  |
|  |
| Группа диспансерного наблюдения | Д3 | План диспансерного наблюдения или профилактических мероприятий: |
| Осмотр терапевта июнь, сентябрь, декабрь 2007 г., март 2008 г. |
| Гастродуоденоскопия март 2008 г.  |
| Анализ кала на скрытую кровь, анализ крови клинический июнь, сентябрь, январь |
| Диета. Режим питания. Санаторно-курортное лечение. Отказ от курения. |
| ФЛГ, осмотр гинеколога - апрель 2007 г |
|  |
| . |
| Санаторно-курортное лечение: |  |
| санаторно-курортное лечение на курортах с питьевыми минеральными водами и лечебными грязями, а так же в местных санаториях |
|  |
|  |
| Планируемый срок временной нетрудоспособности | 7-16 дней |
| Трудовой прогноз – благоприятный, неблагоприятный, сомнительный, неопределенный |

|  |
| --- |
| ОСМОТР ТЕРАПЕВТА  |
| Дата |  | ВН |  | Жалобы |  |
|  |
| Анамнез: |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Общее состояние: |  |
| Кожные покровы: | Обычные |  | Лимфатические узлы: |  | Щитовидная железа: |  |
| Молочные железы: |  | Суставы |  | изменены |  |
| Зев: чистый, гиперемированный |  | Состояние зубов | без патологии |
| Миндалины: обычные, рыхлые, увеличенные, уменьшенные |  |
| Притупление перкуторного звука над легкими в области |  |
| В легких: дыхание везикулярное |  | Хрипы: |  |
| Тоны сердца: ясные, приглушенные (I,II), акцент II тона на аорте; шум систолический |  |
| диастолический |  | , | III и IV тоны на верхушке. | Пульс |  | уд.вмин |
| Ритмичный, аритмичный, наполнения и напряжения малого, удовлетворительного, хорошего, напряжен |  |
| АДD |  | АДS |  | Язык: чистый, влажный, обложен |  | налетом. Живот мягкий |  | вздут; |  |
| болезненный |  | Печень |  |  |  | , | край | ровный, острый, не |
| уплотненный |  | , |  | болезненный | Стул: нормальный, неустойчивый |  |
| Мочеиспускание: нормальное, болезненное, учащенное |  |
| Дополнительные данные (в т.ч. проведенное ранее обследование) |   |
|  |
| Диагноз |  |
|  |
| Группа «Д» наблюдения (Д1,Д2,Д3) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Назначения** | **Обследование** |
|  | Основные мероприятия |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | Дополнительные мероприятия (указать показания) |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Госпитализация (экстренная, плановая) в стационар круглосуточного, дневного пребывания, направление к специалисту |  |
| Показания |  |
|  |
| Л/Н№\* | - | Срок (даты продолжительность) |  |
| Активное посещение (дата) |  | Повторная явка (дата) |  |
| Врач |  |
|  План дальнейшего ведения пациента |
| Планируемое дальнейшее обследование: |  |
|  |
| Основные мероприятия |  |
|  |
|  |
| Дополнительные мероприятия (указать показания) |  |
|  |
|  |
| Планируемое дальнейшее лечение (перечислить медикаментозные и иные воздействия): |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Группа диспансерного наблюдения | Д3 | План диспансерного наблюдения или профилактических мероприятий: |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| . |
| Санаторно-курортное лечение: |  |
|  |
|  |
|  |
| Планируемый срок временной нетрудоспособности |  |
| Трудовой прогноз – благоприятный, неблагоприятный, сомнительный, неопределенный |