**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ**

**КАФЕДРА «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ 2»**

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

на заседании кафедры\_\_\_\_\_\_\_ Председатель УМС

Прот.№\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_2022 г факультета

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

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

План-разработка практического занятия №6

на тему: «**Синдром язвенного поражения желудка и двенад. кишки». «Симптоматология язвенной болезни желудка и двенад.кишки».**

по дисциплине: **«Внутренние болезни »**

для студентов, обучающихся по специальности:

**(560002) Педиатрия**

Составитель: Тажибаева У.Ж.

**Тема практического занятия:**

«**Синдром язвенного поражения желудка и двенад. кишки». «Симптоматология язвенной болезни желудка и двенад.кишки».** (100 мин)**Актуальность темы:** Система органов пищеварения - одна из наиболее сложных и актуальных проблем в медицине. Это обусловлено ростом заболеваемости, трудностью ранней диагностики, частым развитием осложнений и недостаточной разработкой программы медицинской, социальной, физической реабилитации больных.

**ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ**

Цель занятия: студенты должны знать синдром язвенного поражения желудка и двенад.кишки, симптоматологию язвенной болезни желудка и двенад.кишки.

**План занятия:**

* Ознакомление с тактикой ведением больных;
* Демонстрация практических навык ;
* Оценка и обсуждения.

**Задачи:**

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

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

 3. Формировать готовность и способность мобилизовать профессионально важныекачества (толерантность, ответственность, способность работать в коллективе, стремление к саморазвитию), обеспечивающие продуктивность трудовойдеятельности специалиста.

**Вид занятия:**практическое

**Средства обучения и контроля:**

 1. методическая разработка занятия

 2. учебно-методическое пособие для самоподготовки студентов к занятию

 3. дидактические средства контроля и тренажа:

1. тестовыезадания;
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. Общепрофессиональные дисциплины- Анатомия и физиология человека- Латинский язык | * Терминология.
 |
|  Диагностическая деятельность- Пропедевтика клинических дисциплин  | * Синдром язвенного поражения желудка и двенад.кишки.
* Симптоматология язвенной болезни желудка и двенад.кишки.
 |
|  Общепрофессиональные дисциплины- Клиническая фармакология  |  |

**Внутридисциплинарные связи:**

Методы исследования больного

 **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 уметь:***

* проводить обследование пациента;
* определять тяжесть состояния пациента;
* выделять ведущий синдром;
* проводить дифференциальную диагностику;
* работать с портативной диагностической аппаратурой;
* оказывать посиндромнуюмедицинскую помощь;
* оценивать эффективность оказания медицинской помощи;
* контролироватьосновныепараметрыжизнедеятельности;
* осуществлятьфармакотерапию;
* осуществлятьмониторингсостоянияпациента;

**Карта компетенции:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Код и формулировка компетенций** | **Результаты обучения (ООП)** | **Результат обучения (дисциплины)** | **Результаты обучения (темы)** |
| **1** | **ПК-2**- способен проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, результаты современных лабораторно-инструментальных исследований, морфологического анализа биопсийного, операционного и секционного материала больных, оформить медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного ребенка.**ПК-3**-способен проводить патофизиологический анализ клинических синдромов, использовать обоснованные методы диагностики, лечения, реабилитации и профилактики среди детей с учетом их возраста.**ПК-12-**способен анализировать результаты основных клинико-лабораторных методов исследования и оценить функциональное состояние детского организма с целью своевременной диагностики заболеваний. | **РО 4** - Владеет теоретическими и практическими знаниями по анатомо-физиологическим особенностям детского организма, семиотики их поражения, объективного, лабораторно-инструментального методов исследования.РО5 = ПК2 + ПК3+ПК12 | **РОд- 1**способен анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических особенностей и умеет применять фундаментальные знания при оценке морфофункциональных и физиологических состояний организма для своевременной диагностики заболеваний и выявления патологических процессов.**РОд-2:**способен выполнять основные лечебные мероприятия при наиболее часто встречающихся заболеваниях и состояниях у взрослого населения и умеет применить фундаментальные знания (анатомо-топографическое и гистофизиологическое обоснование) и основ физикального обследования. | **РОт**: Знает и понимает: этиологию, патогенез, классификацию, клиническую картину.- Методы современной диагностики и дифференциальный диагнозc учетом их течения и осложнения.Умеет на основании жалоб, анамнеза, физикального обследования:- дифференцировать больных - составить план лабораторного и инструментального обследования для подтверждения предполагаемого диагноза и интерпретировать полученные результаты;- сформулировать развернутый клинический диагноз, руководствуясь современной классификацией ;- произвести детализацию диагноза у конкретного больного, а именно, этиологию, механизм развития болезни, осложнений; - произвести обоснование клинического диагноза у больного с оценкой результатов обследования и выявить критерии диагностики;Владеет: - методикой назначения адекватной индивидуальной терапии;- навыками определения прогноза у конкретного больного;- мерами вторичной профилактики и экспертизы трудоспособности; – навыками оказания первой медицинской помощи при неотложных состояниях. |

**Ход занятия**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Этапы занятия** | **Цели этапов занятия** | **Деятельность преподавателя** | **Деятельность студента** | **Методы, механизмы** | **Результаты обучения** | **Оборудование занятия** | **Время**  |
| 1 | Организационный момент | Ознакомление с новой темой, его вопросами | Преподаватель объявляет тему, цели занятия, акцентирует внимание на важности, сложности изучения данной темы; объясняет ход занятия | Записывают тему и его вопросы и важные аспекты по теме. | Мозговой штурм:Вызвать интерес к изучениюматериала, мобилизовать внимание студентов. Дается один вопрос на который ожидается полноценный и четкий ответ. | Обращение внимание студентов к занятию, способность развить клиническое мышление. | Доска с проектором, слайд  | 10мин |
| 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.) | 20мин |
| 3 | Изложение новой темы  | Расширение знаний студентов по новой теме, сформировать навыков умения их использовать на практических занятиях | Объяснить, показать и довести до студента новую тему, акцентируя на основных моментах темы. | Усидчивость и внимательность студентов способствует лучшему усвоению темы. | Презентации слайдов, демонстрация в натурщике | Сформируется теоретическая база знаний и умений, для использования их на практических занятиях  | Доска с проектором, презентационный материал, натурщик | 30 мин |
| 4 | Перерыв |  |  |  |  |  |  | 10мин |
| 5 | Закрепление новой темы и подведение итогов | Определение и анализ освояемости пройденного материала, внесение измений на его содержание | Демонстрация тестового задания и ситуационных задач. | Группа делиться на 2 команды задают блиц вопросы. В решении задач принимают участие все студенты группы; дополняют, исправляют ответы друг друга. Преподаватель контролирует, обобщает ответы студентов | Решение ситуационных задач или тестовых вопросов. | Самостоятельно используют полученные знания по теме, сформируются познавательные компетенции | Перечень ситуационных задач (Прил.2.) | 10мин |
| 6 | Практическая часть | Создание проблемной ситуацииАктивизация мыслительной деятельности. | Демонстрирование ситуации | В решении задач принимают участие все студенты группы; дополняют, исправляют ответы друг друга. Преподаватель контролирует, обобщает ответы студентов | Работа с чек – листом | Акцентирование внимание студентов на рассматриваемые вопросы, участие в командных обсуждениях, свободно выражают свои мнения | Доска с проектором, презентационный материал, чек-листы, натурщик. градусник, фонендоскоп, тонометр, шпатель, пикфлоуметр, таблица объемов легких,. лекарственные препараты (аннотации) | 20мин |
| 7 | 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.) | 5 мин |

**Содержание темы:**

Студенты должны продемонстрировать «Прием больного».

* Прием больного.
* Расспрос жалоб.
* Сбор анамнеза.
* Осмотр больного.
* Осмотр ротовой полости.
* Пальпация.
* Перкуссия.
* Аускультация.
* Определение ЧД.
* Определение АД.
* Определение пульса.
* Оценка дыхания.
* Постановка предварительного диагноза.
* Выбор лабораторных методов исследования.
* Выбор инструментальных методов исследования.
* Выбор тактики лечения.
* Выбор лекарственных средств.

Студент должен озвучить каждое свое действие, выбор, выводы.

**Формы проверки знаний:**

* Оперативный опрос на разрезе текущего контроля;
* Тестовые задания на разрезе рубежного контроля.

**Литература:**

# Учебно-методическое обеспечение дисциплины

**Основная литература:**

1. «Пропедевтика внутренних болезней» Василенко В.Х. и Гребенев А.Л.

2. «Пропедевтика внутренних болезней» Мамасаидов А.Т

 3. «Пропедевтика внутренних болезней» Молдобаева М.С.

 4. «Пропедевтика внутренних болезней» Шелагуров А.А.

 5. «Ичкиооруларпропедевтикасы.» Сакибаев К.Ш.

**Дополнительная литература:**

1. «Пропедевтика внутренних болезней» Малов Ю.С.

2. «Пропедевтика внутренних болезней» Мухин Н.Ф.

**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:**

 *Определение*. **Язвенная болезнь (ЯБ)** – хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии, ведущим проявлением которого служит образование дефекта (язвы) в стенке желудка и двенадцатиперстной кишки.

*Этиология и патогенез*. **Язвенная болезнь** – полиэтиологическое, генетически и патогенетически неоднородное заболевание. Большое значение имеет наследственная отягощенность (генетически детерминированная высокая плотность париетальных клеток, их повышенная чувствительность к гастрину, дефицит ингибиторов трипсина, врожденный дефицит антитрипсина и др.) При воздействии неблагоприятных факторов (инфицирование Helicobacter pylori, длительная погрешность в питании, психоэмоциональный стресс, вредные привычки) реализуется генетическая предрасположенность к развитию ЯБ . В основе патогенеза ЯБ лежит нарушение равновесия между факторами кислотнопептической агрессии желудочного содержимого и элементами защиты слизистой оболочки (СО) желудка и двенадцатиперстной кишки . Усиление факторов агрессии или ослабление факторов защиты приводят к нарушению этого равновесия и возникновению язвы. К факторам агрессии относят гиперпродукцию соляной кислоты, повышенную возбудимость обкладочных клеток, обусловленную ваготонией, инфекционные факторы (Helicobacter pylori), нарушение кровоснабжения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, нарушение антродуоденального кислотного тормоза, желчные кислоты и лизолецитин. Факторами защиты являются слизистый барьер, муцин, сиаловые кислоты, бикарбонаты – обратная диффузия ионов водорода, регенерация, достаточное кровоснабжение слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, антродуоденальный кислотный тормоз. В конечном итоге, формирование язвенного дефекта обусловлено действием соляной кислоты (правило К.Schwarz «Нет кислоты – нет язвы») на слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки, что позволяет считать антисекреторную терапию основой лечения обострений язвенной болезни. Решающая этиологическая роль в развитии ЯБ в настоящее время отводится микроорганизмам H.pylori, обнаруженным в 1983 г. австралийскими учеными 8 Б.Маршаллом (B.Marshall) и Дж.Уорреном (J.Warren). Эти бактерии вырабатывают целый ряд ферментов (уреаза, протеазы, фосфолипазы), повреждающих защитный барьер слизистой оболочки, а также различные цитотоксины. Обсеменение слизистой оболочки желудка Н.pylori сопровождается развитием поверхностного антрального гастрита и дуоденита и ведет к повышению уровня гастрина с последующим усилением секреции соляной кислоты. Избыточное поступление соляной кислоты в просвет двенадцатиперстной кишки в условиях относительного дефицита панкреатических бикарбонатов способствует усилению дуоденита, возникновению кишечной метаплазии и распространению Н.pylori. При наличии наследственной предрасположенности и действии дополнительных этиологических факторов (погрешности в питании, нервно-психические стрессы и др.) формируется язвенный дефект. **Инфекция *H. pylori***является причиной более половины случаев язв двенадцатиперстной кишки и желудка. Выживание *H. pylori*в кислой желудочной среде является возможным благодаря продуцируемой бактериями уреазе, которая разлагает мочевину с высвобождением ионов аммония, а те нейтрализуют соляную кислоту. Первоначально *H. pylori*вызывает острое воспаление препилорической части желудка, переходящее после нескольких недель в хроническое, и гипергастринемию, которая вызывает увеличение выделения соляной кислоты, которая играет важную роль в патогенезе язвы двенадцатиперстной кишки. Все НПВП, в том числе ацетилсалициловая кислота (АСК, также в кардиологических дозах), повреждают слизистую оболочку пищеварительного тракта, главным образом за счет уменьшения продукции простагландинов вследствие торможения активности циклооксигеназы типа 1 (СОХ-1). Кроме того, они тормозят проаггрегационную активность  тромбоцитов, что способствует кровотечениям. Антитромбоцитарный препарат, клопидогрель, ослабляет ангиогенез и может ухудшать заживление эрозий и язв слизистой оболочки желудка, появившихся в результате действия других лекарственных препаратов или инфекции *H. Pylori*. Применение этого препарата нужно учитывать при оценке язвенного риска.

**Факторы риска**повреждения слизистой оболочки НПВП: перенесенная пептическая язва или язвенное кровотечение, инфекция *H. pylori*, возраст >60 лет, одновременное применение нескольких НПВП или в большой дозе, одновременное применение ГКС (проульцерогенное действие ГКС не доказано) или антикоагулянтов.

**Язва желудка и 12-перстной кишки**

Ранее в нашей стране широко использовался термин «язвенная болезнь». В настоящее время в соответствии с МКБ 10 вместо термина язвенная болезнь в качестве синонима рекомендуется термин пептическаяязва с указанием локализации (желудка, 12-перстной кишки).

Под этим заболеванием понимают хроническое, рецидивирующее заболевание, при котором в период обострения образуется пептическая язва в желудке или 12-перстной кишке. Выделяют также симптоматические язвы желудка и 12-перстной кишки. По этиологии и патогенезу они отличные от пептической язвы и являются лишь одним из местных желудочных или дуоденальных проявлений других заболеваний.

**К симптоматическим язвам относятся:**

1. язвы непептические(туберкулезные, сифилитические и др.);
2. язвы лекарственные; "ишемические", сопутствующие атеросклерозу, застойной сердечной недостаточности; гормональные; острые стресс-язвы при инфаркте миокарда, ожоговой болезни.

Язвенная болезнь относится к числу распространенных заболеваний - она встречается у 10­13% лиц с заболеваниями органов пищеварения. По данным различных статистических материалов она отмечается у 1-3% взрослого населения. Городское население страдает этим заболеванием чаще, чем жители села. Язвенной болезнью болеют преимущественно молодые и среднего возраста муж­чины (25-40 лет). Соотношение женщин и мужчин приблизительно 1:3; 1:4. Женщины чаще заболе­вают после менопаузы. Язва двенадцатиперстной кишки встречается примерно в 3 раза чаще, чем язва желудка.

**Этиология**

Основную роль в развитии язвенной болезни сейчас отводят Helicobacterpylori. Существует несколько механизмов, с помощью которых этот микроорганизм вызывает развитие заболевания.

1. Воздействие вакуолизирующегоцитотоксинаVacA, который вырабатывает большинство штаммов H. pylori и аммиака, образующегося при расщеплении мочевины уреазой, приводит к ва­куолизации эпителиальных клеток и их гибели. В результате действия бактериальных ферментов на­рушается целостность мембран эпителиальных клеток и снижается их резистентность к повреждаю­щим факторам. Кроме того, фосфолипазы способны нарушать защитную функцию желудочной сли­зи.
2. Воспалительная реакция, развивающаяся в слизистой оболочке желудка в ответ на внедре­ние H. pylori, сама по себе способствует нарушению целостности желудочного эпителия.
3. У больных, инфицированных H. pylori, повышаются концентрации сывороточного гастрина (пептидный гормон, секретируемый антральнымиG-клетками и стимулирующий желудочную сек­рецию) и пепсиногена (вырабатывается главными клетками фундальных желез слизистой оболочки дна желудка), что считают важным фактором риска развития хронического гастрита и язвы двена­дцатиперстной кишки.

Кроме этого, выделяют также предрасполагающие факторы:

1. отягощенная наследственность;
2. неблагоприятные условия внешней среды, среди которых ведущее место занимают нерегулярное питание, а также курение, прием алкоголя, частые стрессы и нервно-психические травмы.

Выделяют также генетические маркеры:

1. наличие О (I) группы крови;
2. неспособность секретировать аглютиногены крови АВ в желудок;
3. врожденный дефицит (Xi-антитрипсина, р2-макроглобулина, которые в норме обеспечивают защиту слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки от агрессии ацидопептическо- го фактора и участвуют в процессах регенерации;
4. дефицит в желудочной слизи фукогликопротеиновигликозаминов, входящих в состав желудоч­ной и дуоденальной слизи и являющихся основным химическим протектором слизистой оболоч­ки желудка и двенадцатиперстной кишки;
5. генетически обусловленное увеличение количества обкладочных клеток (до 2 млрд, при норме 1 млрд), обусловливающей существенное повышение кислотной продукции.

Генетические маркеры отягощенности ЯБ примерно в 3 раза чаще выявляются у кровных род­ственников больных по сравнению с общей популяцией. У больных ЯБ чаще всего определяются ан­тигены HLA В5, В14 и В15; при их наличии частота развития язв возрастает примерно в 3 раза. Хотя женщины болеют в 3-4 раза реже, чем мужчины, тем не менее, у них определяется большая генети­ческая предрасположенность к ЯБ (женщины являются носителями гена). При наличии полигенного блока наследственных факторов ЯБ у конкретного человека ее развитие возможно только при воз­действии на организм комплекса неблагоприятных влияний окружающей среды. Среди них основное значение имеют нервно-психические факторы, неправильное питание, вредные привычки, пилориче­ский хеликобактер и лекарственные воздействия.

Пусковым механизмом развития ЯБ могут быть длительные психоэмоциональные перегрузки, повторные психические травмы, трудные жизненные ситуации. Вместе с тем, психические воздейст­вия являются лишь кофакторами, которые взаимодействуют с генетической предрасположенностью.

Нарушения ритма и характера питания, быстрая еда и еда всухомятку, различные приправы и специи способны вызвать раздражение и секреторные изменения слизистой оболочки желудка.

В возникновении ЯБ имеют значение вредные привычки, такие как курение, злоупотребление алкоголем и кофе. Известно, что никотин способствует гиперплазии париетальных клеток и вызыва­ет гиперацидность желудочного сока, повышает уровень пепсиногена в крови, угнетает слизеобразование в результате снижения синтеза простагландинов и кровотока, способствует дуоденогастральному рефлюксу. Алкоголь повреждает слизисто-бикарбонатный барьер, усиливая обратную диффу­зию ионов водорода. Кофе стимулирует секрецию соляной кислоты и пепсина.

Нестероидные противовоспалительные средства вызывают резкое торможение синтеза мест­ных простагландинов группы Е с ослаблением их цитопротекторного действия на слизистую обо­лочку желудка и двенадцатиперстной кишки.

В основе патогенеза язвенной болезни лежит нарушение динамического равновесия между факторами агрессии и защиты слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

**Клиническая картина**

Клинические проявления язвенной болезни разнообразны и зависят от многих факторов, на­пример, возраста, пола, давности заболевания и, что особенно важно, от локализации язвы.

Ведущим симптомом является больвэпигастральной области. Боль, как правило, периодиче­ская, связанная с приемом пищи. Различают ранние боли - боли, возникающие через 15-20 минут после еды, они типичны для локализации язвы в желудке. Поздние боли - это боли, возникающие на высоте пищеварения, через 1,5-2 часа после еды. Эти боли характерны для язвы, расположенной около привратника и в 12-перстной кишке. Болевые ощущения могут отмечаться и по утрам, нато­щак (так называемые "голодные боли"), а также ночные боли, которые также характерны для язвы в 12-перстной кишке. Важно отметить, что после приема пищи, особенно жидкой (молока и др.), боли могут исчезать или уменьшаться, а возобновляются они через 1,5-2 часа.

Что касается точной локализации болей, то следует отметить, что при язве желудка боли ощущаются в подложечной области выше пупка, при язве 12-перстной кишки - справа от средней линии живота (в области проекции луковицы 12-перстной кишки). Боли могут иррадиировать в ле­вый сосок, за грудину, в левую лопатку, грудной отдел позвоночника.

Болевой приступ возникает вследствие раздражающего действия желудочного сока на язву, рефлекторного усиления перистальтики желудка, спазма его мускулатуры в зоне язвы или спазма привратника. Боли могут отмечаться в связи с перигастритом, перидуоденитом или пенетрацией яз­вы в соседние органы. Но тогда они становятся постоянными.

Рвота. Наблюдается у 70% больных. Возникает она, как правило, без предшествующей тош­ноты, на высоте болей, принося чувство облегчения. Вот почему некоторые больные ее вызывают искусственно. Рвота объясняется сильным спазмом привратника и мощной антиперистальтической волной. Открывается кардиальная часть пищевода и содержимое желудка выбрасывается наружу.

Нередки жалобы на отрыжку кислым и изжогу. Появление изжоги связано с забрасыванием желудочного содержимого в нижнюю треть пищевода вследствие недостаточности кардиального сфинктера. Она чаще наблюдается при повышенной кислотности желудочного сока, но может быть и при нормальной или даже пониженной кислотности желудочного содержимого.

Аппетит при язвенной болезни 12-перстной кишки нередко повышен. Однако связь болей с приемом пищи вызывает иногда у больных страх перед едой (citofobia).

Уменьшение массы тела наблюдается при осложнении язвенной болезни - стенозе приврат­ника или раковом перерождении язвы.

Запорьтщ язвенной болезни обусловлены снижением перистальтики кишечника и, по- видимому, снижением секреторной его функции, чаще наблюдаются при повышенной кислотности желудочного содержимого.

Общие симптомы заболевания: слабость, сердцебиение, реже боли в области сердца, кото­рые у молодых людей связаны с нарушением функции вегетативной нервной системы, у пожилых - с рефлекторной стенокардией. Артериальное давление у большинства больных несколько понижено.

При физикальном обследовании в связи с преобладанием тонуса парасимпатической нервной системы может отмечаться цианоз кистей и влажность ладоней, усиленное потоотделение, выражен­ный красный, реже белый, дерматографизм. Язык обложен беловатым налетом при локализации язвы в желудке, а при язве в 12-перстной кишке - чист. На коже живота нередко обнаруживается коричне­вая пигментация кожи от длительного применения грелок.

При поверхностной или глубокой пальпацииэпигастрия определяется болезненность обычно справа и несколько выше пупка. У ряда больных отмечается мышечное напряжение вследствие во­влечения в процесс брюшины, что подтверждается симптомом Менделя (болъ при отрывистых уда­рах пальцем кисти по подложечной области). Обнаружение позднего шума плеска справа от средней линии (симптом Василенко) свидетельствует о нарушении эвакуаторной функции желудка. У ряда больных определяются

болевые точки на уровне тел и остистых отростков грудных и поясничных позвонков (симптом Боаса, Опенховского)

Секреторная функция желудка. Высокие показатели секреции характерны для пилородуо- денальных язв. Секреция в межпищеварительный период (базальная, ночная) нередко достигает зна­чительной величины. У страдающих язвенной болезнью 12-перстной кишки повышено кислото- и пепсиногеновыделение. При язве тела и кардиального отдела желудка в большинстве случаев пока­затели секреции либо понижены, либо не отличаются от нормы.

Рентгенологическое исследование. Прямым признаком язвы является наличие язвенной "ниши" (дефекта стенки желудка или 12-перстной кишки, заполняющегося контрастным веществом и выступающего за линию контура желудка). Иногда ниша выявляется не на контуре, а на рельефе слизистой оболочки в виде контрастного пятна, в котором задерживается некоторое количество кон­траста после прохождения его основной части в дистальные отделы кишечника.

Однако синдром «ниши» выявляется в 80-85% случаев. Причиной этого являются маленькие размеры язвы, наличие воспалительного вала вокруг язвы, резкая гипертрофия складок слизистой.

Фиброгастроскопическое исследование играет огромную роль в постановке диагноза. Оно позволяет не только обнаружить язву, но и произвести биопсию области язвы, что позволит не про­пустить ее озлокачествление. Это особенно важно при локализации язвы в желудке. В настоящее время фиброгастроскопический метод позволяет производить и лечебные манипуляции, такие, как облучение лазерным излучением, орошение лекарственными препаратами.

 **Течение заболевания**

В течении хронической язвенной болезни можно выделить три стадии:

* I стадия - функциональных расстройств (предъязва);
* II стадия - органических изменений в желудке, 12-перстной кишке;
* III стадия - рубцевания и послеязвенных осложнений.

Из особенностей язвенной болезни у женщин следует отметить то, что язвы имеют меньшие размеры, чем у мужчин, и течение у них более благоприятное. Меньше частота осложнений и луч­шие результаты консервативного лечения.

Осложнения. Их целесообразно разделить на две группы:

1. связанные непосредственно с прогрессированием процесса, углублением язвы, ее транс­формацией;
2. связанные с реакцией ряда органов и систем на патологические изменения, развивающиеся в гастродуоденальной зоне.

К осложнениям первой группы относятся: кровотечение, перфорация или прободение язвы, стеноз привратника, пенетрация язвы, озлокачествление (малигнизация).

К осложнениям второй группы относятся: спастическая дискинезия кишечника, дискинезия желчевыводящих путей, реактивный панкреатит, реактивный гепатит.

**Лечение**

Лечение больных язвой желудка и 12-перстной кишки, как правило, проводят амбулаторно, только при осложненном течении желательно проводить в стационаре.

Диета П1 А, П1 - предусматривает механическое, термическое и химическое щажение желуд­ка.

Лекарственная терапия назначается для подавления избыточной продукции соляной кисло­ты и пепсина. С этой целью используются блокаторы Нг-рецепторов: фамотидин, ранитидин, низатидин. Эти препараты положительно влияют и на репаративные процессы в слизистой оболочке же­лудка и двенадцатиперстной кишки. Однако наиболее активными препаратами, угнетающими желу­дочную секрецию являются ингибиторы «протонового насоса» обкладочных клеток - омепразол, пантопрозол.

Для снижения активности кислотно-пептического фактора можно в первые 2-3 недели приме­нять антациды (алмагель, фосфалюгель, гефал). Для защиты слизистой оболочки желудка и двена- дцатипертной кишки назначаются висмута нитрат основной, коллоидный субцитрат висмута или су- кралфат.

Для уничтожения Helicobacterpylori применяется та же терапия, как и при лечении хрониче­ского гастрита, ассоциированного с Helicobacterpylori (см выше). Репаранты, т.е. средства, влияю­щие на тканевой обмен (солкосерил, актовегин, метилурацил и др.), применяются чаще для стимуля­ции процессов репарации слизистой оболочки желудка при язве в желудке.

Физиотерапевтические методы лечения (аппликации озокерита, парафина, электрофорез ново­каина, платифиллина, амплипульс и диадинамотерапия) применяются только при неосложненном течении заболевания.

В период ремиссии язвенной болезни исключаются курение, употребление алкоголя, крепкого кофе и чая, нестероидных противовоспалительных средств, рекомендуется соблюдение диеты, ре­жима труда, отдыха, санаторно-курортное лечение на бальнеологических курортах (Моршин, Друскенинкай, Миргород).

При впервые выявленном, редко рецидивирующем заболевании весной и осенью в течение 1-2 месяцев рекомендуется профилактическое лечение, включающее блокаторы Нг-рецепторов.

Вопрос:

1.К факторам, предрасполагающим к развитию язвенной болезни, относятся все перечисленные, кроме:

Варианты ответа:

1. Генетических
2. Дисфункции вегетативной нервной системы
3. Приема ульцерогенных препаратов
4. Заболеваний печени, желчных путей и поджелудочной железы
5. Алиментарного

Вопрос:

2.К факторам агрессии, способствующим развитию язвенной болезни, относятся все перечисленные, кроме:

Варианты ответа:

1. Соляной кислоты
2. Муцина
3. Пепсина
4. Нарушения эвакуаторной функции желудка
5. Дуодено-гастрального рефлюкса

Вопрос:

3.К факторам защиты, препятствующим развитию язвенной болезни, относятся все перечисленные, кроме:

Варианты ответа:

1. Нейтрализующей способности бикарбонатной щелочности
2. Слоя защитной слизи
3. Регенераторной способности поверхностного эпителия
4. Увеличения количества париетальных клеток
5. Расстройств кровообращения

Вопрос:

4.Острые изъязвления желудка и 12-перстной кишки развиваются после воздействия неблагоприятных факторов в течение ближайших:

Варианты ответа:

1. 24 часов
2. 36 часов
3. 72 часов
4. 4 суток
5. 6 суток

Вопрос:

5.Острые изъязвления, развивающиеся после обширных операций, травм, шока, локализуются преимущественно:

Варианты ответа:

1. В дне желудка
2. В теле желудка
3. В антральном отделе
4. В 12-перстной кишке
5. Верно а), б) и в)

Вопрос:

6.Язвы Курлинга преимущественно локализуются:

Варианты ответа:

1. В дне желудка
2. В теле желудка
3. В антральном отделе
4. В 12-перстной кишке
5. Преимущественной локализации нет

Вопрос:

7.Язвы Кушинга преимущественно локализуются:

Варианты ответа:

1. В дне желудка
2. В теле желудка
3. В антральном отделе
4. В 12-перстной кишке
5. В любом отделе пищевода, желудка и 12-перстной кишки

Вопрос:

8.Медикаментозные изъязвления преимущественно располагаются:

Варианты ответа:

1. В дне желудка
2. В теле желудка
3. В антральном отделе
4. В 12-перстной кишке
5. В любом отделе желудка и 12-перстной кишки

Вопрос:

9.Ведущим фактором в развитии острых изъязвлений слизистой желудка и 12-перстной кишки является:

Варианты ответа:

1. Нарушение слизисто-бикарбонатного барьера
2. Агрессивное действие соляной кислоты и пепсина
3. Нарушение кровообращения слизистой оболочки
4. Нарушение способности быстрой репарации слизистой
5. Снижение оксигенации

Вопрос:

10.Характерными особенностями болевого синдрома при язвенной болезни являются все нижеперечисленные, кроме:

Варианты ответа:

1. Четкого ритма возникновения
2. Связи с приемом пищи
3. Периодичности
4. Сезонности
5. Только б) и г)

Вопрос:

11.К клиническим проявлениям хронической дуоденальной непроходимости относятся все нижеперечисленные признаки, кроме:

Варианты ответа:

1. Тяжести и болей в животе
2. Горечи во рту
3. Рвоты с примесью желчи
4. Неустойчивого стула
5. Изжоги

Вопрос:

12.Выраженность болевых ощущений определяется нижеперечисленными факторами, кроме:

Варианты ответа:

1. Индивидуальной восприимчивости к боли
2. Локализации язвенного процесса
3. Возраста
4. Пола
5. Развития осложнений

Вопрос:

13.Уменьшению болей при язвенной болезни способствует все нижеперечисленное, кроме:

Варианты ответа:

1. Частого и дробного питания
2. Постельного режима
3. Местного применения холода
4. Рвоты на высоте болей
5. Приема антацидных препаратов