**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ**

**КАФЕДРА «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ 2»**

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

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

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

Прот.№\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_2019 г факультета\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

План-разработка практического занятия №1,2

**Тема №1: Диагностика, дифференциальный диагноз, лечение и профилактика**

**гастритов и язвенной болезни желудка.**

**Тема №2: Ведение больных с гастритами, ЯБЖ и ДПК.**

по дисциплине: **«Внутренние болезни 2 »**

для студентов, обучающихся по специальности:

**( 560002) Педиатрия**

Составители: зав. каф. Садыкова А.А., преподавтель Исмаилова Ф.У.

Ош – 2019

**Тема практического занятия №1:**

«**Диагностика, дифференциальный диагноз, лечение и профилактика гастритов и язвенной болезни желудка**». (50мин) **Тема №2: Ведение больных с гастритами, ЯБЖ и ДПК.** (50мин)

**План занятия №1:**

1. Определение гастритов.
2. Факторы риска гастрита и их классификация.
3. Особенности этиологии при различных типах гастритов.
4. Основные патогенетические механизмы развития гастрита.
5. Основные клинические симптомы и синдромы гастрита.
6. Методы обследования, применяемые для постановки диагноза.
7. Тактика лечения больных острым и хроническим гастритом.
8. Понятие ЯБЖ. Этиология и патогенез.
9. Классификация ЯБЖ.
10. Роль Хеликобактер Пилори в развитии гастритов и ЯБЖ.
11. Клиническая картина и основные синдромы ЯБЖ.
12. Дополнительные методы обследования больного ЯБЖ (ОАК, дыхательный тест на уреаплазму, рентгенологическое обследование).
13. Принципы диагностики и лечения гастритов и ЯБЖ. Эрадикационная терапия.

**План занятия №2:**

* 1. Ознакомление с тактикой ведения больных с гастритами, ЯБЖ и ДПК в отделении гастроэнтерологии;
	2. Демонстрация практических навыков по чек-листу;
	3. 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 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:**

* Дайте определение понятию «острый и хронический гастрит».
* Перечислите причины и факторы риска, приводящие к гастритам и язвенной болезни.
* Определите классификацию гастритов.
* Охарактеризуйте патогенез гастритов и ЯБЖ.
* Назовите диагностические методы обследования больных.
* Дайте определение понятию «язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки».
* Перечислите симптомы характерные для ЯБЖ и 12ПК.
* Расскажите диагностические методы язвенной болезни желудка и 12-пк: обследование и лабораторно-инструментальные данные.
* Назовите, применяемые при лечении ЯБЖ и 12ПК, лекарственные препараты.
* Перечислите схемы эрадикационной терапии.

**Цель практического занятия:** Научиться распознавать различные типы гастритов. Научиться составлять план обследования больных с гастритами и ЯБЖ и проводить дифференциальный диагноз. Научиться составлять план лечения больных с гастритами и ЯБЖ.

 **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. Общепрофессиональные дисциплины- Анатомия и физиология человека- Латинский язык | * Пищеварительная система.
* Терминология.
 |
|  Диагностическая деятельность- Пропедевтика клинических дисциплин  | * Методы обследования пациентов с заболеваниями ЖКТ.
* Дополнительные методы обследования пациентов с заболеваниями желудка.
 |
|  Общепрофессиональные дисциплины - Клиническая фармакология  | * Антибиотики.
* Препараты висмута.
* Блокаторы желудочного сока.
* Вяжущие средства, витамины.
 |

**Внутридисциплинарные связи:**

 1. Энтериты и колиты.

 2. Эзофагиты.

 3. Пептические язвы.

**Карта компетенции:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Код и формулировка компетенций** | **Результаты обучени (ООП)** | **Результат обучения (дисциплины)** | **Результаты обучения (темы)** |
| **1.** | ПК13- способен выявлять у пациентов основные симптомы и синдромы заболеваний, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ-10, выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных синдромов, угрожающих жизни. | **1.** РО 5 – Владеет алгоритмом постановки предварительного, клинического и заключительного диагнозов и методами проведения судебно-медицинской экспертизы..РО 6 – Умеет выполнять лечебные мероприятия наиболее часто встречающихся заболеваний и оказывать первичную медицнскую помощь при неотложных состояниях у детей и подростков. | **РОд-1:****Понимает и умеет объяснить**: - Этиологию, патогенез, классификацию, основные симптомы и синдромы заболеваний, рассматриваемых в данном курсе. (ПК-13) **Умеет** на основании жалоб, анамнеза, физикального обследования:- выявить у больного, изучаемые по теме, заболевания; (ПК-13)- составить план лабораторного и инструментального обследования для подтверждения предполагаемого диагноза и интерпретировать полученные результаты,- произвести детализацию диагноза у конкретного больного, а именно, этиологию, механизм развития болезни, осложнений; (ПК-13)**РОд-2:****Понимает и умеет объяснить:**- Критерии диагностики заболеваний, изучаемых на данном курсе;- Основные принципы лечения наиболее часто встречающихся заболеваний;- Меры профилактики заболеваний; (ПК-16)**Умеет:**- сформулировать развернутый клинический диагноз, руководствуясь современной классификацией болезней;- произвести обоснование клинического диагноза у больного с оценкой результатов обследования и выявить критерии диагностики; (ПК-16)**Владеет**: - методикой назначения адекватной индивидуальной терапии; (ПК-16)- навыками определения прогноза болезни у конкретного больного; (ПК-16) | **РОт**: Понимает и умеет объяснить: Этиологию, патогенез, классификацию, клиническую картину гастритов и ЯБЖ. - Методы современной диагностики и дифференциальный диагноз ЯБЖ с учетом их течения и осложнения.Умеет на основании жалоб, анамнеза, физикального обследования:- выявить у больного, симптомы гастритов и ЯБЖ;- составить план лабораторного и инструментального обследования для подтверждения предполагаемого диагноза и интерпретировать полученные результаты;- сформулировать развернутый клинический диагноз, руководствуясь современной классификацией гастритов и ЯБЖ;- 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 болезни у конкретного больного;- мерами вторичной профилактики и экспертизы трудоспособности. |
| **2.** | ПК16 - способен назначать больным детям и подросткам адекватное лечение в соотвествие с диагнозом. |
|  |  |  |  |  |

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

* проводить обследование пациента с гастритами и ЯБЖ;
* определять тяжесть состояния пациента;
* определять план обследования пациента с гастритами;
* проводить дифференциальную диагностику различных типов гастритов с другими патологическими состояниями;
* оценивать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования;
* определять тактику ведения пациента с гастритами и ЯБЖ;
* оказывать лечебные мероприятия при гастритах и ЯБЖ;
* оценивать эффективность лечебных мероприятий;

 ***После изучения темы занятия студент должен уметь рассказать и объяснить:***

* определение понятия «гастрит и язвенная болезнь желудка»;
* классификацию гастритов и ЯБ;
* причины развития, патогенез ЯБЖ и ДПК;
* клинические проявления гастритов в зависимости от вида, и ЯБЖ и ДПК в зависимости от локализации язвы;
* дополнительные методы диагностики гастритов и ЯБ;
* дифференциальную диагностику гастритов и язвенной болезни с другими патологическими состояниями;
* принципы лечения гастритов и ЯБЖ;
* критерии эффективности лечебных мероприятий при гастритах и язвенной болезни;
* показания к госпитализации пациентов с ЯБЖ и ДПК.

***После изучения темы студент должен владеть навыками*:**

* физикального обследования больного;
* проведения диагностических проб;
* пальпации живота;
* исследования желудочно-кишечного тракта;
* расчета основных и дополнительных показателей желудочного сока;

**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  | 2 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.) | 7 мин |
| 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 | 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.) | 8 мин |
| 5 | Оценивание студентов за участия на занятии  | Научить студентов к самооценке и применять 4х шаговый метод Пейтона. | Коррекция заданных вопросов. Разбор неясных вопросов. | 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.Формиров. пк2,пк17 | Преподаватель оценивает деятельность студентов и подводит общий итог занятия.Оценка преподавателем формируемых общих и профессиональных компетенций студентов. Преподаватель предлагает домашнее задание, благодарит студентов за занятие. | Примеры вопросов | 3 мин |

Ход занятия №2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **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 | 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) | 30мин |
| 3 | 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.) | 10 мин |
| 4 | 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 |  | 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 | 5 мин |

**Формы проверки знаний:**

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

 **Литература:**

**Основная:**

**Основная литература:**

1. «Внутренние болезни» 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».

 5. Лекционный материал.

 **Дополнительная литература:**

1. Внебольничная пневмония у взрослых. Клинические рекомендации (под ред. А.Г. Чучалина, А.И. Синопальникова).
2. «Внутренние болезни» Макаревич А.Э.
3. «Пропедевтика внутренних болезней» Малов Ю.С.
4. «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

**Тестовые задания для контроля исходного уровня знаний**

**Тема: Гастриты. ЯБЖ и ДПК.**

***Инструкция: Выберите один верный ответ***

1. Патогенез хронического атрофического гастрита обусловлен:

A. Инфицированием Helicobacter pylori.

Б. Рефлюксом дуоденального содержимого.

B. Появлением антител к париетальным клеткам желудка.

Г. Атеросклеротическим поражением артерий чревного ствола. Д. Появлением гранулем в подслизистом слое желудка.

2. Наиболее частая этиологическая причина хронического гастрита:

A. Дуоденально-гастральный рефлюкс.

Б. Helicobacter pylori.

B. Наличие антител в клетках слизистой оболочки желудка.

Г. Нарушение диеты.

Д. Злоупотребление алкоголем.

3. «Золотым стандартом» диагностики язвенной болезни двенадцатиперстной кишки считается:

A. Рентгенография желудка с барием.

Б. Клиническая картина заболевания.

B. КТ органов брюшной полости.

Г. ЭГДС.

Д. УЗИ органов брюшной полости.

4. Для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в стадии обострения характерно:

A. Боли в эпигастральной области, возникающие через 2 ч после приема пищи, чаще в ночное время.

Б. Боли в эпигастральной области, возникающие при физической нагрузке.

B. Боли в эпигастральной области, возникающие сразу после еды.

Г. Боли в эпигастральной области, зависящие от положения тела.

Д. Боли в эпигастральной области колющего характера, не связанные с приемом пищи.

5. Отметьте осложнения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки:

A. Кровотечение.

Б. Портальная гипертензия.

B. Желтуха.

Г. Асцит.

Д. Ахилия.

6. Инфицирование H. pylori происходит:

A. Половым путем.

Б. Воздушно-капельным путем.

B. Фекально-оральным путем.

Г. Гематогенным путем.

Д. Лимфогенным путем.

7. Выберите основной патогенетический механизм влияния H. pylori на уровень секреции соляной кислоты в желудке:

A. H. pylori разрушает обкладочные клетки желудка и понижает секрецию соляной кислоты.

Б. H. pylori повышает концентрацию сывороточного гастрина и увеличивает секрецию соляной кислоты.

B. H. pylori не изменяет секрецию соляной кислоты, обладая лишь прямым цитолитическим действием на клетки эпителия желудка.

Г. H. pylori уменьшает уровень соляной кислоты в желудке вследствие образования аммиачного облачка и нейтрализации НС1.

Д. H. pylori не влияет на секрецию соляной кислоты, так как считается условно-патогенным микроорганизмом.

8. Назовите препарат, который входит в трехкомпонентную схему эрадикации H. pylori:

A. Ванкомицин.

Б. Цефазолин.

B. Кларитромицин.

Г. Канамицин.

Д. Ципрофлоксацин.

9. Язвенное поражение слизистой оболочки желудка может вызвать прием следующих препаратов:

A. Эритромицина.

Б. Алюминия сульфата.

B. Метронидазола.

Г. Диклофенака.

Д. Амоксициллина.

10. Для диагностики инфекции H. pylori применяют все, кроме:

A. Уреазного теста (кло-тест).

Б. Серологического теста.

B. Выделения чистой культуры H. pylori в биоптате слизистой желудка.

Г. Обнаружения антигенов H. pylori в кале.

Д. Рентгенографии желудка с барием.

Ответы:1-В, 2- Б, 3- Г, 4-А, 5- А, 6- В,7- Б, 8- В, 9- Г, 10- Д.

**Ситуационные задачи:**

Задача №1

Больной В., 20 лет, обратился к врачу с жалобами на изжогу, запоры, а также боль в эпигастральной области, возникающую через 1,5-2 ч после приема пищи, чаще ночью, боль облегчается приемом молока.

Из анамнеза известно, что пациент учится в институте. Вредные привычки отрицает. Семейный анамнез: мать - здорова, у отца - язвенная болезнь желудка. Аллергологический анамнез не отягощен.

Считает себя больным с осени прошлого года, когда впервые почувствовал появление болей в эпигастрии, однако к врачам не обращался, по совету друзей принимал омепразол, с положительным эффектом. Настоящее ухудшение самочувствия наблюдалось в течение последних двух недель, когда вновь стала беспокоить боль в эпигастрии, изжога, появилась склонность к запорам. При осмотре: состояние удовлетворительное. Больной астенического телосложения. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 16 в минуту. Тоны сердца звучные, шумов нет, ритм сердца правильный, ЧСС - 88 уд/мин. АД 120/70 мм рт.ст. При поверхностной пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Размеры печени по Курлову: 9x8x7 см.

Общий анализ крови: НЬ - 136 г/л, лейкоциты - 6,1х109/л, палочкоядерные - 3 %, сегментоядерные - 57 %, эозинофилы - 2 %, лимфоциты - 32 %, моноциты - 6 %. СОЭ - 14 мм/ч.

ЭГДС: преимущественно в антральной части желудка слизистая оболочка блестящая, с налетом фибрина, отечная, гиперемированная, имеются единичные кровоизлияния в слизистую оболочку.

Вопросы:

1. Какие симптомы и синдромы выявлены у данного больного?

2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести больному?

3. Сформулируйте клинический диагноз.

4. Назначьте лечение.

**Задача №2**

Пациент С., 24 года, поступил в клинику с жалобами на ноющие боли в эпигастральной области, возникающие через 1,5-2 ч после приема пищи, тошноту и рвоту желудочным содержимым, возникающую на высоте болей и приносящую облегчение, снижение аппетита, запоры. Впервые подобные жалобы возникли год назад, но боли быстро купировались приемом алмагеля в течение 2 недель. Из анамнеза известно, что ранее в течение многих лет наблюдался в поликлинике с диагнозом хронический гастрит.

Перенесенные заболевания: краснуха, скарлатина. Профессиональный анамнез: в течение последнего года работает экономистом на предприятии. По работе часто ездит в командировки, питание нерегулярное. Вредные привычки: часто на банкетах употребляет алкоголь в больших количествах. Семейный анамнез: у отца и дяди - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, мать здорова. Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела 36,6 °С. Больной пониженного питания, астенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, сухие. При аускультации легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 17 в минуту. Тоны сердца ясные, шумов нет, ритм сердца правильный, ЧСС - 70 уд/мин. АД 120/80 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом, на краях языка отмечаются отпечатки зубов. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в зоне Шоффара. Размеры печени по Курлову: 9x8x7 см. Селезенка не увеличена. Стул оформленный, регулярный, обычного цвета.

Общий анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, лейкоциты - 6,4х109/л, палочкоядерные - 1 %, сегментоядерные - 60 %, эозинофилы - 1 %, лимфоциты - 30 %, моноциты - 8 %. СОЭ - 10 мм/ч.

Общий анализ мочи: без патологических изменений.

ЭГДС: по передней поверхности луковицы двенадцатиперстной кишки выявлена язва диаметром 0,8 см. Признаки воспаления слизистой оболочки антрального отдела желудка.

Вопросы:

1. Какие симптомы и синдромы выявлены у пациента?

2. Составьте план обследования больного.

3. Сформулируйте клинический диагноз.

4. Назначьте лечение.

**Задача №3**

В клинику доставлен пациент 58 лет с жалобами на резкую слабость, головокружение, шум в ушах. Накануне вечером на фоне дискомфорта в животе был двукратный, неоформленный, черный стул.

Из анамнеза известно, что 3 месяца назад был госпитализирован в отделение травматологии после автомобильной катастрофы, где был диагностирован перелом лучевой кости. В течение последнего месяца бесконтрольно принимает диклофенак от 2 до 4 таб. в день из-за болей в области перелома. Настоящее ухудшение самочувствия возникло накануне вечером, когда появилась слабость, темный жидкий стул.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, хронический бронхит. Профессиональный анамнез: работает инженером на судостроительном заводе. Вредные привычки: курит по 1 пачке сигарет в день в течение 30 лет. Алкоголь не употребляет. Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре: состояние тяжелое. Температура тела 37,1 °С. Больной гиперстенического телосложения, повышенного питания, ИМТ 29 кг/м2. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, холодный пот. Грудная клетка эмфизематозная, при пальпации эластичная, безболезненная. ЧД - 17 в минуту. При аускультации легких: дыхание жесткое, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. При аускультации сердца: тоны сердца ясные, шумы не выслушиваются, ритм сердца правильный, ЧСС - 110 уд/мин, АД 85/40 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10x9x8 см. Селезенка не увеличена. При проведении ректального исследования выявлен жидкий черный стул.

Общий анализ крови: НЬ - 62 г/л, гематокрит - 34, лейкоциты - 6,1х109/л, палочкоядерные - 1 %, сегментоядерные - 59 %, эозинофилы - 2 %, лимфоциты - 29 %, моноциты - 9 %. СОЭ - 20 мм/ч.

Общий анализ мочи: без патологических изменений.

Вопросы:

1. Какие симптомы и синдромы выявлены у данного больного?

2. Какие дополнительные обследования необходимо провести больному?

3. Сформулируйте клинический диагноз.

4. Определите тактику лечения.

**Краткое содержание темы:**

**ОСТРЫЙ ГАСТРИТ**

Острый гастрит (ОГ) - острое заболевание желудка воспалительной природы с преимущественным поражением слизистой оболочки или (реже) всей стенки органа.

Распространенность

Точные данные по распространенности острого гастрита отсутствуют, так как при легких формах болезни, в основном алиментарного происхождения, больные редко обращаются за медицинской помощью.

Классификация

Этиологическая классификация:

I. Экзогенные, или ирритативные (острый гастрит развивается в ответ на действие внешних факторов).

II. Эндогенные, связанные с внутренним воздействием на слизистую оболочку желудка патологических агентов, исходящих из самого организма: острые и хронические инфекционные заболевания (гематогенный гастрит); интоксикации (уремия, ожоговая, лучевая болезни); нарушения обмена веществ и т.д.

III. Смешанные (стрессовый, аллергический острый гастрит). Патологоанатомическая классификация:

I. Простой (катаральный) гастрит.

II. Коррозивный гастрит.

III. Флегмонозный гастрит.

Этиология

Острый гастрит является полиэтиологическим заболеванием, обусловленным чаще всего химическими, термическими, механическими, бактериальными, вирусными и прочими причинами. Среди внешних

этиологических факторов острый гастрит чаще всего вызывают: острые пищевые интоксикации; пищевые токсикоинфекции; инфекция *H. pylori;*цитомегаловирусная и герпетическая инфекции, кандидоз; алкоголь; алиментарные факторы (пища, содержащая нитраты и нитриты, избыток специй, органических кислот и пр.); медикаменты; соединения тяжелых металлов. Определенное значение имеет недостаточная механическая обработка пищи в полости рта у лиц с дефектами зубов, заболеваниями челюстей, нарушением прикуса, заболеваниями мягких тканей полости рта, которые могут являться резервуаром патогенной флоры *(H. pylori).*

Патогенез

В патогенезе простого (катарального) гастрита основное место занимает нарушение защитного барьера слизистой оболочки желудка альтерирующими факторами экзоили эндогенного происхождения. В результате возникает десквамация эпителия и инфильтрация собственного слоя слизистой оболочки нейтрофильными лейкоцитами. В повреждении слизистой, особенно при стрессовых воздействиях, приеме НПВП, немалую роль играет нарушение микроциркуляции. Некоторые патологические агенты вызывают повреждение шеечных отделов главных желез желудка непосредственно или гематогенным путем, что значительно снижает регенераторный потенциал слизистой оболочки. Макроскопически при катаральном гастрите слизистая оболочка утолщена, отечна, гиперемирована, покрыта вязкой слизью, нередко имеются геморрагические проявления (геморрагический гастрит), эрозии (эрозивный гастрит). В собственной пластинке обнаруживается диффузная лейкоцитарная инфильтрация, серозный, серо-зно-слизистый или фибринозный экссудат.

Коррозивный (некротический) острый гастрит развивается при попадании в желудок (с целью суицида или случайно) растворов крепких кислот, щелочей, солей тяжелых металлов. Указанные агенты, попадая в желудок, вызывают коагуляционный (кислоты) или колликва-ционный (щелочи, соли) некроз слизистой оболочки или всех слоев стенки желудка, нередко с развитием перфорации.

Флегмонозный гастрит (гнойное воспаление стенки желудка) может развиться на фоне хронической язвы желудка, травмы желудочной стенки или рака желудка с явлениями распада. Процесс может осложниться перигастритом, гнойным перитонитом.

Клиническая картина имеет особенности в зависимости от этиологии, формы и тяжести течения заболевания. Диагностика базируется преимущественно на анамнестических, клинических и данных эндоскопии.

|  |
| --- |
|  |

Острый экзогенный катаральный гастрит

Острый экзогенный катаральный гастрит развивается, как правило, через 6-12 ч после воздействия патогенного фактора.

Клинические проявления

Начало заболевания острое, клинические симптомы обусловлены тяжелым острым воспалением СОЖ, вызванным инфекцией *H. pylori,*сальмонеллами или стафилококками. Больных беспокоят боли в эпи-гастрии, возникающие сразу после приема пищи, тошнота, рвота непереваренной пищей со слизью, иногда желчью, ощущение полноты в эпигастрии, отвращение к пище, общая слабость. В тяжелых случаях острый гастрит сопровождается снижением АД, повышением температуры до 39 °С, явлениями энтерита (энтероколита).

Физикальное обследование

Кожа бледная, сухая. Язык отечен, имеет складчатый вид, обложен толстым серым или серовато-желтым налетом, покрывающим его спинку. Ощущается неприятный запах изо рта больного. Кроме изменений языка, у больных острым гастритом часто наблюдаются различные формы стоматитов, гингивитов и хейлитов. Пальпаторно выявляется разлитая болезненность в эпигастрии.

В клиническом анализе крови может отмечаться умеренный ней-трофильный лейкоцитоз со сдвигом влево. При массивной и частой рвоте и диарее могут появиться симптомы обезвоживания, олигурия и альбуминурия.

Длительность заболевания от 5 дней до нескольких недель. Трудоспособность временно ограничена.

**Диагноз**острого катарального гастрита ставится на основании клинических данных, результатах эндоскопии и бактериологического исследования рвотных масс и испражнений больного.

**Дифферециальный диагноз**проводят с острыми воспалительными заболеваниями брюшной полости (аппендицит, холецистит, панкреатит, непроходимость выходного отдела желудка или парез желудка, кишечная непроходимость), обострением язвенной болезни, гастро-патией на фоне приема НПВП, инфарктом миокарда, острым нарушением мозгового кровообращения, черепно-мозговыми травмами, острыми инфекциями, эндогенными интоксикациями (уремия, кетоа-цидоз), токсикозом при беременности, экзогенными интоксикациями (наркотики, сердечные гликозиды, верапамил, химиотерапевтические препараты).

|  |
| --- |
|  |

Осложнения

Желудочное кровотечение (появление рвоты «кофейной гущей», дёгтеобразного стула - мелены). Кровотечение обусловлено появлением на слизистой оболочке желудка острых множественных эрозив-но-язвенных дефектов слизистой оболочки, а также путем диапедеза в просвет желудка. Склонность к желудочному кровотечению отличает эрозивный гастрит от других разновидностей острого гастрита.

Лечение

При остром катаральном гастрите на срок не менее 1-2 сут назначается постельный режим и воздержание от приема пищи. Сразу после появления симптомов острого гастрита и наличии сведений о приеме недоброкачественной пищи, алкоголя и пр., а также при отсутствии данных об остром инфаркте миокарда, черепно-мозговой патологии и острых заболеваниях брюшной полости больному назначают обильное питье (раствор питьевой соды) и вызывается рвота, либо проводят промывание желудка теплым 0,5% раствором гидрокарбоната натрия или слабым раствором перманганата калия. При наличии частой и обильной рвоты в дальнейшем и выраженной диарее показано обильное питье (объем выпитой жидкости должен в 1,5 раза превышать потери с испражнениями и мочой). При нарастающей дегидратации проводят инфузионную терапию полиионными кристаллоидными растворами (трисоль, квартасоль, хлосоль, ацесоль), моноионными растворами (физиологический раствор или 5% раствор глюкозы).

При катаральном экзогенном, а также эндогенном токсическом остром гастрите хороший эффект дает назначение энтеросорбентов (смек-та, неосмектин, полифепан, энтеросгель, лактофильтрум, аттапульгит, невсасываемые антацидные средства). При наличии болевого синдрома, а также эрозивно-язвенном поражении слизистой оболочки желудка назначают блокаторы Н2-рецепторов гистамина (фамотидин) или ингибиторы протонной помпы (рабепразол, омепразол). При стрессовой и геморрагической формах острого катарального (эрозивного) гастрита, гастропатии на фоне приема НПВП применяются внутривенные формы антисекреторных средств (омепразол). Одновременно с ингибиторами протонной помпы показано назначение цитопротективных средств (вентер, висмут трикалия дицитрат). При наличии болевого синдрома спастического характера (кишечные колики) показано применение ми-отропных спазмолитиков (мебеверин).

|  |
| --- |
|  |

При бактериальной этиологии острого гастрита требуется проведение антибиотикотерапии. После антихеликобактерной терапии, до

стихания воспалительных явлений со стороны слизистой желудка, показано долечивание антисекреторными препаратами (рабепразол).

В последующие дни - диета, химически, механически и термически щадящая, малыми порциями с постепенным расширением до рационального питания, исключая грубую клетчатку, консервы, копчености.

Показано назначение десенсибилизируюших средств и витаминов.

Профилактика

Профилактические мероприятия при ОГ связаны в первую очередь с выполнением правил общей гигиены, гигиены питания и гигиены полости рта. Важным в профилактике экзогенного ОГ является профилактика и лечение инфекционных заболеваний, в первую очередь кишечной группы инфекций.

Прогноз

Прогноз зависит от этиологии и тяжести течения ОГ, а также своевременности диагностики и эффективности терапии. Легкий и среднетяжелый экзогенный катаральный ОГ обычно заканчивается выздоровлением. Вместе с тем без проведения этиотропной эради-кационной терапии острый хеликобактерный гастрит, как правило, трансформируется в активный хронический гастрит (гастрит В).

Острый химический гастрит Клинические проявления

Сразу после приема кислот, реже щелочей развиваются сильные боли во рту, пищеводе и подложечной области, неоднократная рвота слизью, кровью, мелена, симптомы шока. Позже возникают сильные, мучительные боли в эпигастрии, сочетающиеся с резкой жаждой и невозможностью проглотить жидкость. Больного беспокоят тошнота и многократная рвота кровянистыми массами, содержащими большое количество слизи и остатков пищи. Запах рвотных масс может помочь определить вид принятого больным ядовитого вещества.

Пальпация живота вызывает резкую боль, особенно выраженную в подложечной области.

|  |
| --- |
|  |

Отравление в одних случаях сопровождается угнетенным психогенным состоянием и адинамией, в других - признаками возбуждения нервной системы. В тяжелых случаях быстро развивается состояние глубокого шока, вызванного резкой болью, аутоинтоксикацией ядови-

тыми продуктами белкового распада, потерей крови и жидкости; картина острого живота, заканчивающаяся перфорацией и перитонитом. Нередко развивается коллаптоидное состояние, сопровождающееся резким падением артериального и венозного давления, изменением объема циркулирующей крови. Количество суточной мочи уменьшается. В моче обнаруживают белок, эритроциты, цилиндры, уробили-ноген и уробилин. В ряде случаев развиваются диффузные поражения почек. В кале определяется скрытая кровь. Иногда наблюдается черный дёгтеобразный стул (мелена), что обусловлено кровотечением из пораженного отравляющим веществом желудка или пищевода.

Тяжелые коррозивные гастриты сопровождаются глубокими поражениями стенки желудка с разрушением его железистого аппарата, в результате чего секреторная функция желудка полностью прекращается.

**Диагноз**ставят на основании анамнестических данных, осмотра кожи вокруг рта, видимых слизистых полости рта, характера рвотных масс.

**Дифференциальный диагноз**проводится в первую очередь в направлении выявления характера вещества, которое вызвало поражение слизистой - поражение кислотой или щелочью.

**Осложнения**

• Шок.

• Острое пищеводное или желудочное кровотечение.

• Отек гортани.

• Аспирационная пневмония.

• Острая почечная недостаточность.

• Перфорация пищевода или желудка.

• Медиастинит.

• Перитонит.

Лечение

При отсутствии противопоказаний (шок, признаки перфорации пищевода или желудка) проводится срочная нейтрализация и удаление химического вещества, принятого пациентом, с помощью промывания желудка соответствующими растворами или большими объемами теплой воды. При отравлении кислотами применяется вода с добавлением мыла, молока, 1% известковая вода, магнезиальное молоко (взвесь), 0,1% раствор нашатырного спирта (15 капель на стакан воды), вода с антацидами, щелочная минеральная вода и пр. При поражении щелочами используют разведенные органические кислоты (0,5% лимонная и уксусная), 0,1% раствор соляной кислоты. В последующем в специ-

|  |
| --- |
|  |

альных токсикологических отделениях, организуется парентеральное введение жидкости (физиологический раствор, 5% раствор глюкозы, электролиты, белковые гидролизаты). При выраженном болевом синдроме назначают анальгетики (в том числе наркотические), при шоке - норадреналин, мезатон, допмин, кортикостероиды. С целью профилактики бактериальных осложнений показана антибиотикоте-рапия.

В период заживления для профилактики развития стенозирования проводится бужирование пищевода, общеукрепляющее лечение, витаминотерапия.

Профилактика

Необходим контроль за хранением едких и токсических продуктов, особенно в детских коллективах.

Прогноз

В тяжелых случаях больные умирают в ближайшие часы и дни. Критическими считаются первые 3-4 дня от начала болезни. Смерть может наступить от шока, острого пищеводного или желудочного кровотечения, отека гортани, аспирационной пневмонии, острой почечной недостаточности; медиастинита, развившегося вследствие перфорации пищевода, а также перитонита, обусловленного перфоративным процессом в желудке. Прогноз коррозивного гастрита всегда очень серьезен. Он в большой степени зависит от своевременной и правильной терапии. Полное выздоровление возможно только в легких случаях. Восстановление морфологической структуры и функций слизистой оболочки желудка происходит редко. Поздние осложнения - рубцовые стенозы пищевода и желудка.

Острый аллергический (эозинофильный) гастрит

Острый аллергический (эозинофильный) гастрит возникает у пациентов, склонных к аллергическим реакциям и имеющих пищевую аллергию (чаще на коровье молоко, соевый белок, морепродукты). Такой острый гастрит может быть первым проявлением системной аллергической патологии. При попадании аллергена в желудок со стороны его слизистой оболочки возникает диффузная аллергическая реакция немедленного типа и обусловлена гиперпродукцией иммунными структурами слизистой оболочки желудка IgE в ответ на появление антигена. При повторном поступлении антигена происходит выброс тучными клетками гистамина, серотонина и других продуктов аллер-

|  |
| --- |
|  |

гической реакции, вызывающих специфическое изменение слизистой оболочки желудка.

Эндоскопически при осмотре полости желудка обнаруживается большое количество слизистого секрета, слизистая оболочка выглядит отечной, ее складки значительно утолщаются и имеют ярко-красную окраску.

Клинические проявления

Жалобы у пациентов возникают практически сразу же после контакта аллергена со слизистой желудка и продолжаются несколько суток. Вначале появляются общие симптомы: головокружение, мигре-неподобная головная боль, беспокойство, повышение температуры, озноб, сердцебиение, перебои в работе сердца, повышенное потоотделение, а затем - местные: приступообразная боль в эпигастральной области, явления кардиоспазма, рвота и нередко диарея. Одновременно или несколько позже на коже, чаще в области боковых поверхностей живота и на конечностях, появляется мелкая уртикарная сыпь, сопровождающаяся сильным зудом, может возникнуть отек Квинке, экземоподобные изменения на коже, иногда высыпания геморрагического характера.

Нередко у больных отмечаются явления ринита с обильными водянистыми выделениями, бронхоспазм. В ряде случаев может развиться анафилактический шок. Чаще анафилактические состояния возникают в ответ на прием лекарственных веществ, реже продуктов питания, не привычных для человека (туристы, путешественники, перемещенные лица и пр.).

Диагноз

Подтверждают диагноз при помощи сбора анамнеза, эндоскопически, лабораторно (клинический анализ крови) и с помощью проб на чувствительность к различным аллергенам. Обычно удается выявить склонность к аллергическим реакциям.

В анализе крови обнаруживают увеличенное количество эозино-филов, лейкопению, гипергаммаглобулинемию, в анализе кала - эо-зинофилию, кристаллы Шарко-Лейдена. Еще один признак, что гастрит имеет аллергическую природу, это появление параллельно с гастритической симптоматикой характерной сыпи.

|  |
| --- |
|  |

В диагностике пищевой аллергии помогают элиминационные и провокационные пробы с компонентами пищи, заподозренными в развитии аллергических реакций. Прямым доказательством аллерги-

ческой настроенности к пищевым субстанциям является положительная проба на антитела к ним в сыворотке крови больного.

**Дифференциальный диагноз**следует проводить в первую очередь с паразитарным поражением ЖКТ и эндокринно-активными опухолевыми заболеваниями желудка и кишечника.

**Осложнения**- анафилактический шок.

Лечение

При подтвержденной аллергической патологии пищевого характера необходимо в первую очередь исключить аллерген из пищевого рациона. Показан прием минеральных вод, разгрузочная диета. Если аллерген установить не удалось, то назначают элиминационную диету, состоящую из риса, картофеля, яблок и воды. Параллельно назначают десенсибилизирующие средства. В острых состояниях назначают глю-кокортикостероиды, антигистаминные средства.

Профилактика

Профилактика аллергического гастрита заключается в своевременном выявлении и по возможности исключении сенсибилизирующих компонентов из пищи.

Прогноз

При назначении своевременного лечения и исключения сенсибилизирующих компонентов из пищевого рациона прогноз благоприятный.

Флегмонозный гастрит

Флегмонозный гастрит - диффузное или ограниченное гнойное воспаление стенки желудка. Первичный флегмонозный гастрит возникает в результате внедрения инфекции через дефект в слизистой оболочке желудка, что может наблюдаться при язве, раке желудка, его травматическом повреждении, дивертикуле и т.п.

При вторичной флегмоне желудка патогенные бактерии проникают в его стенку с соседних органов или заносятся гематогенно. Вторичный флегмонозный гастрит встречается при таких септических заболеваниях, как рожа, эндокардит, сепсис, а также при фурункулезе, брюшном тифе, оспе, после удаления инфицированного зуба и хирургических вмешательств на желудке.

|  |
| --- |
|  |

Важную роль в возникновении данной формы гастрита играют предрасполагающие факторы: алкоголизм, наркомания, длительное

недоедание, травмы, перенесенные острые инфекционные заболевания, очаги хронических инфекций в организме, хронический гастрит с секреторной недостаточностью.

Флегмонозный гастрит характеризуется развитием бактериального абсцесса стенки желудка. При этом имеет место преимущественное распространение процесса в подслизистой оболочке. Бактериальными агентами, вызывающими гнойный процесс в желудке, могут являться гемолитический стрептококк, стафилококк, кишечная палочка, протей, пневмококк, возбудитель газовой гангрены и другие болезнетворные микроорганизмы.

Клинические проявления

Процесс может развиваться постепенно, но чаще имеет бурное течение и черты септического заболевания. Отмечается высокая лихорадка с выраженным ознобом, температурная кривая носит ремитти-рующий или гектический характер. Больной беспокоен или находится в состоянии прострации. Состояние его тяжелое, с тенденцией к прогрессивному ухудшению. Наблюдаются сухость во рту, жажда, интенсивные разлитые боли в животе, тошнота, рвота, нередко неукротимая диарея. В рвотных массах содержится примесь желчи, реже - крови и гноя. Может развиться желудочное кровотечение.

Физикальное обследование

При осмотре отмечается вздутие живота, при пальпации - боль и мышечное напряжение в подложечной области. Иногда в области желудка удается прощупать болезненную опухоль эластической консистенции. В дальнейшем присоединяются явления перитонита и сепсиса. Развивается токсическая сердечно-сосудистая недостаточность. В ряде случаев флегмона желудка осложняется развитием гнойного флебита вен портальной системы, образованием множественных абсцессов печени, желудочным кровотечением.

|  |
| --- |
|  |

В крови больного определяется резкий нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево (нередко до миелоцитов) и токсической зернистостью лейкоцитов.

**Диагноз**флегмонозного гастрита труден, ставится при лапароскопии или лапаротомии.

**Дифференциальный диагноз**проводят с острым панкреатитом, абсцессом печени, перфоративной язвой желудка или двенадцатиперстной кишки и другими острыми заболеваниями органов брюшной полости, характеризующимися клинической картиной «брюшной катастрофы».

Осложнения

• Желудочное кровотечение.

• Перитонит.

• Множественные абсцессы печени и других внутренних органов (сепсис).

**Лечение**хирургическое на фоне антибактериальной терапии.

**Профилактика**заключается в соблюдении гигиены питания, своевременной санации полости рта, борьбе с алкоголизмом и курением, санитарной обработке инструментария (зонды, эндоскопы, биопсий-ные щипцы и пр.).

Прогноз

Прогноз больных флегмонозным гастритом плохой - возможны шок, кровотечение, перфорация, гнойный перитонит, сепсис. С развитием сепсиса или перитонита прогноз ухудшается, при отсутствии своевременного хирургического лечения летальность наступает в течение суток, реже - нескольких дней. Крайне редко наблюдается прорыв абсцесса в желудок. При этом начинается рвота гноем, и больной постепенно выздоравливает. Если пациент выживает, то часто развиваются рубцовые изменения желудка, стеноз привратника.

**2.Хронический гастрит**

*1. Определение* Хронический гастрит- хроническое воспалительно-дистрофическое заболевание желудка, сопровождающееся структурной перестройкой его слизистой оболочки с прогрессирующей атрофией железистого эпителия, нарушениями секреторной, моторной и нередко инкреторной функции желудка.

*2. Этиология* Хронический гастрит является полиэтиологическим заболеванием.
Причины:
1) инфицирование слизистой оболочки желудка Helicobacter pylori (HP); значительно реже вирусами герпеса, цитомегаловирусами или грибковой флорой;
2) определенный генетический фактор, приводящий к образованию аутоантител к обкладочным клеткам;
3) повреждающее действие дуоденального содержимого (желчных кислот, изолецитина) на слизистую оболочку желудка и органосберегающих операций.
Экзогенные факторы:
1) нарушение питания (нарушение ритма приема пищи, переедание, злоупотребление грубой, острой, горячей пищей);
2) курение и алкоголь;
3) длительный прием некоторых лекарственных средств (салицилаты, преднизолон, препараты наперстянки).
Эндогенные факторы:
1) хронические инфекции (полости рта и носоглотки, хронический холецистит, туберкулез и т. д.);
2) заболевания эндокринной системы (болезнь Аддисона, гипотиреоз, сахарный диабет и др.);
3) нарушение обмена веществ (ожирение, дефицит железа, подагра);
4) заболевания, приводящие к тканевой гипоксии (сердечная и легочная недостаточность и пр.);
5) аутоинтоксикация (уремия).

*3. Патология* *Патогенез.* Первоначально возникают функциональные расстройства секреции и моторики желудка, в дальнейшем к ним присоединяются органические изменения. Так, в частности избыток ионов водорода при гиперсекреции соляной кислоты угнетает активность сульфатазы, происходит дальнейшее нарушение желудочной секреции (подавление) и повреждение эпителиальных структур слизистой оболочки желудка с последующим нарушением регенерации. Этому способствуют моторно-эвакуаторные нарушения, в результате которых содержимое двенадцатиперстной кишки попадает в желудок, воздействует повреждающе на слизистую оболочку. Этот механизм является главным в развитии рефлюкс-гастрита. Уменьшается количество клеток железистого аппарата, в слизистой оболочке появляется клеточная инфильтрация (неспецифическое воспаление).

*4. Классификация:* 1) аутоиммунный - фундальный гастрит (хронический гастрит типа А);
2) ассоциированный с Нelicobakter pylari - антральный гастрит (хронический гастрит типа В);
3) химически обусловленный, в том числе рефлюкс-гастрит (хронический гастрит типа С);
4) смешанный гастрит (хронический гастрит типа А + В);
5) особые формы хронического гастрита (лимфоцитарный, эозинофильный, гранулематозный, гиперпластический);
6) идиопатический хронический гастрит (с неясной этиологией).

*5. Клиника* Основные синдромы: желудочная диспепсия, боли в эпигастрии, кишечная диспепсия, астеноневротический синдром.
Реже встречается анемический синдром, полигиповитаминоз, неврологические нарушения, гипокортицизм. В тяжелых случаях нередко развивается В12-дефицитная анемия.
При обострении хронического гастрита клинические проявления выражены ярко:
1) желудочная диспепсия (у 90 %) проявляется тяжестью, давлением, распиранием в эпигастральной области после еды, отрыжкой, срыгиванием, изжогой, тошнотой, рвотой, изменением аппетита, неприятным вкусом во рту;
2) боли в эпигастрии носят неинтенсивный характер;
3) симптомы кишечной диспепсии (у 20-40 %) проявляются метеоризмом, нарушением стула (запоры, поносы, неустойчивый стул);
4) астеноневротический синдром выражен почти у всех больных: раздражительность, неустойчивость настроения, мнительность, канцерофобия, быстрая утомляемость, плохой сон.
I. Хронический гастрит с выраженной секреторной недостаточностью. Встречается у лиц зрелого и пожилого возраста.
Характерные жалобы - поносы (диарея), которые обусловлены недостаточным перевариванием пищи в желудке, нарушением переваривания клетчатки, недостаточность pancreas. Резкая слабость, головокружение после приема богатой углеводами пищи - демпинг-синдром, обусловлен быстрым поступлением пищи в двенадцатиперстную кишку.
II. Хронический гастрит с нормальной или повышенной секреторной функции желудка.
Чаще встречается у лиц пожилого возраста. При обострении преобладают болевой и диспепсический синдромы. Боли, как правило, четко связаны с приемом пищи - возникают непосредственно или спустя 20-30 мин после еды. Реже встречаются "голодные" боли. Обычно боли умеренные или сводятся к чувству тяжести в эпигастрии.
Диспепсический синдром проявляется отрыжкой воздухом, кислым, изжогой, тошнотой, иногда срыгиванием, неприятным вкусом во рту. В период обострения хронический гастрит выражен также неврастенический синдром.

*6. Лечение* Все лечебные мероприятия при хроническом гастрите проводят с учетом фазы течения (обострение или ремиссия), этиологии и кислотообразующей функции желудка.
I. Хронический гастрит - с секреторной недостаточностью
1. Воздействие на пораженную слизистую оболочку:
1) необходимо соблюдать принципы механического и термического щажения; питание должно быть дробным, частым, пища должна быть тщательно обработанной, умеренно горячей. Диета - стол № 2;
2) препараты, улучшающие трофические процессы в слизистой оболочке желудка, усиливающие микроциркуляцию: метилурацил по 0,5 г 3-4 раза в день; витамины В1, В2, В12, С в инъекциях и внутрь; солкосерил (внутримышечно по 2 мл 1 раз в день);
3) при лечении хронического гастрита, ассоциированного с Нtlicobacter pylari используют схему лекарственной терапии:
- де-нол по 1 таблетке 3 раз в день за 30 мин до еды и на ночь - 2-4 недели;
- метронидазол 250 мг - 3-4 раза в день - 10 дней;
- амоксициллин по 0,5 г - 4 раза в день до еды - 10 дней.
г) гастропротекторы: вентер, андапсин, алсукрал по 1 г - 4 раза в день - 3-4 недели.
2. Коррекция нарушений желудочной секреции - препараты, усиливающие секрецию соляной кислоты (настойка травы горькой полыни, настой корня одуванчика и пр.)
При отсутствии соляной кислоты прибегают к заместительной терапии - желудочный сок, таблетки ацедин-пепсин или "Бетацид", абомин.
3. Коррекция нарушений моторной функции желудка: назначают препараты миотропного ряда - папаверин по 0,08-0,1 г 3 раза в день. При отсутствии двигательной функции желудка, рефлюксах - церукал, реглан, мотилиум по 10 мг 3 раз в день или сульпирид (эглонил, догматил) в инъекциях (2 мг 5%-ного раствора 1-2 раза в день) или внутрь по 50-100 мг 2-3 раза в день.
4. Коррекция нарушений кишечного пищеварения: ферментные препараты: фестал, дигестал, панзинорм, панкреатин, мезим-форте, креон, панцитрат.
II. Хронический гастрит с повышенной секрецией.
1. Диетотерапия - стол № 1 (исключение продуктов, оказывающих раздражающее действие на слизистую оболочку и стимулирующих желудочную секрецию). Питание частое, дробное
2. Коррекция нарушения моторной функции желудка достигается назначением холинолитиков периферического действия - атропина сульфата, платифиллина или метацина, а также гастроцепина.
3. Блокаторы Н2-рецепторов (ранитидин, фамотидин, циметидин, омез), обладающие мощным антисекреторным действием, применяют лишь по особым показаниям (например, при наличии эрозий слизистой оболочки желудка, сочетающихся с высокой продукцией соляной кислоты).
*Профилактика* заключается в рациональном питании и соблюдении режима питания, отказе от алкогольных напитков и курения. Санация хронических очагов инфекции. Противорецидивная терапия 1-2 раза в год. Санаторно-курортное лечение вне периода обострения.

**Язвенная болезнь** (ЯБ) - хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся образованием язвенного дефекта слизистой оболочки желудка или двенадцатиперстной кишки.

Распространенность

Среди взрослого населения развитых стран язвенная болезнь регистрируется в 7-10% случаев. Среди молодых мужчин и женщин соотношение болеющих составляет 5:1, среди пожилых - 1,2:1. Язвенная болезнь чаще регистрируется среди населения индустриально развитых стран, крупных промышленных центров. Дуоденальная локализация язвенного дефекта преобладает над желудочной, особенно у лиц молодого возраста (11:1), у пожилых - 2:1.

Классификация

*По этиологии и патогенезу*

1. Язвенная болезнь желудка и ДПК (первичная язвенная болезнь):

а) *H. pylori*- ассоциированная форма язвенной болезни;

б) *H. pylori*- независимая форма язвенной болезни.

2. Симптоматические гастродуоденальные язвы (стрессовые; эндокринные; дисциркуляторно-гипоксические; медикаментозные; вторичные, например «гепатогенные» и др.).

*По локализации*

1. Желудочная язва.

2. Дуоденальная язва.

3. Сочетанные язвы (двойная локализация, множественные язвы). *По стадиям и фазам*

1. Активная стадия: фазы - острая, подострая, неполной клинической ремиссии.

2. Неактивная стадия: фаза полной клинико-анатомической ремиссии.

*По тяжести течения*

1. Легкого.

2. Среднетяжелого.

3. Тяжелого.

Этиология

Язвенная болезнь - заболевание мультифакторного генеза, однако в настоящее время в этиопатогенезе болезни, особенно при ее дуоденальной форме, большое значение придается инфекционному агенту - *Helicobacter pylori,*приему НПВП, глюкокортикостероидов.

Патогенез

*Helicobacter pylori*является анаэробной грамотрицательной бактерией, обитающей под слоем слизи на поверхности покровного желудочного эпителия, адгезируя к последнему и разрушая его. Микроорганизм обладает способностью расщеплять мочевину до углекислого газа и аммиака, повышать рН среды вокруг себя, тем самым защищаясь от агрессивного действия желудочного сока. *H. pylori*имеет достаточно широкий набор факторов вирулентности, позволяющих ему колонизировать слизистые оболочки ЖКТ. Кроме токсических ферментов, некоторые штаммы бактерии синтезируют цитотоксины, действие которых определяет степень патогенности *H. pylori,*особенности возникающей воспалительной реакции, и способность к ульцеро- и канцерогенезу. Для развития хеликобактерассоциированной язвенной болезни с локализацией в ДПК и дуоденита необходимо наличие в слизистой ДПК участков желудочной метаплазии, которая развивается из-за избыточного закисления в кишке. Причин гиперпродукции соляной кислоты в желудке при инфицировании *Н. pylori*несколько. Среди них основным является нарушение регуляции кислотообразо-вания через прямое влияние *Н. pylori*на секреторный процесс путем избыточного ощелачивания антрального отдела желудка продуктами гидролиза мочевины уреазой, вырабатываемой данными бактериями. Следствием избыточного ощелачивания является гипергастринемия и гипергистаминемия, приводящие, в свою очередь, к гиперпродукции соляной кислоты. *Н. pylori,*паразитируя на желудочном эпителии, создает условия для хронизации воспалительного, дистрофического и язвенного процессов в слизистой желудка и ДПК.

Кроме *Н. pylori,*вторым по значимости этиопатогенетическим фактором язвообразования в гастродуоденальной зоне является прием НПВП. Патогенез гастро- и дуоденопатий на фоне приема НПВП ос-

нован на главном механизме действия данных лекарственных средств - снижении синтеза простагландинов в результате блокады фермента циклооксигеназы. НПВП действуют на все три уровня защитного кишечного барьера - преэпителиальный, эпителиальный и постэпителиальный. Воздействие на защитную роль слизистого барьера (преэпителиальный барьер) связано с нарушением НПВП продукции эпителиоцитами слизи и бикарбонатов, препятствующих агрессивному действию на клетки кислотного фактора.

Глюкокортикостероиды оказывают стимулирующее влияние на секрецию соляной кислоты, вызывая стойкую гиперацидность, приводящую со временем к атрофическим и дистрофическим изменениям слизистой оболочки желудка и ДПК.

Усиление воздействия ацидопептического фактора, связанное с увеличением массы секреторных клеток желудка, и увеличение продукции соляной кислоты и пепсина являются главным фактором агрессии по отношению к слизистой оболочке ДПК, без которого нет язвообразования. Механизм гиперацидности и повышения протеоли-тической активности желудочного секрета у больных язвенной болезнью ДПК может быть обусловлен рядом факторов, среди которых ведущим является повышение тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, сопровождающееся избыточным выделением нейромедиатора ацетилхолина, действующего непосредственно на рецепторы париетальных и главных клеток желудочных желез, что ведет к гиперсекреторному ответу. Соляная кислота может оказывать повреждающее воздействие на слизистую ДПК через активизацию пепсина, который способен разрушать клеточные и тканевые структуры. Активизация кислотно-пептического фактора, реализация его патогенных свойств возможны только при дисбалансе с факторами защиты. К последним относятся: защитный слизистый барьер, активная регенерация, достаточное кровоснабжение, компенсированное ощелачивание в пилорическом отделе желудка и в ДПК, своевременная эвакуация содержимого желудка.

|  |
| --- |
|  |

В целом, схематично общую мультифакторную схему причин язво-образования можно представить так, как показано на рис. 33.

Клинические проявления

Клиническая картина язвенной болезни зависит от локализации язвенного дефекта, его размеров и глубины, секреторной функции желудка, возраста больного, длительности заболевания и многих других факторов.

**Рис. 33.**Схема патогенеза язвенной болезни

Главным клиническим симптомом язвенной болезни является боль в эпигастральной области. Отличительной особенностью болевого синдрома при язвенной болезни является суточный ритм его возникновения, зависящий от приема пищи и локализации язвы. Боли, возникающие непосредственно сразу после приема пищи, наиболее характерны для язвенной болезни с локализацией в верхней части желудка. Ранние боли возникают через 0,5-1 ч после приема

пищи и характерны для язвы тела желудка. Поздние боли, возникающие через 1,5-2 ч после еды, натощак, «голодные», ночные боли, снимаемые приемом пищи или антацидов, характерны для язвы ДПК. Иррадиация боли в загрудинную область, область левого соска характерна для язвы кардиального отдела желудка, в правое подреберье - для язвы антрального отдела желудка и двенадцатиперстной кишки. Иррадиация болей в спину возникает при язве желудка с локализацией на задней стенке желудка или двенадцатиперстной кишки и для пенетрации язвы в поджелудочную железу. Опоясывающие боли характерны для пенетрации язвы желудка в поджелудочную железу. Основные причины развития болевого синдрома при ЯБ является раздражение болевых барорецепторов, возникающее при повышении внутриполостного давления и снижении порога их чувствительности на фоне низкого уровня интрагастрального рН. Играет также роль распространение воспаления на окружающие желудок и ДПК органы (перивисцерит, солярит). Характер боли при язве тела желудка, как правило, ноющий, тупой. Острые, резкие боли характерны для локализации язвы в пилородуоденальной зоне, резчайшие «кинжальные» боли возникают при перфорации язвы желудка либо двенадцатиперстной кишки.

|  |
| --- |
|  |

Кроме болевого синдрома у больных ЯБ часто отмечаются жалобы диспепсического характера: отрыжка воздухом, пищей, изжога (при сопутствующей ГЭРБ), чувство тяжести и распирания в эпигастрии, быстрого насыщения, тошнота, рвота. Для язвы с локализацией в ДПК, выраженной гиперхлоргидрии характерно повышение слюноотделения. Расстройство стула, диарея характерны для ЯБ с локализацией в желудке, запор более часто беспокоит больных дуоденальной язвой.

Физикальное обследование

При ЯБ во время обострения может отмечаться вынужденное положение больного - согнувшись и прижав руки к эпигастральной области (зона наибольшей болезненности), положения на спине, на боку с поджатыми к животу коленями характерны для резко выраженного болевого синдрома и при ЯБ, осложненной перфорацией. Бледность кожных покровов может наблюдаться при ЯБ, осложненной кровотечением. У пациентов отмечается усиленное потоотделение, повышенная влажность ладоней и красный дермографизм. При пальпации живота выявляется болезненность в эпигастральной области, положительный симптом Менделя.

Лабораторные и инструментальные методы исследования

Общий анализ крови: при неосложненной язвенной болезни может быть не изменен. Увеличение количества гемоглобина и эритроцитов характерно для упорной рвоты (обезвоживание), наблюдаемой при де-компенсированном стенозе привратника. Снижение количества гемоглобина, эритроцитов, сывороточного железа выявляется у больных с хронической кровопотерей, осложняющей течение язвенной болезни.

Контрастная рентгеноскопия желудка с бариевой взвесью: можно выявить наличие язвенной «ниши».

ЭГДС: выявляет при острой стадии хронической язвенной болезни язвенный дефект.

Анализ на *H. pylori:*путем гистологического исследования биоп-татов, быстрым уреазным тестом, дыхательным тестом с мочевиной, меченной 13С, иммуноферментным анализом слюны, кала, методом ПЦР-диагностики.

|  |
| --- |
|  |

Суточное мониторирование рН: может выявить постоянное, не связанное с приемом пищи повышение уровня рН тела желудка более 3,5-4 - гипоацидное (анацидное) состояние (при язвенной болезни желудка).

Фракционное исследование желудочного содержимого тонким зондом: при ЯБ желудка выявляет снижение уровня желудочного кис-лотообразования и снижение протеолитической активности. Наличие высокой базальной и стимулированной секреции HCl с одновременным повышением протеолитической функции характерно для язвенной болезни ДПК.

**Дифференциальный диагноз**проводят с язвами при приеме НПВП, синдроме Золлингера-Эллисона, гиперпаратиреозе, стрессовых язвах, язвах при черепно-мозговой травме, циррозе печени, обширных ожогах, полостных операциях, раке желудка.

Осложнения

• Язвенное кровотечение.

• Пенетрация язвы в соседние органы.

• Перфорация язвы.

• Пилородуоденальный рубцово-язвенный стеноз.

• Малигнизация.

Лечение

Лечение язвенной болезни с неосложненным течением проводится амбулаторно. Диета должна быть механически, термически и хими-

чески щадящей. В острую фазу рецидива больным назначают стол ? 1а по И.М. Певзнеру, сроком на 10-12 дней, в подострую стадию переходят на стол ? 1б. В фазе ремиссии рекомендуется стол ? 1 в дробном режиме.

Медикаментозное лечение при *H. pylori*- ассоциированной язвенной болезни строится на принципах эрадикации данного микроорганизма в соответствии с рекомендациями международных консенсусов Маастрихт 2 и 3. Чаще всего назначают тройную терапию первой линии: ИПП + кларитромицин + амоксициллин. При неэффективности эрадикации назначают терапию второй линии: ИПП (омепразол, рабе-празол) в сочетании с висмута трикалия дицитратом, метронидазолом и тетрациклином. После антихеликобактерной терапии, до стихания воспалительных явлений со стороны слизистой оболочки желудка, показано долечивание антисекреторными препаратами (рабепразол).

|  |
| --- |
|  |

Терапия неассоциированной с *H. pylori*ЯБ или в случаях, когда применение эрадикационной терапии невозможно (непереносимость антибиотиков и др.), проводится с помощью современных антисекреторных средств (ингибиторы протонной помпы), ингибиторов Н2-рецепторов гистамина (ранитидин, фамотидин) или ингибиторов Н2-рецепторов гистамина в половинных суточных дозах.

При возникновении язвенного дефекта (дефектов) на фоне приема НПВП проводят отмену противовоспалительного препарата или заменяют их парацетамолом. В качестве противоязвенных ЛС назначают ингибиторы Н2-рецепторов гистамина, мизопростол или ИПП в стандартных дозах. С целью улучшения процессов репарации язвенного дефекта допустимо применение препаратов коллоидного висмута (висмута трикалия дицитрат).

С целью коррекции диспепсических расстройств назначают невса-сывающиеся антациды (релцер, маалокс).

Полноценный процесс репарации язвенного дефекта, обратное развитие явлений сопутствующего воспаления в гастродуоденальной зоне не возможны без общих саногенных мероприятий и в первую очередь без санации полости рта больного ЯБ. Имеются данные, что полость рта (налет на языке, зубах, десневые карманы) может быть резервуаром обитания *H. pylori,*что необходимо учитывать в комплексе лечения данных больных, в том числе для профилактики рецидивов инфекции *H. pylori*и ЯБ.

Хирургическое лечение ЯБ применяется при наличии осложненного течения язвенной болезни, при длительно не рубцующихся язвах желудка и ДПК, ригидных к консервативной терапии.

Профилактика

Диспансеризация больных ЯБ с плановыми эндоскопическими исследованиями должна проводиться 2 раза в год. Важными профилактическими мероприятиями являются контроль эрадикации *H. pylori,*санация полости рта, гигиена питания, назначение с профилактической целью ИПП при применении нестероидных противовоспалительных средств.

|  |
| --- |
|  |

Прогноз

Прогноз при неосложненной ЯБ благоприятный. При достижении эрадикации *H. pylori*рецидивы бывают у 6-7% больных. Прогноз ухудшается при большой давности заболевания в сочетании с частыми длительными рецидивами, при осложненных формах и при злокачественном перерождении.

**Тема №2: Ведение больных с гастритами, ЯБЖ и ДПК.**

**Краткое содержание темы:**

Чек лист по диагностике ЯБЖ и ДПК: студент должен продемонстрировать прием, обследование пациента в стационаре, с выставлением диагноза и назначением лечения.

* 1. Прием больного.
	2. Расспрос жалоб;
	3. Сбор анамнеза;
	4. Осмотр больного;
	5. Осмотр ротовой полости;
	6. Пальпация;
	7. Перкуссия;
	8. Аускультация;
	9. Определение ЧД;
	10. Определение АД;
	11. Определение пульса;
	12. Оценка дыхания;
	13. Постановка предварительного диагноза;
	14. Выбор лабораторных методов исследования;
	15. Выбор инструментальных методов исследования;
	16. Методика проведения дыхательного уреазного теста.
	17. Выбор тактики лечения;
	18. Выбор лекарственных средств.
	19. Оказание неотложной помощи при развитии осложнений ЯБЖ и ДПК.
* Студент должен озвучить каждое свое действие. Преподаватель оценивает правильность выполнения действий студента.

 **Чек-лист.**

Балльно-рейтинговая оценка профессиональных навыков студентов по курации больных

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Профессиональные****навыки** | **2 балла** | **4 балла** | **6 баллов** | **8 баллов** | **10 баллов** |
| **1. Сбор анамнеза** | собран хаотично с детализацией не имеющих зна­чения для диагностики фактов | собран несистематично с существенными упущениями | собран с фиксированием фактов, не дающих представления о сути заболевания и последовательности развития симптомов | собран систематично, но без достаточного уточнения характера основных симптомов и возможных причин их возникновения | собран систематично, анамнез полностью отражает динамику развития заболевания |
| **2. Физикальное****обследование** | мануальными навыками не владеет | проведено хаотично, с упущениями, без эффекта | проведено недостаточно полно с техническими погрешностями | проведено систематично, но с незначительными техническими неточностями | проведено систематично, технически правильно и эффективно |
| **3. Предварительный****диагноз** | поставленнеправильно | указан только класс болезни | выделен ведущий синдром, но диагностического заключения нет | установлен верно, без обоснования | установлен верно, дано обоснование |
| **4. Назначение плана****обследования** | назначены противопоказанные исследования | Неадекватное | не полностью адекватное | адекватное, но с несущественными упущениями | полное и адекватное |
| **5. Интерпретация результатов обследования** | неправильная оценка, приведшая к противопоказанным действиям | во многом не правильная | частично правильная с существенными упущениями | правильная с несущественными неточностями | полная и правильная |
| 1. **Дифференциаль -**

**ный диагноз** | неадекватный | Хаотичный | Неполный | проведён аргументировано, но не со всеми схожими заболеваниями | полный |
| **Профессиональные****навыки** | **2 балла** | **4 балла** | **6 баллов** | **8 баллов** | **10 баллов** |
| **7. Окончательный диагноз и его обоснование** | отсутствие клинического мышления | диагноз обоснован сумбурно, малоубедительно | диагноз недостаточно обоснован, не распознаны осложнения, сопутствующие заболевания | диагноз основного заболевания полный, но не указаны сопутствующие заболевания | исчерпывающе полный, обоснованный |
| **8. Выбор лечения** | назначены противопоказанные препараты | недостаточно адекватный по существу и дозировке | лечение недостаточно полное и по основному и по сопутствующему заболеванию | правильное, но недостаточно исчерпывающее или полипрагмазия | лечение вполне адекватное |
| **9. Представление о механизме действия назначенных средств** | неправильная трактовка | во многом ошибочное | Частичное | ошибается в несущественных деталях | полное |
| **10. Определение прогноза и профилактики** | не может определить | неадекватное определение | недостаточно адекватное и неполное | адекватное, но неполное | адекватное, полное |