

**Министерство здравоохранения Республики Беларусь  
Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»**

**Кафедра внутренних болезней №3  
с курсом функциональной диагностики**

Автор:

А.Д. Семёнова ассистент

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**  
для проведения практического занятия  
по учебной дисциплине «Внутренние болезни и поликлиническая терапия»  
для студентов  
4 курса медико-диагностического факультета,  
обучающихся по специальности  
1- 79 01 04 «Медико-диагностическое дело»

**Тема 1.1: Хронический гастрит, язва желудка и  
двенадцатиперстной кишки**

Время: 6 часов

Утверждены на заседании кафедры внутренних болезней №3 с курсом  
функциональной диагностики  
(протокол № 5 от 17.05.2024)

2024г.

## УЧЕБНЫЕ И ВОСПИТАТЕЛЬНЫЕ ЦЕЛИ, ЗАДАЧИ, МОТИВАЦИЯ ДЛЯ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

### Учебная цель:

формирование специализированной компетенции для применения знаний об этиологии, патогенезе, клинической картине, методах диагностики и лечения, медицинской профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний внутренних органов, для проведения лабораторных и инструментальных исследований, интерпретации результатов и взаимодействия с врачами-специалистами.

### Воспитательная цель:

- развить свой ценностно-личностный, духовный потенциал;
- сформировать качества патриота и гражданина, готового к активному участию в экономической, производственной, социально-культурной и общественной жизни страны;
- осознать социальную значимость своей будущей профессиональной деятельности;
- научиться соблюдать учебную и трудовую дисциплину, нормы медицинской этики и деонтологии.

### Задачи:

В результате проведения учебного занятия студент должен **знать**:

- этиологию, патогенез, клиническую картину, методы диагностики, дифференциальную диагностику хронического гастрита, язвы желудка и двенадцатиперстной кишки;
- принципы клинического применения основных фармакологических препаратов при лечении хронического гастрита, язвы желудка и двенадцатиперстной кишки;
- диагностику и методику оказания медицинской помощи при неотложных состояниях.

### **уметь**:

- составлять план лабораторного и инструментального обследования пациента;
- интерпретировать результаты лабораторно-инструментального обследования пациента;
- самостоятельно установить клинический диагноз заболеваний внутренних органов с его обоснованием и проведением дифференциальной диагностики;
- оказывать медицинскую помощь при неотложных состояниях;
- предупреждать и распознавать инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи;
- коммуницировать с пациентами и медицинским персоналом, в соответствии с нормами этики и деонтологии, а так же осуществлять свою учебную и рабочую деятельность в соответствии с этими нормами;

### **владеть**:

- навыками оказания неотложной медицинской помощи при заболеваниях внутренних органов;
- навыками интерпретации электрокардиограммы, основами интерпретации прочих инструментальных методов диагностики внутренних органов;

- навыками коммуникации с пациентами и медицинским персоналом, в соответствие с нормами этики и деонтологии, а так же осуществлять свою учебную и рабочую деятельность в соответствие с этими нормами;

- навыками предупреждения распространения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.

### **Мотивация для усвоения темы:**

На сегодняшний день разные факторы воздействия способствуют на человека: окружающая среда, курение, алкоголь, неправильное питание. За последние десятилетия рацион человека изменился так существенно, как, пожалуй, никогда не менялся прежде. Многообразие фаст-фудов, продуктов быстрого приготовления, пищевых добавок, наполнителей, ароматизаторов и стабилизаторов - ко всему этому приходится адаптироваться пищеварительной системе человека. В последние годы отмечается тенденция к росту заболеваемости населения, среди которых широкое распространение получил хронический гастрит и язвенная болезнь желудка, 12 -п кишки. В настоящее время язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки является одним из распространённых заболеваний для всех возрастов. По статистике гастродуоденальными язвами страдает 10-12% (до 15%) взрослого населения, преобладающий возраст - 20-50 лет. Гастритами страдают более 40-50% взрослого населения. По различным данным, частота, только хронического гастрита, составляет до 50% всех заболеваний органов пищеварения и 85% заболеваний желудка. Распространенность гастрита увеличивается с возрастом.

### **МАТЕРИАЛЬНОЕ ОСНАЩЕНИЕ**

Результаты лабораторных анализов, набор ЭКГ, рентгенограмм, учебных таблиц, ситуационных задач по теме, тесты по теме занятия, как в электронном так и в бумажном виде, телевизор.

### **КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ИЗ СМЕЖНЫХ ДИСЦИПЛИН**

1. «Медицинская и биологическая физика»:
  - медицинские приборы и аппаратура, используемые в терапии.
2. «Медицинская химия»:
  - растворы лекарственных средств.
3. «Биоорганическая химия»:
  - изотонические растворы.
4. «Биологическая химия»:
  - биохимические процессы в органах и тканях.
5. «Латинский язык»:
  - латинские словообразовательные элементы и терминология.
6. «Анатомия человека»:
  - строение тела человека, составляющих его систем, органов, тканей;
  - половые и возрастные особенности организма человека.
7. «Гистология, цитология, эмбриология»:
  - методы гистологических и цитологических исследований;
  - кровь и лимфа;
  - рыхлая соединительная ткань;
  - эпителиальные ткани;
  - органы кроветворения и иммунной защиты (центральные и

периферические), их строение;

- иммуногенез.

8. «Первая помощь»:

- навыки оказания первой помощи при неотложных состояниях.

9. «Нормальная физиология»:

- основные физиологические функции органов и систем организма человека.

10. «Профессиональная коммуникация в медицине»:

- нормы медицинской этики и деонтологии.

11. «Микробиология, вирусология, иммунология»:

- бактериальные и иммунологические методы диагностики инфекций.

Микробиологические основы химиотерапии и антисептики.

12. «Общая гигиена»:

- основные мероприятия по обеспечению микроклимата, гигиенического ухода и питания пациентов.

13. «Пропедевтика внутренних болезней»:

- причины возникновения и механизмы развития основных патологических процессов в организме;

- методы общеклинического обследования пациента;

- основные лабораторно-инструментальные методы обследования пациента;

- этиология и патогенез основных синдромов и заболеваний внутренних органов;

- основные клинические симптомы заболеваний внутренних органов, протекающих в типичной форме, методика их выявления и оценки;

- симптоматология и основные принципы оказания медицинской помощи при неотложных состояниях (стенокардия, отек легких, анафилактический шок, приступ бронхиальной астмы и др.).

14. «Патологическая физиология»:

- общее учение о болезни;

- понятия и категории патологии;

- классификация и номенклатура болезней;

- роль причин и условий в развитии болезни;

- общий патогенез;

- общие закономерности и механизмы развития болезни;

- процессы выздоровления и умирания;

- типовые патологические процессы;

- общие закономерности возникновения и механизмы развития;

- этиология, патогенез, важнейшие проявления, механизмы компенсации структурно-функциональных нарушений, исходы типовых расстройств органов и систем, принципы диагностики, терапии и профилактики.

15. «Фармакология»:

- общие принципы фармакодинамики и фармакокинетики лекарственных средств;

- факторы, определяющие терапевтическую эффективность, побочное

действие, аллергенность и токсичность лекарственных средств;

- управление эффектами лекарственных средств на основе фармакокинетических и фармакодинамических принципов;
- индивидуальная стратегия фармакотерапии;
- основные средства лекарственной терапии различных патологических процессов и наиболее распространенных болезней;
- фармакологические средства защиты организма человека от различных видов биологической агрессии и паразитирования;
- основные виды и способы диагностики с применением современных фармакологических средств;
- общие принципы лечения неотложных состояний и отравлений.

### **КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ**

1. Хронический гастрит: определение, классификация, этиология, клиническая картина гастрита, основные синдромы, диагностика: значение рентгенологического, эндоскопического исследований, возможности гастробиопсии, лечение.

2. Язва желудка и двенадцатиперстной кишки: классификация, этиология, основные и предрасполагающие факторы, клиника, диагностика, осложнения язвенной болезни: перфорация, кровотечение, пенетрация, стеноз привратника, двенадцатиперстной кишки, дифференциальная диагностика (первично-язвенная форма рака желудка, симптоматические язвы), лечение.

### **ХОД ЗАНЯТИЯ**

#### **Теоретическая часть**

#### **ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ**

**Хронический гастрит (ХГ)** — это хронический воспалительный процесс слизистой оболочки желудка, характеризующийся нарушением ее физиологической регенерации, уменьшением количества железистых клеток, при прогрессировании - атрофией железистого эпителия с развитием кишечной метаплазии, а в последующем - дисплазии. Хронический гастрит обычно вызывается микроорганизмом *Helicobacter pylori* (*Hp*) [6].

Диагноз хронический гастрит требует обязательного морфологического подтверждения.

**Этиология.** Возникновение и прогрессирование ХГ обусловлено сочетанным воздействием на слизистую оболочку желудка (СОЖ) множества факторов.

Существуют две группы этиологических факторов ХГ - экзогенные и эндогенные.

Экзогенные факторы, способствующие возникновению ХГ [6]:

- инфицирование *Helicobacter pylori* (*Hp*);
- алиментарные факторы;
- злоупотребление алкоголем;
- курение;
- длительный приём лекарств, раздражающих СОЖ;

- воздействие на СОЖ химических агентов;
- воздействие радиации;
- другие бактерии (кроме *Hp*);
- грибы;
- паразиты.

#### Эндогенные факторы, способствующие возникновению ХГ [6]:

- генетические факторы;
- дуоденогастральный рефлюкс;
- аутоиммунные факторы;
- эндогенные интоксикации;
- гипоксемия;
- хроническая инфекция;
- нарушения обмена веществ;
- эндокринные дисфункции;
- гиповитаминозы.

#### **Патогенез ХГ:**

В патогенезе хронического гастрита обсуждаются две группы факторов:

##### 1. Факторы агрессии [6]:

- соляная кислота;
- пепсин;
- желчные кислоты;
- прямое механическое и термическое повреждение пищей;
- *Helicobacter pylori*.

##### 2. Факторы защиты слизистой оболочки [6]:

- Предэпителиальные:
  - слизь
  - бикарбонаты.
- Эпителиальные:
  - плотные контакты;
  - высокая скорость клеточного обновления.
- Постэпителиальные:
  - адекватный кровоток в стенке желудка;
  - адекватная трофика тканей;
  - координированная моторика.

Равновесие между этими факторами в норме, в различные фазы пищеварения поддерживается очень сложными взаимоотношениями нейроэндокринной системы, куда входят гипофиз, гипоталамус, периферические эндокринные железы, вегетативная нервная система и гастроинтестинальные гормоны.

#### Хеликобактерная инфекция

Оптимальной кислотностью для жизнедеятельности *Helicobacter pylori* (*Hp*) является **pH от 3,0 до 6,0**, что обуславливает её основную локализацию в антральном отделе желудка. При увеличении кислотности *Hp* мигрируют в двенадцатиперстную

кишку. При уменьшении кислотности Нр мигрируют в область тела и дна желудка[6].

Основные следствия воздействия Нр на СОЖ:

- первичное контактное повреждение эпителиоцитов;
- инициация воспалительного каскада в СОЖ в виде активации клеточных элементов, вызывающих вторичное повреждение эпителиоцитов;
- увеличение продукции гастрина G-клетками и соответственно, соляной кислоты и пепсина париетальными клетками;
- выраженное нарушение процессов клеточной регенерации.

#### Нестероидные противовоспалительные средства

НПВС при длительном применении вызывают тяжёлые поражения СОЖ, преимущественно антрального отдела желудка и двенадцатиперстной кишки (геморрагии, эрозии, язвы). Побочные эффекты НПВС связаны с их способностью ингибировать ключевой фермент метаболизма арахидоновой кислоты - циклооксигеназы (ЦОГ), что приводит к угнетению синтеза простагландинов. Простагландины, в свою очередь, определяют важнейшие физиологические реакции организма, в т.ч. скорость репаративных процессов в СОЖ и ДПК [6].

#### Дуоденогастральный рефлюкс (ДГР)

Обусловлен недостаточностью замыкательной функции привратника, хроническим дуоденитом и повышением давления в двенадцатиперстной кишке (ДПК).

Дуоденогастральный рефлюкс ведёт к поражению СОЖ, преимущественно антрального отдела, желчными кислотами, их солями, панкреатическими ферментами, лизолецитином и другими компонентами дуоденального содержимого. При дуоденогастральном рефлюксе повреждающее воздействие на слизистую оболочку желудка оказывают желчные кислоты и лизолецитин. Повреждающие свойства желчных кислот зависят от pH желудка: при  $pH < 4$  наибольшее воздействие на слизистую оболочку желудка оказывают тауриновые конъюгаты, а при  $pH > 4$  — неконъюгированные желчные кислоты [6].

#### Аутоиммунные механизмы:

В основе формирования аутоиммунного атрофического ХГ лежит образование антител к париетальным (обкладочным) клеткам фундального отдела желудка. В результате такого образования происходит:

- снижение выработки соляной кислоты и пепсина (гипохлоргидрия, ахлоргидрия и ахилия);
- атрофия СОЖ, преимущественно фундального отдела;
- снижение выработки внутреннего фактора Кастла и развитие B12-дефицитной анемии;
- увеличение выработки гастрина G-клетками антрального отдела желудка.

Аутоиммунные хронические гастриты чаще встречаются у женщин[6].

#### **Классификация хронического гастрита (ХГ):**

Существует несколько классификаций ХГ, наиболее значимые из них Сиднейская (1990г), Хьюстонская (1994) и система OLGA (Operative Link for Gastritis Assessment, 2008), а так же МКБ-10.

Согласно МКБ-10 хронический гастрит классифицируется как:

K29.3 хронический поверхностный гастрит;

К29.4 хронический атрофический гастрит;

К29.5 хронический гастрит неуточненный:

-хронический гастрит антральный;

-хронический гастрит фундальный;

К29.6 другие гастриты:

-гастрит гипертрофический гигантский;

-гранулематозный гастрит;

-болезнь Менетрие;

К29.7 гастрит неуточненный;

К29.8 дуоденит;

К29.9 гастродуоденит неуточненный;

Хронический гастрит классифицируется в соответствии с Хьюстонско - Сиднейской системой следующим образом:

1. неатрофический гастрит (Нр, другие факторы);
2. атрофический гастрит:
3. аутоиммунный;
4. мультифокальный (Нр, особенности питания, факторы среды);

Особые формы гастрита:

1. химический (химические раздражители, желчь, НИВС);
2. радиационный (лучевые поражения);
3. лимфоцитарный (идиопатический, иммунные механизмы, глютен, Нр);
4. неинфекционный гранулематозный (Болезнь Крона, саркоидоз, гранулематоз Вегенера, инородные тела, идиопатический);
5. эозинофильный (пищевая аллергия, другие аллергены);
6. другие инфекционные (бактерии (кроме Нр), вирусы, грибы, паразиты).

Для проведения морфологического исследования рекомендовано изучение 5 гастробиоптатов (1 — из угла желудка, 2 — из тела и 2 — из антрума) с описанием основных патоморфологических изменений. Важной составляющей данной классификации явилась Визуально Аналоговая Шкала (Visual Analog Scale), в которой указываются критерии рейтинговой оценки выраженности патологических изменений в СОЖ. Наличие и выраженность каждого из указанных признаков описывают в баллах в соответствии с 4 -уровневой ВАШ (0 баллов — отсутствие признака, 1 — незначительное проявление признака, 2 — умеренное, 3 балла — выраженное) [6].

### **Классификация по системе OLGA (2008 г.):**

Применяется оценка гистологических признаков выраженности воспаления и атрофии в антральном отделе (3 биоптата) и теле желудка (2 биоптата) с последующим определением интегральных показателей — степени и стадии хронического гастрита (таблица 1).

Под степенью гастрита подразумевается выраженность суммарной воспалительной инфильтрации (нейтрофильными лейкоцитами и мононуклеарными клетками), под стадией — выраженность атрофии. Такая система призвана дать



достаточно полную характеристику гастрита и отразить его динамику. Имеется в виду, что риск рака тем выше, чем более выражена атрофия и чем больше объем поражения[6].

Таблица 1 — Классификация по системе OLGA (2008 г.) [6]

Анtrum	Тело	То»	Гыо	Тело
	0	1	□	III
0	Степень0	Степейь1	Степень II	Степень II
I	Степен» 1	Степень II	Степен ь 11	Степей ь 13 С
II	Степень 11	Степень L1	Степень 11.1	Степен» IV
III	Степень 11	Степень 111	Степень IV	Стелек» IV

Имттгрийний ПОКДЫ.Т«Ль  
степени гыгонг\* (шкпанг-  
ним) пенитеме OLGA.

Анtrum	Тело	Тело	Тело	Тело	Интегральный пашний
	Q	I	II	III	ездки f «тр*т* вирефчк)
0	Ст*дм я 0	СтднияI	Ст ДДия I	Стадия II	“ до снеге эк OLGA.
I	Стали* I	Стадия II	Стадия II	Стадия III	
II	Слини 11	Отд ДИД	Стадия 111	Стадия IV	
III	Стадия III	Стадия 111	Стадия IV	Стадия IV	

### Клиника ХГ

**Жалобы пациента:** слабость, раздражительность, нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы - кардиалгии, аритмии, артериальной неустойчивости с склонностью к гипотонии, внезапная слабость, неустойчивый стул, икота, бледность, потливость, сонливость, возникающие вскоре после еды, быстрая насыщаемость(проявление демпинг синдрома), *тяжести в эпигастральной области*, возникающей во время или вскоре после еды, запоры, послабление, неустойчивый стул, урчание, вздутие живота (признаки «кишечной» диспепсии). При развитии развитием В12-дефицитной анемии: слабость, повышенная утомляемость, сонливость, наблюдается снижение жизненного тонуса и утрата интереса к жизни; возникают боли и жжение во рту, языке, симметричные парестезии в нижних и верхних конечностях[6].

**Анамнез жизни.** Наличие у пациентов факторов риска: алиментарные факторы (погрешность в диете, употребление острой, жирной пищи, нерегулярное питание), злоупотребление алкоголем, курение, длительный приём НПВС.

**Осмотр пациента.** На ранних этапах заболевания клинических проявлений может не быть. При прогрессировании наблюдаются похудение, бледность кожных

покровов, симптомы гиповитаминоза (заеды в углах рта, кровоточивость десен, ломкость ногтей, выпадение волос). Язык обложен белым или желтовато-белым налетом с отпечатками зубов на боковой поверхности. Появляется умеренная диффузная болезненность в подложечной области. Живот обычно мягкий, иногда вздут, при пальпации определяется урчание.

### Диагностика ХГ

Таблица 2 — План обследования[6]

Обязательные исследования	Дополнительные исследования	Примечание
<p>Длина тела, масса тела, ИМТ. ОАК. ОАМ.</p> <p>БАК: глюкоза, ХС, билирубин, АсАТ, АлАТ.</p> <p>ЭКГ.</p> <p>ЭГДС с гастробиопсией: из антрального отдела желудка (2 фрагмента - по малой и по большой кривизне в 2 см от пилоруса) - для первичной диагностики Нр-ассоциированного гастрита пациентам в возрасте до 40 лет, которым ранее не проводилась эрадикация; из антрального отдела желудка (2 фрагмента - по малой и по большой кривизне в 2 см от пилоруса) и тела желудка (2 фрагмента - по малой и по большой кривизне в 8 см от кардии) - для оценки результата эрадикационной терапии, а также пациентам, которым ранее проводилась эрадикационная терапия без контроля эффективности; биопсия для стадирования по OLGA - всем пациентам старше 40 лет, которым ЭГДС проводится впервые; пациентам, у которых ранее выявлялась атрофия умеренной или тяжелой степени, метаплазия или дисплазия слизистой оболочки желудка;</p> <p>при подозрении на аутоиммунный гастрит; при наследственном анамнезе, отягощенном по раку желудка</p>	<p>Определение Нр методами, отличными от патоморфологического (при необходимости быстрого ответа, сомнительных результатах гистологического исследования): быстрый уреазный тест или дыхательный <sup>13</sup>C-тест, или определение антигенов Нр в кале</p> <p>Развернутый ОАК., включая MCV, MCH, ретикулоциты (при активном Нр-гастрите, ассоциированном с анемией).</p> <p>Железо сыворотки крови, ферритин (при активном Нр-гастрите, ассоциированном с анемией или подозрении на латентный дефицит железа).</p> <p>Витамин В12 сыворотки крови, антитела к париетальным клеткам и внутреннему фактору Кастла (при атрофии в теле желудка в сочетании с признаками макроцитарной анемии). Врачебная консультация врача-гематолога, стеральная пункция (при подозрении на В12-дефицитную анемию).</p> <p>УЗИ щитовидной железы (при аутоиммунном гастрите).</p> <p>Врачебная консультация врача-онколога (при наличии дисплазии тяжелой степени).</p> <p>Врачебная консультация врача-аллерголога-иммунолога (при эозинофильном гастрите). Антитела к глинадину и тканевой трансглутаминазе (при лимфоцитарном гастрите).</p> <p>Илеоколоноскопия, энтероскопия (при гранулематозном гастрите).</p> <p>Эндоскопия с увеличением, хромокопия (при распространенной кишечной метаплазии, дисплазии, подозрении на ранний рак).</p>	<p>При проведении биопсии биоптаты из каждого отдела желудка помещаются в отдельные флаконы и соответствующим образом маркируются. Биопсия для стадирования по OLGA проводится следующим образом: 2 фрагмента из антрального отдела в 2 см от пилоруса по малой и по большой кривизне и 1 фрагмент из угла желудка в тот же флакон; 2 фрагмента из тела желудка примерно в 8 см от кардии по большой и малой кривизне; при наличии очаговых изменений - дополнительные биоптаты из них в отдельные флаконы.</p>

Лабораторная диагностика: изменения лабораторных показателей не характерны для хронического хеликобактерного гастрита. В случае атрофического гастрита, сочетающегося с В<sub>12</sub>- дефицитной анемией, возможны снижение содержания гемоглобина, увеличение цветового показателя эритроцитов, появление мегакариоцитов [6].

Выявление инфекции *Helicobacter pylori* (Hp).

1. Биохимические методы:

1.1. Быстрый уреазный тест (например, Хелпил-тест) — определение активности уреазы в биоптате слизистой оболочки желудка (известен также как CLO-тест [Campylobacter-like organism test]). Чувствительность всех быстрых уреазных тестов зависит от количества биоптатов и, по данным различных авторов, составляет от 61 % до 95 %. Специфичность Хелпил-теста по данным некоторых авторов может достигать 92 %. Положительный результат теста позволяет назначить лечение. Ложно-отрицательные результаты теста наблюдаются чаще, чем ложноположительные[6].

1.2. <sup>13</sup>C-уреазный дыхательный тест (чувствительность 96 %, специфичность 93 %) по международным данным считается лучшим способом первичной диагностики *H. pylori* и оценки эффективности лечения.

1.3. Чувствительность аммиачного дыхательного Хелик-теста по данным различных авторов колеблется от 78 % до 94 %, специфичность от 62 % до 92 %.

2. Морфологические методы:

2.1. Гистологический метод — выявление *Helicobacter pylori* в биоптатах слизистой оболочки антрального отдела и тела желудка.

2.2. Цитологический метод — выявление *Helicobacter pylori* в слое пристеночной слизи желудка.

3. Бактериологический метод с выделением чистой культуры и определением чувствительности к антибиотикам.

4. Иммунологические методы:

4.1. Выявление антигена *Helicobacter pylori* в кале (чувствительность 92,1 %, специфичность 94,1 %)

4.2. Валидированный серологический тест с IgG. Может использоваться для неинвазивного выявления *H. pylori* у ранее не леченных больных. Не может использоваться для оценки эффективности лечения.

5. Молекулярно-генетические методы — полимеразная цепная реакция[6].

Определение антигенов *Helicobacter pylori* в кале (фекальный антигенный тест).

Для данной методики используются моноклональные антитела. Этот метод является высокоточным как для первичной диагностики *Helicobacter pylori*, так и для контроля лечения. Такой подход позволяет избежать трудностей проведения эндоскопического исследования, включающего психологический и физический дискомфорт для пациентов. Однако в группах пациентов с высоким риском развития рака желудка (возрастной порог или наличие симптомов «тревоги») предпочтительным является проведение эндоскопического исследования [6].

### Инструментальные исследования

Обязательные инструментальные исследования:

- **ФЭГДС** — основной метод подтверждения диагноза, поскольку он позволяет провести забор биоптатов слизистой оболочки и гистологическое исследование. Можно определить характер патоморфологических изменений и уточнить вариант гастрита, а при невозможности проведения не инвазивных тестов на выявление *H. pylori* - для диагностики инфекции.
- **УЗИ** печени, поджелудочной железы, жёлчного пузыря - для диагностики сопутствующей патологии органов гепатобилиарной системы и поджелудочной железы[6].
- **Внутрижелудочная рН-метрия.**

В основе метода - определение концентрации свободных водородных ионов в желудочном содержимом, что позволяет сделать заключение о кислотообразовательной функции желудка.

РН желудочного содержимого в теле желудка составляет 1.3-1.7 (нормацидитас); рН в пределах 1.7-3.0 указывает на гипоацидное состояние; рН более 3.0 свидетельствует об анацидном состоянии; величины рН <1,3 характерны для гиперацидного состояния. В пилорическом отделе при нормальной кислотообразующей функции желудка рН < 2,5 [6].

- **Рентгеноскопия желудка**

При рентгеноскопии желудка может обнаружиться уменьшение выраженности складок слизистой оболочки. Не является строго специфичным для хронического гастрита.

### **Принципы лечения хронического гастрита**

Режим. Следует отказаться от курения. Прекратить приём лекарственных препаратов, оказывающих неблагоприятное действие на слизистую оболочку желудка (НПВС) [6].

Диета. Употреблять можно вчерашний (чёрствый) пшеничный хлеб, хлебцы, сухари, несдобные печенья. Каши. Нужно отказаться от свежих овощей, их можно употреблять в тушёном, варёном, запечённом (без корочки) и приготовленными на пару виде. В основном разрешены такие овощи, как свекла, картошка, морковь, тыква, брокколи, цветная капуста, кабачки. Лучше употреблять нежирное сваренное или приготовленное на пару мясо индейки и курицы. В том же виде есть рыбу. Из фруктов можно есть бананы, запечённые яблоки и груши (сладкие), можно пить кисели, компоты, готовить желе. Молочная продукция до 1,5 % жирности. Не больше 2 яиц в день сваренных всмятку либо вкрутую. Омлет готовится на пару. Можно кушать зефир, пастилу (фруктовую) и мёд в небольших количествах. Сливочное и растительное масло употреблять можно, но не более 20 грамм в день. Рекомендуется пить минеральную воду без газов[6].

### Лекарственная терапия:

При Нр-гастрите - эрадикационную терапию Нр:

- терапия 1-й линии: стандартная тройная терапия: И1П1 (омепразол, лансопразол, пантопразол, рабепразол, эзомепразол) в стандартной дозе 2 раза в день в комбинации с кларитромицином 500 мг 2 раза в день, амоксициллином 1000 мг 2 раза в день за 30 мин до еды - 7 или 10 или 14 дней либо эта же схема с двойной

дозой И1П1 (омепразол или эзомепразол - 40 мг 2 раза в день) - 7 дней (при непереносимости антибиотиков пенициллинового ряда вместо амоксициллина следует использовать метронидазол 500 мг 2 раза в день во время еды);

- последовательная терапия: И1П1 в стандартной дозе 2 раза в день в комбинации с амоксициллином 1000 мг 2 раза в день - 5 или 7 дней, далее И1П1 в стандартной дозе 2 раза в день в комбинации с кларитромицином 500 мг 2 раза в день, в комбинации с тинидазолом или метронидазолом 500 мг 2 раза в день - 5 или 7 дней;

- терапия 2-й линии (квадротерапия на основе препаратов висмута): И1П1 в стандартной дозе 2 раза в день в комбинации с препаратом коллоидного субцитрата висмута 120 мг 4 раза в день за 20-30 минут до еды, тетрациклином 500 мг 4 раза в день до еды, метронидазолом 500 мг 3 раза в день во время еды - 7, 10 или 14 дней;

- терапия 3-й линии (тройная терапия с левофloxасацином): И1П1 в стандартной дозе 2 раза в день в комбинации с левофloxасацином 500 мг 2 раза в день, с амоксициллином 1000 мг 2 раза в день - 10 дней;

- при особых формах гастрита - воздействие на этиологический фактор (лечение целиакии, болезни Крона, гранулематоза Вегенера и другое);

- при аутоиммунном атрофическом гастрите с мегалобластной анемией, подтвержденной исследованием костного мозга и сниженным уровнем витамина В12 (ниже 150 пг/мл) - цианокобаламин (витамин В12) 500 мкг/сут внутримышечно до нормализации гемоглобина, далее - в той же дозе в течение 2 месяцев 1 раз в нед, в последующем - длительно (пожизненно) 500 мкг 1 раз в 2-3 месяца; фолиевая кислота 5 мг/сут; при наличии Нр-инфекции - проводится эрадикационная терапия;

Эффективность эрадикационной терапии контролируется результатами гистологического исследования (ЭГДС с биопсией из тела желудка (не менее 2 фрагментов) и антрального отдела желудка (2 фрагмента)) или результатами 13С-дыхательного теста на Нр или определения антигенов Нр в стуле через 4-8 недель после окончания эрадикационной терапии и не ранее, чем через 2 нед после прекращения приема любых антибактериальных лекарственных средств или ИИЩ6].

## **ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

**Язва** - макроскопически определяемый дефект стенки желудка или 12-перстной кишки, захватывающий слизистую и подслизистый слой, который также может распространяться и в глубже лежащие слои (эрозия - поверхностное повреждение слизистой) [6].

**Язвенная болезнь** — хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся чередованием периодов обострения и ремиссии, основным

морфологическим проявлением которого является язва желудка или двенадцатиперстной кишки, как правило, развивающаяся на фоне хронического гастрита, ассоциированного с *Helicobacter pylori* [6].

### Этиология и патогенез

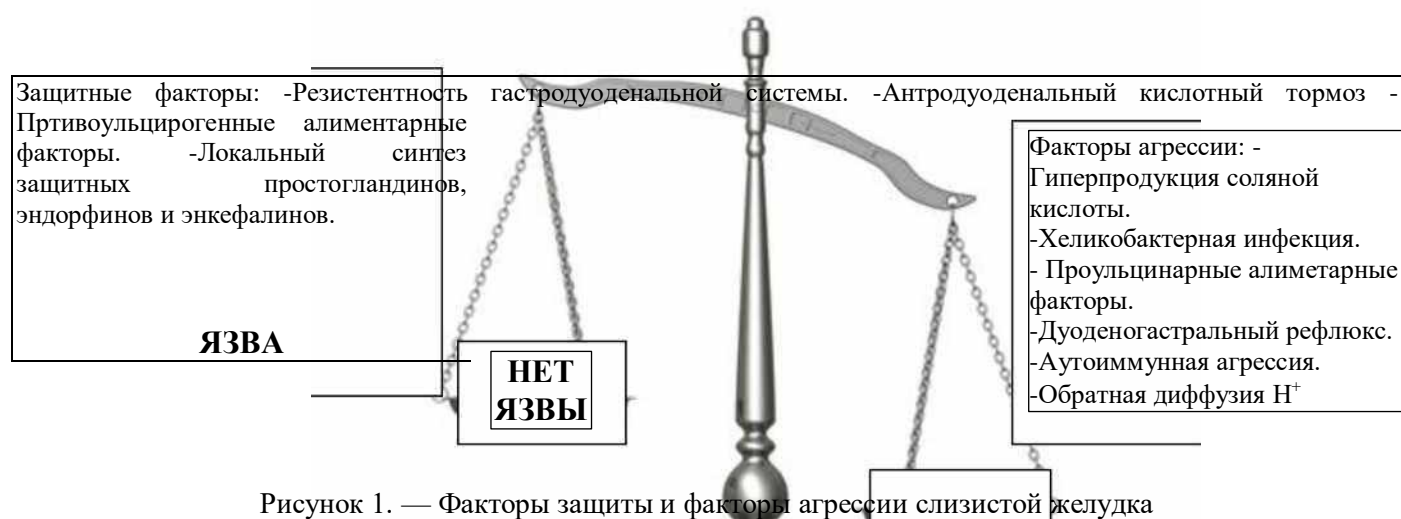
Существует *наследственная предрасположенность* развития гастро-дуоденальных язв (ГДЯ). Она выявляется у пациентов дуоденальной язвой в 30-40% и значительно реже при язве желудка. Предрасположенность к дуоденальной язве передается по МУЖСКОЙ линии.

Язвообразование является следствием нарушения равновесия между защитными и повреждающими факторами слизистой желудка (рисунок 1).

*Решающая этиологическая роль в развитии ГДЯ отводится микроорганизмам *H.pylori*.*

Кроме того, факторами, способствующими образованию язв, могут быть:

- Острые и хронические психоэмоциональные стрессовые ситуации.
- Алиментарный фактор (некоторые виды пищи могут вызывать гиперацидные состояния).
- Злоупотребление алкоголем, кофе, курение.
- Влияние лекарственных средств (НПВС, глюкокортикоиды).
- Развитие язв на фоне других заболеваний (заболевания легких приводящие к дыхательной недостаточности, заболевания ССС приводящие к развитию гипоксемии и ишемии органов и тканей, цирроз печени, заболевания поджелудочной железы) [6].



### КЛАССИФИКАЦИЯ:

#### МКБ 10 (Приложение):

- **K25** Язва желудка.
- **K26** Язва двенадцатиперстной кишки.

- **K28** Гастронужальная язва.
- **Y40-Y84** - осложнения после терапевтических и хирургических вмешательств (Y45 - обезболивающие, жаропонижающие и противоревматические средства).

Общепринятой классификации ЯБ не существует.

По этиологии:

- Язвы, ассоциированные с НР;
- язвы не ассоциированные с Нр;
- симптоматические ГДЯ (лекарственные, «стрессовые», при эндокринной патологии, при других заболеваниях внутренних органов).

По локализации:

- язва желудка (кардиального и субкардиального отделов, тела желудка, антрального отдела, пилорического канала или малая и большая кривизна: передняя и задняя стенка);
- язвы двенадцатиперстной кишки (луковицы и постбульбарного отдела);
- сочетанные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.

При этом язвы могут располагаться на малой или большой кривизне, передней и задней стенках желудка и двенадцатиперстной кишки.

По числу язвенных поражений:

- одиночные язвы;
- множественные язвы.

По размеру язвенного дефекта:

- малая язва (до 0,5 см в диаметре);
- средних размеров (0,6-1,9 см в диаметре);
- большая язва (2-3 см в диаметре);
- гигантская язва (более 3 см в диаметре);
- поверхностная до 0,5 см в глубину от уровня слизистой оболочки;
- глубокая язва более 0,5 см от уровня слизистой оболочки.

Фаза течения заболевания:

- обострение;
- рецидив;
- затухающее обострение;
- ремиссия.

Характер течения:

- Впервые выявленная;
- латентное течение;
- легкое течение;
- средней степени тяжести;
- тяжелое или непрерывно рецидивирующее течение.

По наличию осложнений:

- кровотечение;
- перфорация;
- пенетрация с указанием органа;
- рубцово-язвенный стеноз привратника;
- перигастрит, перидуоденит;

- малигнизация.

Также отмечаются характер оперативных вмешательств, если они проводились [6].

### Клинические проявления

Пациент предъявляет жалобы на: боль в подложечной области, иррадиирующая в левую половину грудной клетки и левую лопатку, грудной или поясничный отдел позвоночника. Боли возникают сразу после приема пищи (при язвах кардиального и субкардиального отделов желудка), через полчаса-час после еды (при язвах тела желудка). При язвах пилорического канала и луковицы двенадцатиперстной кишки обычно наблюдаются поздние боли (через 2-3 часа после еды), «голодные» боли, возникающие натощак и проходящие после приема пищи, а также ночные боли. Боли проходят после приема антацидов, антисекреторных и спазмолитических препаратов, применения тепла. Так же пациент может предъявлять жалобы на отрыжку кислым, изжогу, тошноту, запоры. Рвоту кислым желудочным содержимым, приносящая облегчение, и потому вызываемая пациентом искусственно (в настоящее время она встречается сравнительно редко). Похудание. [6]

Анамнез жизни, анамнез заболевания. Сезонные (весной и осенью) периоды усиления болей и диспепсических симптомов. Выявление факторов предрасполагающих к возникновению ЯБ (например: курение, злоупотребление алкоголем)

Следует помнить о возможности бессимптомного течения язв, частота таких случаев достигает 30%!

Объективный осмотр: болезненность в эпигастральной области при пальпации, сочетающаяся с умеренной резистентностью мышц передней брюшной стенки, локальная перкуторная болезненность в этой же области (симптом Менделя) - признаки неспецифичны [6].

### Диагностика гастродуоденальных язв

Таблица 3 — План обследования

Обязательные исследования	Дополнительные исследования	Примечание
Длина тела, масса тела, ИМТ. ОАК. ОАМ. БАК: билирубин, АсАТ, АлАТ, глюкоза, ХС, мочевины, креатинин). ЭКГ. ЭГДС; при язве желудка - биопсия краев язвы (3-4 биоптата) для исключения малигнизации и биопсия вдали от края язвы - для гистологической диагностики гастрита и оценки <i>Helicobacter</i>	Определение групп крови по системам АВО и резус (при наличии признаков кровотечения). Общий белок (при нарушении статуса питания). Щелочная фосфатаза (далее - ЩФ), гамма-глутамилтранспептидаза (далее - ГГТП), амилаза (при повышении других «печеночных проб»). Электролиты крови (при рвоте). Железо (при кровотечении, анемии). Рентгенокопия желудка и двенадцатиперстной кишки.	Определение антител к Нр в сыворотке крови используется только в случае имевшего место за последние 2 недели приема любых антибактериальных лекарственных средств или ингибиторов протонной помпы либо при тяжелой атрофии слизистой оболочки желудка;



<p>pylori (далее - Нр). Определение Нр (до начала лечения): быстрый уреазный тест с биоптатом желудка или гистологическое исследование биоптатов желудка, взятых не из края язвы, или 13 С-дыхательный тест, или определение антигенов Нр в кале, или определение антител к Нр в сыворотке крови.</p> <p>УЗИ органов брюшной полости.</p>	<p>Релаксационная дуоденография (при подозрении на пилородуоденальный стеноз, рак желудка, дуоденостаз). Биопсия дуоденальной слизистой оболочки (при постбульбарных язвах, подозрительных на болезнь Крона). Суточная рН-метрия (при язвах, резистентных к стандартной антисекреторной терапии). Врачебная консультация врача-хирурга (при наличии осложнений - кровотечение, пенетрация, перфорация, пилородуоденальный стеноз). Врачебная консультация врача-онколога (при диагностике ракового изъязвления, при малигнизации язвы).</p> <p>Эндосонография поджелудочной железы (при подозрении на гастриному).</p>	<p>серологическое исследование не применяется при эрадикационной терапии в анамнезе.</p>
---	--	--

ОАК- без существенных изменений при неосложненном течении, анемия - явные или скрытые кровотечения,  $\uparrow$ лейкоцитов,  $\uparrow$ СОЭ - при пенетрации язвы [6].

Анализ кала на скрытую кровь: положительная реакция на скрытую кровь встречается и при других заболеваниях, что требует их обязательного исключения.

#### Инструментальные методы исследования:

##### Эндоскопия:

- подтверждает наличие язвенного дефекта;
- уточняет его локализацию, глубину, форму, размеры;
- позволяет оценить состояние дна и краев язвы, выявить сопутствующие изменения слизистой оболочки, нарушения гастродуоденальной моторики [6].

##### Биопсия:

- Для определения тактики лечения - результаты исследования на наличие Нр
- При локализации язвы в желудке - возможность исключить злокачественный характер язвенного поражения[6].

##### Рентгенологическое исследование с контрастированием:

- "ниша" на контуре или на рельефе слизистой оболочки;
- косвенные признаки - местный циркулярный спазм мышечных волокон на противоположной по отношению к язве стенке желудка в виде «указующего перста», конвергенция складок слизистой оболочки к «нише»;
- рубцово-язвенная деформация желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки;
- гиперсекреция натошак, нарушения гастродуоденальной моторики [6].

##### Исследование на Нр: (см. выше)

##### Дополнительные методы:

##### Исследование кислотообразующей функции:

##### рН-метрия

При язвах двенадцатиперстной кишки и пилорического канала отмечаются повышенные показатели кислотной продукции, при язвах тела желудка и

субкардиального отдела - нормальные или сниженные. Обнаружение и подтверждение гистаминустойчивой ахлоргидрии практически всегда исключает диагноз язвы двенадцатиперстной кишки и ставит под сомнение доброкачественный характер язвы желудка[6].

#### Дифференциальная диагностика ГДЯ

ГДЯ необходимо дифференцировать с симптоматическими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки. К симптоматическим язвам относятся стрессовые и лекарственные язвы, язвы при эндокринных заболеваниях и при некоторых других заболеваниях внутренних органов [6].

*Стрессовые ГДЯ* - острые, обычно множественные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, возникающие при распространенных ожогах (язвы Курлинга), после черепно-мозговых травм и нейрохирургических операций (язвы Кушинга), после обширных полостных операций, особенно связанных с трансплантацией органов, при остром инфаркте миокарда, у больных с терминальной стадией хронической почечной и печеночной недостаточности и других критических состояниях. Часто протекают малосимптомно, отличаются склонностью к желудочно-кишечным кровотечениям (их частота достигает 40-45%) и характеризуются высокой летальностью, обусловленной часто тяжелым течением фонового заболевания[6].

Среди лекарственных язв желудка и двенадцатиперстной кишки наибольшее значение имеют острые эрозивно-язвенные поражения, связанные с приемом НПВП (НПВП-гастропатия). ГДЯ возникают у 20-25% пациентов, длительно принимающих НПВП, эрозивные поражения - более чем у 50%. ГДЯ и эрозии, обусловленные приемом НПВП, также часто имеют множественный характер, нередко протекают малосимптомно и манифестируются внезапными желудочно-кишечными кровотечениями (меленой или рвотой содержимым типа «кофейной гущи»).

К язвам желудка и двенадцатиперстной кишки, возникающим на фоне *эндокринных заболеваний*, относят гастродуоденальные язвы у пациентов с синдромом Золлингера-Эллисона и гиперпаратиреозом.

Выделяют симптоматические язвы при хронических заболеваниях внутренних органов: при циррозе печени (*гепатогенные язвы*), хроническом панкреатите (*панкреатогенные*), *хронических неспецифических заболеваниях легких, распространенном атеросклерозе, полицитемии, системном мастоцитозе, карциноидном синдроме.*

При обнаружении язвенных поражений в желудке - дифференциальная диагностика между *доброкачественными язвами, малигнизацией язвы и первично-язвенной формой рака желудка*. Злокачественный характер поражения - очень большие размеры (особенно у больных молодого возраста), локализация язвы на большой кривизне желудка, наличие повышения СОЭ и гистаминустойчивой ахлоргидрии. Рентген и ФГДС: неправильная форма язвенного дефекта, неровные и бугристые края, инфильтрация слизистой оболочки желудка вокруг язвы, ригидность стенки желудка в месте изъязвления [6].

#### Лечение гастродуоденальной язвы

Лечение пациента с гастродуоденальной язвой включает:

1. комплекс рекомендаций по образу жизни и питанию пациента (прекращение

употребления алкоголя, прекращение курения, лечебное питание с обеспечением при необходимости механического, химического и термического щажения органов пищеварения, соблюдение режима питания);

2. медикаментозную терапию:

2.1. при Нр-ассоциированных язвах проводится эрадикационная терапия инфекции Ир.

2.2. для репарации язвы пациенту проводится антисекреторная терапия: ингибиторы протонной помпы (далее - ИИН) в стандартной дозе 1 раз в день утром натощак за 30-60 минут до еды, при выраженных клинических проявлениях допускается использование двойной дозы ИИН (прием стандартной дозы 2 раза в сутки). При стрессовых язвах (в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии организации здравоохранения) - парентеральное введение ИИН или H2-блокаторов. Продолжительность пероральной антисекреторной терапии: 4-6 недель при дуоденальной язве или 8-10 недель при желудочной язве, либо до заживления язвы. Время проведения эрадикационной терапии является составной частью периода антисекреторной терапии. После проведения эрадикационной терапии антисекреторную терапию следует продолжать до достижения вышеуказанной продолжительности или до полного заживления язвы;

2.3. при выраженных клинических проявлениях, постпрандиальных симптомах допускается использование дополнительной терапии - антацидов (до 2 недель или эпизодически) и прокинетиков (домперидон 10 мг 3 раза в сутки);

2.4. при язвенном кровотечении как компонент комплексной терапии: 40-80 мг омепразола внутривенно болюсом, затем внутривенно непрерывно со скоростью 8 мг/час в течение 72 ч, затем 40 мг омепразола в сутки внутрь. Возможно использование других ИИН;

3. контроль эффективности лечения осуществляется следующим образом: заживление язвы желудка у пациента контролируется эндоскопически в сроки 2-8 недель от начала лечения - до полного заживления язвы. Выполняется биопсия из участка постязвенного рубца для исключения малигнизации; заживление язвы двенадцатиперстной кишки контролируется эндоскопически в сроки 2-6 недель от начала лечения. Допускается ведение неосложненной дуоденальной язвы без эндоскопического контроля в случае полноценного проведения эрадикационной терапии и купирования клинических проявлений; эффективность эрадикационной терапии контролируется результатами гистологического исследования (ЭГДС с биопсией из тела желудка (2 биоптата) и антрального отдела желудка (2 биоптата)) или результатами <sup>13</sup>C-дыхательного теста на Нр, или анализа кала на антигены Нр через 4-8 недель после окончания эрадикационной терапии и не ранее, чем через 2 недели после прекращения приема любых антибактериальных лекарственных средств или ИИН[6].

#### **Примеры формулировки диагнозов:**

1. Хронический гастрит антрального отдела

2. Язва антрального отдела желудка 3,0 x 2,0 см, осложненная кровотечением от 11.03.14г. Постгеморрагическая анемия тяжелой степени. Язва желудка, хроническая, обострение первое в текущем году, с локализацией дефекта в антральном отделе 3,0x2,0 см. Осложнённая кровотечением (диатермокоагуляция

эндоскопически). Постгеморрагическая анемия средней степени тяжести.

### **ОСЛОЖНЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА**

Из осложнений чаще встречается *язвенное кровотечение*, сопровождающееся рвотой «кофейной гущей» (если кровотечение обильное, то в рвотных массах появляются малоизмененная кровь), черный дегтеобразный стул (мелена).

Кровотечение сопровождается: -снижением артериального давления; -резкой слабостью; -головокружением; -пульс частый, малый. Исследование периферической крови позволяет выявить анемию (снижение гемоглобина и количества эритроцитов). Боли после кровотечения обычно исчезают и при пальпации живота болезненности так же не отмечается [6].

*Перфорация* (прободение) наблюдается обычно у мужчин во время обострения болезни (чаще в весенне-осенний период). Характерно возникновение очень сильной боли в верхней половине живота, затем развивается симптом «мышечной защиты» - живот становится втянутым и твердым. состояние больного прогрессивно ухудшается: живот вздут, резко болезнен, лицо бледное, с заостренными чертами, язык сухой, пульс нитевидный. Больного беспокоят сильная жажда, икота, рвота, газы не отходят. Это клиническая картина развивающегося перитонита[6].

*Рубцовое сужение привратника* - следствие рубцевания язвы, располагающегося в пилорическом отделе желудка. В результате стеноза создается препятствие для прохождения пищи из желудка в двенадцатиперстную кишку. Вначале мощная перистальтика гипертрофированной мускулатуры желудка обеспечивает своевременное прохождение пищи, но затем пища начинает задерживаться в желудке (декомпенсация стеноза). У больных появляются отрыжка тухлым, рвота пищей, съеденной накануне. При пальпации живота определяется «шум плеска». Живот вздут, в подложечной области сильная перистальтика. При рентгенологическом исследовании бариевая масса быстро опускается на дно желудка, и длительное время остается в нем. Стеноз привратника характеризуется ощущением тяжести, переполнения желудка после еды; рвотой съеденной накануне пищей, тухлым содержимом; похудание; шум «плеска» в желудке[6].

*Раковое перерождение язвы* чаще всего отмечается при локализации ее в кардиальном и пилорическом отделах желудка (язва двенадцатиперстной кишки никогда не подвергается перерождению). При раковом перерождении боли теряют периодичность, становятся постоянными. Снижается кислотность желудочного сока, реакция кала на скрытую кровь постоянно положительная. У больных снижаются аппетит, масса тела, повышается СОЭ. Диагноз уточняется при рентгенологическом и особенно гастроскопическом исследовании. Иногда решающими являются данные гистологического исследования, исследование кусочка слизистой оболочки, взятого с края язвы (обнаруживаются раковые клетки) [6].

*Пенетрация* - проникновение язвы за пределы желудка или двенадцатиперстной кишки в соседние органы. Для пенетрации характерно появление симптомов поражения других органов, вовлеченных в процесс (симптомы панкреатита, холецистохолангита и. т.д.). Пенетрируют обычно язвы задней стенки желудка или двенадцатиперстной кишки в малый сальник или подложечную железу (тело, головку). Значительно реже встречается пенетрация язвы в печень, желчный

пузырь, поперечную ободочную кишку. Условием пенетрации является «припаивание» желудка в месте язвенного дефекта к соответствующему органу (это происходит в следствии перигастрита). Для язвы двенадцатиперстной кишки это не является обязательным условием, так как сама двенадцатиперстная кишка плотно фиксирована и не обладает такой подвижностью, как желудок. Далее деструктивные процессы в язве прогрессируют, и язва распространяется на тот или иной орган. Развитие пенетрации обычно сопровождается изменением клинической картины (что происходит наиболее часто) появляются жалобы на боли, характерные для панкреатита. В анализе крови при пенетрации отмечается ускорение СОЭ, лейкоцитоз [6].

### **Принципы лечения осложнений.**

Для оказания неотложной помощи проводится экстренная госпитализация. Диагностика и лечение осложнений язвенной болезни желудка проводится с помощью гастроскопии. Возможно введение специальных препаратов для остановки кровотечения и ушивание кровоточащих сосудов.

Оперативная хирургия язвенной болезни включает в себя остановку кровотечения, ушивание язвы или резекцию части желудка. Выбор метода хирургического вмешательства зависит от стадии, на которой находится заболевание, степени распространённости процесса и локализации язвы.

При обнаружении такого осложнения язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, как малигнизация, проводится радикальное оперативное лечение, даже не дожидаясь результатов биопсии. В послеоперационном периоде назначается химиотерапия и лучевая терапия[6].

### **Практическая часть**

1. Законспектировать теоретический материал, демонстрируемый преподавателем;

2. Заполнить схемы и таблицы раздаточного материала;

3. Освоить методику решения задач по теме занятия;

4. Курировать пациента, совместно с преподавателем;

5. Расшифровать рентгенограмму по теме занятия;

### **Контроль усвоения темы**

1. Решение ситуационных задач по индивидуальному заданию;

2. Решение индивидуальных тестовых заданий;

3. Расшифровка контрольной ЭКГ.

## **МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ВЫПОЛНЕНИЮ СРС**

**Время, отведенное на самостоятельную работу, может использоваться студентами на:**

- подготовку к лекционным и практическим занятиям;
- подготовку к зачету и экзамену по учебной дисциплине;
- проработку тем (вопросов), вынесенных на самостоятельное изучение;
- изучение тем и проблем, не выносимых на лекции и практические занятия;

- решение ситуационных задач;
- выполнение исследовательских и творческих заданий;
- подготовку тематических докладов, рефератов, презентаций;
- выполнение практических заданий;
- конспектирование учебной литературы;
- оформление информационных и демонстрационных материалов (стенды, плакаты, графики, таблицы, газеты и пр.);
- составление тематической подборки литературных источников, интернет источников.

### **Основные формы организации СРС**

- написание и презентация реферата;
- выступление с докладом;
- изучение тем и проблем, не освещенных на лекциях и семинарских занятиях;
- компьютеризированное тестирование;
- изготовление дидактических материалов.

### **Перечень заданий СРС:**

- выполнение тестовых заданий (ЭУМК «Внутренние болезни и поликлиническая терапия» Режим доступа: <https://dl.gsmu.by/course/view.php?id=170>);
- выполнение научно-исследовательской работы;

### **Контроль СРС осуществляется в виде:**

- тестирования;
- итогового занятия, коллоквиума в форме устного собеседования, письменной работы, тестирования;
- обсуждения рефератов;
- проверки рефератов;
- оценки устного ответа на вопрос или решения задачи на практических занятиях;
- контрольной работы.

## **МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ВЫПОЛНЕНИЮ УСРС**

**Рекомендуемыми формами организации УСРС являются:**

1. написание реферата на заданную тему;
2. подготовка мультимедийной презентации по заданной теме;

### **Перечень заданий УСРС:**

**Темы рефератов / мультимедийных презентаций:**

1. Рентгеноскопия при патологии желудка. Методика подготовки, проведения. Признаки гастрита, язвы при данных видах обследования.
2. Эндосонография. Методика, показания, противопоказания.
3. НПВС-гастропатия, современный подход к проблеме.
4. Осложнения язвенной болезни, дифференциальная диагностика.
5. Симптоматические язвы: этиология, патогенез, особенности клиники и лечения.

### **Формы контроля выполнения УСРС:**

1. проверка и оценивание реферата по заданной теме;
2. проверка и оценивание мультимедийной презентации по заданной теме;
3. проверка и оценивание правильности решения ситуационных задач.

### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Диагностика и лечение острого пиелонефрита Д.А. Бешлиев, Л.А. Ходырева НИИ урологии Росмедтехнологии, Москва Трудный пациент Урология №12-13, том 5, 2007. с.5-8
2. Современный взгляд на проблему диагностики и лечения пиелонефрита/ Методическое письмо для врачей. Т.В. Лаврентьева А.Ю. Бала 2017 г. Департамент здравоохранения Воронежской области БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница №1» ГБОУ Воронежский Государственный Медицинский Университет им. НН. Бурденко
3. Архипов, Е.В. Современные рекомендации по диагностике и лечению пиелонефрита с позиции доказательной медицины / Е.В. Архипов, О.Н. Сигитова, А.Р. Богданова // Вестник современной клинической медицины. — 2015. — Т. 8, вып. 6. — С.115—120.
4. Маргиева Т. В., Комарова О. В., Вашурина Т. В., Зробок О. А., Сергеева Т. В., Цыгин А. Н. Рекомендации по диагностике и лечению инфекций мочевыводящих путей у детей. Педиатрическая фармакология. 2016; 13 (1): 17-21.
5. Избранные вопросы урологии: учеб.-метод пособие/Н.И. Симченко [и др.]. — Гомель: ГомГМУ, 2021. — 220 с.
6. Моисеев, В. С. Внутренние болезни: Том 1: учебник: в 2 т. [Электронный ресурс]/ од ред. Моисеева В. С. , Мартынова А. И. , Мухина Н. А. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 960 с. Режим доступа: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453148.html> Дата доступа: 17.05.2024.
7. Клинические рекомендации. Хронический пиелонефрит у взрослых 2016 Российское общество урологов 32с.
8. Внутренние болезни : учеб.-метод. пособие для студентов учреждений высш. образования, обучающихся по специальностям 1-79 01 01 "Лечеб. дело", 1-79 01 04 "Мед.-диагност. дело" / М-во здравоохранения Респ. Беларусь, УО "Гомел. гос. мед. ун-т", Каф. внутренних болезней № 2 с курсом ФПКип ; Э. Н. Платошкин [и др.]. - Гомель : ГомГМУ, 2023. - 473 с. : ил., табл. - Рек. УМО по высш. мед., фармацевт. образованию.
9. Внутренние болезни. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : учебник / под ред. А. И. Мартынова, Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеева. - 4-е изд., перераб. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 784 с. - Режим доступа:[ййрз://№№№.з1:и4епШьгагу.ги/Боок/18ВК9785970472316.й1т1](https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970472316.html) - Дата доступа: 17.05.2024.
10. Внутренние болезни. В 2 т. Т. 2 [Электронный ресурс] : учебник / под ред. А. И. Мартынова, Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеева. - 4-е изд., перераб. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 704 с. - Режим доступа: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970472323.html> - Дата доступа: 17.05.2024.

11. Арсентьева, И. Л. Общий осмотр пациента. Основы лечебного питания : учеб.-метод. пособие / И. Л. Арсентьева, Э. А. Доценко, Н. Л. Арсентьева ; Белорус. гос. мед. ун-т, Каф. пропедевтики внутренних болезней. - Минск : БГМУ, 2021. - 20, [2] с.

12. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани : учеб.-метод. пособие / М-во здравоохранения Респ. Беларусь, Белорус. гос. мед. ун-т, Каф. пропедевтики внутренних болезней ; М. Н. Антонович [и др.]. - Минск : БГМУ, 2023. - 26, [3] с.

13. Внутренние болезни и поликлиническая терапия : пособие для студентов учреждений высш. образования, обучающихся по специальностям 1-79 01 02 «Педиатрия» и 1-79 01 04 «Мед.-диагност. дело» / М-во здравоохранения Респ. Беларусь, УО «Гродн. гос. мед. ун-т», 2-я каф. внутренних болезней ; В. Н. Волков [и др.]. - Гродно : ГрГМУ, 2020. - 419 с. : ил., табл. - Рек. УМО по высш. мед., фармацевт. образованию.

14. Дополнительные методы исследования в клинике внутренних болезней: практикум: учебно-методическое пособие [Электронный ресурс] / Э. А. Доценко [и др.]. - Минск : БГМУ, 2021. - 156 с. - Режим доступа: <http://rep.bsmu.by:8080/handle/BSMU/32900> - Дата доступа: 17.05.2024.

15. Друян, Л. И. Медицинская терминология в пропедевтике внутренних болезней : учеб.-метод. пособие для студентов учреждений высш. образования, обучающихся по специальностям 1-79 01 01 «Лечеб. дело», 1-79 01 04 «Мед.-диагност. дело» / Л. И. Друян, А. Л. Калинин ; УО «Гомел. гос. мед. ун-т», Каф. пропедевтики внутренних болезней. - Гомель : ГомГМУ, 2021. - 203 с. : ил., табл., схемы. - Рек. УМО по высш. мед., фармацевт. образованию.

16. Клинические синдромы при заболеваниях органов кровообращения : учеб.-метод. пособие / М-во здравоохранения Респ. Беларусь, Белорус. гос. мед. ун-т, Каф. пропедевтики внутренних болезней ; Э. А. Доценко [и др.]. - Минск : БГМУ, 2023. - 34, [3] с.

17. Корнелюк, Д. Г. Внутренние болезни, поликлиническая терапия и военно-полевая терапия [Электронный ресурс]: учеб.-метод. рек. для студентов, обучающихся по спец. 1-79 01 04 «Мед.-диагност. дело» / Д. Г. Корнелюк, Г. М. Варнакова ; УО «Гродн. гос. мед. ун-т», 2-я каф. внутренних болезней. - Электрон. текстовые дан. и прогр. (объем 2,21 Мб). - Гродно : ГрГМУ, 2020. - 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

18. Корнелюк, Д. Г. Первая помощь : пособие для студентов учреждений высш. образования, обучающихся по специальностям 1-79 01 01 "Лечеб. дело", 1-79 01 04 "Мед.-диагност. дело", 1-79 01 05 "Мед.-психол. дело" / Д. Г. Корнелюк, Т. Г. Лакотко ; УО "Гродн. гос. мед. ун-т", 2-я каф. внутренних болезней. - Гродно : ГрГМУ, 2022. - 166 с. - Рек. УМО по высш. мед., фармацевт. образованию.

19. Копать, Т. Т. Симптоматология, диагностика, принципы лечения острых и хронических гломерулонефритов, пиелонефритов, хронической болезни почек : учеб.-метод. пособие / Т. Т. Копать, И. М. Змачинская ; Белорус. гос. мед. н-т, Каф. пропедевтики внутренних болезней. - Минск : БГМУ, 2023. - 28, [2] с.

20. Медицинская реабилитация : учеб. пособие для студентов учреждений высш. образования по специальностям «Лечеб. дело», «Мед.-диагност. дело» / В. Я.



Латышева [и др.]. - Минск : Вышэйшая школа, 2020. - 350, [1] с.

21. Нечаев, В. М. Диагностика терапевтических заболеваний : учебник [Электронный ресурс] / В. М. Нечаев, И. И. Кулешова, Л. С. Фролькис. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 608 с. - Режим доступа: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970473382.html> - Дата доступа: 17.05.2024.

22. Пульмонология : нац. рук. : краткое изд. / под ред. А. Г. Чучалина ; подгот. под эгидой Рос. респиратор. о-ва и АСМОК. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 767 с., [12] цв. вкл. л. : фот., табл. - (Национальные руководства).

23. Симптоматология, диагностика, принципы лечения и профилактики ревматоидного артрита, реактивных артритов и остеоартритов : учеб.-метод. пособие / М-во здравоохранения Респ. Беларусь, Белорус. гос. мед. ун-т, Каф. пропедевтики внутренних болезней ; Г. М. Хващевская [и др.]. - Минск : БГМУ, 2022. - 29, [2] с.

24. Сирош, О. П. Схема написания учебной истории болезни : метод. рек. / О. П. Сирош ; Белорус. гос. мед. ун-т, 2-я каф. внутренних болезней. - Минск : БГМУ, 2021. - 9, [2] с.

25. Сурмач, М. Ю. Порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности [Электронный ресурс] : пособие для студентов, обучающихся по специальностям 1-79 01 01 «Лечеб. дело», 1-79 01 02 «Педиатрия», 1-79 01 04 «Мед.-диагност. дело», 1-79 01 05 «Мед.-психол. дело», 1-79 01 06 «Сестр. дело», для магистрантов, аспирантов / М. Ю. Сурмач, Е. В. Головкова ; УО «Гродн. гос. мед. ун-т», Каф. общественного здоровья и здравоохранения. - Электрон. текстовые дан. и прогр. (объем 3,34 Мб). - Гродно: ГрГМУ, 2020. - 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

26. Физикальные методы исследования : практикум / М-во здравоохранения Респ. Беларусь, Белорус. гос. мед. ун-т, Каф. пропедевтики внутренних болезней ; Э. А. Доценко [и др.]. - 2-е изд., перераб. - Минск : БГМУ, 2022. - 154 с.

27. Формирование коммуникативных навыков у медицинских работников с высшим и средним специальным медицинским образованием : пособие / под ред. Е. М. Русаковой ; Е. М. Русакова [и др.]. - Минск : Альфа-книга, 2022. - 75 с.

28. Чучалин, А. Г. Пульмонология [Электронный ресурс] / под ред. Чучалина А. Г. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 768 с. - Режим доступа: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453230.html> - Дата доступа: 17.05.2024.

29. О здравоохранении : Закон Респ. Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435XII : с изм. и доп.

30. О порядке проведения диспансеризации взрослого и детского населения : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 30 авг. 2023 г. № 125.

31. О Правилах медицинской этики и деонтологии : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 7 авг. 2018 г. № 64 : с изм. и доп.

32. Об утверждении клинического протокола : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 23 авг. 2021 г. №99.

33. Об организации оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 04 нояб. 2019 г. №1314.