

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

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

Авторы:

А.Д. Семёнова, ассистент;
Е.В. Кухорева, старший преподаватель

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

для проведения практического занятия
по дисциплине «Внутренние болезни»
со студентами

3 курса медико-профилактического факультета,
обучающихся по специальности 1- 79 01 03 «Медико-профилактическое
дело»

Тема 9: Хронический гастрит. Гастродуоденальные язвы

Время: 3 часа

Утверждено на заседании кафедры внутренних болезней №3 с курсом
функциональной диагностики
(протокол № 8 от 28.08.2023)

2023г.

УЧЕБНЫЕ И ВОСПИТАТЕЛЬНЫЕ ЦЕЛИ, ЗАДАЧИ, МОТИВАЦИЯ ДЛЯ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

Учебная цель:

Формирование у студентов базовой профессиональной компетенции:

- применять методы диагностики, принципы лечения наиболее распространенных заболеваний и травм;
- формулировать клинический диагноз;
- проводить медицинскую профилактику заболеваний и травм;
- оказывать медицинскую помощь при неотложных состояниях.

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, принципы лечения и методы профилактики хронического гастрита, гастродуоденальных язв, осложнений язвенной болезни;
- диагностику и врачебную тактику при заболеваниях органов пищеварения;

уметь:

- проводить опрос и объективное обследование пациента;
- составлять план лабораторного и инструментального обследования пациента;
- правильно интерпретировать результаты лабораторно-инструментального обследования пациента с хроническим гастритом, гастродуоденальными язвами, осложнениями язвенной болезни;
- формулировать диагноз хронического гастрита, гастродуоденальных язв, осложнений язвенной болезни;

- оказывать первую медицинскую помощь при осложнениях язвенной болезни;

владеть:

- методологией постановки диагноза пациентам с заболеваниями органов пищеварения;
- навыками оказания неотложной медицинской помощи при осложнениях язвенной болезни.

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 различными 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, 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. «Биологическая химия»:
 - молекулярные основы развития патологических процессов;
 - основные принципы биохимических методов диагностики;
3. «Латинский язык»:
 - латинские словообразовательные элементы и терминология.
4. «Анатомия человека»:
 - строение тела человека, составляющих его систем, органов, тканей;
 - половые и возрастные особенности организма человека;
5. «Гистология, цитология, эмбриология»:
 - гистогенез и описание строения тканей.
6. «Нормальная физиология»:
 - закономерности функционирования клеток, тканей, органов, систем здорового организма и механизмы их регуляции;
 - показатели функций здорового организма человека;
7. «Медицинская микробиология, иммунология»:
 - бактериальные и иммунологические методы диагностики инфекций;
 - микробиологические основы химиотерапии и антисептики;
8. «Общая гигиена и военная гигиена»:
 - основные мероприятия по обеспечению микроклимата, гигиенического ухода и питания пациентов.

9. «Фармакология»:
- общие принципы фармакодинамики и фармакокинетики лекарственных средств;
 - факторы, определяющие терапевтическую эффективность, побочное действие, аллергенность и токсичность лекарственных средств;
 - основные средства лекарственной терапии при различных патологических процессах и наиболее распространенных болезнях;
 - основные виды и способы диагностики с применением современных фармакологических средств;
 - общие принципы лечения неотложных состояний и отравлений.
10. «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.);
11. «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.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ

1. Хронический гастрит: определение, этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, лечение, профилактика, прогноз.
2. Функциональная желудочная диспепсия: определение, критерии, клиническая картина, диагностика, лечение, профилактика.

3. Язва желудка и двенадцатиперстной кишки: определение, этиология, патогенез, основные и предрасполагающие факторы, классификация, клиническая картина, диагностика, лечение, профилактика, прогноз.

4. Осложнения язвенной болезни: перфорация, кровотечение, пенетрация, стеноз привратника двенадцатиперстной кишки, клиническая картина, лечение, профилактика, прогноз.

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).

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:

- 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:

- 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:

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

2. Факторы защиты слизистой оболочки:

- 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* (Hр) является рН от 3,0 до 6,0, что обуславливает её основную локализацию в антральном отделе желудка. При увеличении кислотности Hр мигрируют в двенадцатиперстную кишку. При уменьшении кислотности Hр мигрируют в область тела и дна желудка.

Основные следствия воздействия Hр 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.

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 $\text{pH} < 4$ наибольшее воздействие на слизистую оболочку желудка оказывают тауриновые конъюгаты, а при $\text{pH} > 4$ — неконъюгированные желчные кислоты.

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 В12-дефицитной анемии;
- увеличение выработки гастрина G-клетками антрального отдела желудка.

Аутоиммунные хронические гастриты чаще встречаются у женщин.

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;

K29.4 хронический атрофический гастрит;

K29.5 хронический гастрит неуточненный:

-хронический гастрит антральный;

-хронический гастрит фундальный;

K29.6 другие гастриты:

-гастрит гипертрофический гигантский;

-гранулематозный гастрит;

-болезнь Менетрие;

K29.7 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, НПВС);
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).

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.

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.

Таблица 3. Классификация по системе OLGA (2008 г.).

Анtrum	Тело	Тело	Тело	Тело
	0	I	II	III
0	Степень 0	Степень I	Степень II	Степень II
I	Степень I	Степень II	Степень II	Степень III
II	Степень II	Степень II	Степень III	Степень IV
III	Степень II	Степень III	Степень IV	Степень IV

Интегральный показатель степени гастрита (воспаления) по системе OLGA.

Анtrum	Тело	Тело	Тело	Тело
	0	I	II	III
0	Стадия 0	Стадия I	Стадия II	Стадия II
I	Стадия I	Стадия II	Стадия II	Стадия III
II	Стадия II	Стадия II	Стадия III	Стадия IV
III	Стадия III	Стадия III	Стадия IV	Стадия IV

Интегральный показатель стадии гастрита (атрофии) по системе OLGA.

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 эпигастриальной 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.
- **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

План обследования.

Обязательные исследования	Дополнительные исследования	Примечание
Длина тела, масса тела, ИМТ. ОАК. ОАМ. БАК: глюкоза, ХС, билирубин, АсАТ, АлАТ. ЭКГ. ЭГДС с гастробиопсией: из антрального отдела желудка (2 фрагмента – по малой и по	Определение Нр методами, отличными от патоморфологического (при необходимости быстрого ответа, сомнительных результатах гистологического исследования): быстрый уреазный тест или дыхательный ¹³ C-тест, или определение антигенов Нр в кале	При проведении биопсии биоптаты из каждого отдела желудка помещаются в отдельные флаконы и соответствующим образом маркируются. Биопсия для стадирования по OLGA проводится следующим

<p>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 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; при подозрении на аутоиммунный гастрит; при наследственном анамнезе, отягощенном по раку желудка</p>	<p>Развернутый ОАК., включая MCV, MCH, ретикулоциты (при активном Нр-гастрите, ассоциированном с анемией). Железо сыворотки крови, ферритин (при активном Нр-гастрите, ассоциированном с анемией или подозрении на латентный дефицит железа). 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, стерильная пункция (при подозрении на В12-дефицитную анемию). УЗИ щитовидной железы (при аутоиммунном гастрите). Врачебная консультация врача-онколога (при наличии дисплазии тяжелой степени). Врачебная консультация врача-аллерголога-иммунолога (при эозинофильном гастрите). Антитела к глиадину и тканевой трансглутаминазе (при лимфоцитарном гастрите). Илеоколоноскопия, энтероскопия (при гранулематозном гастрите). Эндоскопия с увеличением, хромоскопия (при распространенной кишечной метаплазии, дисплазии, подозрении на ранний рак).</p>	<p>образом: 2 фрагмента из антрального отдела в 2 см от пилоруса по малой и 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 В₁₂-дефицитной анемией, возможны снижение содержания гемоглобина, увеличение цветового показателя эритроцитов, появление мегакариоцитов.

Выявление инфекции *Helicobacter pylori* (Нр).

- 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.

- 1.2. ¹³C-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.

-

- 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.

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 неинвазивных тестов на выявление *H. pylori* - для диагностики инфекции.

- *УЗИ* печени, поджелудочной железы, жёлчного пузыря - для диагностики сопутствующей патологии органов гепатобилиарной системы и поджелудочной железы.

- *Внутрижелудочная pH-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.

- *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).

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.

Лекарственная терапия:

При Нр-гастрите - эрадикационную терапию Нр:

- терапия 1-й линии: стандартная тройная терапия: ИПП (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 ИПП (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: ИПП в стандартной дозе 2 раза в день в комбинации с амоксициллином 1000 мг 2 раза в день – 5 или 7 дней, далее ИПП 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): ИПП 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 левофлорксацином): ИПП в стандартной дозе 2 раза в день в комбинации с левофлорксацином 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 ИПП.

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ 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).

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*.

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 (см. выше).

*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).

Защитные факторы:

- Резистентность гастродуоденальной системы.
- Антродуоденальный кислотный тормоз
- Противоульцирогенные алиментарные факторы.
- Локальный синтез защитных простагландинов, эндорфинов и энкефалинов.

Факторы агрессии:

- Гиперпродукция соляной кислоты.
- Хеликобактерная инфекция.
- Проульцинарные алиментарные факторы.
- Дуоденогастральный рефлюкс.
- Аутоиммунная агрессия.
- Обратная диффузия H^+

КЛАССИФИКАЦИЯ:

МКБ 10 (Приложение):

- **K25** Язва желудка.
- **K26** Язва двенадцатиперстной кишки.
- **K28** Гастроеюнальная язва.
- **Y40-Y84** — осложнения после терапевтических и хирургических вмешательств (Y45 — анальгезирующие, 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.

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.

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 эпигастриальной области при пальпации, сочетающаяся с умеренной резистентностью мышц передней брюшной стенки, локальная перкуторная болезненность в этой же области (симптом Менделя) - признаки неспецифичны.

Диагностика гастродуоденальных язв. 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 pylori</i> (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	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). Рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки. Релаксационная дуоденография (при подозрении на пилородуоденальный стеноз, рак желудка, дуоденостаз). Биопсия дуоденальной слизистой оболочки (при постбульбарных язвах, подозрительных на болезнь	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; серологическое исследование не применяется при эрадикационной терапии в анамнезе.

С-дыхательный тест, или определение антигенов Нр в кале, или определение антител к Нр в сыворотке крови. УЗИ органов брюшной полости.	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). Эндосонография поджелудочной железы (при подозрении на гастриному).	
---	--	--

ОАК- без существенных изменений при неосложненном течении, анемия - явные или скрытые кровотечения, ↑лейкоцитов, ↑СОЭ - при пенетрации язвы.

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.

Биопсия:

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

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.

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.

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.

- *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.

- 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.

Лечение ГДЯ

- 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 Нр.
- 2.2. для репарации язвы пациенту проводится антисекреторная терапия: ингибиторы протонной помпы (далее – ИПП) в стандартной дозе 1 раз в день утром натощак за 30-60 минут до еды, при выраженных клинических проявлениях допускается использование двойной дозы ИПП (прием стандартной дозы 2 раза в сутки). При стрессовых язвах (в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии организации здравоохранения) - парентеральное введение ИПП 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 ИПП;
- 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 13С-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 ИПП.

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

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.

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.

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.

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).

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.

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.

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. Интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных исследований.

Контроль усвоения темы

1. Решение ситуационных задач по индивидуальному заданию;
2. Решение индивидуальных тестовых заданий.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ВЫПОЛНЕНИЮ СРС

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

- подготовку к лекционным, семинарским, практическим занятиям;
- подготовку к зачетам по учебной дисциплине;
- проработку тем, вынесенных на самостоятельное изучение;
- выполнение исследовательских и творческих заданий;
- подготовку тематических докладов, рефератов, презентаций;
- конспектирование учебной литературы;
- оформление информационных и демонстрационных материалов (стенды, плакаты, графики, таблицы и пр.).

Основные методы организации самостоятельной работы:

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

Перечень заданий СРС:

- выполнение тестовых заданий (для МПФ из ЭУМК).

Контроль СРС осуществляется в виде:

- итогового занятия в форме устного собеседования, письменной работы, тестирования.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ВЫПОЛНЕНИЮ УСРС

Рекомендуемыми формами организации УСРС являются:

- написание реферата на заданную тему.

Примерный перечень тем рефератов, мультимедийных презентаций:

1. Возможности клинической, лабораторной, инструментальной диагностики *Helicobacter pylori*.

ПЕРЕЧЕНЬ СРЕДСТВ ДИАГНОСТИКИ РЕЗУЛЬТАТОВ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Для диагностики компетенций используются следующие формы:

Устная форма:

- собеседование;
- доклады на семинарских занятиях;
- устные зачеты;
- оценивание на основе деловой игры;
- решение ситуационных задач.

Письменная форма:

- тесты;
- контрольные опросы;
- контрольные работы;
- письменные отчеты по аудиторным (домашним) практическим упражнениям;
- рефераты;
- ситуационные задачи;
- оценивание на основе деловой игры.

Устно-письменная форма:

- дифференцированный зачет.

Техническая форма:

- электронные тесты.

Симуляционная форма:

- оценивание с использованием электронно-механических симуляторов и роботов-тренажеров.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Внутренние болезни. В 2 т. Т. 1 : учебник для студентов учреждений высш. проф. образования / под ред. В. С. Моисеева, А. И. Мартынова, Н. А. Мухина. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 958 с., [8] цв. вкл. л. – Режим доступа: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453148.html>. – Дата доступа: 24.05.2023.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**ОСНОВНАЯ ЛИТЕРАТУРА**

1. Внутренние болезни. В 2 т. Т. 1 : учебник для студентов учреждений высш. проф. образования / под ред. В. С. Моисеева, А. И. Мартынова, Н. А. Мухина. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 958 с., [8] цв. вкл. л. – Режим доступа: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453148.html>. – Дата доступа: 24.05.2023.

2. Внутренние болезни. В 2 т. Т. 2 : учебник для студентов учреждений высш. проф. образования / под ред. В. С. Моисеева, А. И. Мартынова, Н. А.

Мухина. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 895 с., [1] цв. вкл. л. : табл. + 1 электрон. опт. диск (CD-ROM). – Режим доступа: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453155.html>. – Дата доступа: 24.05.2023.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Актуальные вопросы кардиологии : учеб. пособие / под ред. С. С. Якушина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 495 с., [8] цв. вкл. л. – Рек. Координац. советом по обл. образования «Здравоохранение и мед. науки»

2. 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.

3. Белялов, Ф. И. Аритмии сердца / Ф. И. Белялов. – 8-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАРМедиа, 2020. – 446 с. : ил., табл., фот. – Библиогр.: с. 401-446.

4. Благова, О. В. Болезни миокарда и перикарда: от синдромов к диагнозу и лечению / О. В. Благова, А. В. Недоступ, Е. А. Коган. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 882, [1] с.

5. Близнюк, А. И. Методы исследования почек и мочевыводящих путей и их применение в общей врачебной практике : учеб.-метод. пособие / А. И. Близнюк, Н. Н. Мороз-Водолажская ; Белорус. гос. мед. ун-т, Каф. общей врачебной практики. – Минск : БГМУ, 2021. – 30, [3] с.

6. Буцель, А. Ч. Острые респираторные вирусные инфекции: синдромальная диагностика, лечение и профилактика : учеб.-метод. пособие / А. Ч. Буцель, Е. С. Яцкевич, Г. Г. Максименя ; Белорус. гос. мед. ун-т, Каф. общей врачебной практики, Каф. клинической фармакологии. – Минск : БГМУ, 2020. – 46, [2] с.

7. Внутренние болезни. В 2 т. Т. I. : учебник [Электронный ресурс] / под ред. А. И. Мартынова, Ж. Д. Кобалава, С. В. Мойсеева. – 4-е изд. , перераб. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 784 с. – Режим доступа:<https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970472316.html> – Дата доступа: 24.05.2023.

8. Внутренние болезни. В 2 т. Т. II. : учебник [Электронный ресурс] / под ред. А. И. Мартынова, Ж. Д. Кобалава, С. В. Мойсеева. – 4-е изд. , перераб. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 704 с. – Режим доступа: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970472323.html> – Дата доступа: 24.05.2023.

9. Гиндюк, Л. Л. Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи : учеб.-метод. пособие для студентов учреждений высш. образования, обучающихся по специальности 1-79 01 03 «Мед.-профилактич. дело» / Л. Л. Гиндюк, А. В. Гиндюк ; УО «Белорус. гос. мед. ун-т», Каф. гигиены труда. –

Минск : БГМУ, 2021. – 108, [1] с. : ил., табл. – Рек. УМО по высш. мед., фармацевт. образованию.

10. Горохова, С. Г. Диагноз при сердечно-сосудистых заболеваниях : формулировка, классификации : рук. для врачей / С. Г. Горохова. – 5-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 335 с.

11. Давей, П. Наглядная ЭКГ : [учеб. пособие для вузов] / Патрик Давей ; пер. с англ. под ред. М. В. Писарева. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 167 с.

12. Дополнительные методы исследования в клинике внутренних болезней [Электронный ресурс] : практикум : учеб.-метод. пособие / Э. А. Доценко [и др.]. – Минск : БГМУ, 2021. – 156 с. – Режим доступа: <http://rep.bsmu.by:8080/handle/BSMU/32900>. – Дата доступа: 24.05.2023.

13. Ерёмина, Н. М. Отечный синдром: дифференциально-диагностический поиск в амбулаторных условиях : учеб.-метод. пособие / Н. М. Ерёмина ; Белорус. гос. мед. ун-т, Каф. поликлинической терапии. – Минск : БГМУ, 2021. – 21, [1] с.

14. Заболевания желудочно-кишечного тракта / под ред. В. Н. Лариной. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 192 с. – Режим доступа: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970468111.html>. – Дата доступа: 24.05.2023.

15. Каленчиц, Т. И. Основы медицинской реабилитации в кардиологии : учеб.-метод. пособие / Т. И. Каленчиц, Е. В. Рысеев, Ж. В. Антонович ; Белорус. гос. мед. ун-т, Каф. медицинской реабилитации и физиотерапия. – Минск : БГМУ, 2021. – 33, [1] с.

16. Кардиология [Электронный ресурс] : нац. рук. : краткое изд. / под ред. Е. В. Шляхто. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 816 с. – Режим доступа: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970475379.html> – Дата доступа: 24.05.2023.

17. Клинические рекомендации по кардиологии и коморбидным болезням / под ред. Ф. И. Белялова. – 11-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 411 с.

18. Лебедев, С. М. Медицинская защита в чрезвычайных ситуациях : учеб. пособие для студентов учреждений высш. образования по специальностям «Лечеб. дело», «Педиатрия», «Мед.-профилакт. дело», «Стоматология», «Фармация» / С. М. Лебедев, Д. И. Ширко. – Минск : Новое знание, 2021. – 199, [1] с. : ил., табл. – Допущено М-вом образования Респ. Беларусь

19. Неотложная кардиология : учеб. пособие / под ред. П. П. Огурцова, В. Е. Дворникова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 262 с.

20. Неотложная помощь на догоспитальном этапе : учеб. пособие для студентов высш. учеб. заведений / В. Г. Лычев, И. Е. Бабушкин, А. В. Андриенко, В. В. Давыдов ; под ред. В. Г. Лычева. – Москва : ИНФРА-М, 2019. – 159 с – Рек. Учеб.-метод. советом высш. образования.

21. Неотложные состояния в эндокринологии : учеб.-метод. пособие / М-во здравоохранения Респ. Беларусь, Белорус. гос. мед. ун-т, Каф. эндокринологии ; Т. В. Мохорт [и др.]. – Минск : БГМУ, 2020. – 30, [1] с.

22. Нефрология : клин. рек. / под ред. Е. М. Шилова, А. В. Смирнова, Н. Л. Козловской. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 851 с. : табл. – Предм. указ.: с. 847-851
23. Нечаев, В. М. Диагностика терапевтических заболеваний [Электронный ресурс] : учебник / 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: 24.05.2023.
24. Основы электрокардиографии : практикум / М-во здравоохранения Респ. Беларусь, Белорус. гос. мед. ун-т, Каф. пропедевтики внутренних болезней ; Э. А. Доценко [и др.]. – 4-е изд. – Минск : БГМУ, 2020. – 95, [1] с.
25. Пальцев, И. В. Пропедевтическая диагностика заболеваний сердечно-сосудистой системы : учеб.-метод. пособие для студентов учреждений высш. образования / И. В. Пальцев, Л. И. Друян. – Гомель : ГомГМУ, 2019. – 287 с. – Рек. УМО по высш. мед., фармацевт. образованию.
26. Первая помощь: осмотр пострадавшего : учеб.-метод. пособие / М-во здравоохранения Респ. Беларусь, Белорус. гос. мед. ун-т, Лаборатория практического обучения ; Е. Н. Жуйко [и др.]. – Минск : БГМУ, 2021. – 30, [1] с.
27. Пропедевтика внутренних болезней : учеб. пособие для студентов учреждений высш. образования по специальностям «Лечеб. дело», «Мед.-диагност. дело», «Мед.-профилакт. дело» / М-во здравоохранения Респ. Беларусь, УО «Гомел. гос. мед. ун-т» ; А. Л. Калинин [и др.], под ред. А. Л. Калинина, Л. И. Друяна. – Гомель : ГомГМУ, 2022. – 1106 с. : ил., табл. – Допущено М-вом образования Респ. Беларусь.
28. 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)
29. Пульмонология : нац. рук. : краткое изд. / под ред. А.Г. Чучалина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 767 с., [12] цв. вкл. л. – Режим доступа: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453230.html> – Дата доступа: 24.05.2023.
30. Ревматология : учеб. пособие / под ред. А. А. Усановой. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 407 с. ., [6] цв. вкл. л. – Режим доступа: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453032.html> – Дата доступа: 24.05.2023.
31. Руденко, Д. Н. Обследование пациента с урологической патологией. Рентгенологические обследования в урологии : учеб.-метод. пособие / Д. Н. Руденко, И. А. Скобеюс, А. В. Строчкий ; Белорус. гос. мед. ун-т, Каф. урологии. – Минск : БГМУ, 2021. – 21, [1] с.
32. 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.

33. 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.

34. Тушина, А. К. Лечение хронической болезни почек : учеб.-метод. пособие / А.К. Тушина, К.А. Чиж ; Белорус. гос. мед. ун-т, 2-я каф. внутренних болезней. – Минск : БГМУ, 2020. – 19 с.

35. Усанова, А. А. Нефрология [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Усанова А. А. , Гуранова Н. Н. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 432 с. – Режим доступа: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970449585.html> – Дата доступа: 24.05.2023.

36. 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.

37. 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.

38. Ходорович, Н. А. Заболевания пищеварительного тракта: патогенез и фармакотерапия [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Н. А. Ходорович, И. И. Шкробнева. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 224 с – Режим доступа: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970464410.html> – Дата доступа: 24.05.2023

39. Хопкрофт, К. Справочник симптомов в общей врачебной практике / К. Хопкрофт, В. Форте ; пер. с англ. под ред. В. А. Кокорина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 477 с.

40. Царев, В. П. Артериальная гипертензия: диагностика и лечение : учеб.-метод. пособие / В. П. Царев, Э. А. Доценко, М. В. Шолкова. – Минск : БГМУ, 2022. – 26, [3] с.

41. Чиж, К. А. Хроническая болезнь почек: патогенез, клиника, диагностика : учеб.-метод. пособие / К.А. Чиж, А.К. Тушина ; Белорус. гос. мед. ун-т, 2-я каф. внутренних болезней. – Минск : БГМУ, 2020. – 20 с.

42. Шабалева, М. А. Кровь. Кроветворение. Органы кроветворения и иммунной защиты [Электронный ресурс] : учеб.-метод. пособие / М. А. Шабалева, Н. Ю. Бондаренко. – Гомель: ГомГМУ, 2021. – 84 с. – Режим доступа: <http://elib.gsmu.by/handle/GomSMU/9224> – Дата доступа: 24.05.2023.

43. Шамо́в, И. А. Пропедевтика внутренних болезней с элементами лучевой диагностики [Электронный ресурс] : учебник / И. А. Шамо́в. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 512 с. – 512 с. – Режим доступа: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970451823.html> – Дата доступа: 24.05.2023.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ БАЗА

1. О здравоохранении : Закон Респ. Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435–ХП : с изм. и доп.

2. О Правилах медицинской этики и деонтологии [Электронный ресурс]: постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь, 7 августа 2018 г. № 64 // Национальный правовой интернет-портал Республики Беларусь – Режим доступа: <https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=W21833531&p1=1> – Дата доступа: 28.08.2023.

3. Об утверждении некоторых клинических протоколов диагностики и лечения заболеваний системы кровообращения : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 06 июня 2017 г. № 59.

ЭЛЕКТРОННЫЕ БАЗЫ ДАННЫХ

1. ЭБС «Консультант студента» [Электронный ресурс] / ООО «Консультант студента»; Электронная библиотечная система «Консультант студента». – Режим доступа: <https://www.studentlibrary.ru/>. – Дата доступа: 24.05.2023. (Консультант врача; Доп. коллекция для медицинских вузов; Расширенный комплект Гомельского ГМУ).

2. ЭБС «BookUp» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.books-up.ru/ru/catalog/bolshaya-medicinskaya-biblioteka/>. – Дата доступа: 24.05.2023.

3. Электронная медицинская библиотека [Электронный ресурс] / ГУ «Республиканская научная медицинская библиотека». – Режим доступа: https://mednet.by/cgi-bin/irbis64r_plus/cgiirbis_64_ft.exe?C21COM=F&I21DBN=IBIS_FULLTEXT&P21DBN=IBIS&Z21ID=&S21CNR=5. – Дата доступа: 24.05.2023.

4. Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU [Электронный ресурс] / ООО «Научная электронная библиотека». – Режим доступа: <https://elibrary.ru/>. – Дата доступа: 24.05.2023.