

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

ЦЕНТР РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ



**ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ
КИШКИ**

**Учебно-методическое пособие для преподавателей, студентов V курса
лечебного и медико-педагогических факультетов медицинских высших
образовательных учреждений**



Ташкент – 2021

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

ЦЕНТР РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

**ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ
КИШКИ**

**Учебно-методическое пособие для преподавателей, студентов V
курса лечебного и медико-педагогических факультетов медицинских
высших образовательных учреждений**

**TOSHKENT TIBBIYOT
AKADEMIYASI KUTUBXONASI**
№ _____

Ташкент- 2021

Производящая организация: Ташкентская медицинская академия,
кафедра факультетской и госпитальной терапии №2

Составители:

Жаббаров О.О. – д.м.н., доцент заведующий кафедрой факультетской и госпитальной терапии №2 ТМА.

Кадырова Ш. А. – старший преподаватель кафедры факультетской и госпитальной терапии №2 ТМА.

Бувамухамедова Н.Т.- ассистент кафедры факультетской и госпитальной терапии №2 ТМА.

Рецензенты:

Насриддинова Н.Н.– д.м.н., профессор кафедры факультетской и госпитальной терапии №2 Ташкентской медицинской академии.

Сабилов М.О. – д.м.н., доцент, заведующий кафедрой терапевтического направления №2 Ташкентского Государственного Стоматологического Института

Рассмотрено на “Центральной методической комиссии”

Протокол № от « » 2021г.

Рассмотрено и утверждено Советом Ташкентской медицинской академией

Протокол № 08 от «27» января 2021г.

Ученый секретарь ВУЗа:



Исмаилова Г.А.

Тема: ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И 12 КИШКИ

Модель технологии обучения

Количество часов – 4 часов	Количество обучающихся: 6-7 человек
Форма учебного занятия	Практическое занятие
Структура занятия	1. Теоретическая часть 2. Практическая часть
Цель учебного занятия:	углубление и расширение знаний этиологии, развития, классификацию, клиники, диагностики язвенной болезни. Развитие способности оценки и анализа ситуации критериев при курации больных. Умения и навыки выполнения алгоритма.
Студент должен знать	<ul style="list-style-type: none"> - этиологию и патогенеза, классификацию язвенной болезни; - клинику, диагностику, дифференциальную диагностику язвенной болезни; - принципы лечения язвенной болезни; - группу препаратов для лечения язвенной болезни; -профилактику язвенной болезни.
Студент должен выполнять	<ul style="list-style-type: none"> - уметь курировать больного язвенной болезни; - знать основные клинические варианты; - интерпретировать результатов лабораторно-инструментальных методов обследования; -провести диагностику и дифференциальную диагностику язвенной болезни; - уметь выписывать рецепты препаратам.
Задачи преподавателя: закрепить и углубить знания по оценке и анализу общего состояния больных язвенной болезни, выработать умение выбора правильного	Результаты учебной деятельности: <ul style="list-style-type: none"> • оценивают и анализируют ситуацию и общее состояние больных язвенной болезни; • выбирают алгоритм действий для постановки диагноза; • вырабатывают алгоритм лечения больных язвенной болезни.

алгоритма действий для постановки диагноза. Выработать навыки по оказанию рациональной терапии	
Методы обучения	Мозговой штурм, решение проблем, методические указания, демонстрация больных, работа книгами
Средства обучения	Работа в малых группах, «Решение проблемы», «Графические органайзеры»
Форма обучения	Доска-стенд, видеофильмы, рисунки, слайды
Условия обучения	Оснащенные с ТКАми учебные комнаты
Мониторинг и оценка	Устный опрос, блиц опрос, презентация, оценка

Технологическая карта учебного занятия

Этапы	Этапы	Содержание работы	Деятельность	
			Преподавателя	Студентов
I часть. Теоретическая	Лекция	80 минут	Называют тему занятия, план, его цель, задачи и планируемый результат учебной деятельности. Ознакомляет основными понятиями темы: этиология, патогенез, классификация, симптомы, лечение и профилактика. Раздаёт перечень литератур.	Слушают и ведут соответствующие записи.
			Перерыв	
	Практическое занятие	40 минут	1.1. Проводит опрос с целью активизировать знания обучающихся по теме. Координирует, направляет учебную деятельность. Делит студентов на группы, даёт задание уточняет правильность восприятия задания.	Отвечают на вопросы, обсуждают, задают уточняющиеся вопросы. Проводят совместный анализ индивидуальной проблемы,

			оформляют результаты решения.
II часть Практическая	40 минут	2.1. Курация и разбор тематического больного вместе с преподавателем.	Слушаю т, задают уточняющие вопросы.
	40 минут	Большой перерыв	
	40 минут	2.2. Самостоятельная курация больных студентами. Выполнение практических навыков.	Выполняют практические навыки.
	25 минут	1.2. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика. Опрос. Решение ситуационных задач. Решение тестов.	Отвечаю т. Решают ситуационные задачи. Решают тесты самостоятельно.
	15 минут	1.3. Презентация самостоятельной работы. Обобщает результаты учебной деятельности. Анализирует и оценивает группу.	Слушаю т. Высказывают свое мнение.

Тема: ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И 12 КИШКИ

1. Место проведения занятия, оснащение

- кафедра факультетской и госпитальной терапии №2 медико-педагогического факультета аудитория, лаборатория, терапевтическое отделение больницы РКБ №1

- тематические больные или волонтеры, истории болезни, сценарии ролевых игр, графических органайзеров, наглядные пособия, раздаточные материалы и т.п.

-ТСО: ТВ-видео, фотографии.

2. Продолжительность изучения темы

Количество часов - 4

3. Цель занятия:

-сформировать общее представление о язвенной болезни
-дать сведения об этиологических факторах и патогенезе язвенной болезни;

-ознакомить студентов классификацией язвенной болезни;

-ознакомить студентов с клиникой;

-изучить диагностические критерия язвенной болезни;

-сформировать умение анализировать результаты лабораторно-инструментального исследования;

-сформировать умение поставить и обосновать клинический диагноз;

-провести дифференциальный диагноз;

-изложить принципы лечения;

- изучить мероприятия при язвенной болезни;

-сформировать умение студентов выписать рецепты на основные препараты, применяемые для лечения язвенной болезни.

Студент должен знать:

- определение, этиологию и патогенез язвенной болезни;

-клинику, диагностику и дифференциальную диагностику;

-принципы лечения язвенной болезни;

- применяемые лекарственные средства при язвенной болезни.

Студент должен уметь:

- провести курацию больного с язвой;
- выявить диагностические критерия язвенной болезни;
- интерпретировать результаты лабораторного и инструментального обследования больных;
- провести диагностику;
- составить план обследования больным;
- назначить диету и лечение больным с язвой;
- выписать рецепты на основные лекарственные препараты.

Мотивация

Актуальность проблемы обуславливается сохраняющейся в настоящее время высокой частотой и распространенностью язвенной болезни (ЯБ), ее длительным течением с возможным формированием часто рецидивирующих и трудно рубцующихся язв, риском развития серьезных осложнений, требующих во многих случаях проведения оперативных вмешательств, значительными расходами, которые несет здравоохранение на обследование и лечение таких пациентов.

Это обусловлено высокой заболеваемостью населения язвенной болезнью (язвенная болезнь по данным различных авторов составляют от 8 до 15%). Своевременная диагностика язвенной болезни позволит назначить соответствующую консервативную и хирургическую терапию, что позволит улучшить прогноз течения заболевания и избежать фатальных осложнений. В связи с этим изучение этиопатогенеза, клиники, современных методов диагностики и терапии этого заболевания, имеет большое значение для практического врача.

Межпредметные и внутрипредметные связи

Преподавание данной темы базируется на знаниях студентами нормальной физиологии, патологической анатомии, пропедевтики внутренних болезней, факультетской терапии, фармакологии, клинической фармакологии. Полученные в ходе занятия знания будут использованы студентами при

прохождении занятий на ВОП терапии, гастроэнтерологии, где могут быть использованы полученные в ходе занятия знания, связь с другими учебными дисциплинами, значимость изучаемой темы для всей дисциплины.

3. Содержание занятия

Теоретическая часть.

Этиологию язвенной болезни Патогенез и классификация язвенной болезни. Выявление клинических симптомов, характерных для язвенной болезни; Диагностические критерия язвенной болезни. Интерпретации результатов лабораторных и инструментальных методов исследований; Клинический диагноз и дифференциальный диагноз язвенной болезни; Основные принципы и методы лечения язвенной болезни; Назначения терапии при язвенной болезни.

В настоящее время выделяют группу так называемых кислотозависимых заболеваний.

В нее входят:

- ЯБ
- Эрозивно-язвенное поражение желудка и ДПК
- Хронический гастрит
- Хронический дуоденит
- Синдром неязвенной функциональной диспепсии
- ГЭРБ

Язвенная болезнь (ЯБ)- это рецидивирующее заболевание с полициклическим течением, часто сопровождается развитием осложнений, характеризуется возникновением язвенного дефекта слизистой оболочки желудка и 12 кишки вовлечением в патологический процесс других органов системы пищеварения. В странах Европы и Азии используется термин «пептическая язва». Одной из наиболее старых теорий происхождения язвенной болезни, имеющих известное значение и в настоящее время, является так называемая пептическая теория, объясняющая образование язвенного дефекта процессом переваривания слизистой оболочки желудка кислым желудочным соком. Этот взгляд был высказан уже почти 1000 лет назад

знаменитым узбекским врачом Ибн-Сина (Авиценна), который видел причину образования язвы в разъедании стенки желудка едким веществом, выделяемым самим желудком. Согласно пептической теории, в происхождении язвы особое значение придается повышенной активности кислого желудочного сока. Недаром старое название этого заболевания было «пептическая круглая язва желудка».

Эпидемиология

Язвенная болезнь (ЯБ) — одно из распространенных заболеваний во всех странах мира. Среди взрослого населения она встречается в 8—10% с определенной тенденцией к учащению заболеваемости. Показано, что 11—14% мужчин и 8—11% женщин в течение своей жизни могут заболеть язвенной болезнью. ЯБ страдает каждый 10 житель Европы, США и России

Например, в США ежегодно выявляют 500 000 больных с впервые обнаруженной ЯБ и более 4 млн пациентов с рецидивами заболевания.

Язвенная болезнь может возникать в любом возрасте. Наибольшее количество больных наблюдается в возрасте от 20 до 50 лет (70—80%), причем максимальная частота язв двенадцатиперстной кишки отмечается в возрасте 30—40 лет, а язв желудка — в 50—60 лет. Реже она встречается в детском и юношеском (5—12%), пожилом и старческом возрасте.

Мужчины почти в 10 раз чаще болеют язвенной болезнью, чем женщины. При этом частота заболеваемости зависит от возрастного фактора. В детском возрасте как у мальчиков, так и у девочек заболевание встречается одинаково часто. Начиная с периода половой зрелости, женщины заболевают в 5—10 раз реже мужчин. В возрасте 31—40 лет у лиц обоего пола язвенная болезнь возникает приблизительно одинаково часто, а после менопаузы частота заболеваний у женщин резко возрастает.

ЭТИОЛОГИЯ

В развитии язвенной болезни играют роль как модифицируемые, так и немодифицируемые факторы.

Немодифицируемыми факторами являются:

- Генетическая предрасположенность

- Увеличенное количество обкладочных клеток в железах желудка и вследствие этого

стойко высокий уровень соляной кислоты в желудочном соке

- Высокое содержание в сыворотке крови пепсиногенов I, II и так называемой

«ульцерогенной» фракции пепсиногена в желудочном содержимом

- Повышенное высвобождение гастрина в ответ на прием пищи и повышенная

чувствительность обкладочных клеток к гастрину.

- Группа крови O (I)

- Сниженная активность $\alpha 1$ -антитрипсина и дефицит $\alpha 2$ -макроглобулина

- Неспособность секретировать в желудок агглютиногены крови AB и отсутствие их в слюне

- Дефицит фукогликопротеидов

- Нарушение продукции секреторного иммуноглобулина A

- Отсутствие кишечного компонента и снижение индекса В щелочной фосфатазы

- Отсутствие 3-й фракции холинэстеразы

- Переход от биологического лета к биологической зиме и наоборот (физиологические десинхронозы)

Модифицируемые факторы:

- **Инфицирование *Helicobacter pylori* (*H. pylori*);**

Решающая этиологическая роль в развитии ЯБ отводится сегодня микроорганизмам *H. pylori*, обнаруженным в 1983 г. австралийскими учеными Б. Маршаллом (B. Marshall) и Дж. Уорреном (J. Warren) При **сохраненной и повышенной** секреции микроб паразитирует **только в антральном** отделе желудка и участках желудочной **метаплазии** ДПК. При **низком** уровне секреции микроб может колонизировать **любой** отдел желудка.

- прием НПВП;

- стрессогенные ситуации;

- наличие вредных привычек (курение, злоупотребление алкоголем);

- профессиональные вредности;
- нарушение стереотипа питания

Факторы риска язв образования на фоне приема НПВС:

- возраст старше 65 лет;
- наличие в анамнезе язвенной болезни и ее осложнений, в первую очередь кровотечений;
- необходимость применения высоких доз НПВС;
- необходимость одновременного применения глюкокортикоидов;
- наличие в анамнезе ИБС;
- одновременный прием коагулянтов.

Присутствие *H. pylori* способствует повреждающему действию указанных

препаратов, но язвы могут образовываться и без участия этих бактерий.

Ведущую роль в их формировании играет снижение цитопротективных свойств слизистой оболочки желудка, происходящее в результате уменьшения синтеза простагландинов в желудке под влиянием НПВС.

«Стрессовые» язвы также не ассоциированы с *H. pylori*. Они возникают у пациентов в критических состояниях (при распространенных ожогах, черепно-мозговых травмах, после обширных полостных операций и т.д.). Их развитию способствуют, главным образом, нарушения микроциркуляции в слизистой оболочке желудка.

ПАТОГЕНЕЗ

В 1910 г. К. Schwarz сформулировал ставший впоследствии известным тезис «без кислоты нет язвы», который отражает основной патогенетический фактор возникновения язвенных дефектов. В дальнейшем наши знания о патогенезе ЯБ значительно расширились. Согласно современным представлениям, патогенез ЯБ в общем видесводится к нарушению равновесия между факторами кислотно-пептической агрессии желудочного содержимого и элементами защиты слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки

и изображается в виде «весов», предложенных Н. Shay и D.C.H. Sun. На одной чаше этих весов помещены факторы агрессии, а на другой — факторы защиты.

Защитными факторами являются слизисто — эпителиальный барьер, структурная резистентность гликопротеидов соединительной ткани к протеолизу, активная регенерация, достаточное кровоснабжение и работающий в дистальном отделе так называемый антродуоденальный кислотный тормоз, т.е. цепь гуморальных рефлексов, которая обеспечивает торможение выделения соляной кислоты в момент окончания пищеварения в желудке.

Важными факторами защиты могут быть эндогенные ПГ. Их гастропротективное действие осуществляется стимуляцией секреции слизи и гидрокарбонатов. Слизистый гель препятствует диффузии ионов водорода из просвета желудка к его стенкам, являясь барьером для повреждающего действия пепсина. Защитные свойства слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки повреждаются токсическим действием *H. pylori*, воздействующим на участки метаплазии слизистой оболочки желудка, что является результатом гиперсекреции соляной кислоты или быстрого опорожнения желудка. Имеются данные о повреждении слизистой оболочки и возможность ее защиты с нарушениями иммунитета. В ответ на поступление пищевых антигенов и микробов развиваются реакции в иммунной системе, проявляющиеся усиленной продукцией секреторных IgA в слюне, желудочном соке, дуоденальном содержимом и повышением содержания их как в биологических жидкостях, так и в крови.

Агрессивное звено язвообразования включает в себя увеличение массы обкладочных клеток (часто наследственно обусловленное), гиперпродукцию гастрина, нарушение нервной и гуморальной регуляции желудочного кислотовыделения, расстройство выработки пепсиногена и пепсина, нарушение гастродуоденальной моторики (задержка или, наоборот, ускорение эвакуации из желудка), лизолецитин и желчные кислоты дуоденального содержимого, лекарственные вещества (стероиды, НПВП). обсеменение слизистой оболочки микроорганизмами *H. pylori*. Спектр

неблагоприятного влияния *H. Pylori* достаточно многообразен. Важнейшую роль в усилении агрессивных свойств желудочного содержимого и ослабления защитных свойств слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки играет микроорганизм *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), который выделяют у 90-95% больных с язвой двенадцатиперстной кишки и у 70-85% пациентов с язвой желудка. Эти бактерии вырабатывают ряд ферментов (уреаза, протеазы, фосфолипазы), повреждающих защитный барьер слизистой оболочки, а также различные цитотоксины. Наиболее патогенные - CagA-, VacA-позитивные штаммы *H. pylori*. Они экспрессируют ген, ассоциированный с цитотоксином, и продуцируют вакуолизирующий цитотоксин, который приводит к образованию цитоплазматических вакуолей и гибели эпителиальных клеток. Ген CagA кодирует синтез белка массой 128 кДа, оказывающего прямое повреждающее действие на слизистую оболочку. *H. pylori* способствует высвобождению в слизистой оболочке желудка интерлейкинов, лизосомальных энзимов, фактора некроза опухолей. Это вызывает развитие воспалительных процессов в слизистой оболочке желудка. Обсеменение слизистой оболочки желудка *H. pylori* сопровождается развитием поверхностного антрального гастрита и дуоденита и приводит к повышению выработки гастрина и снижению продукции соматостатина с последующим усилением секреции соляной кислоты. Избыточное количество соляной кислоты, попадая в просвет

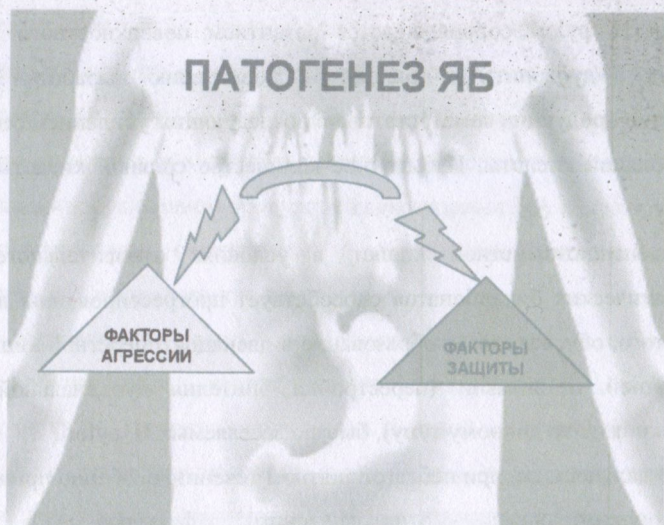
двенадцатиперстной кишки, в условиях относительного дефицита панкреатических бикарбонатов способствует прогрессированию дуоденита и, кроме того, обуславливает образование в двенадцатиперстной кишке участков желудочной метаплазии (перестройки эпителия дуоденальной слизистой оболочки по желудочному типу), быстро заселяемых *H. pylori*.

В дальнейшем, при неблагоприятном течении, особенно при наличии дополнительных этиологических факторов в участках метаплазированной слизистой оболочки формируется язвенный дефект. Если обе чаши весов уравновешивают друг друга, ЯБ у человека не развивается.

Усиление факторов агрессии или ослабление факторов защиты приводит к нарушению этого равновесия и возникновению язвы.

Ослабление защитных свойств слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки может возникнуть в результате снижения выработки и изменения качественного состава желудочной слизи, уменьшения секреции бикарбонатов, снижения регенераторной активности эпителиальных клеток, ухудшения кровоснабжения слизистой желудка, уменьшения содержания проstagландинов в желудочной стенке, например, при приеме *нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП)*.

В дальнейшем при неблагоприятном течении, особенно при наличии дополнительных этиологических факторов (наследственная предрасположенность, 0 (I) группа крови, курение, нервно-психические стрессы и др.) в участках метаплазированной слизистой формируется язвенный дефект.





Патоморфология

- Язва желудка обычно располагается на малой кривизне в препилорическом и пилорическом отделах. В ДПК язва чаще располагается в бульбарной части. Форма- округлая, размеры- от нескольких мм до 5-6см. Дно язвы гладкое, края приподняты, глубина различная. В период обострения на дне язвы развивается некроз.

КЛАССИФИКАЦИЯ:

По этиологии: ассоциированная с *Helicobacter pylori*

- **Не ассоциированная с *Helicobacter pylori***
- **По локализации:** язва желудка
- язва 12 кишки
- сочетанные язвы желудка и 12 кишки
- **По количеству язв:** одиночные, множественные
- **По размеру язв:** малые: до 0,5 см, средние: 0,5-1 см,
- Большие: 1,1-2,9 см, гигантские : для язвы желудка 3 см. и более,
- для язвы 12 кишки 2 см. и более

- По уровню желудочной секреции: с повышенной секрецией
- С нормальной секрецией, с повышенной секрецией
- По стадии заболевания:
 1. Обострения
 2. Рубцевания (с эндоскопически подтвержденной стадией «красного» и «белого рубца»)
 3. Ремиссии
- По течению:
 1. Острое (при впервые выявленной язвенной болезни).
 2. Хроническое (с повторными обострениями).
- Периоды обострения могут быть редкими (1 раз в 2-3 года), частыми (2 раза в год и чаще).
- По наличию осложнений:
 1. кровотечение;
 2. перфорация;
 3. пенетрация;
 4. стенозирование;
 5. малигнизация

КЛИНИКА

Ведущим симптомом обострения ЯБ являются боли в подложечной области, которые могут иррадиировать в левую половину грудной клетки и левую лопатку, грудной или поясничный отдел позвоночника.

Болевой синдром.

Боль- основной симптом ЯБ. Появление боли при ЯБ связано с:

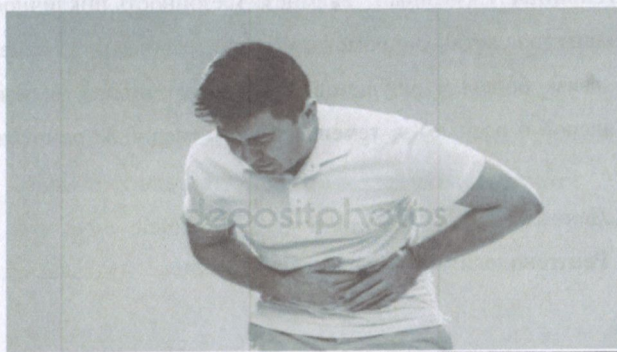
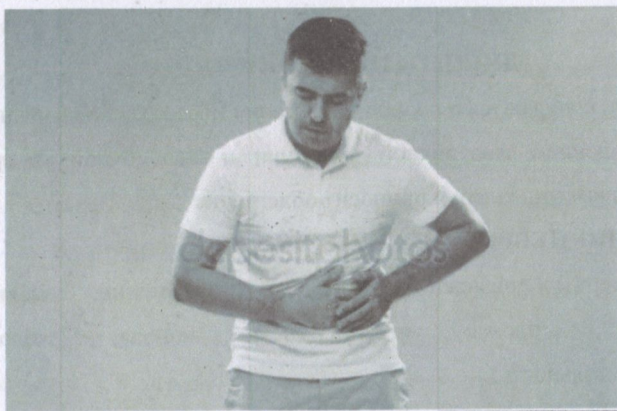
1. Раздражением НС1 симпатических нервных окончаний на дне язвы
2. Моторными нарушениями (пилороспазм, дуоденоспазм)
3. Спазмом сосудов вокруг язвы и развитием ишемии
4. Снижением порога болевой чувствительности при воспалении

Локализация- в эпигастрии или слева от срединной линии (при ЯБЖ), при ЯБДПК- справа от срединной линии. Возможна атипичная локализация при язвах кардиального отдела желудка. Ведущим симптомом обострения ЯБ

являются боли в подложечной области, которые могут иррадиировать в левую половину грудной клетки и левую лопатку, грудной или поясничный отдел позвоночника. Боли возникают сразу после приёма пищи (при язвах кардиального и субкардиального отделов желудка), через полчаса–час после еды (при язвах тела желудка). При поражениях 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 антисекреторных и антацидных препаратов.

Время появления боли:

Ранние боли, возникающие через 30-60 минут после еды характерны для ЯБЖ *Поздние*, голодные, ночные боли характерны для ЯБДК.



Характер боли: У половины больных боли тупые, по характеру ноющие, сверлящие, схваткообразные. **Периодичность боли:** Для ЯБ характерна периодичность боли. Обострение продолжается до 6-8 часов, затем наступает ремиссия.

Купирование боли: Характерно уменьшение боли после приема пищи, антацидов, после рвоты.

Сезонность болей: Обострения ЯБ чаще наблюдаются весной и осенью.

В период обострения ЯБ при объективном обследовании часто удается выявить болезненность в эпигастральной области при пальпации, сочетающуюся с умеренной резистентностью мышц передней брюшной стенки. Также может обнаруживаться локальная перкуторная болезненность в этой же области (симптом Менделя).

ДИСПЕПТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ:

Рвота: появляются в период обострения ЯБ, связана повышением тонуса p.vagus, усилением желудочной моторики и желудочной гиперсекрецией возникает на высоте болей и приносит облегчение

АСТЕНО-НЕВРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ:

Характерны признаки вегетативной дисфункции, головные боли, утомляемость, плохая переносимость холода, зябкость, плохой сон, раздражительность.

Критерии диагностики:

- **Основные:** 1. язвенный анамнез (сезонность, цикличность, триада **Троицкого**-наличия «светлых» промежутков (т.е. безболевых) в течении суток
 - (связь болевых ощущений с приёмом пищи), в течении года (обострения весной и осенью) , в течении жизни (периоды ремиссии до 2-3 и более лет)
- 2. Данные ЭФГДС
- 3. Рентгенологические прямые признаки

Дополнительные: С. Менделя, изменение перистальтики и тонуса, увеличение базальной и стимулированной секреции, дополнительные Р-ген признаки, повышение уровня гастрина и (+) пробы на **Н.Р.ИНФЕКЦИЮ**

Обязательные лабораторные исследования: общий анализ крови (при отклонении от нормы исследование повторять 1 раз в 10 дней); однократно: группа крови, резус – фактор, анализ кала на скрытую кровь, общий анализ мочи, железо сыворотки крови, ретикулоциты, гистологическое исследование биоптата, цитологическое исследование биоптата; уреазный тест (CLO-тест и др.).

Клинический анализ крови при неосложненном течении ЯБ чаще всего остается без существенных изменений. Иногда отмечается незначительное повышение содержания гемоглобина и эритроцитов, вместе с тем может обнаруживаться и анемия, свидетельствующая о явных или скрытых кровотечениях. Лейкоцитоз и повышение СОЭ встречаются при осложненных формах болезни (например, при пенетрации язвы).

Определенное место в диагностике обострений ЯБ занимает **анализ кала на скрытую кровь**. При интерпретации получаемых при этом данных необходимо помнить, что положительные результаты на скрытую кровь встречаются и при многих других заболеваниях, что требует их обязательного исключения. Важную роль в диагностике играет исследование **кислотообразующей функции желудка**, которое в последние годы проводится с помощью суточного мониторинга внутрижелудочного рН.

При язвах двенадцатиперстной кишки пилорического канала обычно отмечаются повышенные показатели секреции HCl, при язвах тела и субкардиального отдела желудка — нормальные или сниженные.

Обязательные инструментальные исследования:

Основное значение в диагностике ЯБ имеют рентгенологический и эндоскопический методы исследования.

Рентген-исследование

1. **Прямой признак язвы**- симптом «ниши» на контуре или на рельефе слизистой оболочки.

2. Косвенные признаки язвы:

- стойкое контрастное пятно;
- нарушение скорости пассажа бария из желудка;
- конвергенция складок в области расположения;
- симптом регионарного втяжения язвы (симптом указательного пальца да Кервена)
- деформация желудка или ДПК.



Двойная язва желудка. По малой кривизне желудка видны две язвенные ниши.

Эндоскопическое исследование

Универсальным методом диагностики ЯБ является метод эндоскопии. Рентгенологическое исследование дополняет обще клинические и эндоскопические методы, может дать важные сведения о функции желудка, проходимости привратника

Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) 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. При локализации язвы в желудке проводится биопсия с последующим гистологическим исследованием, позволяющим исключить злокачественный характер язвенного поражения.

При обострении ЯБ наблюдается:

- язва чаще округлой или овальной формы; края язвы четкие, отечные;
- дно язвы покрыто фибрином; край язвы, обращенный к кардиальному отделу подрыт, нависает над дном.

Для исключения опухолевого процесса необходимо при эндоскопии взять биопсию из 4-5 точек, обязательно со дна язвы.



2.94.

результатам биопсий краев и дна язвы устанавливают процесс ее заживления. При этом поверхностный эпителий наплзает на дно язвы, поверхность которой очищается от детрита. По краям язвы уменьшается отек, лейко-

2.94. Гастроскопия. Хроническая язва желудка в стадии обострения (Токио, Япония).

2.95. Гастроскопия. Хроническая язва желудка в стадии формирования рубца.

2.96. Дуоденоскопия. Хроническая язва луковицы двенадцатиперстной кишки в стадии обострения.



ДИАГНОСТИКА *H. pylori* ИНФЕКЦИИ

Для определения дальнейшей тактики лечения исключительно большое значение имеет исследование на наличие у больного ЯБ инфекции *H. pylori*.

В зависимости от целей этого исследования и условий, в которых оно выполняется, в клинической практике могут применяться различные методы диагностики *H. pylori*.

Обязательные: цитологический, уреазный.

Дополнительные: микробиологический, гистологический,

Иммунологический, уреазный

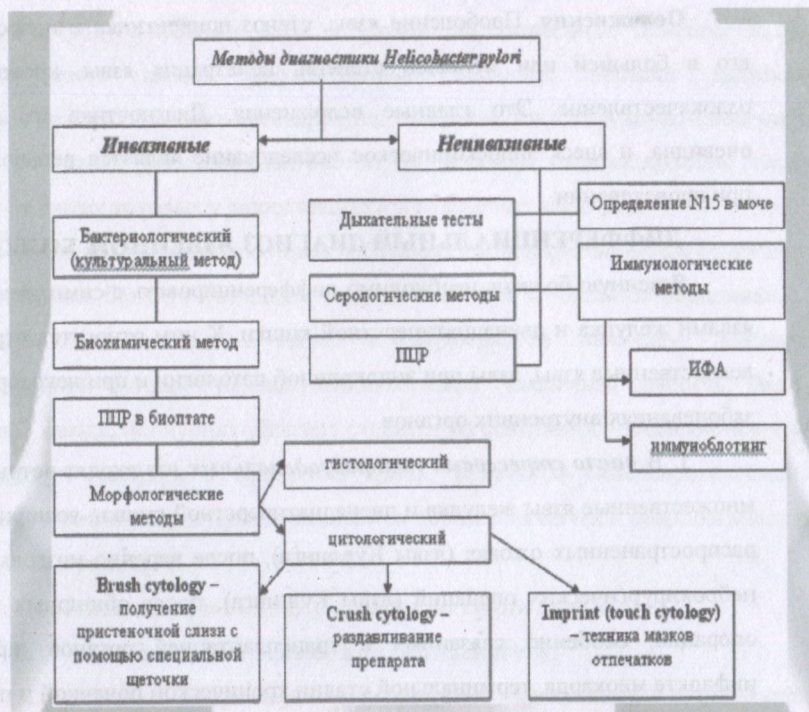
В настоящее время отдается предпочтение неинвазивным методам диагностики НР-инфекции: уреазный дыхательных тест: ПЦР, ИФА.

Для выявления НР необходима прицельная биопсия слизистой из антрума (из одного участка) и тела (из двух участков – передняя и задняя стенки) желудка с проведением гистологического (иногда только цитологического) исследования и определение уреазной активности (CLO-тест, де-нол-тест и др.).

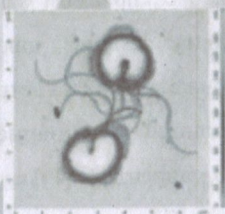
Быстрый уреазный тест (CLO-тест), основанный на определении изменения рН среды по окраске индикатора, которое происходит вследствие выделения аммиака при расщеплении мочевины уреазой, вырабатываемой бактериями. Результаты этого исследования становятся известными уже через 1 час после получения биоптатов слизистой оболочки желудка. Если больному не проводится ЭГДС, то для диагностики *H. pylori* предпочтительно применять **уреазный дыхательный тест** с использованием мочевины, меченой изотопами ^{13}C или ^{14}C . Этот метод предполагает наличие масспектрографа для улавливания этих изотопов в выдыхаемом воздухе.

В качестве неинвазивного метода первичной диагностики инфекции можно применять также **определение антигена *H. pylori* в кале** с помощью иммуноферментного анализа и **определение ДНК *H. pylori*** (в слизистой оболочке желудка, в кале) **с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР)**.

Метод ПЦР позволяет идентифицировать НР без выделения чистой культуры по присутствующим в исследуемом материале фрагментам его генома и, очевидно, в будущем получит более широкое распространение.



Helicobacter pylory



Осложнения. Пробождение язвы, стеноз привратника и непроходимость его в большей или меньшей степени, пенетрация язвы, кровотечение и озлокачествление. Это главные осложнения. Диагностика их достаточно очевидна, и здесь эндоскопическое исследование является решающим, даже при кровотечении.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ.

Язвенную болезнь необходимо дифференцировать с симптоматическими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки. К ним относятся стрессовые и лекарственные язвы, язвы при эндокринной патологии и при некоторых других заболеваниях внутренних органов.

1. В число *стрессовых гастродуоденальных язв* входят 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, терминальной стадии хронической почечной и печеночной недостаточности, других критических состояниях. Стрессовые язвы нередко протекают малосимптомно, отличаются склонностью к желудочно-кишечным кровотечениям (их частота достигает 40–45%) и характеризуются высоким числом летальных исходов, обусловленных часто тяжелым течением фонового заболевания.

2. Среди *лекарственных язв* наибольшее значение имеют острые эрозивно-язвенные поражения, связанные с приемом НПВП (НПВП-ассоциированная гастропатия), блокирующих фермент циклооксигеназу-1, отвечающий за синтез простагландинов в стенке желудка. Гастродуоденальные язвы возникают у 20–25% больных, длительно принимающих НПВП, эрозивные поражения — более чем у 50% пациентов. К факторам риска их развития относятся пожилой возраст, наличие ЯБ в анамнезе, сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы и печени, высокая доза НПВП, одновременный прием антикоагулянтов.

Гастродуоденальные язвы 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»), риск развития которых у таких пациентов возрастает в 4–5 раз.

3. Гастродуоденальные язвы у больных *гиперпаратиреозом* отличаются от язвенной болезни (помимо тяжелого течения с частыми рецидивами, с склонностью к кровотечениям и перфорации) наличием признаков повышенной функции паращитовидных желез (мышечная слабость, боли в костях, жажда, полиурия). Диагноз ставится на основании определения уровня кальция и фосфора в сыворотке крови, признаков гиперпаратиреоидной остеодистрофии, характерных симптомов поражения почек и неврологических расстройств.

Особенности течения ЯБ у отдельных групп больных

1. Особенности течения при беременности:

Клиническая картина. Клинические проявления определяются локализацией язвы, общим состоянием женщины, возрастом, частотой обострений в прошлом, сопутствующим токсикозом. Нередки жалобы на чувство тяжести, переполнения в подложечной области, связанные с приемом пищи, ночные, «голодные» боли, уменьшающиеся после приема антацидов, на тошноту, рвоту, приносящую облегчение, изжогу, появление (усиление) запоров. При пальпации отмечается болезненность в подложечной области и/или правом верхнем квадранте живота. Диагноз устанавливается на основании клинических проявлений, анамнестических данных, результатов ЭГДС и ультразвукового исследования. Беременность оказывает благоприятное влияние на течение ЯБ: у 75–80% женщин отмечается ремиссия заболевания. Однако у некоторых больных может произойти обострение. Чаще это наблюдается в первом (14,8%), третьем (10,2%) триместрах беременности, за 2–4 недели до срока родов или в раннем послеродовом периоде. Неосложненная ЯБ не оказывает отрицательного влияния на развитие плода.

2. Особенности течения у лиц пожилого и старческого возраста:

В развитии гастродуоденальных язв у больных пожилого возраста, помимо инфекции *H. Pylori* и кислотно-пептического фактора, могут также играть роль атеросклеротические изменения сосудов желудка, некоторые фоновые заболевания (например, хронические неспецифические заболевания легких), снижающие защитные свойства слизистой оболочки желудка, прием лекарственных средств (в первую очередь, НПВП), обладающих ulcerогенным действием. Язвы у больных пожилого и старческого возраста локализуются преимущественно в желудке (по малой кривизне тела или в субкардиальном отделе), имеют иногда очень большие размеры, часто протекают со стертой и неопределенной клинической симптоматикой, отличаются склонностью к развитию осложнений (прежде всего желудочно-кишечных кровотечений). При обнаружении у пожилых больных язвы в желудке важное значение имеет проведение дифференциального диагноза с инфильтративно-язвенной формой рака желудка.

Гастродуоденальные язвы у лиц пожилого и старческого возраста характеризуются медленным рубцеванием. В процессе медикаментозной терапии следует соблюдать осторожность, учитывая более высокий риск развития побочных эффектов у пожилых больных по сравнению с пациентами молодого и среднего возраста.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение ЯБ должно быть комплексным и включать не только лекарственные средства, но и широкий круг различных мероприятий: диетическое питание, прекращение курения и злоупотребления алкоголем, отказ от приема препаратов, обладающих ulcerогенным действием, нормализацию режима труда и отдыха, санаторно-курортное лечение.

Больные с неосложненным течением ЯБ подлежат консервативной терапии. В большинстве случаев она проводится амбулаторно. Однако при выраженных болях, высоком риске развития осложнений (например, большие и гигантские язвы), необходимости дообследования с целью верификации диагноза (в частности, при неясном характере язвенного поражения желудка),

тяжелых сопутствующих заболеваниях целесообразна госпитализация пациентов.

Лечебный режим - обеспечение психического и физического покоя, полупостельный режим на 7-10 дней с заменой его на свободный

Лечебное питание.

Показано назначение диеты № 1 по М. И. Певзнеру.

Из пищевого рациона необходимо исключить продукты, раздражающие слизистую оболочку желудка и возбуждающие секрецию соляной кислоты: крепкие мясные и рыбные бульоны, жареную и наперченную пищу, копчености и консервы, приправы и специи (лук, чеснок, перец, горчицу), соленья и маринады, газированные фруктовые воды, пиво, белое сухое вино, шампанское, кофе, цитрусовые. Следует отдавать предпочтение продуктам, обладающим выраженными буферными свойствами (т. е. способностью связывать и нейтрализовать соляную кислоту). К ним относятся мясо и рыба (отварные или приготовленные на пару), яйца, молоко и молочные продукты). Разрешаются также макаронные изделия, черствый белый хлеб, сухой бисквит и сухое печенье, молочные и вегетарианские супы. Овощи (картофель, морковь, кабачки, цветная капуста) можно готовить тушеными или в виде пюре и паровых суфле.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Цели лечения:

1. Эрадикация *H. pylori*
2. Быстрая ликвидация симптоматики заболевания
3. Достижение стойкой ремиссии
4. Предупреждение развития осложнений

Лечение состоит из трех этапов:

1. Терапия в период обострения, направленная на ликвидацию клинических проявлений и ускорение заживления язвы.
2. Реабилитация, начинающаяся с первого периода и продолжающаяся до восстановления структурно-функциональных нарушений гастродуоденальной системы.

3. Профилактические мероприятия по предупреждению рецидивов в период.

Группа препаратов, применяемые при лечении язвенной болезни:

1. **Антацидные и адсорбирующие средства** уменьшают пептическую активность желудочного сока путем создания высокого рН внутрижелудочного содержимого и адсорбции пепсина. Подразделяются на всасывающиеся и невсасывающиеся. Всасывающиеся антациды (натрия гидрокарбонат, кальция карбонат, магния карбонат, магния окись) отличаются кратковременностью действия (30-40 мин) и могут вызывать побочные реакции (щелочной синдром, задержку натрия в организме с возможным повышением АД), однако они способны быстро устранять мучительную изжогу, повышать внутрижелудочный рН до 7-8 с прекращением коррозивного воздействия соляной кислоты и необратимо инактивировать пепсин. Невсасывающиеся антациды (алмагель, фосфалюгель, маалокс, алюминия гидрохлорид, гастал, и др.) благодаря входящей в их состав гидроокиси алюминия и магния нейтрализуют и адсорбируют соляную кислоту, что обуславливает продолжительное (до 3 ч) антацидное действие. Назначаются через 1-2 ч после еды и перед сном. В виде монотерапии антациды не применяются, а включаются в комплексное традиционное лечение.

2. **Противосекреторные средства** уменьшают кислотность желудочного сока, что приводит к значительному ослаблению коррозивного его воздействия на слизистую оболочку и торможению протеолиза, обусловленного влиянием пепсина. Они включают в себя блокаторы протонного насоса, H_2 -рецепторов гистамина, мускариновых рецепторов, карбоангидразы.

1. **Блокаторы H^+K^+ -АТФазы.** Известно, что образование соляной кислоты происходит в обкладочных клетках желудка, генерируется АТФ в присутствии ионов калия ферментом АТФазой. Блокаторы H^+K^+ -АТФазы, представителем которых является омепразол (пантопразол), оказывают высокоселективное тормозящее действие на кислотообразование путем значительного подавления активности данного фермента, вплоть до его

полного прекращения и возникновения ахлоргидрии (секреция соляной кислоты снижается на 90-95 %). Омепразол (пантопразол) в дозе 40 мг/сут внутрь вызывает заживление гастродуоденальных язв за 14-21 дни практически у всех больных, и только у отдельных пациентов сроки рубцевания составляют 28 дней. Препараты хорошо переносятся. Из побочных явлений иногда отмечаются нарушения стула, кожный зуд и головная боль. Пантопразол является препаратом выбора при лечении больных ПЯ, резистентных к терапии антагонистами H_2 -рецепторов гистамина в высоких дозах; лиц с синдромом Золлингера-Эллисона; при желудочно-кишечных кровотечениях различной степени выраженности, часто позволяя избежать оперативного лечения. Он применяется в виде монотерапии ПЯ.

2. Блокаторы H_2 -рецепторов гистамина интенсивно и длительно подавляют рецепторы, находящиеся на обкладочных и главных клетках желудка, приводя тем самым к снижению секреции пепсина и соляной кислоты на 50-60 %. Месячный курс монотерапии приводит к заживлению ПЯ у 90 % больных. Представитель второго поколения блокаторов H_2 -рецепторов - ранитидин (ранисан, гистак, зантак, ранитаб) оказывает мощное подавляющее действие на секрецию соляной кислоты. Иногда прием ранитидина все же может привести к нежелательным эффектам: слабости, головокружению, запору, кожной сыпи. Назначается ранитидин в дозе 300 мг перед сном перорально. Фамотидин (квamatел, ульфамид, гастер) - представитель третьего поколения блокаторов H_2 -рецепторов гистамина. Антисекреторный эффект у него более высокий, чем у ранитидина. Фамотидин принимают внутрь в дозе 40 мг на ночь. Месячный курс лечения приводит к заживлению язв у 90 % больных. Представитель четвертого поколения - низатидин применяется в дозе 4 мг/сут; его можно применять неопределенно долго без каких-либо побочных эффектов. Блокаторы H_2 -рецепторов гистамина проникают через плацентарный барьер и в материнское молоко, поэтому их не рекомендуется принимать беременным и при грудном вскармливании детей.

3. Антихолинергические препараты действуют путем торможения эффекта ацетилхолина на мускариновые рецепторы. Они снижают секрецию

соляной кислоты на 40-50 % и удлиняют время опорожнения желудка. Применяются в комбинации с антацидами или антагонистами H_2 -рецепторов. Побочные действия антихолинергических средств - сухость во рту, появление "пелены перед глазами", сердечная аритмия и задержка мочеиспускания.

Селективные блокаторы M_1 -холинорецепторов включают в себя пирензепин (гастроцепин, арбинак). Они обладают большей специфичностью в ингибировании желудочной секреции и оказывают меньшее, чем другие холинолитики, побочное действие. Гастроцепин назначается по 50 мг за 30 мин до завтрака и ужина в течение 6 нед. Неселективные блокаторы M -холинорецепторов (атропина сульфат, платифиллина гидротартрат, метацин, хлорозил, экстракт белладонны, спазмолитин, апрофен) из-за выраженных побочных эффектов (сухость во рту, преходящее ухудшение зрения, затрудненное мочеиспускание, тахикардия, запоры, головная боль) в последнее время применяются реже.

4. Цитопротекторные средства защищают клетки эпителия слизистой оболочки от повреждающих агентов за счет образования защитной пленки, повышения продукции слизи и бикарбонатов, нормализации процессов регенерации и микроциркуляции. *К ним относятся: коллоидный висмут (де-нол) по 120-240 мг 4 раза в день за 40 мин до еды и перед сном; сукралфат (вентер) - полиалюминиевая соль сульфата сахарозы - фиксируется грануляционной тканью и предотвращает обратную диффузию соляной кислоты, связывает желчные кислоты и пепсин и таким образом уменьшает их повреждающее действие, назначается по 0,5-1 г 4 раза в день за 40 мин до еды и на ночь; синтетические простагландины повышают секрецию слизи, гексозаминов и бикарбонатов; производные простагландинов E_1 и E_2 принимают внутрь по 0,4 г 2 раза в день в течение 4 нед. Цитопротекторы не влияют на кислотную продукцию, и поэтому сочетаются с антацидами и антисекреторными средствами.*

Основные антисекреторные препараты и их суточные дозировки:

Ингибиторы протоновой помпы - «золотой стандарт» в лечении

- Омепразол (омез, омепрол, лосек, зероцид) по 20 мг 2 раза
- Лансопразол по 30 мг 2 раза
- Пантопразол (контролок) по 40 мг 2 раза
- Рабепразол (париет) по 20 мг 2 раза
- Эзомепразол (нексиум) по 40 мг 1раз/сутки

H2-блокаторы

- Ранитидин (зантак, ранисан) по 150 мг 2 раза
- Фамотидин (ульфамид, гастросидин, пепсид, лецидил, квамател) по 20 и 40 мг 2 раза
- Низатидин (аксид) по 150 мг 2 раза
- Роксатидин по 150 мг 2 раза

5. Антигеликобактерная терапия основной стандарт лечения геликобактер-ассоциированных кислотозависимых заболеваний (Маастрихтские соглашения 1-4)

Главный принцип - принцип эрадикации (полное уничтожение вегетативных и коковых форм бактерий *H. p.* в желудке и ДПК).

Лекарственные комбинации и схемы для эрадикации НР (используется одна из них):

Схемы эрадикационной терапии обязательно включают в себя — наряду с антибиотиками — ИПП. Согласно рекомендациям последнего согласительного совещания Европейской рабочей группы по изучению *H. pylori* и микробиоты

«Маастрихт V/Флоренция» (2016), выбор той или иной схемы эрадикации зависит от частоты резистентности штаммов *H. pylori* в данном регионе к кларитромицину. Соответствие с Рекомендациями Российской Гастроэнтерологической Ассоциации по диагностике и лечению инфекции *H. pylori* у взрослых (2012г.), основанными на Утверждениях Маастрихтских соглашений (Маастрихт-4, сентябрь 2011г.)

Золотой стандарт лечения (Маастрихтское соглашение)

Терапия первой линии

-Трехкомпонентная схема: Кларитромицин 500мг. 2 раза в день. Метронидазол 500мг. 2 раза в день. Омепразол 20мг. 2 раза в день

Терапия второй линии

Четырехкомпонентная схема:

- Омепразол 20мг. 2 раза в день
- Де-нол 120мг. 4 раза в день
- Тетрациклин 500мг. 4 раза в день
- Метронидазол 500мг. 4 раза в день

Семидневные схемы:

1. Омепразол (зероцид, омез и др. аналоги) – 20 мг 2 раза в день (утром и вечером, не позже 20 ч, с обязательным интервалом в 12 ч) + кларитромицин (кларид) – 205 мг 2 раза в день + метронидазол (трихопол и др. аналоги) – 500 мг 2 раза в день в конце еды.

2. Омепразол (зероцид, омез, гастрозол и др. аналоги) – 20 мг 2 раза в день (утром и вечером не позже 20 ч, с обязательным интервалом в 12 ч) + амоксициллин (флемоксин солутаб, хиконцил и др. аналоги) – 1 г 2 раза в день в конце еды + метронидазол (трихопол и др. аналоги) – 500 мг 2 раза в день в конце еды.

3. Пилорид (ранитидин, висмут цитрат) – 400 мг 2 раза в день в конце еды + кларитромицин (кларид) – 250 мг или тетрациклин 500 мг, или амоксициллин 1000 мг 2 раза в день + метронидазол (трихопол и др. аналоги) – 400 – 500 мг 2 раза в день с едой.

4. Омепразол (зероцид, омез, гастрозол и др. аналоги) – 20 мг 2 раза в день (утром и вечером, не позже 20 ч, с обязательным интервалом в 12 ч) + коллоидный субцитрат висмута (вентрисол, денол и др. аналоги) – 120 мг 3 раза за 30 мин до еды и 4-й раз спустя 2 ч после еды перед сном + метронидазол 250 мг 4 раза в день после еды или тинидазол 500 мг 2 раза в день после еды + тетрациклин или амоксициллин по 500 мг 4 раза в день после еды. Частота эрадикации при данных схемах достигает 95%.

Десятидневные схемы:

Ранитидин (зантак и др. аналоги) – 300 мг 2 раза в день или фамотидин (гастросидин, квамател, ульфамид) – 40 мг 2 раза в день утром и вечером (не позже 20 ч) с обязательным интервалом в 12 ч + «Гастростат» (в состав гастростата входят: калиевая соль двузамещенного цитрата висмута – 108 мг в таблетках + тетрациклина гидрохлорид 250 мг в таблетках + метронидазол 200 мг в таблетках) – 5 раз в день после еды. Частота эрадикации достигает 85-90%.

Лекарственное лечение гастродуоденальных язв, не ассоциированных с НР (отрицательные морфологический и уреазный тесты из прицельных биоптатов, взятых в антральном отделе и теле желудка).

Цель лечения: купировать симптомы болезни и обеспечить рубцевание язвы. Лекарственные комбинации и схемы (используется одна из них):

1. Ранитидин (зантак и др. аналоги) – 300 мг/сут преимущественно однократно вечером (19-20 ч) и антацидный препарат (маалокс, ремагель, гастерин-гель и др.) в качестве симптоматического средства.

2. Фамотидин (гастросидин, квамател, ульфамид, фамоцид) – 40 мг/сут преимущественно однократно вечером (в 19-20 ч) и антацидный препарат (маалокс, ремагель, гастерин-гель и др.) в качестве симптоматического средства.

3. Сукральфат (вентер, сукрат-гель) – 4 г в сут, чаще 1 г за 30 мин до еды и вечером спустя 2 ч после еды в течение 4 нед, далее 2 г в сут в течение 8 нед.

Местное лечение. С помощью эндоскопа проводятся лазерное облучение язвы, обкалывание различными лекарственными субстанциями, заклеивание; применяются при резистентных язвах, что способствует их рубцеванию. Проводятся местные тепловые процедуры (грелка, подушка, припарки, диатермия, аппликации парафина, озокерита).

Показания к хирургическому лечению. К абсолютным показаниям относятся: перфорация язвы; злокачественное перерождение желудочной язвы;

пенетрация язвы, не поддающаяся консервативной терапии; субкомпенсированный и декомпенсированный рубцовый пилородуоденальный стеноз (в 70 % случаев производится балонная дилатация, а в 30 % - резекция желудка); непрекращающееся под влиянием лекарственной терапии (пантопразолом) и лазерной коагуляции массивное кровотечение из язвы. Относительным показанием является недостаточная успешность фармакотерапии, что выражается в отсутствии заживления язвы и частом повторном язвообразовании.

Прогноз при неосложненной форме ПЯ обычно благоприятен. Около 1/3 язв рубцуются без последующих рецидивов. Примерно у 70 % больных зажившие язвы рецидивируют течение первого (чаще) или второго (реже) года. Чтобы свести к минимуму рецидивирование ПЯ, профилактическое лечение следует проводить всем больным длительное время (от 6 мес до 3 лет). Обычно рекомендуется принимать квамател по 1 табл. на ночь. Своевременная диагностика, лечение и профилактика предупреждают тяжелые осложнения и сохраняют трудоспособность больного. В случае возникновения язв в юношеском возрасте ("ювенильные язвы") клиническая картина характеризуется частыми рецидивами, ранним развитием осложнений. Появлению осложнений способствуют нервное перенапряжение, несоблюдение режима питания, употребление алкоголя и курение.

Профилактика. Для *первичной профилактики* рекомендуется придерживаться рационального питания, избегая нарушений его ритма и качества принимаемой пищи. При длительном приеме противовоспалительных средств необходимо проявлять настороженность в отношении возможности развития гастродуоденальных изъязвлений. При появлении эпигастральных болей и желудочной диспепсии желателно сделать перерыв в приеме упомянутых средств и провести эндоскопическое исследование желудка. *Вторичная профилактика* заключается в полном уничтожении (истреблении, эрадикации) пилорического хеликобактера как существенной причины возникновения язвы и длительном применении одного из базисных средств (ранитидин, фамотидин, квамател, пантопразол, сукралфат, гастроцепин) в

половинной лечебной дозе. Краткосрочная эрадикация пилорического хеликобактера состоит в “тройной” (денол, ампициллин, метронидазол, 10-14 дн) или “двойной” (пантопразол и ампициллин) терапии. Считается, что последняя отличается высокой эффективностью. Необходим отказ от курения.

5. Сценарий интерактивных методов, используемых в обучении

В теоретической части урока знания учащихся о традиционных методах опроса и интерактивных методах обучения называются «мозговой штурм», «решение проблем», «кто больше, кто быстрее?», «Графические органайзеры» и «ассисмент техникой». Можно использовать видеоклип и презентацию по теме.

Метод “решения проблем”

Требуется для работы:

1. Набор вариантов задач и ситуационных вопросов опубликован на отдельном листе.
2. Числа для жеребьевки основаны на количестве студентов в каждой подгруппе.
3. Чистые листы бумаги, ручки

Ход работы:

1. Все студенты в группе делятся на 3 (4) подгруппы по 3 (2) студента по лоту.
2. Каждая подгруппа сидит за отдельным столом, составля лист бумаги и ручку.
3. Лист содержит дату, номер группы, факультет, имя студента, имя студента и название работы.
4. Один из участников подгруппы получает задание из конверта
5. Все ученики в небольшой группе обсуждают задачу вместе, а затем один из них пишет решение.
6. Учитель будет следить за ходом работы.
7. В конце времени работа передается учителю.

8. Все участники обсудят результаты, выберут лучшее решение и наберут максимальное количество баллов.

Вопросы по игре:

1. Этиология, классификация язвенной болезни
2. Патогенез и клиника язвенной болезни
3. Лабораторно-инструментальная диагностика язвенной болезни, диагностические критерии.
4. Лечение и профилактика язвенной болезни

Техника графических органайзеров.

Структура и содержание данных, способы и средства коммуникации и коммуникации между изученными понятиями (события, события, темы и т.д.).

1.Кластер - (cluster-link, link) - способ отображения - сбор идей вокруг ключевого фактора для централизации и определения сущности всей структуры. Ускоряет активацию знаний, способствует свободному и открытому вовлечению новых взаимосвязанных идей в процесс мышления.

Студенты изучат правило кластеризации. На доске или в середине большого листа бумаги заголовком является ключевое слово, или 1-2 слова. С ключевым словом вложения слова и предложения, связанные с темой, сопровождаются небольшими пятнами «компаньоны». Они сочетаются с ключевыми словами и строками. Запись может продолжаться в течение установленного времени или до конца идеи. Они обмениваются кластерами для обсуждения.





2.Техника ассиссента

Эта техника используется в качестве метода в методе оценки. Техника означает мастерство. Это означает, что студенты могут компетентно проверить свои знания и навыки, оценить себя и пройти тест.

Оценка определяется как самопрезентация, тест.

Цель метода: Определить уровень усвоения основных понятий профессии обучаемых, оценить их собственный уровень знаний и организовать их знания.

Применение метода. Оценить степень охвата темы во всех видах обучения (в начале урока, в конце курса или в конце любого раздела курса) для повторения, консолидации или промежуточного и окончательного контроля; Он предназначен для проверки знаний обучаемых перед началом новой темы, для определения начальных знаний, навыков и способностей обучаемых, которые пришли на обучение. Этот метод может быть организован индивидуально в ходе обучения или части тренировки.

 <p>ТЕСТ</p>	<p>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА</p> 
<p>СИМПТОМ</p> 	<p>ПРАКТИЧЕСКИЙ НАВЫК</p> 

6. Практическая часть

Практическая часть занятия посвящена курации больных в специализированном или отделении терапии. Вначале преподаватель демонстрирует больных с подагрой и проводит клинический разбор. Затем распределяет их на самостоятельную курацию, по окончании которой, студенты докладывают больных, демонстрируя при этом отработанные практические навыки. Преподаватель оценивает пошаговое выполнение навыков согласно выработанным на кафедре критериям.

Пошаговое освоение, выполнение и оценка практических навыков

1. Профессиональный расспрос и осмотр больного с язвенной болезнью

Цель:

- получение информации, необходимой для диагностики;
- оценка вероятности заболевания;
- определение других источников информации (родственники, другие врачи и т.п.);
- установление доверительных взаимоотношений с больным;
- оценка личности больного и его отношения к болезни (внутренняя картина болезни);
- оценить состояние сознания и психического статуса больного, его положение, общий вид, состояние внешних покровов и отдельных участков тела.

Показания: опрос обязательно для всех больных, находящихся в сознании; осмотр проводится всем больным.

Оснащение: хорошо освещенные палаты, кабинеты врачей, лампы дневного освещения.

Условия выполнения: отсутствие посторонних лиц, доверительная обстановка.

Выполняемые этапы (ступени): Пошаговое освоение, выполнение и оценка практических навыков

1. Профессиональный расспрос и осмотр больных

Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно выполнил	
Расспрос паспортных данных	0	5	
Сбор жалоб	0	5	

	Сбор анамнеза заболевания	0	10	
	Сбор анамнеза жизни	0	5	
	Эпидемиологический, аллергический анамнез	0	5	
	Объективный осмотр больного	0	25	
	Обоснование предварительного диагноза	0	10	
	Составление плана обследования больных	0	10	
	Обоснование клинического диагноза	0	10	
0	Проведение дифференциального диагноза	0	10	
1	Обоснование окончательного диагноза	0	5	
	Всего	0	100	

2. НАЗНАЧЕНИЕ ДИЕТЫ И ПЛАНА ЛЕЧЕНИЯ

Цель: Выработать навык назначения диеты и плана лечения больных

Выполняемые этапы (ступени):

	Мероприятие	Не выполнил (0 баллов)	Полностью правильно выполнил
	Правильный выбор диетического стола в	0	20

	соответствии с диагнозом		
	В соответствии с диагнозом, тяжестью заболевания и стадией назначение основной терапии	0	30
	В соответствии с диагнозом, тяжестью заболевания и стадией назначение симптоматической терапии	0	30
	Профилактические мероприятия	0	20

Аналитическая часть

Ситуационные задачи:

Задача №1. Больной 27 лет обратился с жалобами на боли в эпигастральной области, усиливающиеся через 1,5-2 часа после приема пищи и ночью, изжогу, запоры, похудание. Болен несколько месяцев. При опросе выяснилось, что больной питается нерегулярно, часто всухомятку, курит, употребляет спиртные напитки 1-2 раза в неделю. При осмотре больной повышенного питания, раздражителен. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные. Пульс 60 в мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 90/60 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный при пальпации в эпигастральной области справа от средней линии.

1. Ваш предположительный диагноз? 2. План обследования. 3. Лечение.

Задача №2. К врачу обратился больной 35 лет с жалобами на боли в эпигастрии, чаще ночью, тяжесть в желудке, изжогу, снижение аппетита:

I. Ваш предварительный диагноз:

A. язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки *

Б. язвенная болезнь желудка

В. Острый холецистит

Г. Рак желудка

Д. рак пищевода

II. Какое обследование необходимо провести данному больному:

А. ЭГДФС*

Б. УЗИ органов брюшной полости

В. Ректороманоскопия

Г. Томография

Д. колоноскопия

III. Какие препараты предпочтительно назначить данному больному:

А. омез *

Б. метронидазол*

В. Кларитромицин *

Г. Ранитидин

Д. алмагель

Задача №3. Больной предъявляет жалобы на боли эпигастральной области через 1,5-2 часа после еды, иногда ночные и голодные боли, уменьшающиеся после приема пищи. Боли сопровождаются тошнотой, рвотой, приносящей облегчение больному.

1. О каком заболевании можно думать.

2. План обследования.

3. Рентген признаки.

4. Осложнения.

Задача №4. Больной, 37 лет, в течение 10 лет страдает язвенной болезнью желудка. За последние 5 дней больной отмечает, что боль носит постоянный характер и не зависит от приема пищи. Боль отдает в правое

ребро. В области патологического очага отмечается пальпаторная болезненность и прощупывается воспалительный инфильтрат. В общем анализе крови Нв 125 г/л, лейкоц. - 11000, ЦП - 0,9, СОЭ - 25 мм/час.

1. О каком осложнении заболевания можно думать?
2. План обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Тактика лечения

Задача №5. У больного, страдающего язвенной болезнью 1 2-перстной кишки, в период очередного обострения появились жалобы на отрыжку "тухлым яйцом", рвоту принятой накануне пищей.

1. Какое осложнение возникло у больного?
2. Врачебная тактика. При ЭГДС у больного выявлена язва желудка:

I. Укажите наиболее частое расположения язв желудка:

- A. выходной отдел желудка*
- Б. малая кривизна желудка
- В. кардиальный отдел желудка
- Г. большая кривизна желудка
- Д. тело желудка

II. Какие осложнения могут развиваться у данного больного:

- A. все перечисленное верно*
- Б. перфорация
- В. пенетрация
- Г. малигнизация
- Д. кровотечение

III. У больного произошла перфорация язвы. Какая боль характерна для данного состояния

- A. кинжальная, внезапная боль*

- Б. тупая, спастическая боль
- В. приступообразная ноющая боль
- Г. боль с точечной локализацией
- Д. все перечисленное не верно

7. Тесты:

1. Какой из признаков не характерен для обострения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки:

- боли натощак;
- + боли через 30 мин после еды;
- боли через 2,5 ч после еды;
- боли справа в эпигастрии;
- изжога, кислая отрыжка.

2. У больного с многолетним течением язвенной болезни желудка появились почти постоянные боли с иррадиацией в спину. Какое осложнение можно предположить:

- стеноз привратника;
- + пенетрацию;
- малигнизацию;
- перфорацию;
- демпинг-синдром.

3. Какой метод наиболее надежен для исключения малигнизации язвы желудка:

- + рентгенологический;
- эндоскопический;
- кал на скрытую кровь;
- желудочный сок с гистамином;
- + эндоскопия с биопсией.

4. У больного, страдающего язвенной болезнью желудка, в период очередного обострения появились жалобы на отрыжку тухлым яйцом, рвоту принятой накануне пищей. Какое осложнение возникло у больного:

- пенетрация;
- перфорация;
- кровотечение;
- + стеноз привратника;
- малигнизация.

5. У больного жалобы на боли в эпигастрии, появляющиеся через 1,5–2 ч после еды и натощак. Этот симптом предположительно указывает на наличие:

- хронического гастрита;
- язвенной болезни желудка;
- + язвенной болезни двенадцатиперстной кишки;
- холецистита;
- панкреатита.

6. Большая по размеру язва желудка:

- 0,5–1 см;
- 1,1–2,9 см;
- + 3 см и более.
- 2-2,1 см

7. Препараты трехкомпонентной схемы лечения язвы желудка:

- +омепразол+метронидазол+кларитромицин;
- ванкомицин+амоксициллин+метронидазол;
- де-нол+альмагель+метронидазол.
- но-шпа+альмагель+тетрацилин

8. Препараты четырехкомпонентной схемы лечения язвы желудка:

- ранитидин+амоксициллин+метронидазол+кларитромицин;

- де-нол+атропин+тетрациклин+метронидазол;
- + омепразол+де-нол+тетрациклин+метронидазол.
- папаверин+альмагель+тетрациклин+метронидазол

9. Основной клинический синдром язвы желудка:

- желудочной диспепсии;
- кишечной диспепсии;
- + болевой.
- холестатический

10. Индикатор биохимического метода диагностики *Helicobacter pylori*:

- амальтаза;
- лактаза;
- + уреазы;
- фосфатаза.

11. Что относят к защитным факторам слизистой оболочки желудка?

- + слизисто-бикарбонатный барьер
- пепсин
- простагландины
- гиперсекреция соляной кислоты
- выработка клетками слизистой оболочки уреазы

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

- ванкомицин.
- цефазолин.
- + кларитромицин.
- канамицин.
- ципрофлоксацин.

8. Контрольные вопросы ОСКИ:

1. Определение и этиология язвенной болезни .
2. Факторы риска и эпидемиология язвенной болезни
3. Патогенез язвенной болезни.
4. Классификация язвенной болезни.
5. Клиника язвенной болезниб. Особенности язвенной болезни желудка и 12 кишки.
7. Диагностический алгоритм язвенной болезни
8. Лабораторная и инструментальная диагностика язвенной болезни
9. Диагностические критерия язвенной болезни.
10. Дифференциальная диагностика язвенной болезни.
11. Особенности течения язвенной болезни у беременных и пожилых
12. Принципы лечения язвенной болезни
13. Группа препаратов, применяемые в лечении язвенной болезни
14. Профилактика язвенной болезни

9. НАГЛЯДНЫЕ МАТЕРИАЛЫ:

Курация больных по теме или волонтеры, истории болезни, сценарий ролевой игры, графические органайзеры, рентгенограммы, видеоролик.

10. РАЗДАТОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ:

Общий анализ крови, мочи, кала, биохимический анализ крови, рецепты, рентгенограммы, результаты ЭФГДС исследований, ситуационные задачи, тесты.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:**ОСНОВНАЯ:**

1. Клинические рекомендации. Гастроэнтерология / под ред. В.Т. Ивашкина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.
2. Гастроэнтерология. Национальное руководство. Краткое издание. Под редакцией Под редакцией акад. РАМН В.Т. Ивашкина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.462 с.
3. Клинические рекомендации по диагностике и лечению язвенной болезни Российской гастроэнтерологической ассоциации под редакцией акад. РАМН В.Т. Ивашкина. Москва -2013г.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ:

1. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. III Маастрихтское соглашение Методические рекомендации А.Аляви и соавторы Т.2010 г.
2. Рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации по диагностике и лечению *Helicobacter pylori* у взрослых. / Российский журн. гастроэнт, гепатол. и колопрокт. № 1. Том XXII. 2012. С. 87 – 89.
3. Синкевич Д.А. Маастрихт-4. Диагностика и лечение *Helicobacter pylori*, 2012. [http:// atio-irk.ru/](http://atio-irk.ru/)
4. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению язвенной болезни Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол 2016; 26(6)/Ross z gastroenterol gepatol koloproktol 2016; 26.

Критерии оценки текущего контроля

	Экспресс тесты, письменная работа, устный опрос, презентации. Успеваемость в баллах
Критерии оценок	<p>86-100 балл “отлично”</p> <ul style="list-style-type: none"> - полный ответ по теме, на все вопросы отвечает полностью и правильно, активно использует аналитические способности и полученные знания при решении заданий, с использованием интерактивных методов обучения, - Высокое качество проведения курации больного, оформления предварительного диагноза, составления плана обследования больного, интерпретации лабораторных данных, проведения дифференциальной диагностики, лечения с выпиской рецептов; - Высокое качество написания зачетной истории болезни; - Решение в полном объеме сложных ситуационных задач, тестовых заданий, правильная интерпретация ЭКГ, рентгенограмм и других заданий с формированием полного клинического заключения. <p>71 – 85 балл “хорошо”</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ответ выше среднего и хорошего качества, соответствующий программе. - Проведение курации больного с обоснованием предварительного диагноза, составления плана обследования больного. Правильная интерпретация результатов лабораторных и инструментальных методов исследований. Проведение дифференциального диагноза, назначение планового лечения. - Грамотное решение ситуационных задач, тестовых

заданий, небрежность в оформлении заключения по интерпретации ЭКГ и рентгенограмм.

-Хорошее качество написания зачетной истории болезни.

55-70 балл “удовлетворительно”

Участие в разборе темы, средний по уровню ответ с неточностями и ошибками.

-Отдельные погрешности при выполнении курации больных, оформления диагноза, интерпретации результатов лабораторных и инструментальных методов исследований.

-Среднее качество написания истории болезни с помощью преподавателя. Назначение планового лечения больному без обоснования необходимости назначения того или другого препарата.

0-54 балл “неудовлетворительно”

-Не имеет точного представления о теме;

-Не участвует в разборе темы.

-не может курировать тематических больных, написания истории болезни с помощью преподавателя

-не умение интерпретаций результатов лабораторно-инструментальных методов обследований, оформление предварительного и клинического диагнозов, не проводит дифференциальный диагноз, назначение планового лечения

		Макс. балл	Место проведения
	Текущий контроль: теоритическая (40) и практическая (60)	50	Во время цикла
	1. Теоретическая часть	40	
	а) Подготовка студентов к лекции и	5	

практическому занятию		
b) Оценка теоретических знаний студента на практических занятиях по теме в виде интерактивных методов.	10	
c) Оценка проблемы в виде ситуационных задач (клиническая ситуация на основе решения проблем)	10	
d) Оценка тестовых задач	5	
e) Оценка своевременного выполнения и качества самостоятельных учебных заданий студентов	10	
2. Практическая часть.	60	
a) Оценка курации больных- оформление предварительного и клинического диагноза, составление плана обследований пациента, анализ результатов лабораторных и инструментальных исследований, назначений лечения	20	
b) Оценка написания истории болезни Предмет “Факультетская терапия” является клиническим предметом, поэтому студенты в течение цикла систематическим образом заполняют историю болезни.	20	
c) Поэтапное выполнение практических навыков	20	