

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ПО
ДИСЦИПЛИНЕ**

Наименование дисциплины	Факультетская терапия
Специальность	31.05.01 Лечебное дело
Форма обучения	очная
Год начала подготовки	2022

ТЕМА 16

Хронические гастриты

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Факультетская терапия»:

Разработаны:

Доц. кафедры «Факультетская терапия», к.м.н.

О.В. Сергеева

Асс. кафедры «Факультетская терапия», к.м.н.

Е.В. Симхес

Асс. кафедры «Факультетская терапия»

А.В. Русиди

Асс. кафедры «Факультетская терапия»

В.Д. Кудрявцева

Асс. кафедры «Факультетская терапия»

И.Н. Гачкова

Обсуждены

на заседании кафедры «Факультетская терапия»,
зав. кафедрой

М.Е. Евсевьева

Согласованы и рекомендованы к использованию в образовательном процессе для обучающихся направлению подготовки (специальности) 31.05.01 Лечебное дело 2022 года набора очной формы обучения 20.04.2022

Руководитель ОПОП ВО, декан факультета

Никулина Г.П..

Методические указания по дисциплине «Факультетская терапия» размещены в ЭИОС университета в авторской редакции

1. **Цель:** изучение этиологии, патогенеза, клиники, классификации, современных методов диагностики, лечения и профилактики хронических гастритов

2. Учебные вопросы:

1. Анатомия и физиология желудка
2. Определение понятия, этиология и патогенез хронических гастритов
3. Классификация хронических гастритов
4. Особенности клиники и диагностики отдельных форм хронического гастрита
5. Лечение и профилактика хронического гастрита

3. Теоретическая часть

Гастрит — воспалительное заболевание слизистой оболочки желудка. Различают острый и хронический гастриты. Хронический гастрит — группа хронических заболеваний, которые морфо логически характеризуются персистирующим воспалительным инфильтратом и нарушением клеточного обновления с развитием кишечной метаплазии, атрофии и эпителиальной дисплазии в слизистой оболочке желудка. С целью подтверждения диагноза гастрита и дуоденита, диагностики предраковых состояний и/или изменений слизистой оболочки желудка рекомендуется проведение эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС), при возможности ЭГДС высокого разрешения и виртуальной хромоэндоскопии с увеличением или без него, в том числе для выполнения прицельной биопсии с целью оценки стадии атрофии и кишечной метаплазии и выявления неоплазии. Всем пациентам с хроническим гастритом с положительными результатами тестирования на *H. pylori* в качестве этиологического лечения, а также с целью профилактики рака желудка рекомендуется проведение эрадикационной терапии. Пациентам с хроническим гастритом и симптомами диспепсии (боль и жжение в эпигастрии, переполнение в эпигастрии, чувство раннего насыщения), в том числе в сочетании с функциональной диспепсией, в качестве симптоматического лечения могут быть рекомендованы ингибиторы протонной помпы, прокинетики, ребамипид, висмута трикалия дицитрат. Пациентам с кишечной метаплазией, ограниченной одной анатомической областью, в большинстве случаев не рекомендуется наблюдение, особенно если высококачественное эндоскопическое исследование с биопсией позволило исключить выраженные стадии атрофического гастрита. Однако при наличии у таких пациентов отягощенного по раку желудка семейного анамнеза, неполной кишечной метаплазии, персистенции инфекции *H. pylori* им рекомендуется эндоскопическое наблюдение с хромоэндоскопией и прицельной биопсией 1 раз в 3 года. Пациентам с выраженным атрофическим гастритом рекомендуется высококачественное эндоскопическое наблюдение каждые 3 года. Пациентам с выраженным атрофическим гастритом с отягощенным наследственным анамнезом по раку желудка рекомендуется эндоскопическое наблюдение 1 раз в 1–2 года

4. Практическая часть

Задание 1. Проведите опрос и осмотр пациента с хроническим гастритом в клиническом отделении, по результатам которых оформите «Кураторский листок» (сформулируйте предварительный клинический диагноз; составьте план обследования и трактовки лабораторно-инструментальных методов обследования; составьте план лечения)

Задание 2. Выполните практико-ориентированное задание:

Задача №1

Пациент К. 29 лет обратился к участковому терапевту с жалобами на частые слабые ноющие боли в эпигастральной области, уменьшающиеся после приёма пищи, чувство быстрого насыщения, отрыжку кислым, общую слабость, неустойчивость стула.

Указанные жалобы периодически беспокоят в течение последних 5 лет, текущее ухудшение самочувствия - 1,5 недели назад. Самостоятельно принимал антациды с кратковременным (+) эффектом.

При осмотре: кожные покровы и слизистые нормальной окраски, чистые. Легкие и сердце – без особенностей. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области.

На ФЭГДС: в просвете желудка большое количество слизи. Явления умеренной атрофии в пилорическом отделе, отёк и гиперемия в фундальном отделе желудка. Перистальтика активная. Хелпил-тест +++.

Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Есть ли необходимость проведения эрадикационной терапии в данном случае?
4. Назначьте лечение
5. Перечислите факторы естественной защиты слизистой оболочки желудка

Задача №2

Больной, 59 лет, обратился в стационар с жалобами на общую слабость, чувство тяжести, полноты и тупую боль в подложечной области, снижение аппетита.

Объективно: Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, диффузно болезненный в эпигастрии. Печень не увеличена. АД 130/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. ЧСС 64 в мин. В легких везикулярное дыхание. ЧД 18 в мин. 275 Дополнительные методы исследования:

ОАК: эритроциты – $4,7 \times 10^{12}/л$, Hb – 92 г/л, лейкоциты – $6,2 \times 10^9 /л$, СОЭ – 25 мм/ч.

ЭФГДС: распространенное поражение антрального отдела и тела желудка, бледность, сглаженность, истончение слизистой, через которую просвечивают сосуды подслизистого слоя.

Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Есть ли необходимость проведения эрадикационной терапии в данном случае?
4. Назначьте лечение
5. Перечислите факторы агрессии слизистой оболочки желудка

5. Вопросы для собеседования

1. Определение хронического гастрита
2. Этиология и патогенез хронических гастритов
3. Клиническая картина заболевания
4. Диагностика хронических гастритов: показания и противопоказания к применению методов исследования

5. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения
6. Профилактика и диспансерное наблюдение пациентов с хроническим гастритами

6. Тестовые задания

1. К признакам хронического атрофического гастрита относят:

- А. выраженный болевой синдром в эпигастральной области, возникающий в ночное время;
- Б. изжогу, рвоту кислым содержимым;
- В. наличие гиперхромной анемии в общем анализе крови;
- Г. появление прожилок крови в кале

2. О степени активности гастрита судят по клеточной инфильтрации слизистой оболочки желудка:

- А. макрофагами
- Б. эозинофилами;
- В. лимфоцитами;
- Г. лейкоцитами

3 К блокаторам H₂ - рецепторов гистамина относится:

- А. супрастин;
- Б. ранитидин;
- В. лоратадин;
- Г. креон.

4. Оптимальным методом первичной диагностики инфекции *n. pylori* является:

- А. быстрый уреазный тест в биоптате;
- Б. микробиологический тест ;
- В. цитологический тест в мазке-отпечатке;
- Г. выявление диагностического титра антител к *H. pylori*

5. Для хронического гастрита характерно:

- А. диарея;
- Б. спастический стул;
- В. диспепсический синдром;
- Г. умеренный лейкоцитоз.

6. Фамотидин угнетает активность:

- А. M₂-ионных каналов;
- Б. H₂-рецепторов;
- В. H₁-рецепторов;
- Г. D₁-рецепторов

7. К факторам агрессии слизистой оболочки желудка относится:

- А. выработка панкреатических бикарбонатов;
- Б. дуоденогастральный рефлюкс;
- В. образование слизи;
- Г. простагландины

8. К основным методам исследования, позволяющим верифицировать диагноз хронического гастрита, не относится:

- А. дуоденальное зондирование;
- Б. анализ желудочного сока;
- В. рентгенография желудка;
- Г. гастроскопия

9. Синтез соляной кислоты в железах желудка осуществляют:

- А. главные клетки;

- Б. париетальные клетки;
 - В. нейроэндокринные клетки;
 - Г. мукоциты
- 10. К неинвазивным методам обнаружения *H. Pylori* относят:**
- А. тест с физической нагрузкой;
 - Б. уреазный тест;
 - В. дыхательный тест;
 - Г. гистологический тест
- 11. Наличие эрозий в антральном отделе желудка характерно для:**
- А. хеликобактерной инфекции;
 - Б. острого гастрита;
 - В. аутоиммунного гастрита;
 - Г. гранулематозного гастрита.
- 12. Для хронического гастрита характерно:**
- А. диарея;
 - Б. спастический стул;
 - В. диспепсический синдром;
 - Г. умеренный лейкоцитоз.
- 13. В схему первой линии эрадикации *H. pylori* входит:**
- А. левофлоксацин;
 - Б. амоксициллин;
 - В. тетрациклин;
 - Г. ципрофлоксацин
- 14. К факторам агрессии слизистой оболочки желудка относится:**
- А. выработка панкреатических бикарбонатов;
 - Б. дуоденогастральный рефлюкс;
 - В. образование слизи;
 - Г. простагландины
- 15. Какой метод является "золотым стандартом" выявления *H. Pylori*?**
- А. гистологический;
 - Б. дыхательный;
 - В. серологический;
 - Г. биохимический
- 16. К антибиотикам, применяемым для эрадикации *H. Pylori*, относятся:**
- А. пенициллин, левофлоксацин;
 - Б. канамицин, оксациллин;
 - В. амоксициллин, кларитромицин;
 - Г. гентамицин, цефтриаксон.
- 17. Для хронического гастрита характерно:**
- А. диарея;
 - Б. диспепсический синдром;
 - В. спастический стул;
 - Г. умеренный лейкоцитоз.
- 18. К блокаторам H_2 - рецепторов гистамина относится:**
- А. супрастин;
 - Б. фамотидин;
 - В. лоратадин;
 - Г. креон.
- 19. Для лечения ХГ используются все перечисленные препараты, КРОМЕ:**
- А. висмут содержащие препараты;
 - Б. холинолитики;
 - В. H_1 -гистаминовые блокаторы;

Г. блокаторы протонной помпы;

20. Рекомендуемой дозировкой лекарственных препаратов стандартной схемы эрадикационной терапии является:

- А. омепразол 20 мг в сутки+ метронидазол 1000 мг в сутки+ амоксициллин 2000 мг в сутки;
- Б. омепразол 40 мг в сутки+ метронидазол 1000 мг в сутки+ кларитромицин 1000 мг в сутки;
- В. омепразол 20 мг в сутки+ амоксициллин 2000 мг в сутки+ кларитромицин 1000 мг в сутки; омепразол 40 мг в сутки+ амоксициллин 2000 мг в сутки+ кларитромицин 1000 мг в сутки