



**ФГБОУ ВО «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**КАФЕДРА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ №5**

**Методическая разработка  
для преподавателя на тему:**

# "Язвенная болезнь"

Составлено на основании  
унифицированной программы  
последипломного обучения

Методическая разработка  
обсуждена и утверждена  
на заседании кафедры

**Составители разработки:  
доц. Гутнова С.К., доц. Ранюк Л.Г.**

**Владикавказ**

**Тема занятия:** «Язвенная болезнь»

**Место проведения занятия:** учебная комната, палаты гастроэнтерологического отделения.

**Обоснование необходимости изучения темы:**

Язвенная болезнь (ЯБ) широко распространена во всех странах мира. Распространенность ЯБ среди взрослого населения составляет в разных странах от 5 до 15% (в среднем 7-10%). На вскрытии язвы и рубцовые изменения в стенке желудка и ДПК, свидетельствующие о ЯБ, обнаруживаются в 8-10 и даже 20% случаев. Эти патологоанатомические данные указывают на большую распространенность ЯБ.

Высокая заболеваемость, частые рецидивы, длительная нетрудоспособность больных, вследствие этого значительные экономические потери – все это позволяет отнести проблему ЯБ к числу наиболее актуальных в современной гастроэнтерологии.

Поэтому глубокие знания клинических проявлений язвенной болезни желудочной и дуоденальной локализации, возрастных, половых особенностей этого заболевания, умение правильно интерпретировать данные дополнительных методов исследования, назначить современное лечение, позволит удлинить фазу ремиссии и снизить частоту обострений этой патологии.

**Цель занятия:** освоить принципы диагностики, дифференциальной диагностики современной терапии язвенной болезни.

**Задачи занятия:**

- Выявить наличие язвенного дефекта по клиническим и дополнительным методам исследования, особенности клинического течения язвенной болезни в зависимости от локализации язвенного дефекта, возраста, пола больных;
- Освоить принципы дифференциальной диагностики по ведущему синдрому «боль в эпигастрии».
- Пользоваться современной классификацией при формулировке диагноза;
- Разработать на основе знания общих принципов лечения индивидуальную этиопатогенетическую терапию;
- Правильно проводить профилактику и диспансеризацию язвенной болезни.

**Перечень учебных и практических навыков:**

1. Владеть методом дифференциальной диагностики по ведущему синдрому.
2. Уметь составлять адекватный план обследования конкретных больных;
3. Знать объем и уметь интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования, применяемых для диагностики язвенной болезни.
4. Знать перечень и механизм действия лекарственных препаратов, применяемых для лечения язвенной болезни.
5. Уметь составлять адекватный план лечения применительно к конкретному больному.
6. Знать принципы лечения больных ЯБ.
7. Уметь определять меры профилактики язвенной болезни и знать принципы ВТЭ и диспансеризации.

**Оснащение занятия:*****Технические средства:***

- диапроектор
- негатоскоп

***Демонстрационный материал:***

- таблицы
- слайды
- рентгенограммы
- эзофагогастродуоденоскопии
- истории болезни, тематические больные ЯБЖ и ДПК
- набор анализов
- наборы лекарственных препаратов для лечения ЯБЖ и ЯБ ДПК

### План и организационная структура занятия «Язвенная болезнь»

№ п/п	Этапы занятия	Время в мин.	Уровень усвоения	Место проведения занятия	Оснащение занятия
1.	Организационные мероприятия	5	-	уч. комната	Журнал
2.	Контроль исходного уровня знаний слушателей	15	II	уч. комната	Контрольные вопросы и задачи
3.	Клинический разбор больных (2-3 человека)	50	II	палата	Больные, истории болезни
4.	Анализ полученных данных, характерных симптомов, выделение заболеваний для диф. диагноза	20	III	уч. комната	Таблицы, слайды, истории болезни
5.	Дифференциальный диагноз	30	III	уч. комната	Таблицы, слайды, истории болезни
6.	Предварительный диагноз	5	III	уч. комната	Таблицы, слайды, истории болезни
7.	Анализ лабораторных и инструментальных методов исследования	15	III	уч. комната	Истории болезни, анализы
8.	Клинический диагноз по современной классификации	5	III	уч. комната	Таблицы, истории болезни
9.	Тактика врача при язвенной болезни	10	III	уч. комната	Таблицы, истории болезни
10.	Прогноз, экспертиза трудоспособности	5	III	уч. комната	Истории болезни
11.	Контроль конечного уровня усвоения материала	15	-	уч. комната	Тесты-задачи, задание по НИРС
12.	Задание на дом	5	-	уч. комната	Список литературы, контрольные вопросы по теме, тематические больные

## ГРАФ ЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ТЕМЫ: ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ



## Рекомендации к проведению занятия

### ***1. Подготовительный этап***

За день до занятия преподаватель подбирает нескольких больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки и распределяет для курации среди аспирантов. На занятии преподаватель знакомит аспирантов с целью, задачами и планом проведения занятия, контролирует исходный уровень знания путем устного ответа на поставленные вопросы или решения ситуационной задачи.

В обязательном порядке разбираются все неясные вопросы. Преподаватель осуществляет контроль готовности к занятию (больной, наглядные пособия), рефераты и другие материалы.

### ***2. Основной этап***

Аспиранты готовят своих больных к разбору: собирают жалобы, анамнез, проводят объективное обследование больного, выделяют ведущий синдром и определяют круг заболеваний, привлекаемых для диф. диагноза. Следующие этапы занятия проводятся в учебной комнате: проводят диф. диагноз по ведущему синдрому «боль в эпигастрии» и «острая гастродуоденальная язва», выставляют предварительный диагноз, определяют адекватный объем обследования, дают интерпретацию данных лабораторно-инструментального обследования, после чего формулируют клинический диагноз в соответствии с общепринятой классификацией. Заслушивают доклады (тематику см. выше) и после их обсуждения разбирают план лечения своих больных.

### ***3. Заключительный этап***

Контроль конечного уровня знаний проводится путем решения ситуационных задач. Обсуждение ведется устно. Можно также обсудить случаи из практики аспирантов. Преподаватель отвечает на вопросы и рекомендует литературу для детального ознакомления. Подводит итог занятию и дает задание на дом.

После лечения проводится семинар.

**Тема семинарского занятия** «Этиология, патогенез, диагностика и лечение язвенной болезни», на котором аспиранты выступают с докладами,

освещающими вопросы этиологии, патогенеза, современных методов исследования и подробно разбирается лечение (общие принципы, диета, препараты и механизм их действия, тактика применения). После четвертого доклада дается оценка правильности лечения разбираемого больного.

Обсуждаются вопросы диспансеризации, профилактики и ВТЭ у разбираемых больных.

### **I. Подготовить доклады**

1. Современный взгляд на этиологию и патогенез язвенной болезни.
2. Современные методы исследования больных язвенной болезнью.
3. Осложнения язвенной болезни.
4. Медикаментозные и немедикаментозные методы лечения язвенной болезни, в том числе санаторно-курортное.
5. Профилактика, ВТЭ и диспансеризация при язвенной болезни.

**II.** Интерпретация истории болезни (полнота обследования больного, правильность назначения эрадикационной терапии, антисекреторной терапии и т.д.).

### **III. Заключительная часть.**

Результаты оцениваются преподавателем с учетом и анализом ошибок. Подводится итог занятию.

#### ***Демонстрационный материал:***

- тематические больные ЯБЖ и ДПК
- истории болезни
- рентгенограммы желудочно-кишечного тракта
- результаты эзофагогастродуоденоскопии
- набор анализов
- наборы лекарственных препаратов для лечения ЯБЖ и ЯБ ДПК
- таблицы
- слайды

**ВОПРОСЫ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ**

1. Как определить понятие «язвенная болезнь»?
2. Каковы основные этиологические факторы ЯБ?
3. Каков патогенез ЯБ?
4. Что относится к факторам агрессии?
5. Что относится к факторам защиты СОЖ?
6. Каковы клинические проявления ЯБ?
7. Какие бывают осложнения ЯБ?
8. Какова классификация ЯБ?
9. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования используются в диагностике ЯБ?
10. Каковы основные принципы терапии ЯБ?



**ВОПРОСЫ ДЛЯ КОНТРОЛЯ КОНЕЧНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ**

1. Какова частота язвенной болезни среди населения?
  - а) до 5%
  - б) 5-7%
  - в) 7-10%
  - г) 11-15%
  - д) 20%
  
2. Укажите этиологические факторы язвенной болезни с локализацией в двенадцатиперстной кишке:
  - а) наследственная предрасположенность
  - б) 0(I) группа крови
  - в) A(II) группа крови
  - г) курение
  - д) инфицированность слизистой оболочки желудка НР
  
3. Как часто язвенная болезнь желудка протекает без ассоциации с НР?
  - а) в 5% случаев
  - б) 5-10% случаев
  - в) 15-20% случаев
  - г) 20-40% случаев
  - д) 50% случаев
  
4. Какие особенности болевого синдрома характерны для больных с дуоденальными язвами?
  - а) ранние боли
  - б) поздние боли
  - в) ночные боли
  - г) голодные боли
  - д) боли проходят после приема антацидных и антисекреторных препаратов

5. Укажите косвенные рентгенологические признаки язвенной болезни:
- а) гиперсекреция натоцак
  - б) «ниша» на контуре или на рельефе слизистой оболочки
  - в) симптом «указующего перста» на противоположной по отношению к «нише» стенке желудка
  - г) конвергенция складок слизистой оболочки к «нише»
  - д) рубцово-язвенная деформация желудка и двенадцатиперстной кишки
6. Какие косвенные признаки говорят в пользу злокачественного характера язвы в желудке?
- а) большие размеры язвы
  - б) локализация на малой кривизне желудка
  - в) локализация на большой кривизне желудка
  - г) наличие гистаминустойчивой ахлоргидрии
  - д) неправильная форма язвенного дефекта и ригидность стенки желудка в месте поражения
7. Укажите частоту желудочно-кишечных кровотечений при язвенной болезни:
- а) 5%
  - б) 6-10%
  - в) 10-15%
  - г) 15-20%
  - д) 20-30%
8. В каких случаях при язвенном кровотечении в рвотных массах будет отмечаться примесь неизменной крови?
- а) при небольшом объеме кровопотери
  - б) при массивном кровотечении
  - в) при высокой секреции соляной кислоты
  - г) при низкой секреции соляной кислоты
  - д) при высоком расположении язвенного дефекта в желудке

9. Какие симптомы могут указывать на возникновение пенетрации язвы?
- а) боли принимают упорный характер
  - б) боли теряют связь с приемом пищи
  - в) присоединяется лихорадка
  - г) отмечается повышение СОЭ
  - д) появляется «доскообразное» напряжение мышц брюшной стенки и симптомы раздражения брюшины
10. Укажите лечебные мероприятия при язвенной болезни, не ассоциированной с НР:
- а) назначение курсовой терапии блокаторами протонного насоса в средних терапевтических дозах
  - б) повышение дозы блокаторов протонного насоса в 2-3 раза при неэффективности лечения в течение 4-6 недель
  - в) назначение при неэффективности лечения блокаторами протонного насоса в течение 4-6 недель препаратов, усиливающих регенерацию слизистой оболочки желудка
  - г) решение вопроса о применении хирургических методов лечения при неэффективности консервативной терапии в течение 4-6 недель
  - д) назначение после рубцевания язвы поддерживающей терапии блокаторами протонного насоса в половинной дозе
11. Какие препараты включаются в эрадикационную схему квадротерапии?
- а) блокаторы протонного насоса, препараты висмута, кларитромицин и метронидазол
  - б) блокаторы протонного насоса, препараты висмута, амоксициллин и метронидазол
  - в) блокаторы протонного насоса, препараты висмута, тетрациклин и метронидазол
  - г) блокаторы протонного насоса, препараты висмута, тетрациклин и кларитромицин

д) блокаторы протонного насоса, препараты висмута, тетрациклин и амоксициллин

12. Назовите мероприятия, позволяющие преодолеть резистентность НР к лекарственным препаратам.

- а) правильный выбор схем эрадикационной терапии
- б) увеличение продолжительности лечения до 10-14 дней
- в) повышение дозы кларитромицина в применяемых схемах
- г) повышение дозы метронидазола в применяемых схемах
- д) замена метронидазола другими препаратами (фуразолидон)

### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ НА ВОПРОСЫ**

1. Правильный ответ: в).
2. Правильные ответы: а), б), г), д).
3. Правильный ответ: в).
4. Правильные ответы: б), в), г), д).
5. Правильные ответы: а), в), г), д).
6. Правильные ответы: а), в), г), д).
7. Правильный ответ: в).
8. Правильные ответы: б), г), д).
9. Правильные ответы: а), б), в), г).
10. Правильные ответы: а), б), д).
11. Правильный ответ: в).
12. Правильные ответы: а), б), в), д).

## СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

### Задача №1

Больной Н., 24 лет, в клинику поступил в плановом порядке, с жалобами на боль в надчревьѐ, возникающую через 1,5-2 часа после приема пищи, больше к вечеру, а иногда и ночью, изжогу, кислый вкус во рту, запор. Боль усиливается при приеме острой, соленой и кислой пищи, уменьшается – после употребления соды и применения грелки. Болен около года. Состояние ухудшилось с осени.

Из анамнеза известно, что живет в общежитии, отец страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

При осмотре: больной пониженного питания, язык не обложен, влажный. Перкуссия и поверхностная пальпация живота болезненны в области надчревьѐ справа, в этой же области – резистентность мышц брюшного пресса. Пульс 60 в 1 мин, ритмичный. АД 13,3/10,7 кПа (100/80 мм. рт. ст.).

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные исследования?
3. Какие заболевания следует исключить?
4. Ваша врачебная тактика

### Задача №2

Больной Р., 52 лет, поступил в клинику в плановом порядке с жалобами на постоянную тупую боль и чувство полноты в надчревьѐ, усиливающиеся после приема даже небольшого количества пищи; при приеме большего объема пищи, например, после обеда, появляется ощущение распираания, усиливается боль, возникает тошнота, облегчение наступает после рвоты; отрыжка пищей, тухлым яйцом, за 3 месяца похудел на 7 кг. Болен около 15 лет. Неоднократно лечился стационарно, на питьевых курортах по поводу язвенной болезни. Последнее обострение наступило около полугода назад. При этом больной отметил изменение состояния: боль перестала четко зависеть от приема пищи, похудел.

При осмотре: кожа сухая, хейлит, больной пониженного питания, язык покрыт белым налетом, при пальпации живота определяется «шум плеска» над областью надчревья, нижняя граница желудка на 3-4 см ниже пупка, печень пальпируется на 3 см ниже края реберной дуги, безболезненна.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные исследования?
3. Ваша врачебная тактика?

### **Задача №3**

Больной К., 32 лет, доставлен в отделение в связи с обморочным состоянием. При поступлении жалуется на слабость, головокружение, боль в области сердца, сердцебиение. Заболел остро во время возвращения с работы. В прошлом подобные состояния не наблюдались.

В течение года страдает изжогой, возникающей через 20-30 минут после приема пищи, преимущественно соленой или острой. Иногда изжога беспокоит ночью. Жалуется на постоянные запоры.

При осмотре: кожные покровы бледные. Пульс 110 в 1 мин., слабого наполнения, ритмичный. АД 12/8 кПа (90/60 мм. рт. ст.). Тоны сердца умеренно ослаблены. Систолический шум над верхушкой и на сосудах, язык чистый, язык чистый, слегка суховатый. Живот вздут. При пальпации живота нерезкая болезненность в надчревной области. Живот на всем протяжении мягкий, симптомов раздражения брюшины нет, стул был, газы отходят.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие необходимо провести диагностические исследования?
3. Ваша врачебная тактика?

### **Задача №4**

Больной Д., 29 лет, совмещает работу с учебой в заочной аспирантуре. Много курит. Питается нерегулярно. Осенью прошлого года в течение нескольких недель беспокоила боль в надчревной области, преимущественно во второй половине дня. Зимой боли не было. За несколько недель до обращения к

врачу, в конце марта, боль возобновилась; появляется не только днем, но и ночью. Иногда на высоте боли возникает рвота кислым, после чего боль стихает. Аппетит не изменился, масса тела прежняя

Вопросы:

1. Какие отклонения от нормы Вы предполагаете обнаружить при объективном исследовании?
2. Какие отклонения от нормы можно обнаружить при исследовании желудочного содержимого?
3. Какие изменения можно обнаружить при эндоскопическом и рентгенологическом исследовании больного?
4. Ваш диагноз?

### Задача №5

Больной С., 47 лет, жалуется на слабость, недомогание, головокружение, сонливость, сердцебиение, головную боль, потливость, чувство жара, дрожь в теле, провоцируемые приемом пищи, потерю массы тела.

В анамнезе: в течение 20 лет хронический атрофический гастрит, язвенная болезнь с локализацией язвы в кардиальном отделе желудка, в связи с чем перенес субтотальную гастрэктомию по Бильрот-II полгода назад.

При осмотре: больной пониженного питания, кожные покровы бледные. АД 20/12 кПа (150/90 мм. рт. ст.), пульс 80 в 1 мин., мягкий, удовлетворительного наполнения. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Легкие, сердце без особенностей.

Анализ крови общий: эр.  $2,2 \cdot 10^{12}/л$ , Нб 98 г/л, цв. показатель 1,3, л.  $3,8 \cdot 10^9/л$ , СОЭ 45 мм/ч.

Через 2 недели после приема цианкобаламина и фолиевой кислоты общее состояние больного несколько улучшилось, однако описанные выше приступы плохого самочувствия несколько участились.

Анализ крови: эр.  $3,5 \cdot 10^{12}/л$ , Нб 112 г/л, цв. показатель 1,0, л.  $4,3 \cdot 10^9/л$ , СОЭ 10 мм/ч.

Вопросы:

1. Причины нарушения самочувствия больного?
2. Ваш диагноз?
3. Принципы диетотерапии подобных состояний?

## ЭТАЛОНЫ РЕШЕНИЙ ЗАДАЧ

### Задача №1

1. Язвенная болезнь в фазе обострения. Хроническая язва луковицы двенадцатиперстной кишки.
2. Фиброгастродуоденоскопия, рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки, фракционное исследование желудочной секреции, общеклинические анализы крови, мочи, кала (на скрытую кровь).
3. Хронический гастрит с повышенной секреторной функцией, хронический холецистит, хронический панкреатит, рак желудка, диафрагмальная грыжа.
4. Лечение в условиях стационара, лучше гастроэнтерологического отделения. Диета №10, далее - №1, курение исключается, седативные средства (настой корня валерианы, тазепам), холинолитики (инъекции атропина, метацила), антациды (викалин, алмагель), анаболические стероиды (ретаболил), другие стимуляторы регенерации слизистой оболочки (тиамин, пиридоксина гидрохлорид в инъекциях, ретинола ацетат в каплях), трихопол.

Физиотерапевтические процедуры в фазе стихания процесса – электрофорез на область надчревья папаверина, хвойные ванны.

### Задача №2

1. Язвенная болезнь. Хроническая язва луковицы двенадцатиперстной кишки, осложненная её стенозированием.
2. Рентгенологическое исследование желудка (обратить внимание на эвакуацию контраста через 2-4-6-12 и 24 часа из желудка); фиброгастродуоденоскопия, общий анализ крови, мочи, анализ кала на скрытую кровь, исследование желудочного содержимого.
3. Диета (стол №1), дробное 6-разовое питание. Спазмолитики (но-шпа, папаверин) или М-холинолитики в инъекциях, церукал. Промывание желудка перед сном. Консультация хирурга для решения вопроса об оперативном лечении.

### Задача №3

1. Язвенная болезнь, осложненная желудочно-кишечным кровотечением.



2. Общий анализ крови, группа крови, резус-фактор, гематокрит, осмотр кала. Фиброэзофагогастродуоденоскопия..
3. Мероприятия, направленные на остановку кровотечения. Срочная госпитализация в хирургическое отделение.

#### Задача №4

1. Локальная болезненность в пилородуоденальной зоне, положительный симптом Менделя, спастически сокращенная сигмовидная кишка.
2. Увеличение объема желудочного содержимого натошак, значительное увеличение базальной секреции свободной хлористоводородной кислоты, при субмаксимальной стимуляции гистамином увеличение дебита хлористоводородной кислоты более 12 ммоль/г.
3. Данные рентгеноскопии желудочно-кишечного тракта. Деформация луковицы ДПК, быстрое заполнение и опорожнение её. При компрессии симптом ниши. Значительная болезненность при пальпации пилородуоденальной области.

При фиброгастродуоденоскопии выявлена язва луковицы двенадцатиперстной кишки.

4. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в фазе обострения.

#### Задача №5

1. Нарушение состояния больного связано с ускорением продвижения пищевых масс из желудка в кишки. При этом происходит раздражение большого числа баро-, хемо-, механо- и других рецепторов, а также некоординированное высвобождение значительного количества пептидных интестинальных гормонов.
2. Язвенная болезнь, неактивная фаза, состояние после субтотальной гастрэктомии по Бильрот-II, демпинг-синдром средней степени тяжести, вторичная В<sub>12</sub>-, фолиеводефицитная анемия.
3. Диетотерапия при демпинг-синдроме предполагает употребление пищи небольшими порциями 5-6 раз в день, с небольшим количеством жидкости, преимущественно вязкие и желеобразные блюда. Исключаются легкоусвояемые углеводы, предпочтение отдается продуктам с большим содержанием белка, витаминов, а иногда и жира. Рекомендуются пищевые компоненты, богатые грубой растительной клетчаткой.

**Список литературы:**

1. Ивашкин В.Т. Гастроэнтерология: национальное руководство.// М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 704 с. +1 электрон. опт. диск.
2. Моисеев В. С. Внутренние болезни: в 2 т : учебник. Т.1 // М. ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 960 с.
3. Ивашкин, В. Т., Шептулин А. А. Болезни пищевода, желудка и кишечника: краткое практическое руководство // М. : МЕДпресс-информ, 2009. - 176 с.
4. Дегтярева И.И., Харченко Н.В. Язвенная болезнь (современные аспекты диагностики и лечения) Киев «Здоровья» 1995. 334С.
5. Болезни пищевода и желудка. Руководство по гастроэнтерологии под редакцией Комарова Ф.И., Гребенева А.Л., Шептулина А.А. Москва «Медицина». 1995.- 671С.
6. Окорочков А.Н. Лечение болезней внутренних органов. Том 1. Москва «Медицинская литература» 1999. 533С.
7. Ивашкин В.Т., Мегро Ф., Лапина Т.Л. Helicobacter pylori: революция в гастроэнтерологии. Москва, Триада-Х, 1999. 255С.
8. Окорочков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов (пищеварения). Том 1. Москва «Медицинская литература». 2000. 548С.
9. Спутник терапевта. Внутренние болезни в вопросах и ответах. Санкт-Петербург «Фолиант». 2001. 523С.
10. Григорьев П.Я., Яковенко А.В. Справочное руководство по гастроэнтерологии. «Медицинское информационное агентство». - Москва. 2003.- 480С.