**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ**

**КАФЕДРА «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ 2»**

«**Обсуждено**» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **«*Утверждено****» -*

на заседании кафедры\_\_\_\_\_\_\_ Председатель УМС

Прот.№\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_2019 г факультета

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Зав.каф. Садыкова А.А. **Т**урсунбаева А.Т.

План-разработка практического занятия №9

на тему: «**Диагностика и принципы лечения язвенной болезни желудка».**

по дисциплине: **«Внутренние болезни »**

для студентов, обучающихся по специальности:

**(560002) Педиатрия**

Составитель: Тажибаева У.Ж.

**Тема практического занятия:**

«**Диагностика и принципы лечения язвенной болезни желудка»** (50мин)**Актуальность темы:** Система органов пищеварения - одна из наиболее сложных и актуальных проблем в медицине. Это обусловлено ростом заболеваемости, трудностью ранней диагностики, частым развитием осложнений и недостаточной разработкой программы медицинской, социальной, физической реабилитации больных.

**ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ**

Цель занятия: студенты должны знать диагностику и принципы лечения язвенной болезни желудка.

**План занятия:**

* Ознакомление с тактикой ведением больных;
* Демонстрация практических навык ;
* Оценка и обсуждения.

**Задачи:**

 1. Формировать умения анализировать, активно использовать полученные знания и умения в профессиональной деятельности.

 2. Формировать готовность и способность целесообразно действовать в соответствиисо стандартами оказания медицинской помощи в конкретных клинических ситуациях.

 3. Формировать готовность и способность мобилизовать профессионально важныекачества (толерантность, ответственность, способность работать в коллективе, стремление к саморазвитию), обеспечивающие продуктивность трудовойдеятельности специалиста.

**Вид занятия:**практическое

**Средства обучения и контроля:**

 1. методическая разработка занятия

 2. учебно-методическое пособие для самоподготовки студентов к занятию

 3. дидактические средства контроля и тренажа:

1. тестовыезадания;
2. ситуационные задачи с эталоном ответов;

**Формы контроля:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Цель** |
| Индивидуальный устный | * выявить уровень теоретической подготовки, умения оперировать знаниями;
* определить уровень логического, клинического мышления;
* развивать речь
 |
| Индивидуальный письменный | * выявить уровень подготовленности всей группы и каждого студента в отдельности
 |
| Практический* решение учебных заданий проблемного характера
* выполнение практических действий, заданий
 | * выявить уровень самостоятельного мышления, умения анализировать явления, выделять главное
* определить уровень клинического (профессионального) мышления;
* проверить умение выполнения манипуляции, практического действия.
 |

**Междисциплинарные связи:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Дисциплины и профессиональные модули* | *Тема* |
| 1. Общепрофессиональные дисциплины- Анатомия и физиология человека- Латинский язык | * Терминология.
 |
|  Диагностическая деятельность- Пропедевтика клинических дисциплин  | * Диагностика и принципы лечения язвенной болезни желудка.
 |
|  Общепрофессиональные дисциплины- Клиническая фармакология  |  |

**Внутридисциплинарные связи:**

Методы исследования больного

 **Уровни усвоения: 2**,3

 2. – репродуктивный (выполнение деятельности по образцу, инструкции или под руководством);

3. – продуктивный (планирование и самостоятельное выполнение деятельности, решение проблемных задач).

***После изучения темы занятия студент должен уметь:***

* проводить обследование пациента;
* определять тяжесть состояния пациента;
* выделять ведущий синдром;
* проводить дифференциальную диагностику;
* работать с портативной диагностической аппаратурой;
* оказывать посиндромнуюмедицинскую помощь;
* оценивать эффективность оказания медицинской помощи;
* контролироватьосновныепараметрыжизнедеятельности;
* осуществлятьфармакотерапию;
* осуществлятьмониторингсостоянияпациента;

**Карта компетенции:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Код и формулировка компетенций** | **Результаты обучения (ООП)** | **Результат обучения (дисциплины)** | **Результаты обучения (темы)** |
| **1** | **ПК-2**- способен проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, результаты современных лабораторно-инструментальных исследований, морфологического анализа биопсийного, операционного и секционного материала больных, оформить медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного ребенка.**ПК-3**-способен проводить патофизиологический анализ клинических синдромов, использовать обоснованные методы диагностики, лечения, реабилитации и профилактики среди детей с учетом их возраста.**ПК-12-**способен анализировать результаты основных клинико-лабораторных методов исследования и оценить функциональное состояние детского организма с целью своевременной диагностики заболеваний. | **РО 4** - Владеет теоретическими и практическими знаниями по анатомо-физиологическим особенностям детского организма, семиотики их поражения, объективного, лабораторно-инструментального методов исследования.РО5 = ПК2 + ПК3+ПК12 | **РОд- 1**способен анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических особенностей и умеет применять фундаментальные знания при оценке морфофункциональных и физиологических состояний организма для своевременной диагностики заболеваний и выявления патологических процессов.**РОд-2:**способен выполнять основные лечебные мероприятия при наиболее часто встречающихся заболеваниях и состояниях у взрослого населения и умеет применить фундаментальные знания (анатомо-топографическое и гистофизиологическое обоснование) и основ физикального обследования. | **РОт**: Знает и понимает: этиологию, патогенез, классификацию, клиническую картину.- Методы современной диагностики и дифференциальный диагнозc учетом их течения и осложнения.Умеет на основании жалоб, анамнеза, физикального обследования:- дифференцировать больных - составить план лабораторного и инструментального обследования для подтверждения предполагаемого диагноза и интерпретировать полученные результаты;- сформулировать развернутый клинический диагноз, руководствуясь современной классификацией ;- произвести детализацию диагноза у конкретного больного, а именно, этиологию, механизм развития болезни, осложнений; - произвести обоснование клинического диагноза у больного с оценкой результатов обследования и выявить критерии диагностики;Владеет: - методикой назначения адекватной индивидуальной терапии;- навыками определения прогноза у конкретного больного;- мерами вторичной профилактики и экспертизы трудоспособности; – навыками оказания первой медицинской помощи при неотложных состояниях. |

**Ход занятия**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Этапы занят** | **Цели этапов занятия** | **Деятельность преподавателя** | **Деятельность студента** | **Методы, механизмы** | **Результаты обучения** | **Оборудование занятия** | **Время**  |
| 1 | Организационный момент | Ознакомление с новой темой, его вопросами | Показ рисунка и комментарий к нему. Преподаватель объявляет тему, цели занятия, акцентирует внимание на важности, сложности изучения данной темы; объясняет ход занятия | Записывают тему и его вопросы | Мозговой штурмВызвать интерес к изучениюматериала, мобилизовать внимание студентов | Обращение внимание студентов к занятию | Доска с проектором, слайд  | 5 мин |
| 2 | Практическая часть | Создание проблемной ситуацииАктивизация мыслительной деятельности. | Демонстрирование ситуации | В решении задач принимают участие все студенты группы; дополняют, исправляют ответы друг друга. Преподаватель контролирует, обобщает ответы студентов | Работа с чек - листом | Акцентирование внимание студентов на рассматриваемые вопросы, участие в командных обсуждениях, свободно выражают свои мнения | Доска с проектором, презентационный материал, чек-листы, натурщик. градусник, фонендоскоп, тонометр, шпатель.лекарственные препараты (аннотации) | 30мин |
| 3 | Оценка и дисскусия работы с чек-листами. | Определение и анализ освояемости пройденного материала, внесение измений на его содержание | Демонстрация ситуационных задач. | Отвечают друг другу на заданные конкретные вопросы.Студенты оценивают собственные действия, умения работать в команде, осмысливают итоги занятия; записывают заработанные баллы, домашнее задание. | Обсуждение ситуационных задач | Самостоятельно используют полученные знания по теме, формируются познавательные компетенции | Чек-листы (Прил.2.) | 10 мин |
| 4 | Оценивание студентов за участия на занятии  | Научить студентов к самооценке и применять 4х шаговый метод Пейтона. | Преподаватель анализирует работу студентов. Определяет степень достижения целей. Выставляет и объявляет оценки. Предлагает записать домашнее задание |  | Выборочный опрос, оценка друг другаОценить успешность достижения целей занятия студентами; определить перспективы последующей работыОриентировать студентов на следующее занятие, акцентировать внимание студентов на основных вопросах темы. | Преподаватель оценивает деятельность студентов и подводит общий итог занятия.Оценка преподавателем формируемых общих и профессиональных компетенций студентов (происходит в ходе наблюдения за деятельностью обучающихся в процессе изучения темы).Преподаватель предлагает домашнее задание, благодарит студентов за занятие. | Примеры вопросов | 5 мин |

**Содержание темы:**

Студенты должны продемонстрировать «Прием больного».

* Прием больного.
* Расспрос жалоб.
* Сбор анамнеза.
* Осмотр больного.
* Осмотр ротовой полости.
* Пальпация.
* Перкуссия.
* Аускультация.
* Определение ЧД.
* Определение АД.
* Определение пульса.
* Оценка дыхания.
* Постановка предварительного диагноза.
* Выбор лабораторных методов исследования.
* Выбор инструментальных методов исследования.
* Выбор тактики лечения.
* Выбор лекарственных средств.

Студент должен озвучить каждое свое действие, выбор, выводы.

**Формы проверки знаний:**

* Оперативный опрос на разрезе текущего контроля;
* Тестовые задания на разрезе рубежного контроля.

**Литература:**

# Учебно-методическое обеспечение дисциплины

**Основная литература:**

1. «Пропедевтика внутренних болезней» Василенко В.Х. и Гребенев А.Л.

2. «Пропедевтика внутренних болезней» Мамасаидов А.Т

 3. «Пропедевтика внутренних болезней» Молдобаева М.С.

 4. «Пропедевтика внутренних болезней» Шелагуров А.А.

 5. «Ичкиооруларпропедевтикасы.» Сакибаев К.Ш.

**Дополнительная литература:**

1. «Пропедевтика внутренних болезней» Малов Ю.С.

2. «Пропедевтика внутренних болезней» Мухин Н.Ф.

**Электронные источники:**

1. [www.plaintest.com](http://www.plaintest.com)

2. [www.booksmed.com](http://www.booksmed.com)

3. [www.bankknig.com](http://www.bankknig.com)

4. [www.wedmedinfo.ru](http://www.wedmedinfo.ru)

5. [www.spr.ru](http://www.spr.ru)

**Краткое содержание темы:**

**Язва желудка и 12-перстной кишки**

Секреторная функция желудка. Высокие показатели секреции характерны для пилородуо- денальных язв. Секреция в межпищеварительный период (базальная, ночная) нередко достигает зна­чительной величины. У страдающих язвенной болезнью 12-перстной кишки повышено кислото- и пепсиногеновыделение. При язве тела и кардиального отдела желудка в большинстве случаев пока­затели секреции либо понижены, либо не отличаются от нормы.

Рентгенологическое исследование. Прямым признаком язвы является наличие язвенной "ниши" (дефекта стенки желудка или 12-перстной кишки, заполняющегося контрастным веществом и выступающего за линию контура желудка). Иногда ниша выявляется не на контуре, а на рельефе слизистой оболочки в виде контрастного пятна, в котором задерживается некоторое количество кон­траста после прохождения его основной части в дистальные отделы кишечника.

Однако синдром «ниши» выявляется в 80-85% случаев. Причиной этого являются маленькие размеры язвы, наличие воспалительного вала вокруг язвы, резкая гипертрофия складок слизистой.

Фиброгастроскопическое исследование играет огромную роль в постановке диагноза. Оно позволяет не только обнаружить язву, но и произвести биопсию области язвы, что позволит не про­пустить ее озлокачествление. Это особенно важно при локализации язвы в желудке. В настоящее время фиброгастроскопический метод позволяет производить и лечебные манипуляции, такие, как облучение лазерным излучением, орошение лекарственными препаратами.

 **Течение заболевания**

В течении хронической язвенной болезни можно выделить три стадии:

* I стадия - функциональных расстройств (предъязва);
* II стадия - органических изменений в желудке, 12-перстной кишке;
* III стадия - рубцевания и послеязвенных осложнений.

Из особенностей язвенной болезни у женщин следует отметить то, что язвы имеют меньшие размеры, чем у мужчин, и течение у них более благоприятное. Меньше частота осложнений и луч­шие результаты консервативного лечения.

Осложнения. Их целесообразно разделить на две группы:

1. связанные непосредственно с прогрессированием процесса, углублением язвы, ее транс­формацией;
2. связанные с реакцией ряда органов и систем на патологические изменения, развивающиеся в гастродуоденальной зоне.

К осложнениям первой группы относятся: кровотечение, перфорация или прободение язвы, стеноз привратника, пенетрация язвы, озлокачествление (малигнизация).

К осложнениям второй группы относятся: спастическая дискинезия кишечника, дискинезия желчевыводящих путей, реактивный панкреатит, реактивный гепатит.

**Лечение**

Лечение больных язвой желудка и 12-перстной кишки, как правило, проводят амбулаторно, только при осложненном течении желательно проводить в стационаре.

Диета П1 А, П1 - предусматривает механическое, термическое и химическое щажение желуд­ка.

Лекарственная терапия назначается для подавления избыточной продукции соляной кисло­ты и пепсина. С этой целью используются блокаторы Нг-рецепторов: фамотидин, ранитидин, низатидин. Эти препараты положительно влияют и на репаративные процессы в слизистой оболочке же­лудка и двенадцатиперстной кишки. Однако наиболее активными препаратами, угнетающими желу­дочную секрецию являются ингибиторы «протонового насоса» обкладочных клеток - омепразол, пантопрозол.

Для снижения активности кислотно-пептического фактора можно в первые 2-3 недели приме­нять антациды (алмагель, фосфалюгель, гефал). Для защиты слизистой оболочки желудка и двена- дцатипертной кишки назначаются висмута нитрат основной, коллоидный субцитрат висмута или су- кралфат.

Для уничтожения Helicobacterpylori применяется та же терапия, как и при лечении хрониче­ского гастрита, ассоциированного с Helicobacterpylori (см выше). Репаранты, т.е. средства, влияю­щие на тканевой обмен (солкосерил, актовегин, метилурацил и др.), применяются чаще для стимуля­ции процессов репарации слизистой оболочки желудка при язве в желудке.

Физиотерапевтические методы лечения (аппликации озокерита, парафина, электрофорез ново­каина, платифиллина, амплипульс и диадинамотерапия) применяются только при неосложненном течении заболевания.

В период ремиссии язвенной болезни исключаются курение, употребление алкоголя, крепкого кофе и чая, нестероидных противовоспалительных средств, рекомендуется соблюдение диеты, ре­жима труда, отдыха, санаторно-курортное лечение на бальнеологических курортах (Моршин, Друскенинкай, Миргород).

При впервые выявленном, редко рецидивирующем заболевании весной и осенью в течение 1-2 месяцев рекомендуется профилактическое лечение, включающее блокаторы Нг-рецепторов.

**Тест:**

При локализации язвы на задней стенке желудка она пенетрирует в:

1. поджелудочную железу;
2. толстую кишку;
3. печень;
4. желчный пузырь;
5. диафрагму.

2. Этиологическим фактором в развитии язвенной болезни является микроорга­низм:

1. зеленящий стрептококк;
2. хеликобактерпилори;
3. гемолитический стрептококк;
4. эшерихия;
5. гонококк.

3. Малигнизируются язвы, локализую­щиеся в:

1. желудке;
2. двенадцатиперстной кишке;
3. пищеводе;
4. тонком кишечнике;
5. полости рта.

4. Кишечные боли, в отличие от желу­дочных, характеризуются всем, кроме:

1. отсутствия строгой связи с приемом пищи;
2. тесной связи с приемом пищи;
3. тесной связи боли с актом дефека­ции;
4. облегчения болей после дефекации или отхождения газов;
5. локализации в мезогастрии.

5. При тифлите боли локализуются в:

1. правой подвздошной области;
2. левой нижней части живота;
3. области пупка;
4. промежности в момент дефекации;
5. эпигастрии.

6.При язве двенадцатиперстной кишки боли локализуются в:

1. мезогастрии;
2. эпигастрии справа от средней ли­нии живота;
3. области мечевидного отростка;
4. правом подреберье.

7.При язве кардиального отдела желудка боли локализуются:

1. мезогастрии;
2. эпигастрии справа от средней ли­нии живота;
3. области мечевидного отростка;
4. в эпигастрии выше пупка;
5. правом подреберье.

8.Рвота при язвенной болезни:

1. приносит облегчение;
2. не приносит облегчения.

9.Для язвенной болезни наиболее харак­терны:

1. поносы;
2. запоры;
3. чередование поносов и запоров;
4. нормальный стул;
5. панкреатогенные поносы.

10.При язвенной болезни больные:

1. теряют в весе;
2. не худеют;
3. набирают лишний вес;
4. то худеют, то набирают лишний вес.

2-вариант

1. При язвенной болезни определяется болезненность при поверхностной пальпации в:

1. мезогастрии;
2. правом подреберье;
3. подложечной области;
4. левом подреберье;
5. все ответы верны.

2.Для язвенной болезни характерен по­ложительный симптом:

1. Кэра;
2. Мэрфи;
3. Менделя;
4. Ортнера;
5. Щеткина - Блюмберга.

3.При локализации язвы в двенадцати­перстной кишке секреция желудочного сока:

1. понижена;
2. в норме;
3. повышена;
4. отсутствует;
5. меняется в течение суток.

4.Осложнением язвенной болезни явля­ется все, кроме:

1. кровотечения;
2. перфорации;
3. кишечной непроходимости;
4. пенетрации;
5. малигнизации.

5.Для желудочного кровотечения харак­терно наличие;

1. прожилок крови в кале;
2. мелены;
3. кала в виде «малинового желе»;
4. обесцвеченного кала;
5. запора.

6.Характерным признаком перфорации при язвенной болезни является:

1. изменение характера боли;
2. исчезновение боли;
3. «кинжальная» боль;
4. кровавая рвота;
5. мелена.

7.Для желудочного кровотечения харак­терно:

1. изменение характера боли;
2. исчезновение боли;
3. «кинжальная» боль;
4. усиление боли;
5. иррадиация в спину.

8. Для пенетрирующей язвы характерно:

1. изменение характера боли;
2. исчезновение боли;
3. «кинжальная» боль;
4. усиление боли;
5. мелена.

*9.*При язвенной болезни боли достигают максимальной силы:

1. при физической нагрузке ;
2. на высоте пищеварения;
3. во время приема пищи;
4. при кашле;
5. во время эвакуации пищи из желуд­ка.

10.Голодные боли проходят:

1. после приема пищи;
2. после прекращения физической на­грузки;
3. через 2 часа после приема пищи;
4. в вынужденном положении;
5. после применения грелки.