**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 №23

на тему: **Диагностика и лечение хронического гастрита**

**в амбулаторных условиях.**

по дисциплине: **«Поликлиническая терапия»**

для студентов, обучающихся по специальности:

**( 560000) Лечебное дело**

Составитель: Абдраева Ф.А.

**Тема практического занятия:**

**«Диагностика и лечение язвенной болезни желудка и ДПК в амбулаторных условиях».** (50мин)Актуальность темы: На протяжении последних десятилетий патология пищеварительной системы прочно занимают третье место в структуре заболеваемости, с ежегодным приростом в среднем на 316,7 (на 100 000 человек).

Временная нетрудоспособность вследствие заболеваний органов пищеварения прочно занимает пятое место в структуре заболеваемости с временной утратой трудоспособности. Инвалидность вследствие болезней органов пищеварения составляет 1,4 на 10 000 человек. Смертность вследствие заболеваний органов пищеварения увеличилась в два раза в течение последних пяти лет. При этом необходимо иметь в виду, что этот показатель значительно возрастает, если учитывать смертность от новообразований органов пищеварения.

В структуре обращаемости взрослого населения по поводу болезней органов пищеварения ведущая роль принадлежит гастритам и дуоденитам, на долю которых приходится 11,5%, на долю язвенной болезни и 12-ти перстной кишки приходится 6,33%.

**План занятия:**

1. Определение хронического гастрита, этиологические факторы.
2. Классификация и краткая клиническая картина, характерная для ХГ.
3. Лабораторно-инструментальные данные ХГ.
4. План лечения ХГ в амбулаторных условиях.

**Задачи:**

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

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

3. Формировать готовность и способность мобилизовать профессионально важные качества (толерантность, ответственность, способность работать в коллективе, стремление к саморазвитию), обеспечивающие продуктивность трудовой деятельности специалиста.

**Вид занятия:** практическое

**Контрольные вопросы:**

1. Дайте определение ХГ.
2. Дайте определение хроническому гастриту.
3. Перечислите классификацию хронических гастритов.
4. Назовите причины развития гастритов.
5. Укажите диагностические критерии гастритов.
6. Перечислите главные инструментально-лабораторные изменения при ЯБЖ и ДПК и хронических гастритов в амбулаторных условиях.
7. Расскажите об эрадикационной терапии.
8. Назначьте лечение в амбулаторных условиях.

**Цель практического занятия:**

1. Методическая цель – организовать и провести занятие в соответствии с требованиями рабочей программы с применением различных методов и способов обучения для достижения поставленных целей.
2. Учебные цели:

- Повторить классификацию и клинические проявления хронических гастритов.

- Изучить диагностику, принципы лечения в амбулаторных условиях согласно диагнозу.

- Повторить методы клинического обследования пациента с данными нозологиями.

- Дать студентам представление об этапах диагностического поиска.

- Сформировать тактику оказания первой врачебной помощи при неотложных состояниях в условиях поликлиники.

1. Формировать общие и профессиональные компетенции:

**Средства обучения и контроля:**

1. методическая разработка занятия

2. учебно-методическое пособие для самоподготовки студентов к занятию

3. дидактические средства контроля и тренажа:

1. Тестовые задания;
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. Общепрофессиональныедисциплины  - Анатомия и физиология человека  - Латинский язык | * Пищеварительная система. * Терминология. |
| Диагностическая деятельность  - Пропедевтика клинических дисциплин | * Методы обследования пациентов с заболеваниями органов пищеварения. * Дополнительные методы обследования пациентов с заболеваниями ЖКТ. |
| Общепрофессиональные дисциплины  - Клиническая фармакология | * Ингибиторы протонной помпы * Блокаторы гистаминовых рецепторов * Антибиотики * Витамины * Препараты висмута * Обволакивающие препараты |

**Внутридисциплинарные связи:**

* 1. Диагностика и лечение ЯБЖ в амбулаторных условиях.

**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;
* установить диагноз на основании клинических и лабораторных исследований в амбулаторных условиях.
* осуществлять фармакотерапию в соответствии с диагнозом в амбулаторных условиях;
* осуществлять профилактику заболевания;

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

* этиологию и симптомы, особенности течения хронических гастритов;
* дифференциальную диагностику хронических гастритов.
* особенности диагностики ХГ с учетом инструментально-лабораторных исследований;
* принципы фармакотерапии при ХГ в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом;
* правила заполнения медицинской документации;

**Карта компетенции:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Код и формулировка компетенций** | **Результаты обучения (ООП)** | **Результат обучения (дисциплины)** | **Результаты обучения (темы)** |
| **1** | **ПК-8** - способен проводить с прикрепленным населением профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний, осуществлять общеоздоровительные мероприятия по формированию здорового образа жизни с учетом факторов риска, давать рекомендации по здоровому питанию;  **ПК-15**  - способен назначать больным с наиболее часто встречающимися внутренними болезнями адекватное лечение в соответствии с диагнозом.  **ПК-16**  - способен осуществлять взрослому населению первую врачебную помощь в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях в клинике внутренних болезней, направлять на госпитализацию больных в плановом и экстренном порядке. | **РО-8**  - Может анализировать и интерпретировать полученные данные и назначать адекватное лечение и оказать первичную врачебную помощь, принимать решения при возникновении неотложных и угрожающих жизни ситуациях  при неотложных и жизнеугрожающих состояниях детей и подростков. | **РОд- 1:**  **Знает и понимает**:  - проведение с прикрепленным населением профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний, осуществление общеоздоровительные мероприятия по формированию здорового образа жизни с учетом факторов риска, давать рекомендации по здоровому питанию (ПК-8);  **Умеет:**  **-** проводить с прикрепленным населением профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний (ПК-8),  **Владеет**:  - навыками осуществления общеоздоровительных мероприятий по формированию здорового образа жизни с учетом факторов риска, давать рекомендации по здоровому питанию (ПК-8);  **РОд-2:**  **Знает и понимает**:  - назначение больным с наиболее часто встречающимися терапевтическими заболеваниями у взрослого населения в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом (ПК-15).  **Умеет:**  - назначать больным с наиболее часто встречающимися терапевтическими заболеваниями у взрослого населения в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом (ПК-15).  **Владеет**:  - методами назначения больным с наиболее часто встречающимися терапевтическими заболеваниями у взрослого населения в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом (ПК-15).я | **РОт**: Знает и понимает:  ХГ.  - Методы современной диагностики и дифференциальный диагноз ХГ с учетом их течения и осложнения.  Умеет на основании жалоб, анамнеза, физикального обследования:  - дифференцировать у больного, симптомы ХГ;  - составить план лабораторного и инструментального обследования для подтверждения предполагаемого диагноза и интерпретировать полученные результаты;  - сформулировать диагноз, руководствуясь современной классификацией;  Владеет:  - методикой назначения адекватной индивидуальной терапии;  - навыками определения прогноза у конкретного больного;  - мерами вторичной профилактики и экспертизы трудоспособности;  – навыками оказания первой врачебной помощи в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом. |
| **РОд-3:**  **Знает и понимает**:  - осуществление взрослому населению первой врачебной помощи в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях в клинике внутренних болезней в амбулаторных условиях (ПК-16).  **Умеет:**  - осуществлять взрослому населению первую врачебную помощь в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях в амбулаторных условиях (ПК-16).  **Владеет**:  - методами осуществления взрослому населению первой врачебной помощи в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях в клинике внутренних болезней в амбулаторных условиях (ПК-16). |

**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 штурм  Вызвать интерес к изучению  материала, мобилизовать внимание студентов | Обращение внимание студентов к занятию | Доска с проектором, слайд | 3 мин |
| 2 | Опрос пройденного материала | Обобщение знаний студентов по пройденным материалам и установить связь с новой темой | Задание контрольных вопросов, совместное обобщение ответов | Выборочно по одному отвечают на заданные вопросы | Вопрос-ответ | Вспоминание темы предыдущих занятий, способствование к самореализации | Перечень контрольных вопросов (Прил. 1.) | 7 мин |
| 4 | Изложение новой темы | Создание проблемной ситуации  Активизация мыслительной деятельности. | Преподавате ль предлагает план изучения нового материала с целью последовательного изложения материала.  (информационный блок) | Записывают план и конспектируют новый материал | Презентации слайдов, демонстрация в натурщике | Сформируется теоретическая база знаний и умений, для использования их на практических занятиях | Доска с проектором, презентац. материал, натурщик. Градусник, фонендоскоп, тонометр, шпатель. Лекарственные препараты (аннотации) | 30 мин |
| 5 | Закрепление новой темы и подведение итогов | Определение и анализ освояемости пройденного материала, внесение измений на его содержание | Демонстрация ситуационных задач. | В решении задач принимают участие все студенты группы; дополняют, исправляют ответы друг друга. Преподаватель контролирует, обобщает ответы студентов | Решение ситуационных задач | Самостоятельно используют полученные знания по теме, формируются познавательные компетенции | Перечень уровневых задач (Прил.2.) | 8 мин |
| 6 | 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 | Отвечают друг другу на заданные конкретные вопросы.  Студенты оценивают собственные действия, умения работать в команде, осмысливают итоги занятия; записывают заработанные баллы, домашнее задание. | Выборочный опрос, оценка друг друга  Оценить успешность достижения целей занятия студентами; определить перспективы последующей работы  Ориентировать 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 | 2мин |

**Формы проверки знаний:**

1. Оперативный опрос на разрезе текущего контроля;
2. Тестовые задания на разрезе рубежного контроля;

**Литература:**

**Основная литература:**

1. Гастроэнтерология. Национальное руководство /под редакцией В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной – М.ГЭОТАР-Медиа, 2012, - 480 с.
2. КостюкевичО.И. Атрофический гастрит: что мы понимаем под этим состоянием.Современные подходы к диагностике и лечению //РМЖ. 2010. № 28
3. Хронический гастрит: диагностика и лечение/ Яковенко Э.П., Иванов А.Н., Илларионова Ю.В. и др.// Фарматека.-2009.-№ 8.-С. 50–54.
4. Гапонова О.Г. Аутоиммунный гастрит: спорные вопросы патогенеза, проблемы диагностики и терапии // Острые и неотложные состояния в практике врача№ -2009. - 5
5. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Лапина Т.Л., Шептулин А.А. и комитет экспертов. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению инфекции Helicobacterpylori у взрослых. Рос. журн. гастроэнт., гепатол., колопрок- тол. 2012;22(1):87–9

**Дополнительная литература:**

1. Доказательная медицина. Клинические рекомендации для практикующих врачей. ГЕОТАР МЕД, 2002. «Диагностика и лечение болезней органов дыхания» Окороков А.Н.

2. «Внутренние болезни» Маколкин В.И., Овчаренко С. И.

3. «Внутренние болезни» Мухин Н.А., Моисеев В.С., Мартынов А.И.

4. «Внутренние болезни по Дэвидсону». Пульмонология.

5. Лекционный материал.

**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:**

Хронические гастриты  – группа хронических заболеваний, морфологически характеризующиеся воспалительными и дистрофическими процессами в слизистой оболочке желудка и разнообразными клиническими признаками.   
  
**Хронический поверхностный гастрит**– воспаление СОЖ, вызванное Helicobacterpylori (H.pylori), с расстройствами секреторной, моторной и инкреторной функций желудка, гистологически проявляющееся клеточной инфильтрацией.  
  
**Хронический атрофический гастрит**  – характеризуется  функциональной и структурной перестройкой с дистрофическими процессами в СОЖ, прогрессирующей атрофией с утратой желудочных желез и замещением их метаплазированным эпителием и/или фиброзной тканью.   
Различают атрофический гастрит:  
·               аутоиммунный  
·               мультифокальный  
Неатрофический (поверхностный, антральный) и атрофический (мультифокальный)  варианты хронического гастрита рассматриваются как стадии одного патологического процесса, возникающего в результате инфицирования СОЖ инфекцией  H.pylori.  
  
**Хронический аутоиммунный гастрит** часто сочетается с другими аутоиммунными заболеваниями, сахарным диабетом 1-го типа, аутоиммунным тиреоидитом [1], пернициозной анемией [2,3].  
NB!Диагноз любой формы гастрита устанавливается только гистологически. Эндоскопические результаты не являются убедительными. При эндоскопическом исследовании следует брать 4-6 биоптатов из разных отделов желудка (по модифицированной Сиднейской  системе) [4].   
   
**Код(ы) МКБ-10:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **МКБ-10** |
| Код | Название |
| К 29.3 | Хронический поверхностный гастрит |
| К 29.4 | Хронический атрофический гастрит |
| К 29.9 | Хронический аутоиммунный гастрит |

**Сокращения, используемые в протоколе:**

|  |  |
| --- | --- |
| КМ | кишечная метаплазия |
| ОБП | органы брюшной полости |
| ОАМ | общий анализ мочи |
| ПГ | Пепсиноген |
| РЖ | рак желудка |
| СО ГДЗ | слизистая оболочка гастродуоденальной зоны |
| СО ДПК | слизистая оболочка двенадцатиперстной кишки |
| СОЖ | слизистая оболочка желудка |
| УД | уровень доказательности |
| ФД | функциональная диспепсия |

**Классификации**  
  
Общепринятой клинической классификацией является Хьюстенская модификация гастритов, 1996 г (Таблица 1) [4].  
   
**Таблица 1.** Сиднейская система классификации хронических гастритов

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Тип гастрита** | **Этиологические факторы** | **Синонимы (прежние классификации)** |
| Неатрофический | Helicobacterpylori Другие факторы | Поверхностный Хронический антральный Гастрит типа В Гиперсекреторный гастрит |
| Атрофический аутоиммунный | Иммунные механизмы | Гастрит типа А Диффузный гастрит тела желудка, ассоциированный с В12-дефицитной анемией и с пониженной секрецией |
| Атрофический мультифокальный | Helicobacter pylori Нарушения питания Факторы среды | Смешанный гастрит типа А и В |
| Особые формы | | |
| Химический | Химические раздражители: Желчь (ДГР) Приём НПВП | Реактивный гастрит типа С   Реактивный рефлюкс-гастрит |
| Радиационный | Лучевое поражение |  |
| Лимфоцитарный | Идиопатический Иммунные механизмы Глютен | Гастрит, ассоциированный с целиакией |
| Гранулематозный | Болезнь Крона Саркоидоз ГранулематозВегенера Инородные тела Идиопатический | Изолированный гранулематоз |
| Эозинофильный | Пищевая аллергия Другие аллергены | Аллергический |
| Другие инфекционные | Бактерии (кроме Helicobacter pylori) Грибы, Паразиты |  |
| Гигантский гипертрофический | Болезнь Менетрие |  |

Описание морфологических изменений дополняются характеристикой эндоскопических категорий гастритов:   
·               эритематозный/экссудативный гастрит (поверхностный гастрит);  
·               плоские эрозии;  
·               приподнятые эрозии;  
·               геморрагический гастрит;  
·               гиперпластический гастрит;  
·               гастрит, сопровождающийся дуоденогастральным рефлюксом (ДГР) - рефлюкс-гастрит.  
Для оценки гистологической выраженности атрофии и воспаления применяется новая система оценки гастрита **OLGA** (OperativeLinkforGastritisAssessment) [5].  
   
**Таблица 2.** Классификация атрофического гастрита (OLGA 2007 г.)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Антрум | Тело | | | |
| 0 | I | II | III |
| 0 | Степень 0 | Степень I | Степень II | Степень II |
| I | Степень I | Степень II | Степень II | Степень III |
| II | Степень II | Степень II | Степень III | Степень IV |
| III | Степень II | Степень III | Степень IV | Степень IV |

Интегральный показатель стадии гастрита в системе OLGA

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Антрум | Тело | | | |
| 0 | I | II | III |
| 0 | Стадия 0 | СтадияI | СтадияII | СтадияII |
| I | СтадияI | СтадияII | СтадияII | СтадияIII |
| II | СтадияII | СтадияII | СтадияIII | СтадияIV |
| III | СтадияII | СтадияIII | СтадияIV | СтадияIV |

В каждом столбце атрофия показана по четырехуровневой шкале (0-3) в соответствии с визуальной аналоговой шкалой модифицированной Сиднейской системы классификации гастрита [15]**.**Под степенью гастрита подразумевается выраженность суммарной воспалительной инфильтрации (нейтрофильными лейкоцитами и мононуклеарными клетками), под стадией – выраженность атрофии. 

**Диагностика**

МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ  
  
**Диагностические критерии**:

|  |  |
| --- | --- |
| **Жалобы** | При хронических гастритах выраженных клинических симптомов не наблюдается, возможныесимтомы: •          при хроническом антральном поверхностном H.pylori- ассоциированном гастрите возможны  «язвенноподобный» вариант диспепсии (тупые боли в эпигастриии/или в пилородуоденальной зоне» или дискинетический вариант «желудочной диспепсии» - чувство быстрого насыщения, переполнения после еды, вздутия живота, тошнота; •          при хроническом атрофическом мультифокальном гастрите возможны симптомы «желудочной диспепсии» – чувство быстрого насыщения, переполнения после еды, вздутия живота, тошнота; •          при аутоиммунном атрофическом – симптомы В-12-дефицитной анемии и могут быть симптомы «желудочной диспепсии» (смотреть выше). |
| **Анамнез** | •        при хроническом антральном поверхностном H.pylori- ассоциированном гастрите в анамнезе: отягощенная наследственность по гастродуоденальной патологии (ГДП). Нарушение режима питания, сухоедение злоупотребление острой, копченной и жаренной пищи, газированных напитков; •        при хроническом атрофическом мультифокальном гастрите – в анамнезе длительное течение хроническогоантрального поверхностногоH.pylori- ассоциированного гастрита; •        при аутоиммунном атрофическом гастрите – наличие аутоиммунных заболеваний (аутоиммунныйтиреоидит, гипо-или гиперфункция щитовидной и паращитовидных желез, СД Iтипа, аутоиммунная (пернициозная) анемия). |
| **Физикальное обследование** | •       при хроническом антральном поверхностном H.pylori- ассоциированном гастрите могут быть при пальпации живота умеренная болезненность в эпигастральной и в пилоро-дуоденальной области, метеоризм; •       при хроническом атрофическом мультифокальном гастрите – "полированный" язык, или обложенный густым белым налетом.При пальпации живота умеренная разлитая болезненность в эпигастральной области; •       при аутоиммунном атрофическом гастрите –признаки авитаминоза, глоссит, фуникулярныймиелоз, симптомы анемии, гепатомегалия, реже –спленомегалия. |
| **Лабораторные исследования – тест на H.pylori:** | |
| быстрый уреазный тест в биоптатах СОЖ | Взятый при эндоскопии биоптат помещается в специальный раствор с содержанием мочевины и при добавлении индикатора происходит изменение цвета от слабо розового до темно-красного при наличии H.pylori |
| **Инструментальные исследования** | |
| Фиброэзофагогастродуоденоскопия с прицельной биопсией | •       При поверхностном антральномH.pylori ассоциированном гастрите – гиперемия, геморрагии ОЖ •       При атрофическоммультфиокальном и аутоимунном гастритах – бледность и истончение СОЖ, просвечивание сосудов |
| Гистологическое и цитологическое исследование биоптата | •        при поверхностном антральномH.pylori ассоциированном гастрите – нейтрофильная инфильтрация межэпителиальных пространств; •        при атрофических гастритах – атрофия железистого аппарата, кишечная метаплазия эпителия. |

**Перечень дополнительных диагностических мероприятий:**  
·               ОАК – по показаниям;  
·               определение сывороточного железа в крови – при анемии;  
·               анализ кала на скрытую кровь – при анемии;  
·               УЗИ печени, желчных путей и поджелудочной железы – по показаниям(при хроническом аутоиммунном атрофическом гастритеи/или при сопутствующей патологии гапатобилиарнойсистемы);  
·               биохимические анализы   крови: общий билирубин и его фракций, общий белок, альбумин, холестерин, АЛТ,АСТ, глюкозы, амилазы – (при хроническом аутоиммунном атрофическом гастрите и/илипри сопутствующей патологии гапатобилиарнойсистемы);  
·               Определение антител к париетальным клеткам–при хроническом аутоиммунном атрофическом гастрите;  
·               Определение в крови уровня гастрина-17 и пепсиногенаI(ПГ I) и пепсиногенаII(ПГ II)– при мультифокальном атрофическом гастрите;  
·               интрагастральная рН-метрия – при тяжелой степени атрофического гастрита;  
·               рентгенологическое исследование верхних отделов ЖКТ с барием – по показаниям (при пилоростенозе, наличии противопоказаний к эндоскопическим исследованиям и отказе пациента от ФЭГДС).  
   
**Показания для консультации специалистов:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показания для консультации узких специалистов** | | |
| **Нозология** | **Показания** | **Консультации специалистов** |
| Хронический поверхностный (антральный) H.pylori ассоциированный гастрит | Нет | не показаны |
| Хронический мультифокальный атрофический гастрит | при гистологической картине КМII типа и дисплазия СОЖ | онколог |
| Хронический аутоиммунный атрофический гастрит | При гематологической картине В12 анемии - при неврологической симптоматики - | гематолог невропатолог |

**Диагностические критерии различных форм хронических гастритов:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Форма гастрита** | **Клиника (жалобы, анамнез)** | **Данные** **физикального** **обследования** | **Данные** **лабораторных исследований** | **Результаты инструментальных исследований** |
| Хронический антральный (поверхностный) гастрит, ассоциированный H.pylori | 1.  Симптомы желудочной диспепсии; 2.  “Язвенноподобный” симптомокомплекс; 3.  Изжога при наличии гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР); 4.  Признаки "кишечной" диспепсии. Анамнез: отягощенная наследственность по заболеваниям  ГДЗ. Нарушение режима питания, сухоедение злоупотребление острой, копченной и жаренной пищи, газированных напитков; | При пальпации умеренная болезненность в эпигастральной и в пилоро-дуоденальной области, метеоризм | ОАК, БХА в пределах референсных значений. | 1.ФЭГДС: признаки воспалительного процесса с разной степенью активности преимущественно антрального отдела желудка/ 2.Гистологическое исследование биоптатов: признаки воспалительного процесса и колонизация СОЖ инфекцией H.pylori 3.БУТ диагностики H.pylori (в 90% -положительный) [6]. |
| Хронический атрофический мультифокаль-ный гастрит | 1. Симптомы желудочной диспепсии, 2.     при секреторной недостаточности - склонность к диарее ("ахилические поносы") и снижение массы тела. 3. Астеновегетативный (АВС) симптомокомплекс; | атрофичный "полированный" язык, или обложенный густым белым налетом. При пальпации живота умеренная разлитая болезненность в эпигастральной области. | ОАК, БХА в пределах референсных значений. Снижение в крови уровняПГ I и ПГ I/ПГ II. | 1.ФЭГДС: распространенное поражение антрального отдела и тела желудка, 2.Гистологические признаки атрофии с элементами кишечной метаплазии (КМ) и колонизация СОЖ инфекцией H.pylori. 3.Интрагастральная рН-метрия – гипохлоргидрия или ахлогидрия 4.БУТ диагностики H.pylori -   положительный. |
| Хронический атрофический аутоиммунный гастрит | Симптомы В-12-дефицитной анемии: слабость, сонливость, головокружение и шум в ушах, сердцебиение; 1.    Гастроинтестинальные симптомы: боли и жжение во рту, языке; анорексия, потеря веса; диарея в результате мальабсорбции; 2. Неврологические симптомы: онемение и парестезии в конечностях, слабость и атаксия; 3.   Нарушения психики -  от легкой раздражительности до тяжелой деменция или психоз. | признаки авитаминоза, глоссит, фуникулярныймиелоз, симптомы анемии, гепатомегалия, реже – спленомегалия | ОАК-макроцитоз эритроцитов, гиперхромная анемия, умеренное > билирубина, за счет непрямой фракции, обнаружение АПК. <уровня ПГ-І, > уровня гастрина [2,7]. | ФГДС – признаки атрофии СОЖ тела и дна, гиперпластические полипы Гистологическое исследование – воспалительные и атрофические процессов БУТ диагностики H.pylori редко положительный Сочетание тяжелого атрофического гастрита с интактной СОЖ (с воспалением, потерей массы париетальных клеток, КМ) патогномонично для АИГ [8].**УД В.** Интрагастральная рН-метрия – гипохлоргидрия, УЗИ – диффузные изменения паренхимы печени, гепатомегалия, редко  спленомегалия |

**Дифференциальный диагноз**

**Дифференциальная диагностика хронического H.pylori ассоциированного поверхностного гастрита:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Нозологии | Характеристика симптомов | План обследования | Клинические критерии | Лабораторно-инструментальные признаки |
| Хронический поверхностный (антральный) H.pylori ассоциированный гастрит | Синдром желудочной диспепсии | Общий анализ крови, ФЭГДС, гистологические исследования биоптатов, тесты на H. pylori Кал на скрытую кровь | Симптомы желудочной диспепсии | Эндоскопические и морфологические признаки воспаления СОЖ; H. pylori выявляется в 85-90%; |
| Функциональная (неязвенная) диспепсия | Общий анализ крови, ФЭГДС, гистологические исследования биоптатов, БУТ на H.pylori Кал на скрытую кровь | Язвенноподобный вариант или дипепсический синдром | Отсутствие эндоскопических и морфологических признаков воспаления СОЖ |
| Язвенная болезнь ДПК | Общий анализ крови, ФЭГДС, гистологические исследования биоптатов, БУТ на H.pylori Кал на скрытую кровь | Поздние, «голодные», ночные боли в пилородуоденальной зоне | Возможно лабораторные признаки ЖДА; ФГДС - Язвенный дефект, положительная реакция на скрытую кровь в кале, |
| Хронический панкреатит | Общий анализ крови, копрограмма, эластаза в кале БАК:Амилаза УЗИ или КТ или МРТ органов брюшной полости | «Опоясывающие» боли в левой половине живота с иррадиацией в спину; положительный симптом Мерфи. | УЗИ – увеличение размеров, гиперэхогенность, неровность контуров, кальцинаты и кисты в ПЖЖ, копрограмма – стеаторея, креаторея, > амилазы в крови, >эластазы и >трипсина в кале, стеаторея, креаторея. |

**Дифференциальная диагностика хронического атрофического (мультифокального и аутоиммунного) гастрита**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Нозологии | Характеристика симптомов | Диагностические исследования | Клинические критерии | Лабораторно-инструментальные признаки |
| Хронический мультифокальный атрофический гастрит | гистологические признаки кишечной метаплазии СОЖ | Общий анализ крови, ФЭГДС, гистологические исследования биоптатов, БУТ на H.pylori,  гастропанель: гастрин-17, ПГ-I | Ведущим является синдром диспепсии, в отличие от гиперацидного гастрита, где преобладает болевой синдром. При осмотре: «полированный язык», при обострениях – язык обложен густым белым налетом. При пальпации живота болезненность отсутствует. | В крови: <ПГ-Iи >уровня гастрина; ФГДС – признаки атрофии СОЖ; Гистология: Атрофия железистого эпителия, КМ, незначительное количество H.pylori в СОЖ, минимальная активность воспаления |
| Хронический аутоиммунный атрофический гастрит | Общий анализ крови, ФЭГДС, гистологические исследования гастробиоптатов, тесты на H.pylori, АПК, определение ПГ-I и  гастрина-17 | Преобладает клиника В12-дефицитной анемии и  неврологические симптомы (парестезии нижних конечностей) | ОАК: <ретикулоцитов (ниже 0,5%); < тромбоцитов и лейкоцитов, анизо- и поикилоцитоз, кольца Кебота, тельца Жолли, нормобласты. В крови: <ПГ-Iи >уровня гастрина; В БХА крови > уровня ЛДГ, <ЩФ, >уровня непрямого билирубина. Наличие АПК. ФГДС – признаки атрофии СОЖ; Гистология: Атрофия железистого эпителия, КМ Секреция прогрессивно снижается вплоть до ахлоргидрии. |
| Язвенная болезнь желудка | ОАК, ФЭГДС, гистологические исследования биоптатов, Диагностика H.pylori Рентгенограмма – при пилоростенозе | Симптомы желудочной и кишечной диспепсии; боли в эпигастрии «ранние»  через1-1,5 час после еды, плохой аппетит, потеря веса | ФГДС - Язвенный дефект окруженный воспалительным валом, + реакция на скрытую кровь в кале, ЖДА Интрагастральная рН-метрия – гипо- или нормохлоргидрия |
| Аденокарционома желудка | ОАК, ФЭГДС, гистологические исследования гастробиоптатов, Диагностика H.pylori Кал на скрытую кровь | Симптомы желудочной и кишечной диспепсии; Анорексия,отвращение к мясу, потеря веса (до кахексии) | Анемия гипохромная. > СОЭ ФГДС – опухоль. Гистология– дисплазия и атипичные клетки. Интрагастральная рН-метрия  - ахлоргидрия; Положительная реакция на скрытую кровь в кале |

**Лечение**

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ  
  
**Цель лечения:**  
·               достижение полной ремиссии заболевания  
·               предупреждение дальнейшего прогрессирования атрофии и развития осложнений  
  
**Основные задачи лечения:**  
·               снижение активности кислотно-пептического фактора;  
·               нормализация секреторно-моторной функции желудка;  
·               повышение защитных свойств СОЖ и слизистой оболочки ДПК;  
·               эрадикацияH.рylori.  
   
**Немедикаментозное лечение и общие мероприятия**включают:  
Диета:  
·               питание полноценное и разнообразное;  
·               режим питания дробный, до 6 раз в сутки, малыми порциями;  
·               ограничение механических и химических раздражителей ЖКТ, стимуляторов желудочной секреции, веществ, длительно задерживающихся в желудке;  
·               исключение очень горячих и очень холодных блюд;

|  |  |
| --- | --- |
| **Исключаются** | **Разрешаются** |
| •     сокогонные продукты и блюда (мясные, рыбные, грибные бульоны) •     продукты с соединительной тканью (хрящи, кожа птицы и рыбы, жилистое мясо) •     жирные сорта мяса и рыбы  •     маринады, соления, приправы  •     свежий хлеб, изделия из теста из муки грубого помола, пшено •     блины, пироги, пирожные  •     овощи, содержащие грубую клетчатку (горох, фасоль, бобы, репа), грибы  •     незрелые и фрукты и ягоды с грубой кожицей, •      кислые фруктово-ягодные соки •      шоколад, какао, кофе, крепкий чай, газированные напитки | •      овощные, крупяные, молочные супы  •      отварное нежирное мясо и рыба •      яйцо всмятку, паровой омлет  •      свежий некислый творог, сыры •      подсушенный пшеничный хлеб •      белые сухари, несдобное печенье  •      хорошо разваренные каши  •      вермишель и лапша из белой муки  •      овощные и картофельное пюре •      салаты, винегреты с растительным маслом •      некислые фруктово-ягодные соки с мякотью •      молоко и молочные продукты (ряженка, йогурты) •      щелочные минеральные воды без углекислоты  •      некрепкий чай |

**Медикаментозное лечение.**  
         Учитывая различные этиопатогенетические факторы развития хронического гастрита медикаментозная терапия различается при различных формах хронического гастрита.  
  
*Принципы фармакотерапии неатрофического гастрита:*  
·               эрадикационная антихеликобактерная терапия у НР–положительных больных;  
·               обязательный контроль эффективности антихеликобактериной терапии через 4–6 недель;  
·               влияние на факторы риска (замена НПВП парацетамолом, селективными ингибиторами ЦОГ–2, сочетание НПВП с мизопростолом, обеспечение комплаентности больных и др.).  
  
*Принципы фармакотерапии атрофического гастрита:*  
·               эрадикационная антихеликобактерная терапия у НР–положительных больных;  
·               обязательный контроль эффективности антихеликобактерной терапии через 4–6 недель;  
·               применение витамина В12 с целью профилактики и лечения пернициозной анемии.  
  
**Ингибиторы протонной помпы**–ИПП являются самыми мощными антисекреторными препаратами Они назначаются с целью купирования болевого синдрома и диспепсических расстройств, а также для достижения быстрой ремиссии [1, 2].  
  
**Блокаторы Н2гистаминовых рецепторов**являются препаратами 2-й линии, которые могут применяться в случаях непереносимости или противопоказаниях ИПП. Также блокаторы Н2гистаминовых рецепторов могут использоваться в качестве дополнительной терапии совместно с ИПП.  
  
**Антациды**способны поддерживать уровень внутрижелудочного рН> 3 на протяжении 4-6 часов в течение суток, что определяет их недостаточно высокую эффективность при применении в качестве монотерапии. Тем не менее, больные сХГ принимают антациды для купирования болей и диспепсических жалоб, что во многом объясняется быстротой их действия и безрецептурным отпуском [2].  
  
**Противомикробные препараты**применяются при ХГ, ассоциированной с H. Pylori. С эрадикационной целью в комбинации с ИПП используются аминопенициллины (амоксициллин), макролиды (клатримицин) в качестве препаратов линии и препараты резерва при неэффективности стандартного лечения: фторхинолоны (левофлоксацин),нитроимидазолы (метронидазол), тетрациклины и препараты висмута.  
  
**Медикаментозная терапия ХГ, ассоциированного с H. Pylori**  
Успешность эрадикации H.Pylori, обуславливает безрецидивное течение, что является положительным прогностическим признаком в лечении ХГ.  
  
**Рекомендуемые схемы эрадикации(Маастрихт-V, 2015)**  
**Терапия первой линия**(10-14 дней)**:**  
·               3-х компонентная схема: ИПП +амоксициллин +кларитромицин;  
·               квадротерапия без висмута: ИПП+амоксициллин+кларитромицин +нитроимидазол.  
  
**Терапия второй линии**(10-14 дней):  
·               3-х компонентная схема: ИПП+амоксициллин+фторхинолон  
·               квадротерапия без висмута: ИПП+амоксициллин+кларитромицин +нитроимидазол[8,9,10], (УД А);  
·               квадротерапия с висмутом: ИПП+амоксициллин+кларитромицин +висмута трикалиядицитрат.  
  
**Эффективность лечения повышается при**назначении дважды в день повышенной дозы ИПП (удвоенной стандартной) [11,12], (УД B).  
При 14-дневной терапии увеличение частоты эрадикации более значительно, чем при 10-дневной [11,12,13],**(УД С).**  
  
Эрадикационная терапия H. pylori может приводить к развитию антибиотико-ассоциированной диареи [14],(**УД С).**Добавление к стандартной тройной терапии пробиотика Saccharomycesboulardii повышает скорость эрадикации H.pylori [11,12, 13]**(УД D).**  
  
Перечень основных медикаментов, применяемых при ХГ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **МНН** | **Форма выпуска** | **Режим дозирования** | **УД** |
| **Ингибиторы протонной помпы** | | | | |
| 1 | Омепрозол | Капсулы (в т.ч. кишечнорастворимые, с пролонгированным высвобождением, гастрокапсулы) 10 мг, 20 мг и 40 мг | Перорально 20 мг 2 раза в сутки | А |
| 2 | Лансопразол | Капсулы (в т.ч. с модифицированным высвобождением) 15 мг и 30 мг | Перорально 15 мг 2 раза в сутки | А |
| 3 | Пантопразол | Таблетки, покрытые оболочкой (в т.ч. кишечнорастворимой);  с отложенным высвобождением 20мг и 40 мг | Перорально 20 мг 2 раза в сутки. | А |
| 4 | Рабепразол | Таблетки / капсулы, покрытые кишечнорастворимой оболочкой 10 мг и 20 мг | Перорально 10 мг 2 раза в сутки. | А |
| 5 | Эзомепразол | Таблетки / Капсулы (в т.ч. кишечнорастворимые, твердые и пр.) 20 мг и 40 мг | Перорально 20 мг 2 раза в сутки. | А |
| **Блокаторы Н2гистаминовых рецепторов** | | | | |
| 6 | Фамотидин | Таблетки, покрытые оболочкой (в т.ч. пленочной) 20 мг и 40 мг | Перорально 20 мг 2 раза в сутки. | А |
| 7 | Ранитидин | Таблетки, покрытые оболочкой (в т.ч. пленочной) 150мг и 300мг | Перорально 150 мг 2 раза в сутки | А |
| **Витамины** | | | | |
| 8 | Цианокобаламин (витамин В12) | Раствор для инъекций 0,02 % и 0,05 % | Вводят в/м, п/к, в/в. П/к, при анемиях, связанных  с дефицитом  витамина В12, вводят по 0,1 – 0,2 мг 1 раз в 2 дня | А |
| **Противомикробные препараты при хроническом гастрите, ассоциированным с H.pylori** | | | | |
| 8 | Амоксициллин | Таблетки, в т.ч. покрытые оболочкой, диспергируемые; капсулы 500мг, 1000мг | Перорально 1000 мг 2 раза в сутки | А |
| 9 | Кларитромицин | Таблетки, в т.ч. с модифицируемым высвобождением 500мг | Перорально 500 мг 2 р/сутки | А |
| 10 | Метронидозол | Таблетки 250 мг | Квадротерапии с висмутом: 250 мг перорально 4 р/сутки Тройная терапия на основе кларитромицина: 500 мг перорально два раза в сутки | А |
| 11 | Левофлоксацин\* | Таблетки, покрытые оболочкой 500мг | Перорально 500 мг 2 раза в сутки только при подтвержденной устойчивости к другим противомикробным препаратам и высокой чувствительностью к Левофлоксацину | С |
| 12 | Тетрациклин\* | Таблетки, покрытые оболочкой 100 мг | Перорально 100 мг 4 раза в сутки только при подтвержденной устойчивости к другим противомикробным препаратам и высокой чувствительностью к Тетрациклину | С |
| 13 | Висмута трикалиядицитрат | Таблетки, покрытые оболочкой, 120 мг | Назначают по 1 таб. 4 р/сутки за 30 минут до приема пищи и на ночь или по 2 таблетки 2 раза в сутки за 30 мин до приема пищи. Максимальная разовая доза 240 мг, максимальная суточная 480 мг. | В |

**NB!** \* показание не зарегистрировано  
  
Перечень дополнительных медикаментов, применяемых при ХГ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **МНН** | **Форма выпуска** | **Режим дозирования** | **УД** |
| 2 | Магния гидроксид и алюминия гидроксид | Таблетки, в т.ч. жевательные Суспензия для приема внутрь | Разовая доза по требованию | А |
| 3 | Кальция карбонат + натрия гидрокарбонат + натрия альгинат | Таблетки жевательные Суспензия для приема внутрь | Разовая доза по требованию | А |

**Хирургическое вмешательство:** нет.  
   
**Профилактические мероприятия:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Профилактика отдельных форм хронических гастритов** | | |
| **Нозология** | **Профилактические мероприятия** | **УД** |
| Хронический поверхностный (антральный) H.pylori ассоциированный гастрит | Полнаяэрадикация инфекцииH.pylori | А |
| Хронический мультифокальный атрофический гастрит | Полнаяэрадикация инфекцииH.pylori | А |
| Хронический аутоиммунный атрофический гастрит | Лечение В12 дефицитной анемии | В |

**Дальнейшее ведение пациента:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Мониторинг течения заболевания** | |
| **Нозология** | **Диагностические и лечебные мероприятия** |
| Хронический поверхностный (антральный) H.pylori ассоциированный гастрит | Контрольная ФГДС и диагностикаинфекцииH.pylori через 1 мес. после эрадикационной терапии |
| Хронический мультифокальный атрофический гастрит | Контрольная ФГДС и диагностикаинфекцииH.pylori через 1 мес. после эрадикационной терапии |
| Хронический аутоиммунный атрофический гастрит | ОАК, Б/Х тесты через 1, 6 и 12  мес. после лечения |

**Прогноз при различных формах хронических гастритов**

|  |  |
| --- | --- |
| **Нозология** | **Прогноз** |
| Хронический поверхностный (антральный) H.pylori ассоциированный гастрит | при эрадикации H.pylori снижается риск РЖ, [21,22]. УД С. |
| Хронический мультифокальный атрофический гастрит | При прогрессировании атрофических изменений развиваются дисрегенераторные процессы в СОЖ, что может привести к РЖ. Эрадикация инфекции H.pyloriсопровождается нормализацией регенераторных процессов СОЖ  [17,18,23] (**УД А)**. |
| Хронический аутоиммунный атрофический гастрит | Может наступить тяжелая неврологическая симптоматика |

**Индикаторы эффективности лечения**

|  |  |
| --- | --- |
| **Показатели эффективности лечения больных** | |
| **Нозология** | **Показатели эффективности лечения** |
| Хронический поверхностный (антральный) H.pylori ассоциированный гастрит | •          купирование клинических симптомов диспепсии; •          купирование  АВ синдрома; •          улучшение качества жизни больных; •         исчезновение эндоскопических и гистологических признаков воспаления СОЖ; •          элиминация  H.pylori; |
| Хронический мультифокальный атрофический гастрит | •          купирование клинических симптомов диспепсии; •          купирование  АВ синдрома; •          улучшение качества жизни больных; •          регрессия гистологических признаков КМ |
| Хронический аутоиммунный атрофический гастрит | •          купирование клинических симптомов диспепсии; •          купирование АВ синдрома; •          улучшение качества жизни больных; •          регрессия гистологических признаков КМ, •          нормализация показателей крови – ретикулоцитоз(после 5-6 инъекций), восстановление показателей крови наступает через 1,5 - 2 месяца; •          нормализация уровня билирубина и ЩФ; •          ликвидация неврологических нарушений наступает в течение полугода. |

**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 №24

на тему: **Ведение хронического гастрита**

**в амбулаторных условиях.**

по дисциплине: **«Поликлиническая терапия»**

для студентов, обучающихся по специальности:

**( 560000) Лечебное дело**

Составитель: Абдраева Ф.А.

**Тема практического занятия:**

**«Ведение хронического гастрита в амбулаторных условиях».** (50мин)Актуальность темы: На протяжении последних десятилетий патология пищеварительной системы прочно занимают третье место в структуре заболеваемости, с ежегодным приростом в среднем на 316,7 (на 100 000 человек). Временная нетрудоспособность вследствие заболеваний органов пищеварения прочно занимает пятое место в структуре заболеваемости с временной утратой трудоспособности. Инвалидность вследствие болезней органов пищеварения составляет 1,4 на 10 000 человек. Смертность вследствие заболеваний органов пищеварения увеличилась в два раза в течение последних пяти лет. При этом необходимо иметь в виду, что этот показатель значительно возрастает, если учитывать смертность от новообразований органов пищеварения.

**План занятия:**

* 1. Ознакомление с тактикой ведением больных ХГ в амбулаторных условиях;
  2. Демонстрация практических навык по чек-листу;
  3. 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 соответствии со стандартами оказания медицинской помощи в конкретных клинических ситуациях.

3. Формировать готовность и способность мобилизовать профессионально важные качества (толерантность, ответственность, способность работать в коллективе, стремление к саморазвитию), обеспечивающие продуктивность трудовой деятельности специалиста.

**Вид занятия:** практическое

**Цель практического занятия:**

1. Методическая цель – организовать и провести занятие в соответствии с требованиями рабочей программы с применением различных методов и способов обучения для достижения поставленных целей.
2. Учебные цели:

- Повторить методы клинического обследования пациента с данными нозологиями.

- Дать студентам представление об этапах диагностического поиска.

- Сформировать тактику оказания первой врачебной помощи при неотложных состояниях в условиях поликлиники.

1. Формировать общие и профессиональные компетенции:

**Средства обучения и контроля:**

1. методическая разработка занятия

2. учебно-методическое пособие для самоподготовки студентов к занятию

3. дидактические средства контроля и тренажа:

1. Тестовые задания;
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. Общепрофессиональныедисциплины  - Анатомия и физиология человека  - Латинский язык | * Пищеварительная система. * Терминология. |
| Диагностическая деятельность  - Пропедевтика клинических дисциплин | * Методы обследования пациентов с заболеваниями органов пищеварения. * Дополнительные методы обследования пациентов с заболеваниями ЖКТ. |
| Общепрофессиональные дисциплины  - Клиническая фармакология | * Ингибиторы протонной помпы * Блокаторы гистаминовых рецепторов * Антибиотики * Витамины * Препараты висмута * Обволакивающие препараты |

**Внутридисциплинарные связи:**

* 1. Диагностика и лечение хронический гастрит в амбулаторных условиях.

**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;
* установить диагноз на основании клинических и лабораторных исследований в амбулаторных условиях.
* осуществлять фармакотерапию в соответствии с диагнозом в амбулаторных условиях;
* осуществлять профилактику заболевания.

**Карта компетенции:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Код и формулировка компетенций** | **Результаты обучения (ООП)** | **Результат обучения (дисциплины)** | **Результаты обучения (темы)** |
| **1** | **ПК-8** - способен проводить с прикрепленным населением профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний, осуществлять общеоздоровительные мероприятия по формированию здорового образа жизни с учетом факторов риска, давать рекомендации по здоровому питанию;  **ПК-15**  - способен назначать больным с наиболее часто встречающимися внутренними болезнями адекватное лечение в соответствии с диагнозом.  **ПК-16**  - способен осуществлять взрослому населению первую врачебную помощь в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях в клинике внутренних болезней, направлять на госпитализацию больных в плановом и экстренном порядке. | **РО-8**  - Может анализировать и интерпретировать полученные данные и назначать адекватное лечение и оказать первичную врачебную помощь, принимать решения при возникновении неотложных и угрожающих жизни ситуациях  при неотложных и жизнеугрожающих состояниях детей и подростков. | **РОд- 1:**  **Знает и понимает**:  - проведение с прикрепленным населением профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний, осуществление общеоздоровительные мероприятия по формированию здорового образа жизни с учетом факторов риска, давать рекомендации по здоровому питанию (ПК-8);  **Умеет:**  **-** проводить с прикрепленным населением профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний (ПК-8),  **Владеет**:  - навыками осуществления общеоздоровительных мероприятий по формированию здорового образа жизни с учетом факторов риска, давать рекомендации по здоровому питанию (ПК-8);  **РОд-2:**  **Знает и понимает**:  - назначение больным с наиболее часто встречающимися терапевтическими заболеваниями у взрослого населения в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом (ПК-15).  **Умеет:**  - назначать больным с наиболее часто встречающимися терапевтическими заболеваниями у взрослого населения в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом (ПК-15).  **Владеет**:  - методами назначения больным с наиболее часто встречающимися терапевтическими заболеваниями у взрослого населения в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом (ПК-15).я | **РОт**: Знает и понимает:  ХГ.  - Методы современной диагностики и дифференциальный диагноз ХГ с учетом их течения и осложнения.  Умеет на основании жалоб, анамнеза, физикального обследования:  - дифференцировать у больного, симптомы ХГ;  - составить план лабораторного и инструментального обследования для подтверждения предполагаемого диагноза и интерпретировать полученные результаты;  - сформулировать диагноз, руководствуясь современной классификацией;  Владеет:  - методикой назначения адекватной индивидуальной терапии;  - навыками определения прогноза у конкретного больного;  - мерами вторичной профилактики и экспертизы трудоспособности;  – навыками оказания первой врачебной помощи в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом. |
| **РОд-3:**  **Знает и понимает**:  - осуществление взрослому населению первой врачебной помощи в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях в клинике внутренних болезней в амбулаторных условиях (ПК-16).  **Умеет:**  - осуществлять взрослому населению первую врачебную помощь в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях в амбулаторных условиях (ПК-16).  **Владеет**:  - методами осуществления взрослому населению первой врачебной помощи в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях в клинике внутренних болезней в амбулаторных условиях (ПК-16). |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **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 штурм  Вызвать интерес к изучению  материала, мобилизовать внимание студентов | Обращение внимание студентов к занятию | Доска с проектором, слайд | 5 мин |
| 2 | Практическая часть | Создание проблемной ситуации  Активизация 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 друга  Оценить успешность достижения целей занятия студентами; определить перспективы последующей работы  Ориентировать 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 |

Тема: «Стратегия и тактика ведения больных с заболеваниями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки в амбулаторных условиях»

Задача №1

09.03.07 Амбулаторный прием. Пациентка М.А.П-ова, 26 лет, программист.

Жалобы на боли ноющего характера малой интенсивности в эпигастральной области после еды.

Из анамнеза: В течение 2 мес. иногда беспокоили боли в эпигастральной области малой интенсивности и изжога после еды. В этих случаях самостоятельно эпизодически принимала маалокс. Настоящее ухудшение в течение 7 дней – 3-4.03.07 боли усилились вплоть до средней интенсивности, участились до 4 раз в день (после каждого приема пищи), увеличилась их продолжительность, изжога беспокоила постоянно в течение дня, появились тошнота, рвота пищей 1-2 раза в день. Обратилась к участковому терапевту 5.03.07. Было проведено обследование 7.03.07:

• ФГДС: 2 язвы антрального отдела желудка 8\*5 мм., 10\*8 мм., мазок Нр ++++

Назначено лечение:

• омепразол 40 мг. в сутки, маалокс 3 раза в день.

На фоне проводимого лечения состояние улучшилось – боли уменьшились, нет изжоги, тошноты, рвоты.

Из перенесенных заболеваний отмечает редкие ОРЗ. На диспансерном учете не состоит. За медицинской помощью не обращалась много лет. Аллергий нет. Курит 7 лет. Алкоголь употребляет эпизодически. Режим питания нерегулярный. Не работает, на учете в органах труда и занятости населения не состоит, уволилась с прежнего места работы 26.02.07.

Объективно: Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Щитовидная железа не увеличена. Молочные железы без уплотнений. Суставы не изменены. Язык без особенностей. Зубы без патологии. Зев без особенностей. Миндалины не изменены. Перкуторно над всей поверхностью легких ясный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ясные, шумов нет. Пульс 70 в минуту, ритмичный, хорошего наполнения и напряжения. АД 110/70 мм. рт. ст. на обеих руках. Живот мягкий, не вздут, безболезненный. Нижний край печени под краем реберной дуги, ровный, острый, умеренно эластичный. Отеков нет. Стул, мочеиспускание без особенностей.

**Оцените ситуацию по учебному алгоритму приёма амбулаторного больного, примите соответствующие решения и заполните учебную амбулаторную карту по предложенной в алгоритме схеме**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОСМОТР ТЕРАПЕВТА | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Дата | | 09.03.07 | | | | ВН | | 4 дня с 05.03.07 | | | | | Жалобы | | | | на боли ноющего характера малой интенсивности в эпигастральной | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| области после еды. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Анамнез: | | | | В течение 2 мес. иногда беспокоили боли в эпигастральной области малой интенсивности и изжога после еды. В | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| этих случаях самостоятельно эпизодически принимала маалокс. Настоящее ухудшение в течение 7 дней – 3-4.03.07 боли усилились вплоть | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| до средней интенсивности, участились до 4 раз в день (после каждого приема пищи), увеличилась их продолжительность, изжога | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| беспокоила постоянно в течение дня, появились тошнота, рвота пищей 1-2 раза в день. Обратилась к участковому терапевту 5.03.07. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Лечится по листку нетрудоспособности с 05.03.07. Было проведено обследование, назначено лечение: омепразол 40 мг. в сутки, маалокс 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| раза в день. На фоне проводимого лечения состояние улучшилось – боли уменьшились, нет изжоги, тошноты, рвоты. Из перенесенных | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| заболеваний отмечает редкие ОРЗ. На диспансерном учете не состоит. За медицинской помощью не обращалась много лет. Аллергий нет. Курит 7 лет. Алкоголь употребляет эпизодически. Режим питания нерегулярный. Не работает, на учете в органах труда и занятости населения не состоит, уволилась с прежнего места работы 26.02.07. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Общее состояние: | | | | | | | | Удовлетворительное | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Кожные покровы: | | | | | | | Обычные | | |  | | | | | | Лимфатические узлы: | | | | | | | | не пальпируются | | | | | | Щитовидная железа: | | | | | | | | не увеличена | | | | |
| Молочные железы: | | | | | | | без уплотнений | | | | | | | | | Суставы | | | | | | | | | | не | | | | | изменены | | | |  | | | | | | | | | |
| Зев: чистый, гиперемированный | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | Состояние зубов | | | | | без патологии | | | | | | | | | | |
| Миндалины: обычные, рыхлые, увеличенные, уменьшенные | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Притупление перкуторного звука над легкими в области | | | | | | | | | | | | | | | | | | Нет | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| В легких: дыхание везикулярное | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | Хрипы: | | | | | нет | | | | | | | | | | | | | | |
| Тоны сердца: ясные, приглушенные (I,II), акцент II тона на аорте; шум систолический | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | нет | | | | | | | | | | | | | | |
| диастолический | | | | | | Нет | | | | | | | | | | | | | , | III и IV тоны на верхушке. | | | | | | | | | | | | | Пульс | | | 70 | | | | | уд.вмин | |
| Ритмичный, ~~аритмичный,~~ наполнения и напряжения ~~малого, удовлетворительного,~~ хорошего~~, напряжен~~ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| АДD | 110/70 | | | | | АДS | | | 110/70 | | Язык: чистый, влажный, обложен | | | | | | | | | | | | | |  | | | | налетом. Живот мягкий | | | | | | | | | не | | вздут; | | без |
| болезненный | | | | |  | | | | | | | | | Печень | | | не | увеличена | | | | | | |  | | | | | | | , | | край | | | ровный, острый, не | | | | | |
| уплотненный | | | | |  | | | | | | | | | , |  | | болезненный | | | | | Стул: нормальный, неустойчивый | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| Мочеиспускание: нормальное, болезненное, учащенное | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Дополнительные данные (в т.ч. проведенное ранее обследование) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 7.03.07 ФГДС: 2 язвы антрального отдела желудка 8\*5 мм., 10\*8 мм., | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| мазок Нр ++++ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Диагноз | | | Язвенная болезнь желудка, обострение (две язвы антрального отдела желудка) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Группа «Д» наблюдения (Д1,Д2,Д3) | | | | | | | | | | | | Нет | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Назначения** | | | | | | | | | | **Обследование** | | | | | |
| Нормализация режима питания | | | | | | | | | | Основные мероприятия | |  | | | |
| Уменьшение количества употребляемого алкоголя | | | | | | | | | | Анализ крови: эритроциты, гемоглобин, цветовой показатель, | | | | | |
| Отказ от курения | | | | | | | | | | лейкоциты, лейкоцитарная формула | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | |
| Лечение в течение 7 дней: | | | | | | | | | |  | | | | | |
| Омепразол 20 мг. 2 раза в день | | | | | | | | | |  | | | | | |
| Амоксициллин 1000 мг. 2 раза в день | | | | | | | | | |  | | | | | |
| Метронидазол 500 мг. 2 раза в день | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | Дополнительные мероприятия (указать показания) | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | Не требуются | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | |
| Госпитализация (экстренная, плановая) в стационар круглосуточного, дневного пребывания, направление к специалисту | | | | | | | | | | | | | | не требуются | |
| Показания | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Л/Н№\* | - | | | | | | | | | | Срок (даты продолжительность) | | На 3 дня, с 10.03 по 12.03 | | |
| Активное посещение (дата) | | |  | | | | | | | | Повторная явка (дата) | 12.03.07 | | | |
| Врач |  | | | | | | | | | | | | | | |
| План дальнейшего ведения пациента | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Планируемое дальнейшее обследование: | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Основные мероприятия | | | | ЭФГДС через 8 недель | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Дополнительные мероприятия (указать показания) | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Не требуются | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Планируемое дальнейшее лечение (перечислить медикаментозные и иные воздействия): | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ранитидин 150 мг. 2 таблетки вечером в течение 7 недель | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Группа диспансерного наблюдения | | | | | Д3 | План диспансерного наблюдения или профилактических мероприятий: | | | | | | | | | | |
| Осмотр терапевта июнь, сентябрь, декабрь 2007 г., март 2008 г. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Гастродуоденоскопия март 2008 г. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Анализ кала на скрытую кровь, анализ крови клинический июнь, сентябрь, январь | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Диета. Режим питания. Санаторно-курортное лечение. Отказ от курения. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ФЛГ, осмотр гинеколога - апрель 2007 г | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| . | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Санаторно-курортное лечение: | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| санаторно-курортное лечение на курортах с питьевыми минеральными водами и лечебными грязями, а так же в местных санаториях | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Планируемый срок временной нетрудоспособности | | | | | | | | | 7-16 дней | | | | | | | |
| Трудовой прогноз – благоприятный, неблагоприятный, сомнительный, неопределенный | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОСМОТР ТЕРАПЕВТА | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Дата | |  | | | | ВН | |  | | | | | Жалобы | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Анамнез: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Общее состояние: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Кожные покровы: | | | | | | | Обычные | | |  | | | | | | Лимфатические узлы: | | | | | | | |  | | | | | | Щитовидная железа: | | | | | | | |  | | | | |
| Молочные железы: | | | | | | |  | | | | | | | | | Суставы | | | | | | | | | |  | | | | | изменены | | | |  | | | | | | | | | |
| Зев: чистый, гиперемированный | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | Состояние зубов | | | | | без патологии | | | | | | | | | | |
| Миндалины: обычные, рыхлые, увеличенные, уменьшенные | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Притупление перкуторного звука над легкими в области | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| В легких: дыхание везикулярное | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | Хрипы: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Тоны сердца: ясные, приглушенные (I,II), акцент II тона на аорте; шум систолический | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| диастолический | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | , | III и IV тоны на верхушке. | | | | | | | | | | | | | Пульс | | |  | | | | | уд.вмин | |
| Ритмичный, аритмичный, наполнения и напряжения малого, удовлетворительного, хорошего, напряжен | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| АДD |  | | | | | АДS | | |  | | Язык: чистый, влажный, обложен | | | | | | | | | | | | | |  | | | | налетом. Живот мягкий | | | | | | | | |  | | вздут; | |  |
| болезненный | | | | |  | | | | | | | | | Печень | | |  |  | | | | | | |  | | | | | | | , | | край | | | ровный, острый, не | | | | | |
| уплотненный | | | | |  | | | | | | | | | , |  | | болезненный | | | | | Стул: нормальный, неустойчивый | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| Мочеиспускание: нормальное, болезненное, учащенное | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Дополнительные данные (в т.ч. проведенное ранее обследование) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Диагноз | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Группа «Д» наблюдения (Д1,Д2,Д3) | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Назначения** | | | | | | | | | | **Обследование** | | | | | |
|  | | | | | | | | | | Основные мероприятия | |  | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | Дополнительные мероприятия (указать показания) | | | | |  |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | |
| Госпитализация (экстренная, плановая) в стационар круглосуточного, дневного пребывания, направление к специалисту | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Показания | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Л/Н№\* | - | | | | | | | | | | Срок (даты продолжительность) | |  | | |
| Активное посещение (дата) | | |  | | | | | | | | Повторная явка (дата) |  | | | |
| Врач |  | | | | | | | | | | | | | | |
| План дальнейшего ведения пациента | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Планируемое дальнейшее обследование: | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Основные мероприятия | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Дополнительные мероприятия (указать показания) | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Планируемое дальнейшее лечение (перечислить медикаментозные и иные воздействия): | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Группа диспансерного наблюдения | | | | | Д3 | План диспансерного наблюдения или профилактических мероприятий: | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| . | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Санаторно-курортное лечение: | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Планируемый срок временной нетрудоспособности | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| Трудовой прогноз – благоприятный, неблагоприятный, сомнительный, неопределенный | | | | | | | | | | | | | | | | |