**федеральное Государственное БЮДЖЕТНОЕ**

 **образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский**

 **университет» МинистерствА здравоохранениЯ**

 **РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра поликлинической терапии с курсом идпо**

|  |  |
| --- | --- |
|  | УТВЕРЖДАЮзав.каф.поликлиническойтерапии с курсом ИДПОд.м.н., профессор Волевач Л.В.«31» августа 2018г. |

Дисциплина: поликлиническая терапия

Специальность: Лечебное дело ­­­­­­­­­

 Семестр:1­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­2 Курс:6

**ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ НА ТЕМУ:**

 **«Хронический гастрит. Ведение больных в условиях поликлиники»**

Методические рекомендации

для преподавателей к контактной работе

Уфа – 2018 г.

Тема практического занятия: «Хронический гастрит. Ведение больных в условиях поликлиники», в соответствии с ФГОС ВО(2016), рабочей программы дисциплины поликлиническая терапия, утвержденной в 2018г. ректором Павловым В.Н.

Рецензенты:

1. Заведующий кафедрой факультетской терапии Башкирского государственного медицинского университета Минздрава России д.м.н., профессор Мирсаева Г.Х.

Авторы: проф. Волевач Л.В., проф. Крюкова А.Я., проф. Низамутдинова Р.С.,

 проф. Сахаутдинова Г.М., доц. Тувалева Л.С.,

доц. Курамшина О.А., доц. Габбасова Л.В., асс. Шуваева Л.Г.

Утверждено на заседании №1кафедры поликлинической терапии с курсом ИДПО «31» августа 2018 г. протокол № 1.

**Тема: «Хронический гастрит. Ведение больных в условиях поликлиники»**

1. **Тема и ее актуальность:**Хронический гастрит представляет собой хроническое воспаление слизистой и подслизистой оболочек желудка с нарушением физиологической регенерации, прогрессирующей атрофией специализированного железистого эпителия, с нарушением моторной, преимущественно секреторной, и в ряде случаев эндокринной функции желудка, с разнообразными клиническими признаками.

Основываясь на результатах исследований, ХГ страдают 50-80% взрослого населения и лишь 10-15% обращается к врачам. ХГ занимает основное место среди всех болезней желудка (80-85%). Причины развития ХГ разделяют на экзогенные и эндогенные. Основными экзогенными причинами являются нарушения режима и качества питания, плохое пережевывание пищи, длительный прием некоторых лекарственных препаратов (НПВП и др), инфицирование Helicobacterpylori, злоупотребление алкоголем, курение, дуоденогастральный рефлюкс. Эндогенные причины осуществляют свое влияние на слизистую оболочку желудка через нервно-рефлекторные, гуморальные, токсические и иммунологические воздействия, которые наблюдаются при нарушении центральной нервной системы.

Диагноз хронический гастрит основывается на комплексной оценке клинической картины и результатов лабораторно-инструментального исследования. Решающее значение имеет фиброэзофагогастродуоденоскопия с биопсией слизистой оболочки из антрального отдела и тела желудка. Лечение больных ХГ обычно проводится в амбулаторных условиях. Госпитализация показана больным с выраженным болевым и диспепсическими синдромами при затруднениях в дифференциальной диагностике.

Лица, страдающие ХГ, находятся под диспансерным наблюдением с профилактическими осмотрами 2 раза в год для коррекции лечения и выработки плана обследования.

Динамическому эндоксопическому наблюдению подлежат пациенты с повышенным риском развития рака желудка и предъязвенным состоянием. Осмотры проводятся 1-2 раза в год, при необходимости исследование дополняется гастробиопсией.

2. **Учебные цели:**овладение врачебными навыками ранней диагностики, профилактики, назначения лечения и диспансерного наблюдения больным ХГ в условиях поликлиники.

**Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен знать:**

- факторы риска ХГ

- этиологию, патогенез и современную классификацию

- методику сбора жалоб, анамнеза заболевания, объективного обследования больного

- интерпретацию результатов лабораторно-инструментальных методов исследования

- принципы врачебно-трудовой экспертизы

- средства этиотропной, патогенетической, симптоматической медикаментозной и немедикаментозной терапии

- особенности клинических проявлений и лечения заболевания у больных разных возрастных групп и при сочетании патологии

- методы профилактики.

**Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен уметь:**

- провести раннюю диагностику ХГ

- дифференцировать ХГ с другими заболеваниями, имеющие сходную симптоматику

- назначить план обследования

- оценить результаты клинических и лабораторно-инструментальных исследований

- осуществить, при необходимости, госпитализацию больного

- назначить лечение

 Провести экспертизу нетрудоспособности

 Назначить комплекс профилактических мероприятий с применением медикаментозных и немедикаментозных методов лечения.

**Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен владеть:**

- методами общеклинического обследования**,**

-интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

-владеть методами оказания неотложной догоспитальной медицинской помощи,

-алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением к соответствующему врачу-специалисту,

-алгоритмом развернутого клинического диагноза,

-основами ведения медицинской документации

- основами медицинской, физической, психологической и социальной реабилитации.

3.**Материалы для самоподготовки к освоению данной темы:**

Вопросы для самоподготовки:

1. анатомо-физиологические особенности органов и систем
2. методика исследования
3. возрастные особенности

4.**Вид занятия:** практическое занятие;

5. **Продолжительность занятия:** 6 академических часов.

6.**Оснащение занятия:** таблицы, плакаты, наборы фиброгастроскопий, альбомы по фармакотерапии, наборы рентгенограмм, диапроектор.

7 .**Содержание занятия:**

7.1. этап – организационный. Демонстрация преподавателем. Проверка готовности к занятию.

7.2.контроль исходного уровня знаний обучающихся с применением тестов.

7.3. ознакомление обучающихся с содержанием занятий. Изложение узловых методик практических приёмов по данной теме.

7.4. самостоятельная работа обучающихся под руководством преподавателя.

7.5. разбор проведённой курации, выполнение лабораторных и исследований.

7.6. контроль усвоения обучающимися темы занятия с применением тестовых заданий, ситуационных задач и других видов контроля.

**Тестовый контроль исходного уровня знаний:**

**Выберите один вариантответа**

1) ИНФИЦИРОВАНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

А) развитием антрального гастрита

Б) снижением секреции гастрина

В)ахлоргидрией

Г) недостаточностью кардии

2) К ПРИЗНАКАМ ХРОНИЧЕСКОГО АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ОТНОСЯТ

А) наличие гиперхромной анемии в общем анализе крови

Б) выраженный болевой синдром в эпигастральной области, возникающий в ночное время

В) изжогу, рвоту кислым содержимым

Г) появление прожилок крови в кале

3) ПРИ ГИПЕРАЦИДНОМ ГАСТРИТЕ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ МИНЕРАЛЬНЫМИ ВОДАМИ ЯВЛЯЮТСЯ

А) натриево-гидрокарбонатные

Б) натриево-хлоридно-гидрокарбонатные

В) воды с высоким содержанием органических веществ

Г) натриево-хлоридные

4) НАЛИЧИЕ ЭРОЗИЙ В АНТРАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ЖЕЛУДКА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

А) хеликобактерной инфекции

Б) острого гастрита

В) аутоиммунного гастрита

Г) гранулематозного гастрита

5) КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРИТОВ

А) эндоскопия с прицельной биопсией

Б) рентгенологическое исследование желудка

В) исследование секреторной функции желудка

Г) поэтажная манометрия

6) ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПОМ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

А) заместительная терапия

Б) эрадикационная терапия

В) антирефлюксная терапия

Г) антисекреторная терапия

7) ВЕДУЩИМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

А) эндоскопия

Б) рентгеноскопия

В) pH -метрия

Г) УЗИ брюшной полости

8) ИНФИЦИРОВАНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

А) развитием антрального гастрита

Б) снижением секреции гастрина

В)ахлоргидрией

Г) недостаточностью кардии

9) У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ В СОЧЕТАНИИ С СЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

А) ацидин-пепсин

Б) альмагель

В) ранитидин

Г) фамотидин

10) К ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ОТНОСИТСЯ

А) синдром неязвенной диспепсии

Б) субфебрильная температура

В) умеренный лейкоцитоз

Г) «спастический» стул

**Тестовый контроль конечного уровня знаний:**

**Выберите один вариант ответа**

1)К ГАСТРОПРОТЕКТОРАМ ОТНОСИТСЯ

А) ребамипид

Б) омепразол

В) фамотидин

Г) атропин

2) К ОСНОВНЫМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ВЕРИФИЦИРОВАТЬ ДИАГНОЗ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА, НЕ ОТНОСИТСЯ

А) дуоденальное зондирование

Б) анализ желудочного сока

В) рентгенография желудка

Г) гастроскопия

3) ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ХАРАКТЕРНО

А) диспепсический синдром

Б) диарея

В) спастический стул

Г) умеренный лейкоцитоз

4) О СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ ГАСТРИТА СУДЯТ ПО КЛЕТОЧНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА

А) лейкоцитами

Б) эозинофилами

В) лимфоцитами

Г) макрофагами

5) Наиболее частая этиологическая причина хронического гастрита:

A) Дуоденально-гастральный рефлюкс

Б) Helicobacterpylori

B) Наличие антител в клетках слизистой оболочки желудка

Г) Нарушение диеты

Д) Злоупотребление алкоголем

6) Хронический атрофический гастрит возникает вследствие:

A) Образования антител к G-клеткам желудка, что уменьшает выработку гастрина и приводит к ахлоргидрии

Б) Атрофии слизистой желудка у больных с атеросклерозом

B) Длительного приема глюкокортикоидов

Г) Выработки антител к париетальным клеткам желудка, что приводит к атрофии слизистой фундального отдела желудка и снижению концентрации соляной кислоты

Д) Колонизации H. pylori в антральном отделе желудка

7) Лечение атрофического гастрита включает:

A)  Назначение эрадикационной терапии H. Pylori

Б) Назначение ингибиторов протонного насоса

B) Заместительную терапию секреторной недостаточности желудка

Г) Назначение неселективных М-холиноблокаторов

Д) Постоянный прием антацидных препаратов

8) Укажите клинические проявления хронического гастрита в период обострения:

A)  Цитолитический синдром

Б) Холестатический синдром

B)  Синдром портальной гипертензии

Г) Синдром желудочной диспепсии

Д) Синдром мальадсорбции

9) Клинические проявления, характерные для хронического атро-фического гастрита:

A)  Выраженный болевой синдром в эпигастральной области, возникающий в ночное время

Б) Изжога, рвота кислым содержимым

B) Появление прожилок крови в кале

Г.) Наличие гиперхромной анемии в общем анализе крови

Д) Положительный симптом раздражения брюшины

10) ДЛЯ ХPОНИЧЕСКОГО ГАСТPИТА С СЕКPЕТОPНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НЕ ХАPАКТЕPНО:

А) отpыжка воздухом

Б) чувство пеpеполнения в эпигастpальной области

В) поносы

Г) непpиятный вкус во pту

Д) pвота

**Ситуационные задачи**

**Задача №1.**

В поликлинику обратился больной 25лет с жалобами на боли в животе, которые возникают через 20 - 30 минут после еды и т.н. "голодные" боли. Больного беспокоят мучительная изжога, отрыжка кислым, запоры. При пальпации локальная болезненность в пилородуоденальной области. При рН - метрии - секреторная активность повышена. При эндоскопии - пятнистость, гиперемия, отечность слизистой оболочки антрального отдела желудка. При гистологическом исследовании биоптата - гиперплазия покровного эпителия, выявление Helicobacterpylori с локализацией в антруме.

1. Поставьте развернутый клинико-функциональный диагноз.

2. Определите тактику ведения больного.

3. Проведите врачебно-трудовую экспертизу.

4. Назначьте лечение, выпишите рецепты.

5. Определите группу диспансерного наблюдения

**Задача №2.**

Больной Д., 38 лет, обратился к участковому врачу с жалобами на изжогу кислым, чувство давления, жжения и распирания в подложечной области, запоры. Объективно: общее состояние удовлетворительное, язык обложен беловатым налетом густо у корня, живот болезненный в области эпигастрия, АД 120/180 мм рт. ст., ЧД – 20 в минуту, ЧСС – 68 ударов в минуту.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Назначьте наиболее информативные методы исследования для

1. верификации диагноза:
2. рентгеноскопия;
3. фиброгастроскопия.;
4. другие.

3. Проведите врачебно-трудовую экспертизу.

4. Определите тактику лечения:

1. амбулаторное лечение;
2. госпитализация в стационар4
3. антагонисты Н2- рецепторов гистамина;
4. кортикостероиды;
5. ферментативные препараты.

4. Определите тактику диспансерного наблюдения.

**Задача №3.**

Больной К., 25 лет, обратился к участковому врачу с жалобами на боли в эпигастральной области, возникающие через 20-30 минут после еды, постоянную изжогу, тошноту, была однократная рвота. Подобная симптоматика обычно наблюдается в весеннее-осенние периоды. Не обследовался, не лечился.

Объективно: кожа обычной окраски, ладони влажные, органы дыхания без патологии, ЧСС 87 ударов в минуту, АД 125/80 мм рт ст. Язык влажный, обложен умеренно белым налетом, живот мягкий, болезненный в эпигастральной области, симптом Менделя отрицательный, стул – запоры. На ФГС – слизистая желудка гиперемирована, отечна, в антральном отделе множественные мелкоточечные эрозии неполного типа, рН 1,9. ОАК, ОАМ без особенностей, реакция Грегерсена отрицательная.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Определите тактику ведения больного.
3. Проведите врачебно-трудовую экспертизу.
4. Назначьте лечение, выпишите рецепты.
5. Определите группу диспансерного наблюдения

**Задача №4.**

Больная, 44 лет, обратилась к врачу с жалобами на чувство тяжести в эпигастральной области после еды, отрыжку "тухлым яйцом", периодические поносы.

Объективно: кожа обычной окраски, органы дыхания и кровообращения без патологии. Язык густо обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, болезненный в эпигастральной области. Печень и селезенка не увеличены. Анализ крови: Нв - 120 г/л, лейкоциты 6,8х109/л, СОЭ - 3 мм /ч.

Исследование желудочной секреции пробным завтраком: свободная соляная кислота, общая - 10, связанная - 5, пепсин - 0, пепсиноген мочи - 0.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Что может быть обнаружено при гастробиопсии?

3. Как называется отсутствие пепсина в желудочном соке?

4. Лечебная тактика.

**Задача №5.**

Больной Н., 38 лет, обратился с жалобами на тяжесть, распирание в подложечной области, отрыжку воздухом, тухлым, частые поносы.

Объективно: общее состояние ближе к удовлетворительному, телосложение нормостеническое, язык обложен беловатым налетом, "заеды в углах рта", пальпаторно - болезненность в эпигастрии. Лабораторные данные: R - скопия желудка - рельеф слизистой сглажен, тонус, перистальтика ослаблены, эвакуация желудочного содержимого ускорена. На ФГС диффузное истончение слизистой, цвет бледный, видны сосуды подслизистого слоя, ОАК - мегалобластная анемия.

1. Поставьте развернутый клинико-функциональный диагноз.

2. Определите тактику ведения больного:

1. амбулаторное лечение;
2. госпитализация в стационар;
3. дообследование.

3.Проведите врачебно - трудовую экспертизу с определением средних

 сроков временной нетрудоспособности.

4. Назначьте лечение, выпишите рецепты.

5. Определите группу диспансерного наблюдения

**Задача №6.**

В приемный покой городской клинической больницы обратился больной К., 36 лет, с жалобами на сильные схваткообразные боли в эпигастральной области, возникающие после еды, а также тошноту, изжогу, чувство распирания в эпигастрии после приема пищи, слабость, раздражительность. В анамнезе: больной принимал бесконтрольно индометацин по поводу ревматоидного артрита в течение 3 мес.

Объективно: язык влажный, обложен белым налетом, живот мягкий, умеренно напряжен в эпигастрии, при пальпации отмечает резкую болезненность в эпигастральной области, стул неустойчив, на ФГС признаки острого гастрита.

1. Поставьте развернутый клинико-функциональный диагноз.

2. Определите тактику ведения больного:

3. Определите группу диспансерного наблюдения

**Задача №7.**

Больная С., 43 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на изжогу, тяжесть, тупые боли в правом подреберье и в подложечной области после еды, иногда по утрам горечь во рту. В анамнезе хронический холецистит. Ухудшение состояния отмечает после нервно-психического перенапряжения.

Объективно: язык обложен желтовато-беловатым налетом, боли при пальпации в эпигастрии и правом подреберье, неустойчивый стул. На ФГС гиперемия, гипертрофия складок, отек, наличие слизи и желчи. УЗИ – желчный пузырь увеличен, толщина стенки 4 мм.

1. Сформулируйте клинико-функциональный диагноз.

2. Определите необходимость дополнительных методов исследования.

2. Проведите экспертизу нетрудоспособности:

1. больной трудоспособен
2. больной нетрудоспособен

3. Определите группу диспансерного наблюдения

**Задача №8.**

Больная К., 65 лет, обратилась с жалобами на тяжесть, распирание, тупые боли в подложечной области, тошноту, отрыжку «тухлым», урчание, вздутие живота. В анамнезе хронический гастрит с 30 лет.

Объективно: язык обложен, сухость кожных покровов, "заеды в углах рта", ногти изменены, живот мягкий, болезненность в эпигастральной области, склонность к поносам.

1. Сформулируйте клинико-функциональный диагноз.

2. Какие диагностические мероприятия назначите:

1. рентгенологическое исследование;
2. гистологическое исследование биоптата слизистой оболочки;
3. исследование секреторной функции желудка;
4. эндоскопическое исследование.

3. Определите группу диспансерного наблюдения

**Задача №9.**

В поликлинику обратился больной С., 23 лет, с жалобами на боли в эпигастральной области, возникающие натощак и через 1,5-2 часа после еды, изжогу кислым, наклонность к запорам. Подобная симптоматика появилась впервые.

Объективно: язык обложен, в эпигастрии резкая болезненность при пальпации. На ФГС - множественные эрозии неполного типа округлой формы, преимущественно в выходном отделе желудка на фоне поверхностного гастрита.

1. Сформулируйте клинико-функциональный диагноз.

2 . Определите тактику лечения:

 а) амбулаторное лечение;

 б) дневной стационар.

3. Определите группу диспансерного наблюдения

**Задача №10.**

Больной Д., 37 лет, обратился в поликлинику с жалобами на изжогу, отрыжку кислым, тяжесть, тупые боли в подложечной области после еды.

Объективно: язык обложен, боли при пальпации в подложечной области, запор. На ФГС - покраснение, гипертрофия складок, отек, наличие слизи, кислотность повышена.

1. Сформулируйте клинико-функциональный диагноз.

2. Определите тактику лечения:

1. амбулаторное лечение;
2. госпитализация.
3. Определите группы диспансерного наблюдения

***Материалы для самоподготовки к освоению данной темы:***

1. Этиология ХГ;
2. Основные механизмы патогенеза ХГ;
3. Современная классификация ХГ;
4. Клинические проявления различных форм ХГ;
5. Лабораторно-инструментальные методы исследования;
6. Основные направления профилактики.

***Место проведения самоподготовки***: читальный зал, тематическая учебная комната для СРО, палаты больных ДС, кабинет терапевта, кабинеты функциональной диагностики, ИРТ, фитотерапия, ЛФК

***Учебно-исследовательская работа обучающихся***

Факторы риска ХГ;

1. Диспансерное наблюдение за больными с ХГ;
2. Влияние различных видов трудовой деятельности на развитие хронического гастрита;
3. Санаторно-курортное лечение при ХГ.

**Ответы на ситуационные задачи**

**Задача №1.**

1. Хронический гастрит антрального отдела ассоциированный с Helicobacterpylori, среднетяжелое течение, фаза обострения.
2. Лечение в амбулаторных условиях.
3. Больной нетрудоспособен в течение 7 -10 дней.
4. Лечение: диета №1, пилорид 400 мг 2 раза в день 4 недели, кларитромицин 250 мг 2 раза в день + амоксициллин 1,0 г 2 раза в день 7 -10 дней; ИРТ.
5. Диспансерное наблюдение по 3 группе.

**Ответ на задачу №2.**

1. Хронический гастрит тип В, среднетяжелое течение, фаза обострения.
2. б);
3. Временная нетрудоспособность 5-7 дней;
4. Амбулаторное лечение;
5. Диспансерное наблюдение по 3 группе.

**Задача№3.**

1. Хронический гастрит ассоциированный с НР, множественные мелкоточечные эрозии неполного типа в антральном отделе, среднетяжелое течение, фаза обострения;
2. Амбулаторное лечение и в условиях дневного стационара поликлиники;
3. Временная нетрудоспособность 7-10 дней;
4. Диспансерное наблюдение по 3 группе.

**Задача№4.**

1. Хронический атрофический гастрит, фаза обострения;
2. При ФГС можно обнаружить диффузную или очаговую бледность и истонченность слизистой желудка;
3. Пепсин;
4. Лечение: соблюдение диеты, заместительная терапия (натуральный желудочный сок с пепсином, ацидопепсин и др.), препараты улучшающие микроциркуляцию, фитотерапия.

**Задача№5.**

1. Хронический атрофический пангастрит, среднетяжелое течение, фаза обострения. В12-дефицитная анемия.
2. б);
3. Временная нетрудоспособность 14-21 день;
4. Лечение.
5. Диспансерное наблюдение по 3 группе.

**Задача№6.**

1. НПВП-гастропатия на фоне приема индометацина.
2. Отмена препарата, лечение в условиях поликлиники или дневного стационара по схеме лечения ХГ с повышенной кислотностью. В дальнейшем подбор НПВП, соблюдение режима приема и под «защитой» антацидов;
3. Диспансерное наблюдение по 3 группе.

**Задача№7.**

1. Хронический рефлюкс-гастрит, фаза обострения. Соп.: Хронический холецистит с дисфункцией сфинктера Одди по гипотоническому типу, период обострения;
2. б);
3. Диспансерное наблюдение по 3 группе.

**Задача№8.**

1. Хронический атрофический гастрит, средней тяжести, фаза обострения. В12- дефицитная анемия.
2. а,б);
3. Диспансерное наблюдение по 3 группе.

**Задача№9.**

1. Хронический гастрит ассоциированный с НР, множественные эрозии неполного типа в антральном отделе желудка, среднетяжелое течение, фаза обострения;
2. Лечение в амбулаторных условиях;
3. Диспансерное наблюдение по 3 группе.

**Задача№10.**

1. Хронический гастрит ассоциированный с НР, среднетяжелое течение, фаза обострения;
2. Лечение в амбулаторных условиях;
3. Диспансерное наблюдение по 3 группе.

**Литература**

**Основная:**

1. Поликлиническая терапия: учебник/ Г. И. Сторожаков, И. И. Чукаева, А. А. Александров. - 2-е изд., перераб. и доп.- М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2013-640 с.
2. Гастроэнтерология в поликлинической практике: уч. пособие для студентов/ Сост. А.Я. Крюкова, О.А. Курамшина, Л.С. Тувалева, Л.В. Габбасова, Р.С. Низамутдинова, Г.М. Сахаутдинова и др. ; под ред.проф. А.Я. Крюковой. - Уфа: Изд-во ГБОУ ВПР БГМУ Минздрава России, 2012. – 148 с.
3. Гастроэнтерология в поликлинической практике[Электронный ресурс]: уч. пособие для студентов/Сост. А.Я. Крюкова, О.А. Курамшина, Л.С. Тувалева, Л.В. Габбасова, Р.С. Низамутдинова, Г.М. Сахаутдинова и др.; под ред.проф. А.Я. Крюковой / ГБОУ ВПО "БГМУ" МЗ РФ. Электрон.текстовые дан. - on-line. - Режим доступа:[http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib454.pdf.](http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib454.pdf.%20) - Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2012. – 148 с.
4. Диетотерапия при заболеваниях внутренних органов: уч. пособие для студентов/А. Я. Крюкова [и др.].- Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2015. – Ч.2. - 78 с.
5. Диетотерапия при заболеваниях внутренних органов[Электронный ресурс]: уч. пособие для студентов/ А. Я. Крюкова [и др.]/ ГБОУ ВПО "БГМУ" МЗ РФ. Электрон. текстовые дан. - on-line. - Режим доступа:[http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib454.pdf.](http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib454.pdf.%20) - Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2015. – Ч.2. - 78 с.
6. Роль образовательных программ для пациентов в условиях модернизации профилактического направления здравоохранения: уч. пособие для студентов / А. Я. Крюкова [и др.]. - Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2012.–202 с.
7. Роль образовательных программ для пациентов в условиях модернизации профилактического направления здравоохранения: уч. пособие для студентов[Электронный ресурс]/ А. Я. Крюкова [и др.]/ ГБОУ ВПО "БГМУ" МЗ РФ. Электрон. текстовые дан. - on-line. - Режим доступа:[http://library.bashgmu.ru//elibdoc/elib449.pdf](http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib449.pdf). - Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2012. – 202 с.
8. Фитотерапия в амбулаторно-поликлинической практике: уч. пособие для студентов / А. Я. Крюкова [и др.]. - Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2012. – 114с.
9. Фитотерапия в амбулаторно-поликлинической практике[Электронный ресурс]: уч. пособие для студентов / А. Я. Крюкова [и др.]/ ГБОУ ВПО "БГМУ" МЗ РФ. Электрон. текстовые дан. - on-line. - Режим доступа:[http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib457.pdf.](http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib457.pdf.%20)- Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2012. – 114 с.

**Дополнительная:**

1. Поликлиническая терапия: уч. пособие для студентов/А.Я.Крюкова [и др.]. – Уфа: Изд-воГилем. - 446 с.
2. Поликлиническая терапия: учебник для студентов медицинских вузов, рек. УМО мед. и фармац. вузов РФ / А. Я. Крюкова [и др.] ; под ред. А. Я. Крюковой ; МЗ и соц. развития РФ, Башк. гос. мед. ун-т. - Уфа: Гилем, 2009. - 325 с.
3. Основы внутренней медицины: уч. пособие для студентов [Электронный ресурс] / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев / Электрон. текстовые дан. - on-line. - Режим доступа:<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427729.html>. – Москва:Изд-воГЭОТАР-Медиа. - 2014.
4. Гастроэнтерология: [Электронный ресурс] : руководство / Я. С. Циммерман. - 2-е изд., перераб. и доп. - Электрон.текстовые дан. -on-line. Режим доступа:<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970432730.html>. – Москва:ГЭОТАР-Медиа. – 2015.

**СТРУКТУРА ЗАНЯТИЯ (ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТА)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №№ | Этапы занятия и их содержание | Время(мин) | Используемые пособия | Место проведения | Цель и характер деятельности |
| Студент | преподаватель |
| 1. | Организационный этап | 5 |  | Учебная комната | Проверка готовности к занятию (внешний вид, отметка присутствующих) |
| 2. | Контроль исходного уровня знаний с применением тестового контроля | 20 | тестовый контроль исходного уровня знаний | Учебная комната | Показать уровень освоение теоретического материала | Контроль исходного уровня знаний, объяснение современных концепций этиопатогенеза, клиники заболевания |
| 3. | Ознакомление с содержанием занятия, клинический разбор больного решение ситуационных задач с аналитическим разбором хода и результатов их решения.Разбор с преподавателем основных вопросов темы занятия:-основные механизмы этиопатогенеза;-классификация;-клинические проявления с;-лабораторно-инструментальные методы исследования;- фармакотерапия;-врачебно-трудовая экспертиза;неотложная терапия | 45 | Учебные таблицы, слайды, алгоритмыиндивидуальные карты амбулаторного больного, ситуационные задачи, данные обследований | Учебная комната | Отрабатывает навыки по клини-ческому обследо-ванию больного, интерпретации данных лаборатор-но-функци-ональных методов исследо-вания, формиро-ванию клинико-функцио-нального диагноза по классификации ВОЗ. | Осуществляет контроль и реализует целевую деятельность по формированию клинического мышления на основе освоения и приобретения практических навыков и умений по амбулаторному ведению больных с заболеваниемДемонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме: оформление медицинской карты амбулаторного больного при обследовании пациента на приеме, направление на лечение в дневной стационар, оформление листка временной нетрудо-способности, необходимой учетно-отчетной документации. |
| 4. | Самостоятельная работа под контролем преподавателяа) работа в кабинетах участковых врачей;б) функциональ-ной диагностики;в) лабораториях;г) самостоятель-ный прием больных;д)оформление медицинской документации;е)экспертная оценка амбула-торных карт с определением уровня качества лечения (УКЛ). | 90 | Больные, фонендо-скоп, методические пособия,медицин-ские карты больных, наборы обследований | Кабинет врача, палаты боль-ных в днев-ном стации-онаре, отделе-ние функ-циональной диагностики, лабо-ратории | Уметь выяснить жалобы, собрать анамнез, провести объективное обследование, оценить данные лабораторно-инструментальных методов обследо-вания, сформулировать диагноз, назначить адекватное лечение, оформить первичную документацию, решить экспертный вопрос. | Контроль за проводимыми исследованиями, анализ качества работы, коррекция результатов обследования, диагноза, лечения. Принимает и оценивает результаты самостоятельной работы с разбором выявленных ошибок в тактике ведения больных в амбулаторных условиях. |
| 5. | Обобщающий разбор проведенной работы, повторение ключевых моментов в тактике ведения больных с БА. Экспертная оценка амбулаторных карт с определением уровня качества лечения (УКЛ). | 90 | Больные, фонендо-скоп, методические пособия,медицинские карты больных, наборы обследований | Учебная комната | Анализ клинического случая, формирование клинического мышления. Критически осмысливает результаты своей деятель-ности. | Выявляет наиболее типичные общие ошибки в тактике ведения больных с нозологией, закрепляет усвоенные теоретические знания и практические навыки. Обращает внимание на особенности работы с каждым больным с целью назначения индивидуальной терапии.  |
| 6. | Контроль конечного уровня знаний и умений по теме | 20 | Тесты, ситуационные задачи, амбулаторные карты | Учебная комната | Показывает уровень усвоения теоретических материала и практических навыков по теме занятия. | Оценивает уровень усвоения практических навыков и умений амбулаторного ведения больных с нозологией |
| **7.** | Задание на дом |  | Учебник, дополнительная литература Схемы, таблицыСборник ситуационных задачСписок рецептов | БиблиотекаЧитальный залУчебная комната | Навыки самостоя-тельного изучения темы домашнего задания | Мотивация к самостоятельному освоению заданной темы |