**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ**

**КАФЕДРА «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ 2»**

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

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

Прот.№\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_2022 г факультета

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

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

План-разработка практического занятия №5

на тему: «**Синдром нарушения секреторной функции желудка». «Симптоматология хронического гастрита».**

по дисциплине: **«Внутренние болезни »**

для студентов, обучающихся по специальности:

**(560002) Педиатрия**

Составитель: Тажибаева У.Ж.

**Тема практического занятия:**

«**Синдром нарушения секреторной функции желудка»**. **“Симптоматология хронического гастрита”.** (100 мин)**Актуальность темы:** Система органов пищеварения - одна из наиболее сложных и актуальных проблем в медицине. Это обусловлено ростом заболеваемости, трудностью ранней диагностики, частым развитием осложнений и недостаточной разработкой программы медицинской, социальной, физической реабилитации больных.

**ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ**

Цель занятия: студенты должны знать синдром нарушения секреторной функции желудка, симптоматологию хронического гастрита.

**План занятия:**

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

**Задачи:**

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

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

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

**Вид занятия:**практическое

**Средства обучения и контроля:**

1. методическая разработка занятия

2. учебно-методическое пособие для самоподготовки студентов к занятию

3. дидактические средства контроля и тренажа:

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

**Формы контроля:**

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

**Междисциплинарные связи:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Дисциплины и профессиональные модули* | *Тема* |
| 1. Общепрофессиональные дисциплины  - Анатомия и физиология человека  - Латинский язык | * Терминология. |
| Диагностическая деятельность  - Пропедевтика клинических дисциплин | * Синдром нарушения секреторной функции желудка. * Симптоматология хронического гастрита. |
| Общепрофессиональные дисциплины  - Клиническая фармакология |  |

**Внутридисциплинарные связи:**

Методы исследования больного

**Уровни усвоения: 2**,3

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

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

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

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

**Карта компетенции:**

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

**Ход занятия**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Этапы занятия** | **Цели этапов занятия** | **Деятельность преподавателя** | **Деятельность студента** | **Методы, механизмы** | **Результаты обучения** | **Оборудование занятия** | **Время** |
| 1 | Организационный момент | Ознакомление с новой темой, его вопросами | Преподаватель объявляет тему, цели занятия, акцентирует внимание на важности, сложности изучения данной темы; объясняет ход занятия | Записывают тему и его вопросы и важные аспекты по теме. | Мозговой штурм:  Вызвать интерес к изучению  материала, мобилизовать внимание студентов. Дается один вопрос на который ожидается полноценный и четкий ответ. | Обращение внимание студентов к занятию, способность развить клиническое мышление. | Доска с проектором, слайд | 10мин |
| 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.) | 20мин |
| 3 | Изложение новой темы | Расширение знаний студентов по новой теме, сформировать навыков умения их использовать на практических занятиях | Объяснить, показать и довести до студента новую тему, акцентируя на основных моментах темы. | Усидчивость и внимательность студентов способствует лучшему усвоению темы. | Презентации слайдов, демонстрация в натурщике | Сформируется теоретическая база знаний и умений, для использования их на практических занятиях | Доска с проектором, презентационный материал, натурщик | 30 мин |
| 4 | Перерыв |  |  |  |  |  |  | 10мин |
| 5 | Закрепление новой темы и подведение итогов | Определение и анализ освояемости пройденного материала, внесение измений на его содержание | Демонстрация тестового задания и ситуационных задач. | Группа делиться на 2 команды задают блиц вопросы. В решении задач принимают участие все студенты группы; дополняют, исправляют ответы друг друга. Преподаватель контролирует, обобщает ответы студентов | Решение ситуационных задач или тестовых вопросов. | Самостоятельно используют полученные знания по теме, сформируются познавательные компетенции | Перечень ситуационных задач (Прил.2.) | 10мин |
| 6 | 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, пикфлоуметр, таблица объемов легких,. лекарственные препараты (аннотации) | 20мин |
| 7 | 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.) | 5 мин |

**Содержание темы:**

Студенты должны продемонстрировать «Прием больного».

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

Студент должен озвучить каждое свое действие, выбор, выводы.

**Формы проверки знаний:**

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

**Литература:**

# Учебно-методическое обеспечение дисциплины

**Основная литература:**

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

2. «Пропедевтика внутренних болезней» Мамасаидов А.Т

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

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

5. «Ичкиооруларпропедевтикасы.» Сакибаев К.Ш.

**Дополнительная литература:**

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

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

**Электронные источники:**

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

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

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

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

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

**Краткое содержание темы:**

К расстройствам желудочной секреции относятся гиперсекреция, гипосекреция и ахилия.

*1. Гиперсекреция* — увеличение количества желудочного сока, повышение его кислотности и переваривающей способности. Причины: увеличение массы секреторных клеток желудка (детерминируется генетически), активация влияний блуждающего нерва (напр., при невротических состояниях или конституциональной ваготонии), повышение синтеза и/или эффектов гастрина, гипертрофия и/или гиперплазия энтерохромаффинных (энтероэндокринных) клеток (например, при гипертрофическом гастрите), перерастяжение антрального отдела желудка, действие некоторых ЛС (например, ацетилсалициловой кислоты или кортикостероидов).

## Последствия: замедление эвакуации пищевой массы из желудка, эрозии и изъязвления слизистой оболочки желудка, сопровождающийся изжогой гастро-эзофагальный рефлюкс, нарушения пищеварения в кишечнике.

*2. Гипосекреция* — уменьшение объёма желудочного сока, снижение его кислотности и расщепляющей эффективности.

Причины: уменьшение массы секреторных клеток (напр., при гипо- и атрофической форме хронического гастрита или распадающейся опухоли желудка), снижение эффектов блуждающего нерва (напр., при неврозах или конституциональной симпатикотонии), снижение образования гастрина, дефицит в организме белков и витаминов, действие ЛС, снижающих или устраняющих эффекты блуждающего нерва (например, блокаторов холинорецепторов или активаторов холинэстераз).

*3. Ахилия* — состояние, характеризующееся практически полным отсутствием желудочной секреции. Причина ахилии — значительное снижение или прекращение секреторной функции желудка.

• Последствия.

В результате нарушений моторики желудка возможно развитие синдрома раннего насыщения, изжоги, тошноты, рвоты и демпинг-синдрома.

* *Синдром раннего (быстрого) насыщения.* Является результатом снижения тонуса и моторики антрального отдела желудка. Приём небольшого количества пищи вызывает чувство тяжести и переполнения желудка. Это создаёт субъективные ощущения насыщения.
* *Изжога* — ощущение жжения в области нижней части пищевода (результат снижения тонуса кардиального сфинктера желудка, нижнего сфинктера пищевода и заброса в него кислого желудочного содержимого).
* *Тошнота.* При подпороговом возбуждении рвотного центра развивается тошнота — неприятное, безболезненное субъективное ощущение, предшествующее рвоте.
* *Рвота* — непроизвольный рефлекторный акт, характеризующийся выбросом содержимого желудка (иногда и кишечника) наружу через пищевод, глотку и полость рта.

Механизмы развития: усиленная антиперистальтика стенки желудка, сокращение мышц диафрагмы и брюшной стенки, расслабление мышц кардиального отдела желудка и пищевода, возбуждение рвотного центра продолговатого мозга.

Значение рвоты. Рвота имеет защитное и патогенное значение.

Защитное (при рвоте из желудка устраняются токсичные вещества или инородные тела).

Патогенное (потеря организмом жидкости, ионов, продуктов питания, особенно при длительной и/или повторной рвоте).

* *Демпинг-синдром* — патологическое состояние, развивающееся в результате быстрой эвакуации желудочного содержимого в тонкий кишечник. Развивается, как правило, после удаления части желудка.

**Нарушение эвакуации желудочного содержимого: отрыжка, изжога, тошнота, рвота. Связь секреторных и моторных нарушений.**

* *Изжога* — ощущение жжения в области нижней части пищевода (результат снижения тонуса кардиального сфинктера желудка, нижнего сфинктера пищевода и заброса в него кислого желудочного содержимого).
* *Тошнота.* При подпороговом возбуждении рвотного центра развивается тошнота — неприятное, безболезненное субъективное ощущение, предшествующее рвоте.
* *Рвота* — непроизвольный рефлекторный акт, характеризующийся выбросом содержимого желудка (иногда и кишечника) наружу через пищевод, глотку и полость рта.

Механизмы развития: усиленная антиперистальтика стенки желудка, сокращение мышц диафрагмы и брюшной стенки, расслабление мышц кардиального отдела желудка и пищевода, возбуждение рвотного центра продолговатого мозга.

Значение рвоты. Рвота имеет защитное и патогенное значение.

Защитное (при рвоте из желудка устраняются токсичные вещества или инородные тела).

Патогенное (потеря организмом жидкости, ионов, продуктов питания, особенно при длительной и/или повторной рвоте).

* *Демпинг-синдром* — патологическое состояние, развивающееся в результате быстрой эвакуации желудочного содержимого в тонкий кишечник. Развивается, как правило, после удаления части желудка.

**Хронический гастрит**

Хронический гастрит (ХГ) - хроническое воспаление слизистой оболочки желудка с пере­стройкой ее структуры и прогрессирующей атрофией, нарушениями секреторной, моторной и инкре­торной функций.

В настоящее время хронический гастрит в большей степени - это морфологическое понятие. Поэтому постановка данного диагноза правомочна только при наличии гистологически подтвер­жденных изменений слизистой оболочки желудка. Даже ЭФГДС-исследование без биопсии слизи­стой не дает оснований для выставления диагноза хронического гастрита.

Этиология. Это полиэтиологическое заболевание. В настоящее время к причинам, вызываю­щим хронический гастрит, относят:

1. инфицирование слизистой оболочки желудка Helicobacter pylori;
2. генетический фактор, приводящий к образованию аутоантител к обкладочным клеткам;
3. повреждающее действие дуоденального содержимого на слизистую оболочку желудка.

Способствуют развитию заболеванияжзогешше и эндогенные факторы.

К экзогенным факторам относят:

1. нарушения режима питания, переедание, недостаточное прожевывание пищи, злоупотреб­ление грубой, острой, горячей пищей;
2. курение и алкоголь;
3. профессиональные вредности (заглатывание металлической пыли и различных химиче­ских веществ);
4. длительный прием некоторых лекарств (аспирина, преднизолона, нестероидных противо­воспалительных препаратов).

К эндогенным факторам относят:

1. хронические инфекции; 2) заболевания эндокринной системы; 3) нарушения обмена веществ; 4) аутоинтоксикации (почечная недостаточность).

Модифицированная Сиднейская классификация хронических гастритов (Хьюстон, 1994)

Различают 3 типа хронического гастрита: неатрофический, атрофический и особые формы: химический, радиационный, лимфоцитарный, неинфекционный гранулематозный, эозинофильный, другие инфекционные.

Приводим клинические проявления наиболее распространенных типов хронического гастри­та.

**Хронический атрофический (аутоимунный) гастрит**

Хронический аутоиммунный гастрит характеризуется поражением слизистой оболочки глав­ным образом фундального отдела и тела желудка с ранним развитием атрофического процесса. Это приводит к резкому снижению секреции соляной кислоты и пепсина, а также внутреннего фактора Кастла. Дефицит последнего служит причиной развития у больных В ^-дефицитной анемии. Болезнь обычно развивается в среднем и пожилом возрасте и протекает часто латентно. Нередко выявляется у ближайших родственников, иногда сочетается с тиреоидитом, тиреотоксикозом, сахарным диабе­том 1 типа и др. Ранее назывался хр. гастритом типа А.

**Клиническая картина**

Больные жалуются на снижение или даже отсутствие аппетита, ощущение давления и пере­полнения в эпигастрии после еды, отрыжку воздухом, пищей нередко с тухлым запахом, тошноту, реже рвоту. Со стороны кишечника часто наблюдается урчание, вздутие живота, нарушение стула (поносы, неустойчивый стул, реже запоры). Боли в эпигастрии мало выражены. Длительное сущест­вование выраженной гипосекреции желудка может приводить к заболеваниям других органов пище­варительной системы (хронические энтериты, колиты, холециститы, гепатиты), железодефицитной анемии вследствие нарушения всасывания железа, гиповитаминозам группы В.

При осмотре может наблюдаться похудание, бледность кожных покровов. Язык часто с атро­фией сосочков - «лакированный язык». При пальпации живота отмечается урчание, он часто вздут. В эпигастрии умеренная болезненность при глубокой пальпации.

При исследовании желудочного сока обнаруживается гипосекреция, выражающаяся в умень­шении объема желудочного сока и концентрации соляной кислоты. Критерием аутоиммунного ХГ считаются дебит соляной кислоты не более 2-4 мэкв/ч и отсутствие снижения внутрижелудочного pH ниже 6 после субмаксимальной стимуляции гистамином.

Рентгенологически наблюдается мелкоскладчатый рельеф слизистой за счет атрофии складок.

При гастрофиброскопии слизистая оболочка бледная, хорошо виден сосудистый рисунок, складки в желудке низкие, антральный отдел не изменен. В биоптатах обнаруживается атрофический гастрит с утратой специализированных желез и замещением их псевдопилорическими железами и кишечным эпителием.

В крови у больных отмечаются высокий уровень гастринемии и наличие антител к париеталь­ным клеткам и внутреннему фактору Кастла.

**Хронический неатрофический (хеликобактерный) гастрит**

Он вызывается пилорическим хеликобактером - грамотрицательной S-образно изогнутой па­лочкой с 4-6 жгутиками на одном конце. Источник инфекции - зараженный человек, домашние жи­вотные. Основной путь распространения - контактно-бытовой. Ранее назывался хр. гастритом типа В.

Жалобы. Часто у больных отмечаются неприятные ощущения (тяжесть, чувство переполне­ния) или незначительная боль в эпигастральной области. Боли носят ноющий характер, наступают после еды, продолжаются 1-1,5 часа, после чего самостоятельно стихают. Они более выражены после приема острой, жареной и жирной пищи, при торопливой еде и уменьшаются после отрыжки (возду­хом, съеденной пищей). У части больных боли могут напоминать боли при язвенной болезни 12-п. кишки. При объективном обследовании внешний вид больного, как правило, не изменяется. При пальпации живота может определяться болезненность в эпигастральной области.

При исследовании секреторной функции желудка у 60% больных выявляется гиперсекреция соляной кислоты, у 30% - нормальная кислотопродукция.

При эндоскопическом исследовании обнаруживаются яркая диффузная или пятнистая гипе­ремия и отек с преимущественной локализацией в антральном отделе, нередко множественные эро­зии. Эрозии локализуются в зоне выраженного воспаления, их редко можно встретить в теле желуд­ка. Активность ХГ совпадает со степенью обсемененности пилорическим хеликобактером.

**Выявление Helicobacter pylori**

Все существующие для обнаружения Helicobacter pylori диагностические тесты можно услов­но разделить на две группы: инвазивные и неинвазивные. Несколько особняком стоит ПЦР- диагностика, поскольку ее можно осуществлять как в биоптатах слизистой оболочки желудка (инва­зивно), так и в фекалиях больного (неинвазивный метод).

Инвазивные тесты

Для этих исследований необходимо проведение ФЭДГС с биопсией слизистой оболочки же­лудка. При ФЭДГС забирают четыре биоптата (по 2 из антрального отдела и тела желудка), а затем применяют три метода выявления H. pylori:

1. Бактериологический,
2. Морфологический (цитологический, гистологический),
3. Биохимический (уреазный тест).

Неинвазивные тесты

Существует два типа неинвазивных методов выявления микроорганизма:

1. Серологические методики (обнаружение антител к H. pylori и др.),
2. Дыхательный тест.

Дыхательный тест. Наличие H. pylori в желудке определяют по активности специфичной для данной бактерии уреазы. Пациент перорально принимает раствор, содержащий меченную 13С или 14С мочевину. В присутствии H. pylori фермент расщепляет мочевину, в результате чего выдыхаемый воздух содержит С02 с меченым изотопом углерода (13С или 14С), уровень которого и определяют методом масс-спектроскопии или с помощью сцинтилляционного счетчика. Дыхательный тест по­зволяет эффективно диагностировать эрадикацию. В норме содержание стабилизированного изотопа 13С или 14С не превышает 1% от общего количества углекислого газа в выдыхаемом воздухе.

**Диагностика**

* **Клиническая диагностика** — анализируются жалобы больного, анамнез, данные осмотра пациента, высказывается предположительный диагноз и составляется рациональный план инструментального обследования.
* **Эндоскопическая диагностика** с обязательной биопсией— уточняется наличие*Helicobacter pylori*, характер и локализация изменений слизистой оболочки желудка, наличие предраковых изменений слизистой оболочки желудка. Для биопсии берётся не менее чем 5 фрагментов (2 — из антрального отдела, 2 — из тела желудка, 1 — из угла желудка).
* **Дыхательная диагностика** — уточняется наличие *Helicobacter pylori*. Данный метод предполагает приём пациентом мочевины нормального изотопного состава и последующее измерение концентрации аммиака с помощью газоанализатора.
* **Внутрижелудочная рН-метрия** — определение состояния секреции и диагностика функциональных нарушений при кислотозависимых заболеваниях ЖКТ.
* **Электрогастроэнтерография** — исследование моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта с целью определения дуоденогастрального рефлюкса.
* **Манометрия верхних отделов желудочно-кишечного тракта**, с помощью которой определяется наличие или отсутствие рефлюкс-гастрита (в норме в двенадцатиперстной кишке давление 80—130 мм вод. ст., у пациентов с рефлюкс-гастритом оно повышено до 200—240 мм вод. ст.).

**Дифференциальная диагностика**

Кроме хронического гастрита, дополнительно выделяют так называемые функциональные расстройства желудка, дифференциальная диагностика с которыми крайне затруднительна, поскольку для этого необходима биопсия, которую при хроническом гастрите проводят довольно редко. Хронический атрофический гастрит необходимо дифференцировать с язвенной болезнью желудка со сниженной секреторной функцией, доброкачественными и злокачественными опухолями желудка. Наиболее ответственной задачей является дифференциальная диагностика с раком желудка. Трудности возникают при эндофитном росте опухоли. Для правильной диагностики используют комплексное рентгеноэндоскопическое исследование с множественной прицельной биопсией из наиболее изменённых участков слизистой оболочки. В неясных случаях проводят динамическое наблюдение с повторным проведением ФЭГДС с биопсией. В некоторых неясных ситуациях эффективно эндоскопическое УЗИ

**Лечение хронического гастрита**

Лечение хронического гастрита производят амбулаторно, курс лечения, включая диагностику, рассчитан на 14 дней.  Из медикаментозных средств для лечения хронического гастрита применяют ингибиторы протонного насоса,блокаторы H2-гистаминовых рецепторов,прокинетики, селективныеМ - холинолитики,антациды. Для некоторых форм*Helicobacter pylori*-ассоциированного гастрита рекомендуется эрадикация (уничтожение) *Helicobacter pylori*. в качестве терапии первой линии рекомендована тройная схема эрадикации, включающая один из ингибиторов протонного насоса и два антибактериальных средства: кларитромицин и амоксициллин. При неудаче эрадикации предлагается терапия второй линии, включающая четыре препарата: ингибитор протонного насоса, висмута трикалия дицитрат, метронидазол и тетрациклин.

Немедекаментозные методы: ***Физиотерапия***( Для купирования болевого синдрома используют электрофорез прокаина, платифиллина, парафиновые, озокеритовые и грязевые аппликации. Для стимуляции железистого аппарата при хроническом гастрите с умеренной секреторной недостаточностью применяют синусоидальные модулированные токи и дециметровые электромагнитные волны), Санаторно-курортное лечение показано вне стадии обострения. При неатрофическом хроническом гастрите с сохранённой и повышенной секреторной функцией желудка показаны гидрокарбонатные минеральные воды через 2-3 ч после еды (на курортах Боржоми, Железноводск, Джермук, Арзни, Миргород). При хроническом атрофическом гастрите с секреторной недостаточностью показаны хлоридные, натриевые, гидрокарбонатно-хлоридные минеральные воды за 15-20 мин до еды (на курортах Ессентуки, Трускавец, Моршин, Старая Русса). Минеральную воду пьют в тёплом виде, без газа.

### **Купирование обострения хронического гастрита**

Лечение рецидива хронического гастрита производят амбулаторно, курс лечения, включая диагностику, рассчитан на 14 дней. Из медикаментозных средств для лечения хронического гастрита применяют [ингибиторы протонного насоса](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BD%D0%B3%D0%B8%D0%B1%D0%B8%D1%82%D0%BE%D1%80%D1%8B_%D0%BF%D1%80%D0%BE%D1%82%D0%BE%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%BE_%D0%BD%D0%B0%D1%81%D0%BE%D1%81%D0%B0), [блокаторы H2-гистаминовых рецепторов](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%BB%D0%BE%D0%BA%D0%B0%D1%82%D0%BE%D1%80%D1%8B_H2-%D0%B3%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BC%D0%B8%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D1%8B%D1%85_%D1%80%D0%B5%D1%86%D0%B5%D0%BF%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B2), [прокинетики](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9F%D1%80%D0%BE%D0%BA%D0%B8%D0%BD%D0%B5%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B8&action=edit&redlink=1), селективные [М-холинолитики](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C-%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%B8%D0%BD%D0%BE%D0%BB%D0%B8%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B8_(%D0%BF%D1%80%D0%BE%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BE%D1%8F%D0%B7%D0%B2%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8B%D0%B5_%D0%BF%D1%80%D0%B5%D0%BF%D0%B0%D1%80%D0%B0%D1%82%D1%8B)), [антациды](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BD%D1%82%D0%B0%D1%86%D0%B8%D0%B4%D1%8B" \o "Антациды).Лечение с помощью антигельминтных и противопротозойных средств широкого спектра действия ( празиквантел, албендазол, мебендазол) . Для некоторых форм *Helicobacter pylori*-ассоциированного гастрита рекомендуется эрадикация (уничтожение) *Helicobacter pylori*

#### Эрадикация *Helicobacter pylori*

#### Среди других форм хронического гастрита преобладает *Helicobacter pylori* — ассоциированный гастрит антрального отдела желудка. Для его лечения согласительным совещанием «Маастрихт-III» ([2005 год](https://ru.wikipedia.org/wiki/2005_%D0%B3%D0%BE%D0%B4)) в качестве терапии первой линии рекомендована тройная схема [эрадикации](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AD%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F_Helicobacter_pylori), включающая один из [ингибиторов протонного насоса](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BD%D0%B3%D0%B8%D0%B1%D0%B8%D1%82%D0%BE%D1%80%D1%8B_%D0%BF%D1%80%D0%BE%D1%82%D0%BE%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%BE_%D0%BD%D0%B0%D1%81%D0%BE%D1%81%D0%B0) и два [антибактериальных средства](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BD%D1%82%D0%B8%D0%B1%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B8%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8B%D0%B5_%D1%81%D1%80%D0%B5%D0%B4%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B0): [кларитромицин](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BB%D0%B0%D1%80%D0%B8%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%BC%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD" \o "Кларитромицин) и [амоксициллин](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BC%D0%BE%D0%BA%D1%81%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BB%D0%BB%D0%B8%D0%BD). При неудаче эрадикации предлагается терапия второй линии, включающая четыре препарата: ингибитор протонного насоса, [висмута трикалия дицитрат](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%B8%D1%81%D0%BC%D1%83%D1%82%D0%B0_%D1%82%D1%80%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D1%8F_%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%82), [метронидазол](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D0%B4%D0%B0%D0%B7%D0%BE%D0%BB" \o "Метронидазол) и [тетрациклин](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D0%B5%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%86%D0%B8%D0%BA%D0%BB%D0%B8%D0%BD).

В то же время ряд специалистов полагает, что из-за возможных проблем, которые могут проявиться в результате приёма антибиотиков, проводить эрадикацию *Helicobacter pylori* не имеет смысла, хотя и имеется шанс, что она поможет.[[9]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B0%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%82#cite_note-BSG-9) При этом другие врачи считают, что некоторые формы гастритов, в частности *Helicobacter pylori* — ассоциированный атрофический гастрит, требует обязательной эрадикации *[Helicobacter pylori](https://ru.wikipedia.org/wiki/Helicobacter_pylori" \o "Helicobacter pylori)*.[[14]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B0%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%82#cite_note-Lap-14)

#### Снижение кислотности желудочного сока

В ходе лечения хронических гастритов активно используются [антисекреторные лекарственные вещества](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BD%D1%82%D0%B8%D1%81%D0%B5%D0%BA%D1%80%D0%B5%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%BD%D1%8B%D0%B5_%D0%BF%D1%80%D0%B5%D0%BF%D0%B0%D1%80%D0%B0%D1%82%D1%8B" \o "Антисекреторные препараты), обволакивающие средства.

Применяются лекарственные препараты для подавления секреции соляной кислоты в желудке, что приводит к снижению [кислотности желудочного сока](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%B8%D1%81%D0%BB%D0%BE%D1%82%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C_%D0%B6%D0%B5%D0%BB%D1%83%D0%B4%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%BE_%D1%81%D0%BE%D0%BA%D0%B0). Доза антисекреторных средств [подбирается индивидуально](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BD%D0%B3%D0%B8%D0%B1%D0%B8%D1%82%D0%BE%D1%80%D1%8B_%D0%BF%D1%80%D0%BE%D1%82%D0%BE%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%BE_%D0%BD%D0%B0%D1%81%D0%BE%D1%81%D0%B0#%D0%9F%D0%BE%D0%B4%D0%B1%D0%BE%D1%80_%D0%B8%D0%BD%D0%B4%D0%B8%D0%B2%D0%B8%D0%B4%D1%83%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%BE%D0%B9_%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BF%D0%B8%D0%B8_%D0%B0%D0%BD%D1%82%D0%B8%D1%81%D0%B5%D0%BA%D1%80%D0%B5%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%BD%D1%8B%D0%BC).

В качестве дополнительной терапии используются витаминные препараты: витамин U (метилметионинсульфония хлорид) и B5 (пантотеновая кислота). [Витамин U](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%B8%D1%82%D0%B0%D0%BC%D0%B8%D0%BD_U) (метилметионинсульфония хлорид) участвует в реакциях метилирования биогенных аминов и за счет этого снижает желудочную [секрецию](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B5%D0%BA%D1%80%D0%B5%D1%86%D0%B8%D1%8F_(%D1%84%D0%B8%D0%B7%D0%B8%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F)) и даёт обезболивающий эффект.[[16]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B0%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%82#cite_note-16) [Пантотеновая кислота](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B0%D0%BD%D1%82%D0%BE%D1%82%D0%B5%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D1%8F_%D0%BA%D0%B8%D1%81%D0%BB%D0%BE%D1%82%D0%B0) (витамин В5) способствует заживлению слизистых оболочек желудочно-кишечного тракта и стимулирует [перистальтику](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B5%D1%80%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B0) [кишечника](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%B8%D1%88%D0%B5%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%BA). Избыток [соляной кислоты](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BE%D0%BB%D1%8F%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%BA%D0%B8%D1%81%D0%BB%D0%BE%D1%82%D0%B0) в [желудке](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%96%D0%B5%D0%BB%D1%83%D0%B4%D0%BE%D0%BA) часто возникает именно при недостатке в организме пантотеновой кислоты.[[17]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B0%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%82#cite_note-17)

## Режим питания

При обострении гастрита необходима щадящая [диета](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D0%B5%D1%82%D0%B0). Больным гастритом противопоказаны [шоколад](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A8%D0%BE%D0%BA%D0%BE%D0%BB%D0%B0%D0%B4), [кофе](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BE%D1%84%D0%B5), [газированные напитки](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B0%D0%B7%D0%B8%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B2%D0%BE%D0%B4%D0%B0), [алкоголь](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BB%D0%BA%D0%BE%D0%B3%D0%BE%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8B%D0%B5_%D0%BD%D0%B0%D0%BF%D0%B8%D1%82%D0%BA%D0%B8), [консервы](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BE%D0%BD%D1%81%D0%B5%D1%80%D0%B2%D1%8B), концентраты и суррогаты любых продуктов, [пряности](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%80%D1%8F%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8), [специи](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BF%D0%B5%D1%86%D0%B8%D0%B8), а также продукция [предприятий быстрого питания](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D1%8B%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B5_%D0%BF%D0%B8%D1%82%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5), блюда, провоцирующие брожение ([виноград](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%B8%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D1%80%D0%B0%D0%B4_(%D1%8F%D0%B3%D0%BE%D0%B4%D0%B0)), [чёрный хлеб](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B6%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%B9_%D1%85%D0%BB%D0%B5%D0%B1) и т. п.), копчёная, жирная и жареная пища, изделия из сдобного теста. При этом питание должно быть разнообразным и богатым [белками](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%B5%D0%BB%D0%BA%D0%B8) и [витаминами](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%B8%D1%82%D0%B0%D0%BC%D0%B8%D0%BD%D1%8B). По окончании острого состояния питание должно становиться полноценным с соблюдением стимулирующего принципа в период [ремиссии](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B5%D0%BC%D0%B8%D1%81%D1%81%D0%B8%D1%8F) у больных с пониженной [кислотностью](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%B8%D1%81%D0%BB%D0%BE%D1%82%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C_%D0%B6%D0%B5%D0%BB%D1%83%D0%B4%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%BE_%D1%81%D0%BE%D0%BA%D0%B0). Рекомендуется дробный приём пищи, по 5-6 раз в сутки.

**Входной тест контроль**

1.Чаще встречается?

+а) гипосекреция с пониженной кислотностью;

б) гипосекреция с повышенной кислотностью;

в) гиперсекреция с пониженной кислотностью.

2. Для гиперхлоргидрии и повышенной секреторной функции желудочных желез характерно:

а) склонность к запорам;

в) повышение активности пепсина;

б) спазм привратника;

+г) все указанные изменения.

3. Ятрогенные “стероидные” язвы ЖКТ вызываются:

а) инсулином;

б) адреналином;

в) минералкортикоидами;

+г) глюкокортикоидами;

д) половыми гормонами.

4. Снижают способность слизистой оболочки желудка к регенерации и способствуют развитию язвенной болезни:

а) спастическая моторика желудка;

б) увеличение в крови катехоламинов и глюкокортикоидов;

в) дефицит в организме гемопоэтических факторов (железа, В12 и фолатов);

г) курение, алкоголизм;

+д) все указанные факторы.

5. Фактор патогенеза “аспириновых” язв желудка:

+а) уменьшение синтеза простагландинов группы Е;

б) увеличение образования слизи;

в) увеличение обратной диффузии Н+ в слизистой оболочке желудка.

6. К проявлениям синдрома мальабсорбции не относится:

а) метеоризм;

б) понос;

+ в) запор;

г) гипопротеинемия;

д) стеаторея.

7. Для острой кишечной аутоинтоксикации характерно:

а) падение артериального давления;

б) уменьшение болевой чувствительности;

в) ослабление сердечных сокращений;

г) развитие комы;

+д) все признаки.

8. Для хронической кишечной аутоинтоксикации характерно:

а) падение артериального давления;

+б) анемия;

в) уменьшение болевой чувствительности;

г) ослабление сердечных сокращений.

9. Для дисбактериоза не характерно:

+а) рН выше оптимального в кишечнике;

б) увеличение токсических веществ в просвете кишечника;

в) разрушение пищеварительных ферментов;

г) конкуренция микробов за питательные вещества;

д) ухудшение регенерации кишечного эпителия.

10. Основу патогенеза синдрома мальабсорбции составляют:

а) усиленный гидролиз пищевых компонентов в кишечнике;

б) накопление в просвете кишки продуктов неполного распада пищи;

в) гипогидратация организма;

г) усиленное выведение из сосудистого русла воды, белка электролитов;

+д) все указанные признаки.

11. Укажите основные проявления недостаточности пищеварения:

+а) истощение организма;

+б) гипо- и авитаминозы;

в) гипервитаминозы;

+г) отрицательный азотистый баланс;

д) положительный азотистый баланс;

е) повышение резистентности организма;

ж) гиперпротеинемия;

+з) снижение реактивности организма.

12. Укажите защитно-приспособительные изменения при недостаточности пищеварительной системы:

а) снижение и извращение аппетита;

б) изжога;

в) отрыжка;

г) частая и обильная рвота;

+д) усиленная выработка лизоцима и соляной кислоты;

+е) усиление перистальтики;

+ж) повышение барьерной функции кишечника.

13. Укажите собственно-патологические изменения при недостаточности пищеварительной системы:

+а) снижение и извращение аппетита;

+б) изжога;

+в) частая и обильная рвота;

г) усиленная выработка лизоцима и соляной кислоты;

д) повышение барьерной функции кишечника;

е) усиление перистальтики.

14. Как изменяется пищеварение при гиперсекреции желудочного сока и гиперацидном состоянии?

+а) эвакуация желудочного содержимого замедляется;

б) эвакуация желудочного содержимого ускоряется;

+в) развиваются процессы брожения;

+г) появляется отрыжка и изжога;

д) пищевые массы почти не перевариваются.

15. Как изменяется пищеварение при гипосекреции желудочного сока и ахлоргидрии?

а) эвакуация желудочного содержимого замедляется;

+б) эвакуация желудочного содержимого ускоряется;

+в) пищевые массы практически не подвергаются перевариванию в желудке;

г) переваривание пищевых масс изменяется незначительно.

16. Укажите изменения процесса пищеварения при ахлоргидрии:

а) замедление эвакуации пищевых масс из желудка в кишечник;

+б) снижение активности пептических ферментов желудка;

+в) уменьшение образования секретина в слизистой оболочке двенадцатиперстной кишки;

г) снижение активности энтерокиназы.

17. Укажите последствия гиперсаливации:

а) затруднение акта жевания и глотания;

+б) мацерация и воспалительные изменения кожи в области губ;

в) возникновение воспалительных процессов в слизистой оболочке полости рта;

г) понижение секреторной функции желудка;

+д) нейтрализация соляной кислоты желудочного сока.

18. Укажите последствия гипосаливации:

+а) затруднение акта жевания и глотания;

б) мацерация и воспалительные изменения кожи в области губ;

+в) возникновение воспалительных процессов в слизистой оболочке полости рта;

+г) понижение секреторной функции желудка;

д) нейтрализация соляной кислотой желудочного сока.

19. Какие нарушения возникают при гипо- или ахолии?

+а) нарушение переваривания и всасывания жиров;

+б) дефицит жирорастворимых витаминов;

в) всасывание жирорастворимых витаминов не нарушается;

+г) перистальтика кишечника ослабевает;

д) перистальтика кишечника усиливается;

+е) рН содержимого двенадцатиперстной кишки сдвигается в кислую сторону;

ж) рН содержимого двенадцатиперстной кишки сдвигается в щелочную сторону.

20. В каких случаях возможна гипосекреция желудочного сока?

а) введение гистамина;

+б) злокачественные опухоли желудка;

+в) атрофический гастрит;

г) язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

21. Укажите вещества, недостаток которых может привести к гипосекреции желудочного сока:

+а) гастрин;

б) энтерогастрон;

+в) холецистокинин;

г) секретин;

+д) глюкокортикоиды;

+е) инсулин;

ж) глюкагон.

22. Что такое ахлоргидрия?

+а) отсутствие в желудочном соке свободной соляной кислоты;

б) отсутствие пепсина в желудочном соке.

23. Что такое гиперхлоргидрия?

а) повышение кислотности желудочного сока;

+б) повышение содержания свободной соляной кислоты в желудочном соке.

24. Как изменяется эвакуаторная функция желудка при гиперхлоргидрии?

+а) замедляется;

б) ускоряется.

25. Что такое гипохлоргидрия?

а) повышение кислотности желудочного сока;

+б) понижение содержания свободной соляной кислоты в желудочном соке.

26. Как изменяется эвакуаторная функция желудка при гипохлоргидрии?

а) замедляется;

+б) ускоряется.

27. Чем обусловлено ускорение эвакуации желудочного содержимого при гипохлоргидрии?

+а) быстрой нейтрализацией пищевой кашицы содержимым двенадцатиперстной кишки и рефлекторным раскрытием привратника;

б) спастическим сокращением мышц желудка.

28. Что такое гиперацидное состояние?

а) повышение желудочной секреции;

+б) повышение кислотности желудочного сока.

29. Что такое гипоацидное состояние?

а) снижение желудочной секреции;

+б) снижение кислотности желудочного сока.

30. Что такое анацидное состояние?

а) отсутствие желудочной секреции;

+б) отсутствие общей кислотности.

31. Что такое ахилия?

а) отсутствие свободной соляной кислоты в желудочном соке;

б) отсутствие пепсина в желудочном соке;

+в) отсутствие свободной соляной кислоты и пепсина в желудочном соке.

32. Что характерно для астенического типа желудочной секреции?

а) снижение возбудимости желудочных желез на механические и химические раздражители;

+б) повышение возбудимости желудочных желез на механические и снижение на химические раздражители;

в) снижение возбудимости желудочных желез на механические и повышение на химические раздражители;

г) общее количество желудочного сока превышает нормальное; +д) общее количество желудочного сока ниже нормы.

. Что характерно для возбудимого типа желудочной секреции?

+а) повышение секреции на механические и химические раздражители;

б) повышение секреции на механические и снижение на химические раздражители;

в) снижение секреции на механические и повышение на химические раздражители;

+г) общее количество желудочного сока превышает нормальное;

д) общее количество желудочного сока ниже нормы.

34. Что характерно для инертного типа желудочной секреции?

а) снижение возбудимости желудочных желез на механические и химические раздражители;

б) повышение возбудимости желудочных желез на механические и снижение на химические раздражители;

+в) снижение возбудимости желудочных желез на механические и повышение на химические раздражители;

+г) общее количество желудочного сока превышает нормальное; д) общее количество желудочного сока ниже нормы.

5. Что характерно для тормозного типа желудочной секреции?

+а) снижение возбудимости желудочных желез на механические и химические раздражители;

б) повышение возбудимости желудочных желез на механические и снижение на химические раздражители;

) снижение возбудимости желудочных желез на механические и повышение на химические раздражители;

г) общее количество желудочного сока превышает нормальное;

+д) общее количество желудочного сока ниже нормы.

36. Что характерно для изжоги?

а) внезапное попадание в полость рта небольшой порции содержимого желудка или пищевода;

+б) ощущение жжения в нижнем отделе пищевода;

в) рефлекторное сокращение мышц желудка или пищевода;

+г) забрасывание желудочного сока в пищевод;

+д) спазм пищевода и антиперистальтика;

е) судорожное сокращение желудка и диафрагмы.

37. Что характерно для отрыжки?

+а) попадание в полость рта небольшой порции содержимого желудка или пищевода;

б) ощущение жжения в нижнем отделе пищевода;

+в) рефлекторное сокращение мышц желудка и диафрагмы при открытом кардиальном отделе и спазме привратника;

г) сокращение мышц диафрагмы.

38. Что наблюдается при тошноте?

+а) начинающиеся антиперистальтические движения желудка;

б) спазм пищевода;

+в) гиперсаливация;

г) гипосаливация;

+д) бледность кожных покровов;

е) гиперемия кожных покровов;

ж) повышение артериального давления;

+з) снижение артериального давления.

39. Что характерно для рвоты?

а) ощущение жжения в нижнем отделе пищевода;

+б) чувство слабости;

в) гиперемия кожных покровов;

+г) бледность кожных покровов;

+д) брадикардия;

е) тахикардия;

+ж) снижение артериального давления;

з) повышение артериального давления. 4

40. Парорексия - это

+а) извращение аппетита;

б) быстрая насыщаемость;

в) нарушение глотания;

г) повышение аппетита;

д) снижение аппетита.

1. Основная причина хронического гастрита типа В

*а) отравление*

*б) аутоиммунные нарушения*

*в) нерациональное питание*

*г) хеликобактериальная инфекция*

2. В рацион питания изделия из злаков включают потому, что они содержат

*а) витамины группы В*

*б) растительную клетчатку*

*в) углеводы*

*г) микроэлементы*

3. Для хронического гастрита характерны синдромы

*а) диспепсический*

*б) гипертонический*

*в) интоксикационный*

*г) гепатолиенальный*

4. Симптом хронического гастрита с сохраненной секрецией

*а) понос*

*б) горечь во рту*

*в) лихорадка*

*г) боль в эпигастральной области*

5. Основной симптом хронического гастрита с секреторной недостаточностью

*а) повышение аппетита*

*б) отрыжка кислым*

*в) отрыжка тухлым*

*г) запор*

6. При хроническом гастрите определяется

*а) болезненность в эпигастральной области*

*б) симптом Ортнера*

*в) положительный симптом Пастернацкого*

*г) положительный симптом Щеткина-Блюмберга*

7. При подготовке пациента к желудочному зондированию очистительная клизма

*а) ставится вечером накануне исследования*

*б) ставится утром в день исследования*

*в) ставится вечером и утром*

*г) не ставится*

8. Осложнение хронического гастрита с повышенной секреторной активностью

*а) рак желудка*

*б) холецистит*

*в) цирроз печени*

*г) язвенная болезнь*

9. Решающее значение в диагностике хронического гастрита имеет

*а) рентгенография желудка*

*б) желудочное зондирование*

*в) лапароскопия*

*г) фиброгастроскопия*

10. Осложнение хронического гастрита с резко сниженной секреторной активностью

*а) рак желудка*

*б) холецистит*

*в) цирроз печени г) язвенная болезнь*