

Міністерство охорони здоров'я України
Українська медична стоматологічна академія

Затверджено
на засіданні кафедри
Внутрішньої медицини №1
« 04 » вересня 2019 р.
Протокол № 1 від 04.09.2019 р.
Завідуюча кафедрою
_____ **Г.С.Маслова**
(підпис) (к.мед.н.доц)

Методичні вказівки
для самостійної роботи студентів під час підготовки
до практичного (семінарського) заняття та на занятті

<i>Навчальна дисципліна</i>	Внутрішня медицина
<i>Модуль №</i>	« <i>Основи внутрішньої медицини (гастроентерологія, гематологія, пульмонологія)</i> »
<i>Тема заняття</i>	<i>Хронічні гастрити. Пептична виразка шлунка та дванадцятипалої кишки.</i>
<i>Курс</i>	IV
<i>Факультет</i>	Медичний 1,2

1. Актуальність теми.

Хронічний гастрит (ХГ) – широко поширене захворювання органів травлення, на яке у різних країнах світу страждає близько 20-30% усього дорослого населення. Серед усіх захворювань шлунка на ХГ припадає 80-85%. Розповсюдженість ХГ залежить від місця та умов проживання людей, їхнього віку. ХГ типу А зустрічається досить рідко, в основному в двох вікових групах: у людей похилого віку і в дітей. ХГ типу В зустрічається приблизно у 85% випадків серед усіх ХГ. Чоловіки молодого і середнього віку страждають значно частіше ніж жінки.

За сучасними уявленнями ХГ - морфологічне поняття, і такий діагноз може бути встановлений тільки за даними гістологічного дослідження біоптатів слизової оболонки шлунка.

2. Конкретні цілі:

- Визначати етіологічні та патогенетичні фактори хронічних гастритів та пептичних виразок.
- Проводити опитування та фізикальний огляд пацієнтів з захворюваннями шлунка та дванадцятипалої кишки.
- Аналізувати різні клінічні варіанти та ускладнення, клінічні прояви захворювань шлунка та дванадцятипалої кишки.
- Складати план обстеження хворих з хронічними гастритами та пептичними виразками.
- Тракувати результати інвазивних та неінвазивних діагностичних методів та визначати показання та протипоказання до їх проведення, можливі ускладнення.
- Запропонувати захворювання для проведення диференційного діагнозу, обґрунтовувати та формулювати діагноз хронічних гастритів та пептичних виразок шлунка та дванадцятипалої кишки.
- Пояснювати тактику ведення (рекомендації стосовно режиму, дієти, лікування, реабілітаційні заходи) хворого, немедикаментозне та медикаментозне лікування, в тому числі прогноз захворювання та їх ускладнення.
- Визначати необхідність проведення первинної та вторинної профілактики при захворюваннях шлунка та дванадцятипалої кишки.
- Обґрунтовувати прогноз та працездатність хворих з захворюваннями шлунка та дванадцятипалої кишки.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
Курс нормальної анатомії	Описувати анатомічні особливості будови шлунка, системи травлення
Курс нормальної фізіології	Демонструвати знання нормальної фізіології функції шлунка та дванадцятипалої кишки
Біохімія	Мати уявлення о хімічних реакціях та процесах, які відбуваються при захворюваннях шлунка та дванадцятипалої кишки.
Патологічна анатомія	Описувати основи патологічних процесів та морфологічні аспекти патогенезу хронічних гастритів та пептичних виразок.
Патологічна фізіологія	Визначати закономірності виникнення розвитку та результату патологічних процесів; особливості і характер динамічних змін фізіологічних функцій при захворюваннях шлунка та дванадцятипалої кишки.
Пропедевтика внутрішніх хвороб	Демонструвати вміння проводити опитування (збір скарг, анамнезу захворювання і життя). Володіти методикою фізикального обстеження пацієнтів
Фармакологія	Застосовувати знання про класифікацію, фармакокінетику, фармакодинаміку препаратів, що призначаються при захворюваннях шлунка та дванадцятипалої кишки.
Хірургія	показання до хірургічного лікування пептичних виразок

4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття та на занятті.

4.1 Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
Хронічний гастрит	хронічний запально-дистрофічний процес у слизовій оболонці шлунка, що супроводжується порушенням процесів клітинної регенерації і прогресуючою атрофією залозистого епітелію
Виразкова хвороба	доброякісний дефект слизової оболонки шлунка або дванадцятипалої кишки, який виникає внаслідок невідповідності чинників «агресії» і «захисту» в слизовій оболонці гастродуоденальної зони і виходить за її межі (в підслизову основу, м'язову оболонку або проходить через всю стінку шлунка або дванадцятипалої кишки).
<i>H. pylori</i>	Спіралеподібна грамнегативна бактерія, яка інфікує різні ділянки шлунка і дванадцятипалої кишки

4.2 Теоретичні питання до заняття:

1. Визначення, етіологія та патогенез хронічних гастритів. Роль *H. pylori* у виникненні хронічних гастритів.
2. Класифікація хронічних гастритів. Клінічні прояви, дані лабораторних та інструментальних методів дослідження.
3. Значення ендоскопічного (з морфологією) дослідження при хронічних гастритах.
4. Сучасні підходи до лікування різних типів хронічного гастриту.
5. Первинна та вторинна профілактика хронічних гастритів. Прогноз та працездатність.
6. Основні причини та патогенез пептичних виразок. Класифікація.
7. Клінічні прояви пептичних виразок. Ускладнення (перфорація, пенетрація, кровотеча, стеноз, малігнізація).

8. Методи діагностики Нр-інфекції. Тактика ведення хворого. Ерадикаційна терапія, контроль ефективності ерадикації. Медикаментозна терапія Нр-негативних виразок.

9. Показання до хірургічного лікування хворих з пептичними виразками. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність.

4.3 Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

- з'ясування скарг, анамнезу захворювання, опитування за системами.
- проведення огляду, пальпації, перкусії, аускультації хворого.
- опанування навичками трактування даних інструментальних методів дослідження при хронічних гастритах та пептичних виразок.

Зміст теми

Шлунок складається з декількох відділів: вхідного, дна, тіла і вихідного.

Вхідна, або кардіальна, частина (кардія) починається отвором, який з'єднує шлунок зі стравоходом (кардіальний отвір). Зліва від кардіальної частини знаходиться випуклий доверху відділ - дно шлунка. Найбільшим за розмірами і широким відділом є тіло шлунка, яке вгорі без чіткої межі продовжується в дно, а далі поступово звужується і переходить у вихідний (пілоричний) відділ. Останній являє собою дистальний відділ шлунка.

Стінка шлунка складається з трьох оболонок: зовнішньої - очеревини, середньої - м'язової і внутрішньої— слизової.

Розрізняють шлункові залози (власні), розташовані в ділянці дна і тіла, які складаються із головних і парієтальних клітин, і вихідникові залози, що складаються тільки із головних клітин.

Іннервація: plexus gastrici.

Кровопостачання шлунка здійснюється в ділянці малої кривизни правою і лівою шлунково-сальниковими артеріями, в ділянці великої кривизни - правою і лівою шлунково- сальниковими артеріями, дна - короткими шлунковими артеріями.

Етіологія, патогенез



Причини:

- Нр при ХГ типу В - близько 90% всіх ХГ
- Генетична схильність - при ХГ типу А - близько 5-10% усіх ХГ
- Рефлюкс жовчі в шлунок - близько 5% всіх ХГ.

Сприяючими чинниками є:

- прийом нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП-гастропатія)
- порушення харчування
- поганий стан жувального апарату
- куріння і алкоголь
- хімічні речовини

- інші захворювання (цукровий діабет, гіпертиреозидизм, гіпопаратиреоз, хвороба Крона)

Клінічна картина

- Шлункова диспепсія (тяжкість і тиск в надчеревній ділянці після їжі, відрижки, зригування, нудота, неприємний присмак у роті вранці, іноді печія);
- Болі в епігастральній ділянці після їжі (особливо після прийому гострої, грубої, смаженої, копченої їжі);
- Кишкова диспепсія (запори або проноси, метеоризм, бурчання і переливання в животі);
- Астено-невротичний синдром;
- ознаки гіповітамінозу, блідість шкірних покривів (при аутоімунному гастриті)

Діагностика

- ФГДС з прицільною біопсією та морфологічним дослідженням біоптатів;
- Дослідження на наявність бактерій *Hp* (гістологічне, мікробіологічне, серологічне, швидкий уреазний тест, дихальний тест, визначення фекального антигену *Hp*);
- Дослідження шлункової секреції - рН-метрія;
- Дослідження рівнів сироваткового пепсиногену I, пепсиногена II і гастрину-17, антитіл до парієтальних клітин

Диференційна діагностика проводиться з виразковою хворобою шлунка та дванадцятипалої кишки, іншими захворюваннями органів травлення (хронічний некалькульозний холецистит, хронічним панкреатитом).

За наявності морфологічної діагностики діагноз ХГ не викликає сумнівів, тому проведення диф. діагностики не потребує.

Лікування

- Ерадикація Нр (див. нижче в лікуванні виразкової хвороби);
- ІПП та H2-блокатори гістаміннових рецепторів;

За наявності ХГ А:

- Імунофан 0,005% 1мл в/м або

- Т-активін 0,01% 1мл п/к ;

- Ціанокобаламін

- Антиоксиданти

- Антацидні препарати;

- Сукральфат;

- Прокінетики (домперідон);

- При НПЗП-асоційованому гастриті – ІПП та H2-гістамінові блокатори.

Профілактика хронічного гастриту полягає в дотриманні режиму харчування, зменшення в раціоні гострих страв, маринадів, відмова від алкоголю, куріння. З метою вторинної профілактики показано дієтичне харчування, санаторно-курортне лікування.

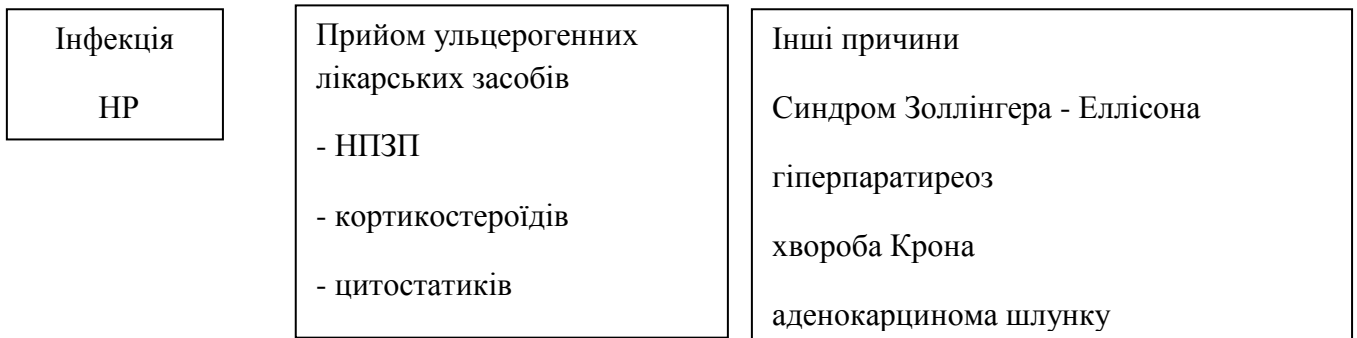
Прогноз при хронічному гастриті сприятливий.

Виразкова хвороба - доброякісний дефект слизової оболонки шлунка або дванадцятипалої кишки, який виникає внаслідок невідповідності чинників «агресії» і «захисту» в слизовій оболонці гастродуоденальної зони і виходить за її межі (в підслизову основу, м'язову оболонку або проходить через всю стінку шлунка або дванадцятипалої кишки).

Виразкова хвороба – це пептичні виразки, які є наслідком персистування інфекції *Helicobacter pylori*.

Етіологія, патогенез

Причини



Порушення рівноваги між факторами агресії шлункового соку (соляна кислота, пепсин) і захисними властивостями слизової оболонки шлунка



Хронічне запалення в слизовій гастродуоденальній зоні



Виразкоутворення

Класифікація

За етіологією пептичні виразки:

- Нр-позитивні;
- Нр-негативні;
- медикаментозні;
- симптоматичні (при синдромі Золлінгера - Еллісона, гіперпаратиреозі, ураженнях головного мозку, стресові і ін.);
- змішані.

За локалізацією:

- виразки шлунка;
- виразки дванадцятипалої кишки;

- поєднані виразки шлунка і дванадцятипалої кишки.

За кількістю виразок:

- поодинокі;
- множинні.

За розміром (діаметр) виразок:

- маленькі (до 0,5 см);
- середні (0,5-1 см);
- великі (понад 1 см);
- гігантські (більше 3 см для шлунка, більше 2 см для дванадцятипалої кишки).

За рівнем шлункової секреції:

- з підвищеною секрецією;
- з нормальною секрецією;
- зі зниженою секрецією.

За стадіями захворювання:

- загострення;
- ремісія.

За наявністю ускладнень:

- кровотеча;
- перфорація;
- пенетрація;
- стеноз;
- малігнізація.

Клінічна картина

Болі в епігастральній ділянці з можливою іррадіацією в ліву половину грудної клітки і ліву лопатку, грудний або поперековий відділ хребта. Болі виникають відразу після прийому їжі - ранні - (при виразках кардіального і субкардіального відділів шлунка), через 30-60 хвилин після їжі (при виразках тіла шлунка). Пізні болі через 1,5-2,5 години після їжі, голодні болі, які виникають натще і проходять після прийому їжі, нічні болі - при виразках

пілоричного відділу і цибулини дванадцятипалої кишки. Болі проходять після прийому антисекреторних препаратів і спазмолітиків, антацидів.

Диспептичні розлади - характерна блювота кислим шлунковим вмістом, яка виникає на висоті болю і приносить полегшення, можлива відрижка кислим, печія, нудота, запори.

При об'єктивному огляді спостерігається болючість в епігастральній ділянці при пальпації, помірна резистентність м'язів передньої черевної стінки. Може визначатися симптом Менделя.

Діагностика

Лабораторні:

1. Аналіз крові (при активному деструктивному процесі - лейкоцитоз, прискорене ШОЕ, при кровотечі - постгеморагічна анемія, зниження гематокриту);
2. Загальний аналіз сечі - можлива поява лужної реакції сечі на фоні приймання великої кількості антацидів.
3. Аналіз калу на приховану кров (бензидинова проба - реакція Грегерсена вже позитивна при крововтраті 2-5 мл).
4. Біохімічний аналіз крові (гіпопротеїнемія, гіпоглікемія, гіпохлоремія, гіпокальціємія, алкалоз) спостерігається при пілоростенозі, що супроводжується блюванням.
5. Проведення дослідження крові на Нр (серологічний - наявність антихелікобактерних антитіл; молекулярний - визначення шляхом полімеразної ланцюгової реакції ДНК НР).
6. Проведення дослідження на Нр (уреазний тест, фазово-контрасна мікроскопія, морфологічний, бактеріологічний). Інвазивні тести (біопсія). Проводять забір не менше 5 біоптатів слизової оболонки шлунка; по два із антрального відділу та тіла шлунка і один із ділянки кута шлунка. Для підтвердження успішності ерадикації мікробу дане дослідження виконують не раніше 4-го тижня після завершення терапії.

Бактеріологічний метод - посів біоптату слизової оболонки шлунка на диференційно-діагностичне середовище. Культури бактерій інкубують в мікроанаеробному середовищі при температурі 37 градусів С протягом 10 днів, після чого виконують мікроскопічну чи біохімічну ідентифікацію виду бактерії, які вирости.

Морфологічний метод - "золотий стандарт" діагностики *Helicobacter pylori*.

Гістологічний метод - забарвлення бактерій в гістологічних зрізах слизової оболонки шлунка за Романовським-Гімзе, толуїдиновим синім, за Уортином-Старрі.

Цитологічний метод - забарвлення бактерій в мазках-відбитках біоптатів слизової оболонки шлунка за Романовським-Гімзе, Грамом, та вивчають кількість спіралеподібних чи S - подібних бактерії в полі зору мікроскопа при збільшенні 360. при цьому діагностують три ступені обсіменіння - до 20 мікробів у полі зору - слабкий ступінь (+), від 20 до 50 - середній ступінь (++), 50 і > - високий (+++)

Біохімічний метод (уреазний тест) - визначення уреазної активності в біоптаті слизової оболонки шлунка шляхом занурення його в рідке чи желеподібне середовище, яке містить субстрат, буфер і індикатор. При наявності у біоптаті *Helicobacter pylori* його уреаза перетворює сечовину в аміак, що змінює рН середовища і, зрозуміло, колір індикатора; поява малинового забарвлення протягом першої години свідчить про значну інфікованість слизової оболонки, протягом 2-ох годин - про помірну, через 22 - 24 години - про незначну, більше ніж 24 год - про відсутність обсіменіння.

ПЦР-діагностика. Обстежують біоптати слизової оболонки шлунка.

Неінвазивні тести.

Імунологічні методи. Використовують частіше за все при проведенні епідеміологічних досліджень в якості скринінгових методів. Основані на виявленні антитіл до *Helicobacter pylori*.

Дихальний тест - визначення у повітрі, яке видихає хворий, ізотопів C14 чи G13, які виділяються в результаті розщеплення в шлунку міченої сечовини під впливом уреазы *Helicobacter pylori*: - від 1 до 3,5% - легкий; 3,5 - 6,4% - середній; 6,5 - 9,4% - високий; < 9,5% - дуже високий.

Stool-test – визначають антиген Hp в фекаліях

Інструментальні;

7. Визначення кислотності шлункового соку. Частіше спостерігається підвищення кислотності шлункового соку та гіперсекреція ("без кислоти немає виразки"). Найбільш висока секреція спостерігається при виразці дванадцятипалої кишки. Виразки шлунка при ахлоргідрії майже завжди злоякісні. Дані інтрагастральної рН; гіперацидність помірна - 1,3-1,5; гіперацидність виражена - 0,9-1,2.

8. ФГДС— "Золотий стандарт" діагностики - проводиться у всіх випадках для верифікації діагнозу. Активна виразка шлунка, чи дванадцятипалої кишки має овальну, або круглу форму, вкрита жовтуватим нальотом фібринозних нашарувань: По периферії виразки виражений запальний вал, утворений гіперемійованою набряклою слизовою оболонкою. В початковій стадії рубцювання та затухання запальних явищ розміри виразки зменшуються, вона набуває лінійної форми, дно очищується, краї стають гладкими, часто виявляється конвергенція складок слизової оболонки до виразки, при повному загоєнні виявляють рубець білого кольору, частіше у вигляді лінійного втягнення. Слизова оболонка навколо може бути дещо гіперемованою.

9. Рентгенологічне дослідження шлунка та дванадцятипалої кишки. Основними рентгенологічними діагностичними ознаками є симптоми - "ніша" та рубцево-виразкова деформація ураженої стінки. Важливою непрямую рентгенологічною ознакою, особливо при часто рецидивуючих виразках, є конвергенція слизової оболонки у напрямку до "ніші". Іншими

непрямими ознаками є місцевий циркулярний спазм гладком'язових волокон на протилежній від виразки стінці шлунка у вигляді "пальцевого втягнення", гіперсекреція шлункового соку, порушення гастродуоденальної моторики. Симптоми, що вказують на можливість ускладнень пептичної виразки: гематемезис - блювота у вигляді «кавової гущини»; дьогтьоподібні випорожнення чорного кольору; виникнення гострого «кинджального» болю в епігастральній ділянці, що супроводжується розвитком колаптоїдного стану; поява стійкого болю, що втратив попередній зв'язок з прийомом їжі, супроводжується підвищенням температури тіла, підвищенням ШОЕ. Диференціальна діагностика проводиться з НПЗП-гастропатією, синдромом Золлінгера-Еллісона, виразкою шлунка, що представляє собою рак або лімфому.

Лікування.

При пептичних виразках, пов'язаних з Hр-інфекцією, основною стратегією лікування є проведення антихелікобактерної терапії відповідно до Маастрихту V.

Перша лінія терапії. Стандартна трьохкомпонентна терапія для ерадикації Hр включає ІПП, амоксицилін і третій лікарський препарат (наприклад, кларитроміцин, метронідазол, фторхінолон). Враховуючи, що в Україні прогнозована метронідазол-резистентність висока (більше 30%), а кларитроміцин-резистентність відносно низька (менше 15%), в якості первинного емпіричного лікування рекомендується класична потрійна терапія: інгібітор протонної помпи (ІПП) (стандартна доза) + кларитроміцин (500 мг) + амоксицилін (1000 мг) - 2 рази на добу протягом 10-14 днів

Альтернативою (при попередньому застосуванні метронідазолу або кларитроміцину за іншими показаннями) може служити невісмутова супутня квадротерапія: амоксицилін (1000 мг) + кларитроміцин (500 мг) + тинідазол (500 мг) або метронідазол (500 мг) + ІПП (стандартна доза 2 рази на добу протягом 10-14 днів.

При відомої або встановленої алергії на пеніциліни рекомендується квадротерапія на основі вісмуту: вісмуту субцитрат колоїдний (Де-Нол) 120 мг 4 рази / добу + тетрацикліну гідрохлорид (500 мг) 4 рази / добу + метронідазол (500 мг) або тинідазол (500 мг) 3 рази / добу + ППП (стандартна доза) 2 рази / добу - протягом 10-14 днів.

Друга лінія терапії. Застосовується в разі відсутності ерадикації після лікування першої лінії (ерадикація зазвичай діагностується через чотири тижні. При цьому повторно призначати препарати першої лінії, подовжуючи терміни лікування, недоцільно.

У разі відсутності ефекту від емпіричної потрібної терапії рекомендується квадротерапія на основі вісмуту:

вісмуту субцитрат колоїдний (Де-Нол) 120 мг 4 рази / добу + тетрацикліну гідрохлорид (500 мг) 4 рази / добу + метронідазол (500 мг) або тинідазол (500 мг) 3 рази / добу + ППП (стандартна доза) 2 рази / добу протягом 10-14 днів.

Альтернативою (або в разі відсутності ефекту від вісмутвмісної квадротерапії) є потрібна терапія з фторхінолонами:

ППП (стандартна доза) + левофлораксацин (500 мг) + амоксицилін (1000 мг) - 2 рази на добу протягом 10-14 днів.

Третя лінія терапії. Рекомендується тільки з урахуванням встановлення чутливості Нр до антибіотиків.

При НР-негативних пептичних виразках призначають:

- ППП протягом 3-4 тижнів при дуоденальних виразках, 4-8 тижнів - при виразках шлунка: омепразол 20 мг 1 раз на день або езомепразол 20 мг 1 раз на день або лансопразол 30 мг 1 раз на день, пантопразол 40 мг 1 раз в день, рабепразол 20 мг 1 раз на день;

- H₂ -гістаміноблокатори протягом 3-4 тижнів при дуоденальних виразках, 4-8 тижнів - при виразках шлунка (фамотидин (Квамател) 40 мг 2 рази на день).

4. Інші засоби для лікування кислотозалежних захворювань: вісмуту субцитрат, сукральфат.

5. Антациди: алюмінію гідрооксид + магнію гідроксид, гідрооксид або гідрокарбонат магнію.

6. Альгірати: натрію альгінат + натрію гідрокарбонат + кальцію карбонат.

7. Спазмолітики: дротаверин, мебеверин, папаверин.

Прогноз

При неускладненій виразковій хворобі прогноз сприятливий, більшість пацієнтів при правильній терапії повністю виліковуються. Після вдалої ерадикації Нр частота рецидивів виразки, як правило, не перевищує 6%, частота ускладнень - 2-4%. Прогноз погіршується при невдалих спробах повторної ерадикації Нр, наявності ускладнень, особливо - при підозрі на малігнізацію.

Матеріали для самоконтроля.

1. Назвіть який з факторів відіграє роль в етіології виразкової хвороби?

- А. спадковість;
- В. аліментарний;
- С. усі перераховані;**
- Д. хронічний стрес.
- Е. НР;

2. Яким чином змінюється больовий синдром при виразковій хворобі, яка ускладнена кровотечею?

- А. залишається без змін;
- В. зменшується;**
- С. підсилюється;
- Д. утрачає зв'язок із прийомом їжі і часом доби
- Е. стає переймоподібним;

3. Назвіть гемодинамічні зміни при шлунково-кишковій кровотечі?

- А. брадикардія, підвищення АД;
- В. брадикардія, зниження АД;
- С. тахікардія, зниження АД;**
- Д. аритмія, АД не змінюється.

Е. тахікардія, підвищення АД;

4. Назвіть які клінічні симптоми характерні для розвитку виразкового стенозу?

А. однократна блювота з кров'ю;

В. зниження апетиту;

С. блювота їжею, з'їденої напередодні;

Д. нудота, гіркота в роті;

Е. печія, відрижка кислим.

5. Назвіть групи препаратів які відносяться до антисекреторних?

А. блокатори H₂-гістамінових рецепторів, інгібітори "протонової помпи";

В. репаранти, М-холінолітики;

С. метаболіки, цитопротектори;

Д. препарати вісмуту, анаболіки.

Е. спазмолітики, ферменти;

6. Який з перерахованих препаратів є блокатором H₂-гістамінових рецепторів?

А. метацин;

В. омепразол;

С. вікалін.

Д. квамател;

Е. де-нол;

7. Який з інструментальних методів дослідження найбільш інформативний при виразковій хворобі?

А. ірригоскопія;

В. оглядова рентгенограма органів черевної порожнини;

С. ФГДС з біопсією;

Д. дослідження шлункового соку.

Е. холецистографія;

8. Бактерії Нр є:

А. кислотонейтралізуючими;

В. кислотонестійкими;

С. лужнозалежними.

Д. кислотостійкими;

Е. соляна кислота нейтральна для метаболізму бактерій;

9. Показаннями для невідкладної госпіталізації в хірургічне відділення хворих з виразковою хворобою з ускладненнями всі, окрім одного:

А. пенетрація виразки;

В. перфорація виразки;

С. кровотеча із виразки;

- Д. субкомпенсований стеноз превратника;
- Е. перидуоденіт.

10. Блювота “кавовою гущею” спостерігається при:

- А. шлунково-кишквій кровотечі;
- В. нирковій коліці;
- С. жовчній коліці;
- Д. варикозно-розширених венах стравоходу.
- Е. легеневій кровотечі;

Відповіді: 1.С; 2.В; 3.С; 4.С; 5. А; 6. Д; 7.С; 8.Д; 9.Е; 10.А.

Задачі для самоконтроля.

1. Хворий П., госпіталізований в гастроентерологічне відділення із скаргами на відчуття важкості в епігастрії, що виникає після прийому їжі, нудоту, блювоту їжею з'їденою напередодні, слабкість. З анамнезу хворіє на виразкову хворобу 15 років,. Періодично лікувався. За останній рік схуд на 6 кг. При пальпації живота помірна болючість в епігастрії, велика кривизна шлунка визначається на 2 см нижче пупка, перкуторно в епігастрії – «шум плескоту». Назвіть ускладнення виразкової хвороби у даного хворого?

- А. пенетрація виразки;
- В. перфорація виразки;
- С. пілородуоденальний стеноз;
- Д. малігнізація.
- Е. перівісцерит;

2. Хворий З., 35 років, протягом 3 днів має скарги на запаморочення, загальну слабкість, . Хворіє на виразкову хворобу цибулини дванадцятипалої кишки 9 років. Об'єктивно: ЧД – 23 за 1 хв, пульс – 102 за 1 хв, АТ – 90/60 мм рт ст. Шкіра та слизові оболонки бліді. Яке дослідження найімовірніше підтвердить кровотечу у даного хворого?

- А. Ірігоскопія
- В. ЕФГДС
- С. Ректороманоскопія
- Д. Рентгеноскопія
- Е. Колоноскопія

3. Пацієнт В., 26 років, звернувся до лікаря з приводу загострення виразкової хвороби. Під час гастроскопії була взята проба на наявність патологічної флори. Який збудник найбільш ймовірно буде виявлений?

А. Кандиди

В. Нр

С. Лямблії

Д. Хламідії

Е. Стафілокок

4. Хвора С., 34 років має скарги на біль в надчеревній ділянці, який виникає через 1 – 1,5 години після вживання їжі, печію, блювання, яке приносить полегшення. Об'єктивно: язик обкладений білим нальотом, живіт м'який, болючий в надчеревній ділянці. Відмічається позитивний симптом Менделя. Який діагноз найбільш імовірний?

А. ГЕРХ

В. виразкова хвороба 12-ти палої кишки

С. функціональна диспепсія

Д. хронічний панкреатит

Е. виразкова хвороба шлунку

5. Хворий Т., 19 років вперше діагностовано виразку цибулини дванадцятипалої кишки. Тест на *Helicobacter pylori* – позитивний, рН шлункового соку – 1,0. Оберіть найбільш доцільну схему в даному випадку?

А. Омепразол + амоксицилін+кларитроміцин

В. Гастростат + омепразол+метацин

С. Де-нол + трихопол+альмагель

Д. Де-нол + цимедитид+папаверин

Е. Омепразол + оксацилін+атропін

6. Хворий 34 років має скарги на інтенсивний голодний біль у надчерев'ї, печію, регургітацію кислого вмісту, схильність до закріпів. Результати ФГДС: виразка цибулини дванадцятипалої кишки. Який симптом найбільш імовірно свідчить про ефективність призначеної етіопатогенетичної терапії на ранньому етапі лікування?

А. Зникнення печії

- В. Зникнення болю.
- С. Зменшення болю
- Д. Зникнення симптомів регургітації
- Е. Нормалізація випорожнення

7. Хворий Д., 30 років протягом 5 років хворіє на хронічний гастродуоденіт. Палить, харчується нерегулярно. Відмічає емоційне перенавантаження. Протягом останнього місяця з'явився голодний нічний біль. Об'єктивно: визначається локальна болючість в епігастральній ділянці. Позитивний симптом Менделя в пілородуоденальній зоні. Дані ФГДС: виразка на передній стінці дванадцятипалої кишки. Який із факторів є провідним у виникненні даної патології?

- А. Порушення харчування та стреси
- В. Інфікованість *Helicobacter pylori*
- С. Хронічний гастродуоденіт в анамнезі
- Д. Паління
- Е. Все вище перераховане

8. Хворий К., 23 років, скаржиться на печію, закрепи, біль в надчеревній ділянці, що виникають через 1,5 – 2 години після їжі, інколи вночі. Біль посилюється в разі вживання гострої, солоної, кислої їжі, зменшується після застосування соди. Хворіє протягом року. Хворий зниженого харчування, язик необкладений, вологий. Під час перкусії і пальпації живота визначається болючість в мезогастрії. У цій самій ділянці резистентність м'язів передньої черевної стінки. Який діагноз найбільш імовірний?

- А. Діафрагмальна грижа
- В. Аутоімунний гастрит
- С. Виразкова хвороба 12-палої кишки
- Д. Хронічний панкреатит
- Е. Жовчнокам'яна хвороба

9. Хворий Р., госпіталізований у гастроентерологічне відділення із скаргами на неодноразову блювоту кольору "кавової гущі", загальну слабкість, запаморочення. В анамнезі- виразкова хвороба. На протязі останнього тижня турбував біль в епігастрії після їжі, не лікувався. Відзначає зникнення болю після блювоти. Який найбільш імовірний діагноз?

- А. шлунково-кишкова кровотеча

- В. легенева кровотеча
- С. хронічний панкреатит
- Д. тромбоз мезентеріальних судин
- Е. жовчнокам'яна хвороба

10. Хворий Д., 35 років, госпіталізований до лікарні зі скаргами на біль у надчревій ділянці через 1,5 - 2 год після їжі. Об'єктивно: АТ – 110/60 мм рт ст. Язик вологий, біля кореня покритий білуватим нальотом. У надчревій ділянці визначається болочість та напруження м'язів. Ендоскопічно: хронічна виразка з локалізацією на цибулині дванадцятипалої кишки. Лікар призначив хворому фамотидин по 40 мг на добу. Назвіть з якою метою призначено фамотидин?

- А. Антисекреторна дія
- В. Зменшення запальних та дистрофічних змін
- С. Стимуляція репаративних процесів
- Д. Посилення синтезу простагландинів.
- Е. Бактерицидний ефект

Відповіді: 1. С; 2.В; 3.В; 4.В; 5.А; 6.В; 7.Е; 8.С; 9.А; 10.А.

Література

Основна.

1. Передерий В.Г., Ткач С.М. Основы внутренней медицины : учеб. для студ. высш. мед. учеб. заведений IV уровня аккредитации, врачей-интернов, врачей общ. практики: [в 3-х т.] / В. Г. Передерий, С. М. Ткач. – К. ; Вінниця : Н. Кн., 2009. – 2794с .
2. Передерий В.Г., Ткач С.М. Практическая гастроэнтерология: руководство для врачей .- Винница:СПД Каштелянов А.И., 2011. – 776 с.:ил.
3. Видаль Визит. Справочник «гастроэнтерология» М.:Видадь Рус, 2016 г.304 с.
4. Н.В.Харченко Классификации заболеваний органов пищеварения. Киев, 2015. – 54 с.
5. Гастроэнтерология. Стандарты медицинской помощи /сост. А.С.Дементьев, И.Р.Манеров, С.Ю.Кочетков, Е.Ю.Чепанова.- М.:ГЭОТАР - медиа, 2016. – 384 с.

6. Посібник «Внутрішні хвороби. Підручник, заснований на принципах доказової медицини 2018/19» www.empendium.com/ua
7. Современные классификации и стандарты лечения распространенных заболеваний внутренних органов / под ред. проф. Ю.М.Мостового. – 16 изд., доп. и перераб. – Вінниця: ДП «ДКФ», 2015 – 679 с.
8. Справочник по гастроэнтерологии и гепатологии: справочное издание / Сек.Блум, Дж.Вебстер, пер с англ. под ред. В.Т.Ивашкина, И.В.Маэва, А.С.Трухманова. – М.: Гозтар-медиа, 2010. – 592 с.
9. Фармакотерапия заболеваний пищеварительной системы в практике терапевта / Н.И. Швец, И.Н. Скрыпник, Т.М. Бенца. – Учебное пособие. – Киев, 2006. – 645 с.

Додаткова:

1. Рациональная диагностика и фармакотерапия заболеваний органов пищеварения /под ред. проф. О.Я.Бабака, Н.В.Харченка // «Справочник врача Гастроэнтеролог». – 2-ое изд., перераб. и дополнен. – К.: ТОВ «Доктор-Медиа», 2007. – 308 с. – (Серия «Бібліотека «Здоров'я України»).
2. Гастроэнтерология в таблицах и схемах / под. ред. проф. Г.Д. Фадеенко // Практикум врача. – Киев: «Доктор – Медиа – Групп», 2016. – 152 с.
3. Гастроэнтерология: підручник у 2-х томах / За ред. Харченко Н.В., Бабака О.Я. – 2-е вид.,переробл., доповн. – Кіровоград: Поліум, 2016. – Т.1. – 488 с.