**Тема: «Методы обследования больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Особенности жалоб, анамнеза, наружного осмотра. Осмотр живота, пальпация».**

Для точной диагностики заболеваний органов брюшной полости необходимо хорошо знать топографию этих органов и условное деление живота на несколько областей Для определения последних проводят две горизонтальные и две вертикальные линии. Одна из горизонтальных линий соединяет реберные дуги (на уровне X ребер), другая проходит через верхние ости подвздошных костей (spina iliaca anterior superior).

Эти линии условно делят живот на три отдела: эпигастральную мезогастральную и гипогастральную области.

Две параллельные вертикальные линии, проходящие по наружным краям прямых мышц живота, дополнительно делят брюшную полость на 9 областей: области левого и правого подреберий и собственно надчревную (эпигастральную) область, правый и левый фланки живота , околопупочную область, правую и левую подвздошные области и надлобковую область .

Наиболее частыми заболеваниями пищевода являются аномалии развития, функциональные заболевания (дискенезия пищевода), грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, воспалительные заболевания слизистой оболочки пищевода (эзофагиты), пептическая язва пищевода, ахалазия кардии (кардиоспазм), дивертикулы, доброкачественные и злокачественные опухоли пищевода.

**Симптоматология заболеваний пищевода:**

Наиболее частыми жалобами при заболеваниях пищевода являются:

1. дисфагия (затрудненное прохождение пищи по пищеводу)
2. боли
3. рвота
4. срыгивание
5. отрыжка
6. изжога
7. слюнотечение и др.

*ДИСФАГИЯ* может быть постоянной при органических сужениях пищевода (новообразования, рубцовые структуры пищевода) и пароксизмальной при заболеваниях пищевода функционального характера (эзофагоспазм, истерия)

Дисфагия при органических поражениях пищевода появляется сначала при приеме твердой пищи. В то время как дисфагия функциональной природы появляется во время приёма жидкой пищи.

*БОЛИ* при заболеваниях пищевода носят постоянный ноющий или приступообразный характер, часто локализуются за грудиной, иррадиируют в левое плечо, левую руку, левую половину грудной клетки, имитируя боли при стенокардии. Однако в отличие от стенокардитических болей, боли при заболеваниях пищевода тесно связаны с приёмом пищи. Постоянные боли связаны с прорастанием злокачественных новообразований серозной оболочки пищевода. *ПИЩЕВОДНАЯ РВОТА* возникает на фоне органического сужения пищевода (стриктуры, рубцового или опухолевого происхождения) без предшествующей тошноты, в отличие от рвоты желудочно-кишечного происхождения.

*СРЫГИВАНИЕ* представляет собой возвращение (регургитацию) небольшой части принятой пищи обратно в полость рта. Чаще всего развивается при задержке пищи в пищеводе за счет органического сужения пищевода. Может развиться на фоне ахалазии кардии (кардиоспазм) во время сна («симптом мокрой подушки»).

*ИЗЖОГА* — ощущение жжения в области мечевидного отростка грудины -является частым симптомом многих заболеваний пищевода (рефлюкс-эзофагита, грыж пищеводного отверстия диафрагмы, недостаточность кардии и др.). Развивается изжога за счет заброса кислого содержимого желудка и раздражения слизистой дистального конца пищевода. *КРОВОТЕЧЕНИЕ* - является серьезным симптомом при заболеваниях пищевода. Это может быть пептическая язва пищевода, опухоли, повреждения стенки пищевода инородным телом, разрыв варикозно-расширенных вен пищевода (при циррозе печени), линейные разрывы слизистой (синдром Маллори-Вейсса) на фоне упорной рвоты у лиц, злоупотребляющих алкоголем. В отличие от кровотечений из желудка, кровотечение из пищевода имеет примеси неизмененной пищи.

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ. Характер начала болезни может быть различным. Так некоторые больные при ахалазии кардии могут точно назвать даже дату начала заболевания, обусловленную психогенным травмирующим фактором. При многих заболеваниях пищевода (рефлюкс-эзофагит, ахалазия кардии) отмечаются периоды ремиссии и обострения. При злокачественных опухолях, пептических стриктурах пищевода заболевание носит прогрессирующий характер.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ. Надо выяснить были ли ожоги (термические или химические) травмы пищевода, которые могут стать причиной стриктуры пищевода. Курение, злоупотребление алкоголем, погрешности в диете (прием острой, грубой, чрезмерно горячей пищи) могут быть причиной рефлюкс-эзофагита.

ОБЪЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) имеют небольшое значение в диагностике заболеваний пищевода. При общем осмотре больных со стриктурами пищевода опухолевого или рубцового происхождения можно отметить значительное снижение массы тела, явления обезвоживания, витаминной недостаточности. В случае ахалазии кардии, а также опухоли пищевода перекрывающей его просвет, при перкуссии иногда наблюдается исчезновение пространства Траубе.

В диагностике заболеваний пищевода широко применяются рентгенологические, эндоскопические, морфологические, эзофаготонокимографические и др. методы исследования.

***ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ***- хроническое воспаление слизистой оболочки желудка, сопровождающееся нарушением физиологической регенерации эпителия и вследствие этого атрофией, расстройством моторной функции желудка.

**Причины развития экзогенного хронического гастрита (ХГ)**

1. нарушение питания (нерегулярное, неполноценное, всухомятку, острая, горячая пища, недостаточное пережевывание пищи, употребление большого количества газированной воды)
2. злоупотребление алкоголем
3. курение (гастрит курильщика)
4. поражение слизистой желудка микроорганизмами, грибами
5. медикаменты (салицилаты, препараты наперстянки и др.)
6. повторная пищевая аллергия
7. профессиональные вредности (работа со свинцом, радиоактивными веществами, вдыхание кислот, щелочей).

**Симптоматика ХГ**- определяется уровнем желудочного кислотовыделения и морфологической формой гастрита

*Симптоматика ХГ при повышенной кислотообразующей функции желудка:*

Боли возникают через 1 -1,5 часа после еды или натощак «голодные», ночные при антральном гастрите, после приема сокогонной, термически раздражающей пищи, локализуются в эпигастральной области, под мечевидным отростком, часто схваткообразного характера, без иррадиации, уменьшаются после приема пищи, соды, рвоты. Изжога, отрыжка кислым. Склонность к запорамАппетит сохранен или повышен

**Данные осмотра**

1. Вегетативные расстройства (гипергидроз ладоней, тремор век, пальцев вытянутых рук. Раздражительность, вспыльчивость, повышенная мнительность).
2. Язык влажный, у корня обложен беловатым налетом.
3. При пальпации брюшной стенки выявляется болезненность в пилородуоденальной зоне, под мечевидным отростком, напряжение прямых мышц живота.
4. Гиперчувствительность кожи в области 8 – 10 грудных позвонков.

**Дополнительные методы обследования**

1. Исследование желудочного сока – увеличение количества лейкоцитов, мукополисахаридов. Кислотность нормальная или повышенная, базальная секреции соляной кислоты достигает 10 мэкв/ч, стимулированная 35 мэкв/ч, повышение активности пепсиногена в крови и уропепсина в моче.
2. ФГС – часто выявляются эрозии в антральном отделе желудка**.**

*Симптоматика ХГ ссекреторной недостаточностью*

чувство тяжести, переполнения в эпигастральной области, тупые давящие или ноющие боли в верхней половине живота без четкой иррадиации, возникающие сразу или спустя 15 -20 минут после еды, усиливаются после приема жирной жаренной пищи, уменьшаются при употреблении кислой и соленой пищи, снижение аппетита, отрыжка тухлым, метеоризм, урчание в животе, склонность к поносам. заеды в углах рта, кровоточивость десен, шелушение (гиперкератоз) кожи, ломкость ногтей, вегетативными расстройствами (парастезии, астенический синдром) (гиповитаминоз В, С, РР) .Язык обложен белым налетом. При пальпации болезненность и незначительное напряжение мышц в эпигастральной области или правом подреберье. Шум плеска свидетельствует о гипотонии желудка.

**Язвенная болезнь (ЯБ)** –

хроническое с рецидивирующим (циклическим) течением и склонностью к прогрессированию заболевание с морфологическим эквивалентом в виде дефекта слизистого и подслизистого слоя желудка и /или 12 п.к. с исходом в соединительнотканный рубец

**Этиологические факторы развития ЯБ**

1. нервно – эмоциональное напряжение (стрессы, нарушение сна).
2. наследственная предрасположенность:
3. гиперплазия париетальных клеток
4. нарушение синтеза факторов защиты слизистой
5. восприимчивость к Нр
6. гиперваготония, гипергастринемия
7. недостаточность пакреатической секреции бикарбоната
8. другие хронические заболевания
9. нарушение режима питания
10. вредные привычки: злоупотребление курением, алкоголем
11. некоторые медикаменты (ацетилсалицилаты и др.)

**ВЕСЫ КЕЯ (Шея)**

Факторы агрессии:

1. высокий уровень соляной кислоты и пепсина в желудке
2. высокое содержание в желудочном соке свободных радикалов
3. гастродуоденальный рефлюкс
4. нарушение моторики желудка
5. повышенный уровень в желудочном соке пептидов
6. нарушение дуоденального тормозного рефлекса (снижается секреция гастроинтерстиальных гормонов**)**

Гастропротективные факторы:

1. нормальный кровоток в слизистой оболочке желудка
2. достаточное количество защитной слизи
3. секреция щелочных компонентов панкреатического сока
4. локальный синтез простагландинов
5. локальный синтез эндорфинов и энкефалинов

**Основные синдромы ЯБ:**

**Болевой:** боль или дискомфорт (тяжесть, переполнение, раннее насыщение) в подложечной области или правом подреберье) после приема пищи ( ранние характерные для язвенной болезни желудка; поздние, голодные и ночные боли для язвенной болезни ДПК).

Особенности болевого синдрома:

1. Язва тела и кардиального отдела желудка:

Боль локализуется в зоне мечевидного отростка, ранняя, через ½ - 1 час после еды, проходит после опрожнения желудка.

1. Язва пилорического отдела желудка и луковицы ДПК:

Боль в правом подреберье, поздняя, через 1,5 – 2 часа после еды, голодная, ночная, купируется антацидами и пищей.

1. Постбульбарные язвы:

Боли интенсивные, через 3 – 4 часа после еды, купируются наркотическими анальгетиками.

1. При пальпации локальная болезненность и умеренная резистентность мышц передней брюшной стенки.

**Диспепсический:** неприятный кислый привкус во рту, отрыжка (аэрофагия, кислым), упорная изжога (как эквивалент боли), тошнота, рвота (без предшествующей тошноты, на высоте боли, приносит облегчение), запоры.

**Данные осмотра**

Астено-вегетативный синдром:слабость, изменение настроения (раздражительность, тревожность, ипохондрия). Кожные покровы бледные, влажные, холодные кисти рук.Со стороны сердечно –сосудистой системы брадикардия, лабильность пульса, артериальная гипотония.

**Осложнения ЯБ**

1. Перфорация
2. Малигнизация
3. Стеноз привратника
4. Кровотечение
5. Пенетрация
6. **Клинические СИМПТОМЫ**
7. Менделя - болезненность в пилородуоденальной зоне
8. Троицкого – сезонная и пищевая периодичность боли
9. Опенховского – болезненность в области ост. отр. 7 – 9 гр. п.
10. Боаса – болезненность по обе стороны позвоночника на уровне 10 -12 гр. позвонков
11. Гербста – болезненность на уровне поперечных отр. 3 пояс. п.
12. Грекова – замедление пульса в первые часы после прободения язвы
13. Бергмана – исчезновение болей после развития желудочно – кишечного кровотечения
14. Шлизингера – при пилорической язве – преходящее смещение пупка в сторону поражения при натуживании
15. Лаенека – болезненность при надавливании надчревной области при втянутом животе

**Рак желудка.**

Рак желудка занимает первое место в структуре общей заболеваемости злокачественными новообразованиями. Чаще заболевают мужчины в возрасте от 40 до 60 лет.

**Этиология**

Этиология и патогенез окончательно не выяснены. В качестве предрасполагающих факторов указывается на неблагоприятное влияние чрезмерно горячей, грубой пищи, а также алкоголя, курения.

В патогенезе рака желудка важное значение имеют **предраковые заболевания:**

1. хронический атрофический гастрит с перестройкой слизистой оболочки желудка.
2. длительно не рубцующиеся язвы желудка.
3. полипы и полипоз желудка.

**Патологическая анатомия**

Локализация (наиболее часто)

* + в пилорическом отделе
  + препилорическом отделе желудка.

По характеру роста различают

* + экзофитные (полипоидный, блюдцеобразныя)
  + эндофитные (язвенно-инфильтративный, диффузно-инфильтративный) формы.

По гистологическому строению рак делится на

* + железистый (аденокарцинома).
  + солидный.
  + коллоидный (слизистый).

В зависимости от преобладания в опухоли раковой паренхимы или стромы выделяют

* + медуллярный (мозговик)
  + фиброзный (скирр) рак.

Метастазы рака желудка распространяются лимфатическим и кровеносным путями. Чаще всего наблюдаются метастазы в регионарные лимфатические узлы.

* + лимфатические узлы слева в надключичной ямке (Вирховская железа).
  + печень.
  + яичник (опухоль Крукенберга).
  + прямую кишку.

**Клиническая картина:**

В ранней стадии заболевания выделяют «синдром малых признаков», состоящий из следующих симптомов:

1. немотивированная общая слабость.
2. снижение трудоспособности.
3. психическая депрессия.
4. снижение аппетита.
5. появление желудочного дискомфорта (чувство тяжести, распирания, переполнения желудка).
6. беспричинное прогрессирующее похудание.

Выраженная клиническая картина при раке желудка неоднородна — она зависит от локализации и анатомического характера опухоли.

Местными симптомами являются:

1. боль, (боли при раке желудка в отличие от язвенных носят постоянный характер).
2. диспепсия (нарушение аппетита вплоть до полного отвращения к пище, извращение аппетита, чувство тяжести и давления в эпигастральной области, сопровождающееся тошнотой, рвотой.
3. наличие пальпируемой опухоли.

В зависимости от локализации:

1. При локализации рака в кардиальном отделе желудка преобладают дисфагические жалобы.
2. При локализации в области привратника— стенотические.
3. Рак, развившийся на большой кривизне, долгое время ничем не проявляется.
4. При наличии скирра больные жалуются на уменьшение возможности принимать пищу в обычном количестве (микрогастрия).

Общие симптомы

1. Повышение температуры тела до субфебрильных цифр. (в редких случаях температура повышается до 39-40 С
2. Анемия (гипохромная) Начальный рак желудка может проявляться кровотечением, обычно небольшим, в редких случаях — массивным. Кровотечение возникает, как правило, в результате изъязвления слизистой оболочки. Появляются клинические симптомы, связанные с анемизацией больного, в анализах кала определяется скрытая кровь.
3. Отеки связана с выраженным нарушением белкового баланса.

**При осмотре больного отмечается**

1. похудание.
2. бледность кожных покровов с землистым оттенком.
3. падение тургора кожи.
4. уменьшение блеска и живости глаз.
5. язык бывает обложен, иногда напоминает хантеровский.
6. при наличии значительной анемии и кахексии у больного могут наблюдаться отеки лица, туловища, конечностей.

**Пальпация живота.**

1. Исследование необходимо проводить в положении больного лежа и стоя, так как рак малой кривизны доступен пальпации только при вертикальном положении больного.
2. Прощупать раковую опухоль можно лишь в том случае, если она достигает определенной величины (со «сливу» по В. X. Василенко).
3. Пальпируемая опухоль бывает различной консистенции в зависимости от ее анатомического строения.
4. Болезненность отсутствует.
5. Окончательно вопрос о локализации опухоли решается путем применения дополнительных методов исследования.
6. Метастазы при раке желудка можно обнаружить в виде плотных лимфатических узлов слева в надключичной ямке (вирховская железа). Иногда плотный лимфатический узел может быть обнаружен в левой подмышечной области.

**Инструментальные методы**

1. Рентгенологическое исследование.
   1. при раке желудка обнаруживается характерный рентгенологический признак — дефект наполнения,
   2. отсутствие перистальтических движений в пораженной области.
   3. контуры желудка изъедены.
2. Гастроскопия. Ценность данного метода увеличилась за последнее время в связи с появившейся возможностью одновременно с осмотром слизистой оболочки производить прицельную биопсию с последующим морфологическим исследованием.
3. Желудочное зондирование: анацидное состояние, молочная кислота, атипичные клетки.

**Лабораторные исследования**

1. Анализ кала на скрытую кровь (реакция Грегерсена)
2. ОАК гипохромная анемия, ускорение СОЭ.

**Осложнения.**

1. обильные желудочные кровотечения.
2. прободение стенки желудка.
3. образование фистулы между желудком и толстой кишкой.
4. изъязвление раковой опухоли может способствовать возникновению поддиафрагмального, внутрипеченочного абсцессов.

**Лечение хирургическое.**

При невозможности применить операцию прибегают к рентгено- и химиотерапии.

**9.Вопросы по теме занятия.**

1. Какие основные жалобы предъявляют больные с заболеваниями ЖКТ?

2. Как объяснить механизм боли при заболевании ЖКТ?

3.Какие виды отрыжки вам известны. О чём свидетельствует появление различного вкуса или запаха.

4. О чём свидетельствует появление у больных изжоги.

5. Как отличить тошноту и рвоту центрального происхождения от перифери­ческой.

6. Как отличить пищеводную рвоту от желудочной?

7. Какое диагностическое значение имеет выяснение характера рвотных масс и примесей в них.

8. Как объяснить пищеводное кровотечение?

9. Как отличить желудочную рвоту от рвоты другого происхождения?

10. Какого характера боли возникают при заболеваниях кишечника?

11. Объяснить механизм их происхождения?

12. Как выглядит стул при кишечном кровотечении?

13. Какие бывают запоры, механизм их возникновения?

14. Какие изменения можно обнаружить при наружном осмотре?

15. Какие изменения можно обнаружить при поверхностной пальпации живо­та?

16. Каков порядок глубокой скользящей пальпации по Образцову-Стражеско?

17. Как определить нижнюю границу желудка?

18. Какие изменения могут быть выявлены при аускультации живота?

19. Перечислите жалобы больных с заболеваниями кишечника.

20. Как отличить поносы при заболеваниях тонкого и толстого кишечника?

**9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**

**Вариант №1.**

001.для функциональной дисфагии характерно

1) возникает приступообразно и бывает при прохождении жидкой пищи

2) носит прогрессирующий характер

3) больной с трудом глотает твердую пищу

4) носит прогрессирующий характер и бывает при прохождении жидкой пищи

5) верно 2,3

002.Боли опоясывающего характера, тошнота, многократная рвота - характерные признаки

1) острого холецистита

2) острого панкреатита

3) острого гастрита

4) острого энтероколита

5) острого гепатита

003. рвота коричневым содержимым, типа «кофейной гущи» Бывает при

1) заглатывании крови при носовых кровотечениях

2) желудочном кровотечении

3) пищеводном кровотечении

4) кровотечении из нижних отделов ЖКТ

5) кишечной непроходимости

004. Волнообразное течение заболевания с рецидивами весной и осенью характерно для

1) опухолевого процесса

2) язвенной болезни

3) гастрита

4) панкреатита

5) цирроза печени

005. Ложные болезненные позывы на дефекацию (тенезмы), стул малыми порциями с примесью слизи и крови характерны для поражения?

1) тонкой кишки

2) толстой кишки

3) пищевода

4) поджелудочной железы

5) печени

006.У пациента при аускультации живота отсутствуют шумы кишечной перистальтики это наблюдается при

1) острой кишечной непроходимости

2) остром перивисцерите

3) остром воспалении тонкой кишки

4) язвенной болезни желудка

5) язвенной болезни ДПК

007. Прогрессирующие запоры с задержкой отхождения газов характерны для

1) воспаления тонкой кишки

2) дискинезии толстой кишки

3) опухоли кишечника

4) язвенной болезни желудка

5) эзофагита

008. Болезненность в зоне Шоффара в типичных случаях свидетельствует

1) о поражении тела желудка;

2) о поражении пилорической части желудка;

3) о поражении 12-перстной кишки;

4) о поражении 12-перстной кишки и/или пилорической части желудка;

5) о поражении пилорической части желудка, 12-перстной кишки и/или головки pancreas.

009. Боли в эпигастральной области, возникающие через 1,5-2 часа после приема пищи, характерны для

1) заболевания желудка

2) заболевания 12- перстной кишки

3) заболевания пищевода

4) заболевания печени

5) заболевания желчного пузыря

010. ангулярный стоматит это

1) ярко-красный язык с атрофированными сосочками;

2) яркая гиперемия слизистой полости рта, десен;

3) резкая гиперемия зева;

4) гиперемия слизистой полости рта, десен;

5) трещины (заеды) в углах рта.

**Вариант №2.**

001. рвота пищей, съеденной накануне характерна для

1) стеноза привратника

2) желудочного кровотечения

3) язвенной болезни ДПК

4) холецистита

5) панкреатита

002. Хантеровский (Гунтеровский) глоссит это

1) язык густо обложен белым налетом, сосочки гипертрофированы

2) язык обложен желтоватым налетом, сосочки гипертрофированы

3) ярко-красный язык, сосочки атрофированы

4) отечный, увеличенный в размерах язык

5) отечный, увеличенный в размерах язык с отпечатками зубов по краям

003. Стойкий «синдром малых признаков» (немотивированная слабость, снижение трудоспособности, депрессия, снижение аппетита, желудочный дискомфорт) чаще характерен для

1) хронического колита

2) язвенной болезни желудка

3) рака желудка

4) язвенной болезни ДПК

5) хронического холецистита

004. Упорная анорексия характерна для:

1) гастрита

2) язвенной болезни желудка

3) рака желудка

4) язвенной болезни ДПК

5) хронического холецистита

005. Шум трения брюшины выслушивается при

1) язвенной болезни желудка

2) гастрите

3) раке желудка

4) воспалении брюшины

5) эзофагите

006. У больного, длительно страдающего язвенной болезнью с локализацией язвы в луковице двенадцатиперстной кишки, в последнее время изменилась клиническая картина: появилась тяжесть после еды, тошнота, обильная рвота пищей во второй половине дня, неприятный запах изо рта, потеря веса. Можно думать о следующем осложнении

1) органическом стенозе пилородуоденальной зоны

2) функциональном стенозе

3) малигнизации язвы

4) пенетрации язвы

5) перфорации язвы

007. мелена это

1) жидкий черный кал

2) обесцвеченный кал

3) «жирный» блестящий кал  
4) «овечий» кал

5) лентовидный кал

008. Больной, длительно страдающий язвенной болезнью с локализацией язвы в желудке, обратился с жалобами на слабость, тошноту, потерю аппетита, постоянные боли в эпигастральной области, похудание. В данном случае можно думать о следующем осложнении язвенной болезни

1)стенозе выходного отдела желудка

2)малигнизации язвы

3)пенетрации язвы

4)микрокровотечении из язвы

5)перфорации язвы

009. Париетальные клетки слизистой оболочки желудка секретируют

1) соляную кислоту

2) молочную кислоту

3) гастромукопротеид

4) муцин

5) пепсиноген

010. Добавочные клетки слизистой оболочки желудка секретируют

1) муцин

2) бикарбонаты

3) гастрин

4) секретин

5) внутренний фактор Касла

**Вариант №3**.

001.У пациента при аускультации живота отсутствуют шумы кишечной перистальтики это наблюдается при

1) острой кишечной непроходимости

2) остром перивисцерите

3) остром воспалении тонкой кишки

4) язвенной болезни желудка

5) язвенной болезни ДПК

002. Прогрессирующие запоры с задержкой отхождения газов характерны для

1) воспаления тонкой кишки

2) дискинезии толстой кишки

3) опухоли кишечника

4) язвенной болезни желудка

5) эзофагита

003. Болезненность в зоне Шоффара в типичных случаях свидетельствует

1) о поражении тела желудка;

2) о поражении пилорической части желудка;

3) о поражении 12-перстной кишки;

4) о поражении 12-перстной кишки и/или пилорической части желудка;

5) о поражении пилорической части желудка, 12-перстной кишки и/или головки pancreas.

004. Боли в эпигастральной области, возникающие через 1,5-2 часа после приема пищи, характерны для

1) заболевания желудка

2) заболевания 12- перстной кишки

3) заболевания пищевода

4) заболевания печени

5) заболевания желчного пузыря

005. ангулярный стоматит это

1) ярко-красный язык с атрофированными сосочками;

2) яркая гиперемия слизистой полости рта, десен;

3) резкая гиперемия зева;

4) гиперемия слизистой полости рта, десен;

5) трещины (заеды) в углах рта.

006. рвота пищей, съеденной накануне характерна для

1) стеноза привратника

2) желудочного кровотечения

3) язвенной болезни ДПК

4) холецистита

5) панкреатита

007. Хантеровский (Гунтеровский) глоссит это

1) язык густо обложен белым налетом, сосочки гипертрофированы

2) язык обложен желтоватым налетом, сосочки гипертрофированы

3) ярко-красный язык, сосочки атрофированы

4) отечный, увеличенный в размерах язык

5) отечный, увеличенный в размерах язык с отпечатками зубов по краям

008. Стойкий «синдром малых признаков» (немотивированная слабость, снижение трудоспособности, депрессия, снижение аппетита, желудочный дискомфорт) чаще характерен для

1) хронического колита

2) язвенной болезни желудка

3) рака желудка

4) язвенной болезни ДПК

5) хронического холецистита

009. Упорная анорексия характерна для:

1) гастрита

2) язвенной болезни желудка

3) рака желудка

4) язвенной болезни ДПК

5) хронического холецистита

010. Шум трения брюшины выслушивается при

1) язвенной болезни желудка

2) гастрите

3) раке желудка

4) воспалении брюшины

5) эзофагите

**Вариант №4.**

001.для функциональной дисфагии характерно

1) возникает приступообразно и бывает при прохождении жидкой пищи

2) носит прогрессирующий характер

3) больной с трудом глотает твердую пищу

4) носит прогрессирующий характер и бывает при прохождении жидкой пищи

5) верно 2,3

002.Боли опоясывающего характера, тошнота, многократная рвота - характерные признаки

1) острого холецистита

2) острого панкреатита

3) острого гастрита

4) острого энтероколита

5) острого гепатита

003. рвота коричневым содержимым, типа «кофейной гущи» Бывает при

1) заглатывании крови при носовых кровотечениях

2) желудочном кровотечении

3) пищеводном кровотечении

4) кровотечении из нижних отделов ЖКТ

5) кишечной непроходимости

004. Волнообразное течение заболевания с рецидивами весной и осенью характерно для

1) опухолевого процесса

2) язвенной болезни

3) гастрита

4) панкреатита

5) цирроза печени

005. Ложные болезненные позывы на дефекацию (тенезмы), стул малыми порциями с примесью слизи и крови характерны для поражения?

1) тонкой кишки

2) толстой кишки

3) пищевода

4) поджелудочной железы

5) печени

006. У больного, длительно страдающего язвенной болезнью с локализацией язвы в луковице двенадцатиперстной кишки, в последнее время изменилась клиническая картина: появилась тяжесть после еды, тошнота, обильная рвота пищей во второй половине дня, неприятный запах изо рта, потеря веса. Можно думать о следующем осложнении

1) органическом стенозе пилородуоденальной зоны

2) функциональном стенозе

3) малигнизации язвы

4) пенетрации язвы

5) перфорации язвы

007. мелена это

1) жидкий черный кал

2) обесцвеченный кал

3) «жирный» блестящий кал  
4) «овечий» кал

5) лентовидный кал

008. Больной, длительно страдающий язвенной болезнью с локализацией язвы в желудке, обратился с жалобами на слабость, тошноту, потерю аппетита, постоянные боли в эпигастральной области, похудание. В данном случае можно думать о следующем осложнении язвенной болезни

1)стенозе выходного отдела желудка

2)малигнизации язвы

3)пенетрации язвы

4)микрокровотечении из язвы

5)перфорации язвы

009. Париетальные клетки слизистой оболочки желудка секретируют

1) соляную кислоту

2) молочную кислоту

3) гастромукопротеид

4) муцин

5) пепсиноген

010. Добавочные клетки слизистой оболочки желудка секретируют

1) муцин

2) бикарбонаты

3) гастрин

4) секретин

5) внутренний фактор Касла