**Федеральное Государственное БЮДЖЕТНОЕ образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» МинистерствА здравоохранениЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра поликлинической терапии С КУРСОМ ИДПО**

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

Дисциплина: поликлиническая терапия

Специальность: Лечебное дело

Семестр: 1­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­2 Курс: 6

## **ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ НА ТЕМУ:**

**«ГЭРБ В ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТА поликлиники»**

Методические указания

для студентов к контактной работе

Уфа – 2018 г.

Тема практического занятия: «ГЭРБ в практике терапевта поликлиники» в соответствии с ФГОС ВО (2016), рабочей программы дисциплины поликлиническая терапия, утвержденной в 2018 г. ректором Павловым В.Н.

 Рецензенты:

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

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

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

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

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

**ГЭРБ ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТА поликлиники**

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

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

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

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

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

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

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

 - факторы риска ГЭРБ;

- этиологию, патогенез и современную классификацию;

- методику сбора жалоб, анамнеза заболевания, объективного обследования больного;

- интерпретацию результатов лабораторно-инструментальных методов исследования;

- принципы врачебно-трудовой экспертизы;

- средства этиотропной, патогенетической, симптоматической медикаментозной и немедикаментозной терапии;

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

- методы профилактики.

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

- провести раннюю диагностику ГЭРБ;

- дифференцировать ГЭРБ с другими заболеваниями, имеющие сходную симптоматику;

- назначить план обследования;

- оценить результаты клинических и лабораторно-инструментальных исследований;

- осуществить, при необходимости, госпитализацию больного;

- назначить лечение;

 Провести экспертизу нетрудоспособности;

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

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

- методами общеклинического обследования**,**

-интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

-владеть методами оказания неотложной догоспитальной медицинской помощи,

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

-алгоритмом развернутого клинического диагноза,

-основами ведения медицинской документации,

- основами медицинской, физической, психологической и социальной реабилитации.

3.**Необходимые базисные знания и умения:**

Вопросы для самоподготовки:

1. основные механизмы этиопатогенеза ГЭРБ;
2. классификация ГЭРБ;
3. клинические проявления ГЭРБ;
4. лабораторно-инструментальные методы исследования;
5. фармакотерапия ГЭРБ;
6. врачебно-трудовая экспертиза ГЭРБ.

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

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

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

7 .**Содержание занятия.**

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

7.2.контроль исходного уровня знаний обучающихся с применением тестов.

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

7.4. самостоятельная работа обучающихся под руководством преподавателя.

7.5. разбор проведённой курации, выполнение лабораторных и исследований.

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

**Тестовый контроль исходного уровня знаний:**

Выберите один вариант ответа

1. СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ МЕЖДУ СТЕНОКАРДИЕЙ И

А) ГЭРБ

Б) атрофическим гастритом

В) язвенной болезнью желудка

Г) хроническим колитом

2. ОСЛОЖНЕНИЕ, НЕ ХАРАКТЕРНОЕ ДЛЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

А) аденокарцинома пищевода

Б) стриктуры пищевода

В) пищевод Баррета

Г) полипоз пищевода

1. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮЯВЛЯЮТСЯ

А) блокаторы Н2-рецепторов гистамина

Б) ингибиторы протонной помпы

В) блокаторы дофаминовых рецепторов

Г) алюминийсодержащиегастропротекторы

1. ПОЯВЛЕНИЮ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙРЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ СПОСОБСТВУЕТПРИЕМ

А) изосорбидамононитрата

Б) метопрололасукцината

В) стронция ранелата

Г) гидроокиси алюминия

5. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ИСПОЛЬЗУЮТ

А) лактулозу

Б) дротаверина гидрохлорид

В) рабепразол

Г) рифаксимин

6. СИМПТОМ ИЗЖОГИ ВЫРАЖЕН ПРИ

А) хроническом холецистите

Б) гастроэзофагеальнойрефлюксной болезни

В) хроническом пиелонефрите

Г) хроническом панкреатите

7. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

А) эндоскопическое

Б) ренгенологическое

В) гистологическое

Г) рН-метрическое

8. ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНУЮ РЕФЛЮКСНУЮ БОЛЕЗНЬ В ФОРМЕ

А) диффузного эзофагоспазма

Б) кандидозного эзофагита

В) синдрома Мэллори-Вейса

Г) гастроэзофагеального рефлюкса с эзофагитом

**9. В понятие «гастроэзофагеальнойрефлюксной болезни» входит все, КРОМЕ:**

А) ахалазиикардии

Б) гастро-эзофагеального рефлюкса

В) недостаточности кардии

Г) хронического эзофагита

Д) халазиикардии

**10. В основе развития ГЭРБ лежат все следующие болезни из ниже перечисленных, КРОМЕ:**

А) короткий пищевод

Б) язвенная болезнь

В) хронический гастрит

Г) неспецифического язвенного колита

Д) халазиикардии

**Тестовый контроль конечного уровня знаний:**

Выберите один вариант ответа

**1. При ГЭРБ в развитии моторных нарушений имеет значение дисбаланс гормонов:**

А) гипофиза

Б) надпочечников

В) гастроинтестинальных

Г) щитовидеой железы

Д) половых

**2. Из основных клинических проявлений рефлюкс-эзофагита все перечисленное ниже верно, КРОМЕ:**

А) жажды

Б) загрудинной боли

В) отрыжки

Г) изжоги

Д) регургитации

**3. Укажите основной симптом эзофагита из перечисленного ниже:**

А) изжога

Б) боли при глотании

В) отрыжка

Г) загрудинные боли

Д) рвота

**4. Выберите из перечисленных ниже препаратов средство, обладающее прокинетическим действием:**

А) фосфалюгель

Б) квамател

В) мотилиум

Г) ранитидин

Д) омепразол

**5. Для лечения хронического эзофагита НАИБОЛЕЕ целесообразным является сочетание прокинетиков с одной из перечисленных ниже групп препаратов:**

А) β-блокаторами

Б) седативными

В) простагландинами

Г) холинолитиками

Д) ингибиторами протонной помпы

**6. Из перечисленных форм хронического гастрита для детей НАИБОЛЕЕ характерен:**

А) хеликобактерный

Б) эозинофильный

В) гранулематозный

Г) аутоиммунный

Д) химический

**7. Укажите хроническое заболевание органов пищеварения, при котором доказана роль хеликобактерной инфекции:**

А) хронический эзофагит

Б) хронический гастрит

В) синдром раздраженного кишечника

Г) хронический холецистит

Д) хронический панкреатит

**8. В развитии хронического гастрита определяющими факторами являются все ниже перечисленные, КРОМЕ:**

А) хеликобактерной инфекции

Б) отягощенной наследственности

В) иммунологических нарушений

Г) кислотно-пептического фактора

Д) дуодено-гастрального рефлюкса

**9. К патологическим изменениям в слизистой оболочке желудка, вызываемым Helicobacterpyloriотносится все ниже перечисленное, КРОМЕ:**

А) повышения кислотообразования

Б) нарушения регенерации и васкуляризации

В) увеличения апоптоза эпителиальных клеток

Г) метаплазии слизистой оболочки

Д) повышения слизеобразования

**10. Заселение двенадцатиперстной кишки Helicobacter pylori возможно лишь при наличии следующих факторов из ниже перечисленного:**

А) массивного обсеменения антрального отдела желудка

Б) нарушения нервной регуляции двенадцатиперстной кишки

В) наличия метаплазированных участков слизистой duodenum

Г) воспалительного процесса в двенадцатиперстной кишке

Д) наличиигастроэзофагеального рефлюкса

***Ситуационные задачи***

 **Задача №1**

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

1. Поставьте развернутый клинико-функциональный диагноз.

2. Определите тактику ведения больного.

3. Проведите врачебно-трудовую экспертизу.

4. Назначьте лечение, выпишите рецепты.

5. Определите группу диспансерного наблюдения

**Задача №2**

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

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Назначьте наиболее информативные методы исследования для

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

3. Проведите врачебно-трудовую экспертизу.

4. Определите тактику лечения:

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

4. Определите тактику диспансерного наблюдения.

**Задача №3**

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

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

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

**Задача №4**

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

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

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

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Что может быть обнаружено при гастробиопсии?

3. Как называется отсутствие пепсина в желудочном соке?

4. Лечебная тактика.

**Задача №5**

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

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

1. Поставьте развернутый клинико-функциональный диагноз.

2. Определите тактику ведения больного:

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

3.Проведите врачебно - трудовую экспертизу с определением средних сроков временной нетрудоспособности.

4. Назначьте лечение, выпишите рецепты.

5. Определите группу диспансерного наблюдения

**Задача №6**

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

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

1. Поставьте развернутый клинико-функциональный диагноз.

2. Определите тактику ведения больного:

3. Определите группу диспансерного наблюдения

**Задача №7**

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

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

1. Сформулируйте клинико-функциональный диагноз.

2. Определите необходимость дополнительных методов исследования.

3. Проведите экспертизу нетрудоспособности:

1. больной трудоспособен
2. больной нетрудоспособен
3. Определите группу диспансерного наблюдения

**Задача №8**

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

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

1. Сформулируйте клинико-функциональный диагноз.

2. Какие диагностические мероприятия назначите:

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

3. Определите группу диспансерного наблюдения

**Задача №9**

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

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

1. Сформулируйте клинико-функциональный диагноз.

2 . Определите тактику лечения:

 а) амбулаторное лечение;

 б) дневной стационар.

3. Определите группу диспансерного наблюдения

**Задача №10**

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

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

1. Сформулируйте клинико-функциональный диагноз.

2. Определите тактику лечения:

1. амбулаторное лечение;
2. госпитализация.

3. Определите группы диспансерного наблюдения

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

***Учебно-исследовательская работа обучающихся***

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

***Ответы к вариантам тестов по контролю исходного и конечного уровня знаний***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №№ | Контроль исходного уровня знаний | Контроль конечного уровня знаний |
| 1. | А | А |
| 2. | Г | Б |
| 3. | Б | Г |
| 4. | А | В |
| 5. | В | Г |
| 6. | Б | Г |
| 7. | А | А |
| 8. | Г | Б |
| 9. | В | Б |
| 10. | В | Г |

**Эталон ответа на ситуационные задачи.**

**Ответ на задачу №1**

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

**Ответ на задачу №2**

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

**Ответ на задачу №3**

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

**Ответ на задачу №4**

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

**Ответ на задачу №5**

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

**Ответ на задачу №6**

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

**Ответ на задачу №7**

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

**Ответ на задачу №8**

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

**Ответ на задачу №9**

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

**Ответ на задачу №10**

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

**Литература**

**Основная:**

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

**Дополнительная:**

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