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

**Кафедра поликлинической терапии с курсом идпо**

УТВЕРЖДАЮ

зав.каф.поликлинической

терапии с курсом ИДПО

 д.м.н., профессор Волевач Л.В.

«30» ноября 2016 г.

Дисциплина: поликлиническая терапия

Специальность: лечебное дело

Очно-заочное отделение

Семестр: 1­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­4 Курс: 7

**ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕНА ТЕМУ:**

**«ГЭРБ. Ведение больных в условиях поликлиники»**

Методические указания

для студентов

Уфа – 2016 г.

Тема практического занятия:«ГЭРБ. Ведение больных в условиях поликлиники» в соответствии с ФГОС (2010), рабочей программы дисциплины поликлиническая терапия, утвержденной в 2013г. ректором Павловым В.Н.

Авторы: проф. Крюкова А.Я., проф. Низамутдинова Р.С.,

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

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

Рецензенты: д.м.н., профессор Мирсаева Г.Х.

Утверждено на заседании кафедры « 30» ноября 2016 г. протокол № 4

**«ГЭРБ. Ведение больных в условиях поликлиники»** 1.**Актуальность темы:** 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 Helicobacter pylori, 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** **студент 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 студент 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 студент 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:**

-анатомо-физиологические особенности органов и систем

-методика исследования

-возрастные особенности

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

5. **Продолжительность занятия:** 5 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 студентов с применением тестов.

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

7.4. самостоятельная работа студентов под руководством преподавателя.

7.5. разбор проведённой курации, выполнение лабораторных и исследований.

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

**Тестовый контроль исходного уровня знаний:**

Выберите один или несколько правильных ответов

1. ЦИТОПРОТЕКТИВНЫМ ДЕЙСТВИЕМ В ОТНОШЕНИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ОБЛАДАЕТ:

1. облепиховое масло

2. викалин

3. гастроцепин

4. сукрафальт

5. солкосерил

2. ДОСТОВЕРНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ТЕСТОМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. боль в правом подреберье

2. коллапс

3. высокий уровень амилазы (диастазы) в крови и моче

4. гипогликемия

5. диарея

3. К СЕЛЕКТИВНЫМ СПАЗМОЛИТИКАМ, ПО ОТНОШЕНИЮ К ЖКТ ОТНОСЯТ:

1. дротаверин

2. платифиллин

3. мебеверин

4. верно 1, 2

5. верно 1, 3

4. СИНДРОМ ДИСПЕПСИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК:

1. ощущение боли или дискомфорта (тяжесть, переполнение, раннее насыщение), локализованное в подложечновой области ближе к срединной линии

2. ощущение боли в подложечновой области, изжога, отрыжка

3. ощущение боли или дискомфорта локализованное в правом подреберье, горечь во рту, выраженная слабость

4. слабость, недомогание, боли в эпигастральной области

5. изжога, боли в эпигастральной области

5. К ИНГИБИТОРАМ ПРОТОНОВОГО ОТНОСЯТ:

1. омепразол

2. итоприд

3. рабепразол

4. домперидон

5. эзомепразол

6. К СТИМУЛЯТОРАМ МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ ОТНОСЯТСЯ:

1. домперидон

2. метоклопрамид

3. месалазин

4. мебеверин

5. сукральфат

7. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИЗЖОГИ:

1. боль в эпигастрии

2. боль или жжение в нижней трети грудины нередко после еды

3. боль в эпигастрии с иррадиацией в левую руку

4. боль в эпигастрии с иррадиацией в правое плечо

5. жжение в эпигастрии

8. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ ОБУСЛОВЛЕНЫ:

1. недостаточностью кардии

2. рефлюксом желудочного содержимого в пищеводе

3. пептическим эзофагитом

4. верно 1, 2

5. дуоденогастральным рефлюксом

9. ЖГУЧИЕ БОЛИ У ОСНОВАНИЯ МЕЧЕВИДНОГО ОТРОСТКА С ИРРАДИАЦИЕЙ В ОБЛАСТЬ СЕРДЦА, ВОЗНИКАЮЩИЕ И УСИЛИВАЮЩИЕСЯ ЧЕРЕЗ ПОЛЧАСА ПОСЛЕ ЕДЫ, ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ И НАКЛОНЕ ТУЛОВИЩА; ОНИ НЕ КУПИРУЮТСЯ ПОЛНОСТЬЮ АНТАЦИДАМИ. ОТМЕЧАЮТСЯ ТАКЖЕ ОТРЫЖКА ВОЗДУХОМ, ПРИСТУПЫ УДУШЬЯ, КАШЕЛЬ. ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ С БАРИЕВОЙ ВЗВЕСЬЮ – РЕФЛЮКС КОНТРАСТНОЙ МАССЫ ИЗ ЖЕЛУДКА В ПИЩЕВОД. ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ ПОЗВОЛЯЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ:

1. аксиальную (скользящую) грыжу пищеводного отверстия диафрагмы и рефлюкс-эзофагит

2. рак пищевода

3. бронхиальную астму

4. хронический гастрит

5. ахалазию пищевода

10. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ К БЛОКАТОРАМ «ПРОТОННОГО НАСОСА» ОТНОСЯТ:

1. циметидин

2. альмагель

3. омепразол

4. пирензепин

5. пипольфен

**Тестовый контроль конечного уровня знаний:**

Выберите один или несколько правильных ответов

1. Н2 – РЕЦЕПТОРЫ ГИСТАМИНА БЛОКИРУЕТ:

1. димедрол

2. метацин

3. альмагель

4. атропин

5. ранитидин

2. УКАЖИТЕ ВОЗМОЖНЫЕ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ АНТАЦИДОВ:

1. метеоризм и отрыжка из-за образования углекислого газа

2. изменение окраски кала

3. системный метаболический алкалоз

4. накопление в организме ионов кальция, магния, натрия

5. метеоризм

3. ДЛЯ СНЯТИЯ БОЛЕЙ ПРИ ГРЫЖЕ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВЕН:

1. ранитидин

2. плапифиллин

3. дротаверин

4. церукал

5. седуксен

4. СТРИКТУРА ПИЩЕВОДА ОБЫЧНО ОБУСЛОВЛЕНА:

1. пептической язвой пищевода

2. хронической пневмонией

3. язвенной болезнью

4. катаральным рефлюкс-эзофагитом

5. ущемлением грыжи пищеводного отверстия

5. СИНДРОМ ДИСПЕПСИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК:

1. ощущение боли или дискомфорта (тяжесть, переполнение, раннее

насыщение), локализованное в подложечновой области ближе к

срединной линии

2. ощущение боли в подложечновой области, изжога, отрыжка

3). ощущение боли или дискомфорта локализованное в правом

подреберье, горечь во рту, выраженная слабость

4. слабость, недомогание, боли в эпигастральной области

5. нет правильного ответа

1. ДЛЯ КАКОГО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТИПИЧНА ДИСФАГИЯ:

1. ГЭРБ

2. склеродермия

3. рак пищевода

4. дивертикул пищевода

5. для всех указанных

1. ЛЕКАРСТВЕННОЕ РАСТЕНИЕ, СТИМУЛИРУЮЩЕЕ СЕКРЕТОРНУЮ ФУНКЦИЮ ЖЕЛУДКА:  
   1. душица  
   2. мята  
   3. подорожник  
   4. укроп
2. РАННИЕ БОЛИ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ВОЗНИКАЮТ ПОСЛЕ ЕДЫ В ТЕЧЕНИЕ:  
   1. 30 минут  
   2. 2 часов  
   3. 3 часов  
   4. 4 часов
3. ДЛЯ СТИМУЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ ПРИМЕНЯЮТ  
   1.пентагастрин  
   2.растительное масло  
   3.сульфат бария  
   4.сульфат магния
4. ПОЗДНИЕ, «ГОЛОДНЫЕ», НОЧНЫЕ БОЛИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ  
   1.хронического гастрита  
   2.язвенной болезни желудка  
   3.язвенной болезни 12-перстной кишки  
   4.цирроза печени

***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 Helicobacter pylori 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 СРС, палаты больных ДС, кабинет терапевта, кабинеты функциональной диагностики, ИРТ, фитотерапия, ЛФК

***Учебно-исследовательская работа студентов***

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. | 4 | 5 |
| 2. | 3 | 1,2,3,4 |
| 3. | 3 | 4 |
| 4. | 1 | 1 |
| 5. | 1,3,5 | 1 |
| 6. | 1,2 | 5 |
| 7. | 2 | 3 |
| 8. | 4 | 1 |
| 9. | 5 | 1 |
| 10. | 3 | 3 |

**Эталон ответа на ситуационные задачи.**

**Ответ на задачу №1**

1. Хронический гастрит антрального отдела ассоциированный с Helicobacter pylori, 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 литература:**

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.Поликлиническая терапия: учебное пособие/М.В. Зюзенков (и др.); под редакцией М.В. Зюзенкова. –Минск: Высшая школа, 2012. – 608 с.

3.Поликлиническая терапия: учебник /под ред И.Л. Давыдкина, Ю.В. Щукина. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 688 с.

4. Диетотерапия при заболеваниях внутренних органов. А. Я. Крюкова [и др.]. Уфа, 2015. <http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib618.pdf>.

http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib619.pdf

**Дополнительная литература:**

1.Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Клинические рекомендации // Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация. 2014. Москва-23 с.

2.Ивашкин В.Т., Трухманов А.С., Шептулин А.А., Баранская Е.К., Лапина Т.Л., Сторонова О.А., Кайбышева В.О. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Рекомендации по диагностике и лечению. - М., - 2013.- 20 с.

3.Диетотерапия при заболеваниях внутренних органов: учебное пособие для студентов, обучающихся по спец. «Лечебное дело»/ ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России; сост. А. Я. Крюкова [и др.]. - Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2015 - 2015Ч. 1: учебное пособие/ сост. А. Я. Крюкова [и др.]. - 2015. - 82 с.

4.Болезни желудка: монография/ И. В. Маев, А. А. Самсонов, Д. Н. Андреев. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2015. - 973 с.

5.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.

6.Гастроэнтерология в поликлинической практике // А.Я. Крюкова, О.А. Курамшина, Л.С. Тувалева, Л.В. Габбасова, Р.С. Низамутдинова, Г.М. Сахаутдинова // 2012, Уфа, ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России.  
7. Гастроэнтерология: национальное руководство / Под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной/ 2014, Москва, ГЭОТАР-Медиа