МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Харківський національний медичний університет

**КЛІНІКО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНЕ ТА ЛАБОРАТОРНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГАСТРИТ, ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ШЛУНКА І 12-ПАЛОЇ КИШКИ. ОСНОВНІ СИМПТОМИ І СИНДРОМИ**

*Методичні вказівки до практичних занять з пропедевтики внутрішньої медицини для студентів медичних факультетів вищих медичних навчальних закладів III-IV рівнів акредитації*

Рекомендовано

Вченою радою ХНМУ.

Протокол №\_\_ від \_ 2018 р.

Харків

ХНМУ

2018

Клініко-інструментальне й лабораторне дослідження хворих на хронічний гастрит, виразкову хворобу шлунка і 12-палої кишки. Основні симптоми і синдроми: Метод. вказ. до практичних занять з пропедевтики внутрішньої медицини для студентів за спеціальністю «Лабораторна діагностика» та студентів медичних факультетів вищих медичних навчальних заклвдів III-IV рівня акредитації /Уклад.: Т.В. Ащеулова, Н.І. Питецька. - Харків: ХНМУ, 2018. - 16 с.

Укладачі: Т.В. Ащеулова

 Н.І. Питецька

### КЛІНІЧНІ СИМПТОМИ І СИНДРОМИ УРАЖЕННЯ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ

Основними симптомами при захворюваннях органів травлення є: біль різної локалізації, порушення апетиту й смаку, печія, відрижка, нудота, блювота, метеоризм, дисфагія, діарея, закреп, кровотеча. Однак комбінація цих скарг залежить від ураження певної ділянки травного тракту.

Основними синдромами при захворюваннях органів травлення є: астено-вегетативний синдром, больовий синдром, диспепсичний синдром, синдром порушення моторної функції, синдром порушення травлення й усмоктування (мальдигестії й мальабсорбції, геморагічний синдром, синдром інтоксикації.

***Астено-вегетативний синдром*:** низька працездатність, швидка втомлюваність, дратівливість, емоційна лабільність, зниження пам'яті, пітливість, серцебиття, тремтіння рук, відчуття «грудки» у горлі, канцерофобія.

***Больовий синдром*:** біль за грудиною, що ірадіює в ліву руку, лопатку, міжлопаткову ділянку, нижню щелепу, не пов'язаний з фізичним навантаженням і при відсутності змін на ЕКГ – при захворюваннях стравоходу; біль в епігастральній ділянці (у центрі епігастрія, праворуч або ліворуч від серединної лінії) різної інтенсивності, що з'являється після їжі (через 0,5–1 год, через 1,5–2 ч), нерідко нічний, голодний біль ( через 6-7 год посля їжі) – при патології шлунка і дванадцятипалої кишки; біль у навколопупковій ділянці, що нерідко поширюється по всьому животі; біль у ділянці фланків, тобто в проекції товстого кишечника, різного характеру, що зменшується після відходження газів, дефекації – при ураженні кишечника;

***Диспепсичний синдром:*** порушення апетиту (зниження, підвищення або повна його відсутність – анорексія), відраза до певних продуктів, зіпсуття смаку;

***Синдром порушення моторної функції:*** дисфагія (дійсна або парадоксальна), печія (при порушенні моторної функції стравоходу); діарея (при прискореному випорожненні шлунка – синдром Zollinger – Ellison), нудота, блювота, відрижка, анорексія, зниження маси тіла ( при вповільненій моторній функції шлунка – синдром гастростаза або «шлункової диспепсії»); діарея (при порушенні моторної функції тонкої кишки); закреп (при порушенні моторної функції товстої кишки).

***Синдром порушення травлення й усмоктування (мальдигестії і мальабсорбції:*** діарея, метеоризм,зниження маси тіла, анемія, полівітамінна недостатність (порушення усмоктування жиророзчинних А, D, С, Е і водорозчинних В1 і В2 вітамінів), електролітні порушення (гіпокалій-, гіпокальцій-, гіпомагнійємія).

***Геморагічний синдром***: кровотечі з розширених вен стравоходу, шлунка, гемороїдальних вен, а також обумовлені ерозіями, пептичними виразками стравоходу, шлунка, кишечника.

***Синдром інтоксикації***: лихоманка, загальна слабкість, нездужання.

Хронічний гастрит

Хронічний гастрит (ХГ) – хронічний рецидивуючий процес слизової оболонки шлунка, в основі якого лежить: запалення, клітинна регенерація, атрофія залозистого епітелію, порушення секреторної функції, порушення моторно-евакуаторної функції, порушення інкреторної функції шлунка. Захворювання зустрічається більш, ніж у половини дорослого населення (близько 85 % усіх захворювань шлунка).

***Основні етіологічні фактори, що викликають розвиток хронічного гастриту:***

- хелікобактерна інфекція (джерелом інфекції є хвора людина або бактеріоносій, у слині, випорожненнях і в зубному нальоті яких можуть виявлятися хелікобактерії);

- аутоімунний (відбувається утворення аутоантитіл до парієтальних (обкладувальних) кліток слизової оболонки шлунка, які виробляють соляну кислоту й внутрішній фактор Касла – гастромукопротеїн);

- дуоденогастральний рефлюкс (відбувається руйнування слизового бар'єра й формування рефлюкс-гастриту);

- харчова алергія (алергійна реакція на молочні продукти, яйця, шоколад, рибу і т.д. призводить до розвитку запальних змін слизової шлунка, збільшення кількості плазматичних кліток, що синтезують імуноглобуліни Е, G, М);

- лікування гастротропними лікарськими препаратами (тривале вживання деяких лікарських препаратів: ацетилсаліцилової кислоти, індометацину, калію хлориду, резерпіну, протитуберкульозних засобів і ін.);

- аліментарний (порушення ритму харчування, вживання недоброякісної їжі, зловживання гострою, дуже холодною або дуже гарячою їжею);

- ендогенний (хронічні інфекції верхніх дихальних шляхів, захворювання ендокринної системи, порушення обміну речовин, дефіцит заліза, хронічна легенева, серцева, ниркова недостатність);

- паління (багаторічне паління призводить до ушкодження захисного слизового бар'єра);

- алкоголізм (часте вживання алкоголю веде до розвитку атрофічного гастриту).

**Міжнародна класифікація хронічного гастриту ( 1996 р.)**

* *Неатрофічний* гастрит (синонім – антральний, гіперсекреторний);
* *Атрофічний, аутоімунний, мультифокальний* (синонім – дифузійний тіла шлунка, асоційований з перніціозною (В12-дефіцитною) анемією).

Особливі форми:

- хімічний (реактивний рефлюкс-гастрит);

- радіаційний;

- лімфоцитарний (асоційований із целіакією);

- неінфекційний гранулематозний;

- еозинофільний (харчова алергія, інші алергени);

- інші інфекції.

Неатрофічний (хелікобактерний) гастрит

*Неатрофічний* (хелікобактерний) гастрит становить близько 80% усіх видів хронічного гастриту. Встановлено майже 100% взаємозв'язок між хелікобактерною інфекцією, хронічними гастритами й пептичними виразками. Частіше виявляється в старшій віковій групі. Хронічний неатрофічний гастрит локалізується спочатку в антральній ділянці, потім до патологічного процесу приєднується тіло шлунка або весь шлунок (пангастрит).

***Клінічні прояви*** неатрофічного гастриту залежать від стадії захворювання.

 *На ранній стадії* процес із розвитком неатрофічного гастриту без секреторної недостатності локалізується в антральному відділі шлунка. Хворих турбує біль в епігастрії через 1,5-2 год після їжі, нерідко голодний біль, печія, відрижка кислим, схильність до закрепів, апетит збережений.

 *У пізній стадії* відбувається атрофія слизової шлунка з розвитком секреторної недостатності. Хворі скаржаться на поганий апетит, нудоту, сухість у роті, відрижку повітрям, їжею, тухлим, почуття важкості й переповнення в епігастрії після їжі, схильність до прискореного й рідкого випорожнення кишечника.

***Фізикальні дані***

 *При загальному огляді* залежно від стадії захворювання відзначають невелике або значне зниження маси тіла, язик злегка або густо обкладений, у кутах рота тріщини ("заїди"), локальна або дифузійна болісність в епігастрії, гурчання при пальпації товстого кишечника.

***Лабораторні й інструментальні методи дослідження:***

1. У клінічному, біохімічному й імунологічному аналізі крові характерних змін не відзначається.

2. Для діагностики хелікобактерної інфекції використовують цитологічний, мікробіологічний, гістологічний, імунологічний методи. При цьому використовують біоптат слизової оболонки шлунка при гастроскопії.

3. Дослідження секреторної функції шлунка: кислотоутворююча й пепсиноутворююча функції можуть бути в нормі, підвищені або знижені, але стану ахлоргідрії немає.

4. Рентгенологічне дослідження: рельєф слизової грубий або млявий, сегментуюча або млява перистальтика, безладна або прискорена евакуація контрастної речовини.

5. Гастроскопічне дослідження шлунка: слизова шлунка гіперемірована або бліда, набрякла або згладжена, нерідко видно крововиливи підслизової оболонки та ерозії, а також гіперплазію складок, ексудацію, антральний спазм, стаз, просвічування судин, рефлюкс дуоденального вмісту.

6. Гістологічне дослідження: вогнища кишкової метаплазії, атрофія залозистого епітелію, наявність хелікобактерій.

Хронічний атрофічний (аутоімунний) гастрит

Хронічний атрофічний гастрит характеризується атрофією слизової оболонки шлунка й секреторною недостатністю. Він зустрічається рідко. Локалізується у фундальному відділі шлунка, що призводить до різкого зниження секреції соляної кислоти, пепсиногена, внутрішнього фактора Касла й обумовлює розвиток В 12-дефіцитної анемії.

***Клінічні прояви***: загальна слабкість, запаморочення, пітливість, відчуття важкості й повноти в епігастральній ділянці після їжі, часто турбує відрижка повітрям, тухлим, гірким, печія, відчуття присмаку металу в роті, відзначається кровоточивість ясен, зниження зору й апетиту.

***Физикальные дані***

 *При загальному огляді*: шкіра бліда, суха, іноді її потемніння, внаслідок розвитку гіпокортицизма, "заїди" у кутах рота, язик обкладений. При пальпації живота – розлита болісність в епігастрії, болісність і гурчання в навколопупковій та ілеоцекальній ділянках.

***Лабораторні й інструментальні методи дослідження***

1. Аналіз крові клінічний: зниження вмісту гемоглобіну й еритроцитів, збільшення колірного показника, лейкопенія, тромбоцитопенія.

2. Аналіз крові біохімічний: гіпербілірубінемія, підвищення вмісту ɤ-глобулінів.

3. Аналіз крові імунологічний: зниження Т-лімфоцитів супресорів, збільшення Т-лімфоцитів хелперів і імуноглобулінів, поява імунних комплексів і антитіл до парієтальних кліток, гастромукопротеїну, вітаміну В12, до Н+, К --АТФ-фази, до гастринзв’язуючих білків.

4. Дослідження секреторної функції шлунка: різке зниження кислото- і пепсиноутворюючої функції аж до ахлоргідрії.

5. Рентгенологічне дослідження шлунка: зменшення вираженості складок слизової оболонки шлунка.

6. Гастроскопічне дослідження: складки слизової нижче або можуть бути відсутні взагалі, слизова оболонка бліда, стоншена, атрофічна, наявність надлишкової кількості слизу, надходження вмісту шлунка у дванадцятипалу кишку, перистальтика млява, затримка слизу на стінках шлунка, ерозії рідко.

Пептична виразка шлунка й дванадцятипалої кишки

Пептична виразка – патологічний процес, в основі якого лежить запалення слизової оболонки гастродуоденальної зони з формуванням локального ерозивного ушкодження, найчастіше інфекційного або неінфекційного походження як відповіді на порушення ендогенного балансу між місцевими факторами «агресії» і «захисту». Вона зустрічається в 6-10 % дорослого населення, частіше в чоловіків, ніж у жінок (співвідношення чоловіків і жінок становить 4:1), з переважним ураженням міського населення.

***Основними етіологічними факторами пептичної виразки шлунка й дванадцятипалої кишки є:***

- інфікування хелікобактерною інфекцією (майже в 100% випадків є провідним чинником у виникненні виразок дванадцятипалої кишки, в 80-90% випадків – виразок шлунка);

- гострі й хронічні стреси;

- аліментарний фактор (роль його незначна, проте слід уникати вживання їжі, що викликає надмірну шлункову секрецію: дуже гострої, грубої, занадто гарячої або занадто холодної);

- зловживання алкоголем не є першопричиною розвитку виразкової хвороби, але сприяє стимуляції секреції соляної кислоти й розвитку ішемії слизової шлунка;

- паління (у тих, що палять це захворювання зустрічається у два рази частіше в порівнянні з тими, що не палять, тому що нікотин викликає звуження судин і ішемію слизової оболонки шлунка, стимулює секрецію соляної кислоти, прискорює евакуацію їжі зі шлунка, створює умови для формування гастродуоденального рефлюкса);

- вплив лікарських засобів (ацетилсаліцилова кислота; нестероїдні гормони, які виявляють некротизуючий вплив на слизову оболонку шлунка й призводять до пригнічення утворення нею захисних простагландинів; резерпін, що стимулює секрецію соляної кислоти; глюкокортикоїди, що порушують мікроциркуляцію, а також стимулюють секрецію соляної кислоти й знижують здатність до регенерації слизової оболонки шлунка);

- ендогенні фактори (хронічні захворювання легенів і серцево-судинної системи, які ведуть до розвитку ішемії слизової оболонки шлунка, цироз печінки, захворювання підшлункової залози).

***Клінічні прояви*** неускладненої пептичної виразки залежать від локалізації виразки, віку хворого, наявності супутніх захворювань і ускладнень, але провідними синдромами є больовий і диспепсичний.

*● Біль* локалізується в епігастральній ділянці, причому при виразці шлунка – у центрі епігастрія або ліворуч від серединної лінії, при виразці дванадцятипалої кишки й препілоричної зони – в епігастрії праворуч від серединної лінії. Розрізняють біль ранній (через 0,5-1 год після вживання їжі), пізній ( через 6-7 год), нічний (уночі), голодний ( через 6-7 год після вживання їжі). Біль може бути тупий, ниючий, свердлячий, ріжучий, схваткоподібний. Характерні періодичність (періоди загострення й ремісії) і сезонність (загострення частіше навесні й восени). Зникає біль після їжі, молока, антацидів.

*● Печія* обумовлена шлунково-стравохідним рефлюксом, подразненням слизової оболонки стравоходу шлунковим умістом і не завжди пов'язана із вживанням їжі.

*● Відрижка* обумовлена недостатністю кардії й антиперистальтичними скороченнями шлунка. Може бути повітрям, кислим, тухлим.

*● Нудота* зазвичай пов'язана із супутнім гастритом, характерна для медіогастральних, нерідко – для постбульбарних виразок.

*● Блювота* обумовлена підвищенням тонусу блукаючого нерва, посиленням моторики шлунка й шлунковою гіперсекрецією. Виникає на "висоті" болю, сприяє значному зменшенню або навіть зникненню болю. Блювотні маси містять кислий шлунковий уміст.

*● Апетит* частіше гарний, іноді підвищений, рідше знижений. При вираженому больовому синдромі виникає "цитофобія" – острах виникнення болю після їжі.

*● Закрепи* – порушення моторної функції товстого кишечника, що виникають у результаті спастичних скорочень товстої кишки, гіподинамії, вживання антацидів, низького вмісту рослинної клітковини в дієті.

***Фізикальні дані.***

 *Під час загального огляду* відзначається частіше астенічний або нормостенічний конституціональний тип, долоні холодні, вологі.

 *При пальпації живота:* локальне захисне напруження передньої черевної стінки, помірна або виражена болісність в епігастрії (по середній лінії, праворуч або ліворуч від неї).

 *При перкусії живота:* локальна, обмежена болісність (симптом Менделя), іноді більш виражена під час вдиху.

**Лабораторні й інструментальні методи дослідження**

1. Аналіз крові клінічний (за показниками): тенденція до збільшення кількості еритроцитів і гемоглобіну (підвищене усмоктування в тонкому кишечнику мікроелементів кобальта й міді, що стимулюють еритроцитоз), до вповільнення ШОЕ.

2. Аналіз калу на приховану кров (при підозрі на шлунково-кишкову кровотечу).

3. Діагностика інфекції H. pylori.

4. Інтрагастральна РН-метрія для оцінки кислотоутворюючої функції (експрес-метод) і багатогодинне або добове монітрування РН для індивідуального підбору певного препарату.

5. Фіброгастродуоденоскопія дозволяє розрізнити активну виразку, що рубцюється, послявиразкові фляки.

 *При загостренні виразки* характерні наступні ознаки: форма виразки – округла, овальна, щілиноподібна; краї мають чіткі межі, гіперемовані, мають набряк; дно укрите фібринозним нальотом сірувато-білого або жовтого кольору; у біоптаті з дна виразки – детрит, скупчення слизу, лейкоцитів, еритроцитів, клітки злущеного епітелію, набряк, інфільтрація лімфоцитами, плазматичними клітками.

 *При загоєнні виразки* – фаза "червоного" рубця: зменшення гіперемії й набряку слизової оболонки навколо виразки, зменшення глибини виразки, очищення дна від фібрину, поява грануляційної тканини, у біоптаті – помірний набряк і інфільтрація плазматичними клітками й лімфоцитами.

 *При формуванні зрілого рубця* – фаза "білого" рубця: відсутність активного запалення, заміщення грануляційної тканини сполучною, виражена деформація стінки шлунка або дванадцятипалої кишки.

6. Морфологічне дослідження біоптата (прицільна гастроскопічна біопсія) для виявлення виразкоподібної форми раку шлунка, метаплазії епітелію.

7. Рентгенологічне дослідження (при неможливості ендоскопічного дослідження) дозволяє виявити прямі й непрямі ознаки виразки.

 *Прямі:* "ніша" (округла, овальна, щілиноподібна, конічна, неправильна).

 *Непрямі:* затримка барієвої маси в місці виразки, затримка або прискорення пасажу барію сульфату зі шлунка, дуоденогастральний рефлюкс, конвергенція складок у місцях розташування виразки, локальні спазми шлунка або дванадцятипалої кишки, симптом регіонарного втяжіння, деформація шлунка або дванадцятипалої кишки в результаті перигастриту, перидуоденіту.

**Ускладнення:**

* Шлунково-кишкова кровотеча
* Перфорація порожнього органу
* Рубцевий стеноз
* Пенетрація
* Малігнізація

**ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ**

**1. «Вірхова залоза» – характерна ознака для:**

А. Гепатиту

В. Панкреатиту

С. Перитоніту

D. Раку шлунка

E. Коліту

**2. Відставання передньої черевної стінки під час дихальних рухів характерно для:**

A. Холециститу

B. Асциту

C. Ожиріння

D. Перитоніту

E. Гастриту

**3. Велика кривизна шлунка пальпується:**

A. Ліворуч і зверху від пупка

B. Праворуч і зверху від пупка

C. Над пупком

D. Ліворуч і знизу від пупка

E. Праворуч і знизу від пупка

**4. Пілоричний відділ шлунка пальпується:**

A. Ліворуч і зверху від пупка

B. Праворуч і зверху від пупка

C. Над пупком

D. Ліворуч і знизу від пупка

E. Праворуч і знизу від пупка

**5. Позитивний симптом Щьоткіна-Блюмберга визначається при наступному ускладненні виразкової хвороби:**

A. Перивісцерит

B. Пенетрація

C. Малегнізація

D. Перфорація

E. Кровотеча

**6.** Хвора Н., 33 років, доставлена в клініку у зв'язку із втратою свідомості. Скаржиться на слабкість, запаморочення, біль в ділянці серця.

*Анамнез.* Протягом року турбує печія, що виникає через 20-30 хвилин після вживання їжі, особливо гострої, іноді навіть уночі. Стан погіршився раптово під час повернення з роботи.

*Огляд:* блідість шкірних покривів. Пульс – 110 уд. за хвилину, слабкого наповнення, ритмічний. АТ 90/60 мм рт. ст.

*Аускультація:* тони серця ослаблені, ритмічні, систолічний шум над верхівкою.

*При пальпації* живіт м'який, відзначається нерізка болісність в епігастральній ділянці. Симптоми подразнення очеревини відсутні.

*Ваш попередній діагноз?*

А. Гастрит

B. Неускладнена виразкова хвороба

C. Пептична виразка, ускладнена шлунково-кишковою кровотечею

D. Панкреатит

E. Перитоніт

**7.** Хворого Г., 60 років, турбує відчуття важкості в епігастральній ділянці, відраза до м'ясної їжі, блювота з'їденою напередодні їжею, зниження маси тіла.

*В анамнезі*: пептична виразка шлунка.

*Огляд:* блідість шкірних покривів, виражене схуднення, над лівою ключицею пальпується щільний лімфатичний вузол. Визначається випинання черевної стінки в епігастрії.

*При пальпації живота* в епігастральній ділянці, більше ліворуч від серединної лінії пальпується утворення, розміром 3×4 см.

*Загальний аналіз крові:* Hb – 90 г/л, лейкоцити – 12 × 109/л, ШОЕ – 43 мм/год. *У калі –* позитивна реакція на приховану кров.

*При дослідженні вмісту шлунка* реакція на молочну кислоту позитивна.

*Ваш попередній діагноз?*

A. Пептична виразка шлунка

B. Панкреатит

C. Шлунково-кишкова кровотеча

D. Рак шлунка

E. Рак стравоходу

**8.** Хворий К., 50 років, звернувся зі скаргами на важкість й відчуття повноти в епігастрії, що підсилюються після вживання їжі, відрижку тухлим, а також їжею, з'їденою напередодні. Полегшення наступає після блювоти.

*В анамнезі:* виразкова хвороба дванадцятипалої *кишки* протягом10 років. За останній місяць схуд на 3 кг.

*Огляд:* зниженого харчування. Шкіра суха, хейліт, язик укритий білим нальотом.

*При поверхневій пальпації живота*: живіт трохи роздутий, болісний в епігастральній ділянці.

*Перкусія живота*: виявляється шум «плескоту» над епігастральною ділянкою, нижня мнжа шлунка на 2-3 см нижче пупка.

*Яке ускладнення пептичної виразки дванадцятипалої кишки виникло в пацієнта?*

А. Перфорація

B. Пенетрація

C. Шлунково-кишкова кровотеча

D. Стеноз воротаря

E. Малегнізація

**9.** Хворий І., 70 років, доставлений у клініку зі скаргами на гострий кинджальний біль у верхній половині живота, що виник після підняття важкого.

*В анамнезі:* виразкова хвороба протягом 10 років.

*Огляд:* положення хворого вимушене: лежить із наведеними до грудей ногами, риси обличчя загострені, шкіра бліда, вкрита липким потом.

*Поверхнева пальпація живота*: виявляється напруження м'язів передньої черевної стінки. Різка болісність в епігастральній ділянці.

*Яке ускладнення виразкової хвороби виникло в пацієнта?*

А. Перфорація

B. Пенетрація

C. Шлунково-кишкова кровотеча

D. Стеноз воротаря

E. Малегнізація

**10.** Хвора Є., 42 років, скаржиться на рясні проноси до 4 раз за останню добу, біль по всьому животі, підвищення температури тіла до 37,6º С.

*В анамнезі* : напередодні з'їла недоброякісні продукти.

*Огляд порожнини рота*: язик вкритий білим сухим нальотом.

*Поверхнева пальпація живота:* живіт роздутий, визначається болісність у лівій клубовій ділянці.

*Глибока пальпація живота*: сигмовидна кишка болісна, спазмована.

*Про ураження якого органа травної системи можна думати?*

А. Шлунка

B. Дванадцятипалої кишки

C. Печінки

D. Підшлункової залози

E. Товстого кишечника (сигмовидної кишки)

**11.** Хворий Х., 36 років, звернувся зі скаргами на часті рідкі випорожнення (до 8-10 раз на добу) з домішкою крові й слизу, біль у нижній частині живота, зниження маси тіла протягом року на 5 кг.

*Анамнез:* хворіє протягом року, неодноразово обстежився. Наявність гострих інфекційних захворювань не підтверджувалися.

*Огляд:* зниженого харчування, шкіра суха, язик яскраво-червоний. Пульс 86 ударів за хвилину, АТ – 95/60 мм рт. ст.

 *При пальпації* живіт м'який, сигмовидна кишка різко болісна. Печінка збільшена, виступає з-під краю реберної дуги на 3 см, щільна.

*У калових масах* – невелика кількість рідкого вмісту з домішками крові.

*Ваш попередній діагноз?*

А. Хронічний гепатит

B. Цироз печінки

C. Рак шлунка

D. Неспецифічний виразковий коліт

E. Рак кишечника

12.Хворий Н., 34 років, скаржиться на біль в епігастральній ділянці, що виникає через 2-2,5 години після вживання їжі, печію, відрижку кислим, часто в нічний час.

*Анамнез*. Захворювання розвилося поступово. Перші ознаки з'явилися близько двох років тому. Живе в гуртожитку, харчується нерегулярно, зловживає смаженою й гострою їжею. Батько страждає на пептичну виразку дванадцятипалої кишки.

 *При огляді:* хворий зниженого харчування, язик не обкладений, вологий.

 *При поверхневій пальпації* живота відзначається болісність в епігастральній ділянці праворуч, там же – резистентність м'язів черевного преса.

 *При пальпації* живота визначається розлита болісність в епігастральній ділянці. Пульс 68 ударів за хвилину, АТ –105/70 мм рт. ст.

*Ваш попередній діагноз?*

А. Хронічний хелікобактерний гастрит

B. Хронічний аутоімунний гастрит

C. Пептична виразка шлунка

D. Пептична виразка цибулини дванадцятипалої кишки

E. Холецистит

***Еталони відповідей:* 1D, 2D, 3A, 4B, 5D, 6C, 7D, 8D, 9A, 10E, 11D, 12D.**

*Методичні вказівки*

**КЛІНІКО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНЕ ТА ЛАБОРАТОРНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГАСТРИТ, ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ШЛУНКА І 12-ПАЛОЇ КИШКИ. ОСНОВНІ СИМПТОМИ ТА СИНДРОМИ**

Укладачі: Тетяна Вадимівна Ащеулова

 Наталя Іванівна Питецька

Відповідальний за випуск: Тетяна Вадимівна Ащеулова

Редактор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Коректор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Компьтерная верстка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

План 2018\_\_\_, поз.\_\_\_, Ризографія.

Умов.друк.л.\_\_\_.Тираж 300 экз. Зауводити, увести до ладу. №\_\_\_\_. Ціна\_\_\_\_.

пр. Науки, м.Харків, 4, ХНМУ, 61022

Редакційно-видавничий відділ