**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ**

**КАФЕДРА «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ 2»**

«**Обсуждено**» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **«*Утверждено****» -*

на заседании кафедры\_\_\_\_\_\_\_ Председатель УМС

Прот.№\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_2019 г факультета

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Зав.каф. Садыкова А.А. **Т**урсунбаева А.Т.

План-разработка практического занятия №4

на тему: «**Синдром нарушения секреторной функции желудка».**

по дисциплине: **«Внутренние болезни »**

для студентов, обучающихся по специальности:

**(560002) Педиатрия**

Составитель: Тажибаева У.Ж.

**Тема практического занятия:**

«**Синдром нарушения секреторной функции желудка»** (50мин)**Актуальность темы:** Система органов пищеварения - одна из наиболее сложных и актуальных проблем в медицине. Это обусловлено ростом заболеваемости, трудностью ранней диагностики, частым развитием осложнений и недостаточной разработкой программы медицинской, социальной, физической реабилитации больных.

**ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ**

Цель занятия: студенты должны знать синдром нарушения секреторной функции желудка.

**План занятия:**

* Ознакомление с тактикой ведением больных;
* Демонстрация практических навык ;
* Оценка и обсуждения.

**Задачи:**

 1. Формировать умения анализировать, активно использовать полученные знания и умения в профессиональной деятельности.

 2. Формировать готовность и способность целесообразно действовать в соответствиисо стандартами оказания медицинской помощи в конкретных клинических ситуациях.

 3. Формировать готовность и способность мобилизовать профессионально важныекачества (толерантность, ответственность, способность работать в коллективе, стремление к саморазвитию), обеспечивающие продуктивность трудовойдеятельности специалиста.

**Вид занятия:**практическое

**Средства обучения и контроля:**

 1. методическая разработка занятия

 2. учебно-методическое пособие для самоподготовки студентов к занятию

 3. дидактические средства контроля и тренажа:

1. тестовыезадания;
2. ситуационные задачи с эталоном ответов;

**Формы контроля:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Цель** |
| Индивидуальный устный | * выявить уровень теоретической подготовки, умения оперировать знаниями;
* определить уровень логического, клинического мышления;
* развивать речь
 |
| Индивидуальный письменный | * выявить уровень подготовленности всей группы и каждого студента в отдельности
 |
| Практический* решение учебных заданий проблемного характера
* выполнение практических действий, заданий
 | * выявить уровень самостоятельного мышления, умения анализировать явления, выделять главное
* определить уровень клинического (профессионального) мышления;
* проверить умение выполнения манипуляции, практического действия.
 |

**Междисциплинарные связи:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Дисциплины и профессиональные модули* | *Тема* |
| 1. Общепрофессиональные дисциплины- Анатомия и физиология человека- Латинский язык | * Терминология.
 |
|  Диагностическая деятельность- Пропедевтика клинических дисциплин  | * Синдром нарушения секреторной функции желудка.
 |
|  Общепрофессиональные дисциплины- Клиническая фармакология  |  |

**Внутридисциплинарные связи:**

Методы исследования больного

 **Уровни усвоения: 2**,3

 2. – репродуктивный (выполнение деятельности по образцу, инструкции или под руководством);

3. – продуктивный (планирование и самостоятельное выполнение деятельности, решение проблемных задач).

***После изучения темы занятия студент должен уметь:***

* проводить обследование пациента;
* определять тяжесть состояния пациента;
* выделять ведущий синдром;
* проводить дифференциальную диагностику;
* работать с портативной диагностической аппаратурой;
* оказывать посиндромнуюмедицинскую помощь;
* оценивать эффективность оказания медицинской помощи;
* контролироватьосновныепараметрыжизнедеятельности;
* осуществлятьфармакотерапию;
* осуществлятьмониторингсостоянияпациента;

**Карта компетенции:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Код и формулировка компетенций** | **Результаты обучения (ООП)** | **Результат обучения (дисциплины)** | **Результаты обучения (темы)** |
| **1** | **ПК-2**- способен проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, результаты современных лабораторно-инструментальных исследований, морфологического анализа биопсийного, операционного и секционного материала больных, оформить медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного ребенка.**ПК-3**-способен проводить патофизиологический анализ клинических синдромов, использовать обоснованные методы диагностики, лечения, реабилитации и профилактики среди детей с учетом их возраста.**ПК-12-**способен анализировать результаты основных клинико-лабораторных методов исследования и оценить функциональное состояние детского организма с целью своевременной диагностики заболеваний. | **РО 4** - Владеет теоретическими и практическими знаниями по анатомо-физиологическим особенностям детского организма, семиотики их поражения, объективного, лабораторно-инструментального методов исследования.РО5 = ПК2 + ПК3+ПК12 | **РОд- 1**способен анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических особенностей и умеет применять фундаментальные знания при оценке морфофункциональных и физиологических состояний организма для своевременной диагностики заболеваний и выявления патологических процессов.**РОд-2:**способен выполнять основные лечебные мероприятия при наиболее часто встречающихся заболеваниях и состояниях у взрослого населения и умеет применить фундаментальные знания (анатомо-топографическое и гистофизиологическое обоснование) и основ физикального обследования. | **РОт**: Знает и понимает: этиологию, патогенез, классификацию, клиническую картину.- Методы современной диагностики и дифференциальный диагнозc учетом их течения и осложнения.Умеет на основании жалоб, анамнеза, физикального обследования:- дифференцировать больных - составить план лабораторного и инструментального обследования для подтверждения предполагаемого диагноза и интерпретировать полученные результаты;- сформулировать развернутый клинический диагноз, руководствуясь современной классификацией ;- произвести детализацию диагноза у конкретного больного, а именно, этиологию, механизм развития болезни, осложнений; - произвести обоснование клинического диагноза у больного с оценкой результатов обследования и выявить критерии диагностики;Владеет: - методикой назначения адекватной индивидуальной терапии;- навыками определения прогноза у конкретного больного;- мерами вторичной профилактики и экспертизы трудоспособности; – навыками оказания первой медицинской помощи при неотложных состояниях. |

**Ход занятия**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Этапы занят** | **Цели этапов занятия** | **Деятельность преподавателя** | **Деятельность студента** | **Методы, механизмы** | **Результаты обучения** | **Оборудование занятия** | **Время**  |
| 1 | Организационный момент | Ознакомление с новой темой, его вопросами | Показ рисунка и комментарий к нему. Преподаватель объявляет тему, цели занятия, акцентирует внимание на важности, сложности изучения данной темы; объясняет ход занятия | Записывают тему и его вопросы | Мозговой штурмВызвать интерес к изучениюматериала, мобилизовать внимание студентов | Обращение внимание студентов к занятию | Доска с проектором, слайд  | 5 мин |
| 2 | Практическая часть | Создание проблемной ситуацииАктивизация мыслительной деятельности. | Демонстрирование ситуации | В решении задач принимают участие все студенты группы; дополняют, исправляют ответы друг друга. Преподаватель контролирует, обобщает ответы студентов | Работа с чек - листом | Акцентирование внимание студентов на рассматриваемые вопросы, участие в командных обсуждениях, свободно выражают свои мнения | Доска с проектором, презентационный материал, чек-листы, натурщик. градусник, фонендоскоп, тонометр, шпатель.лекарственные препараты (аннотации) | 30мин |
| 3 | Оценка и дисскусия работы с чек-листами. | Определение и анализ освояемости пройденного материала, внесение измений на его содержание | Демонстрация ситуационных задач. | Отвечают друг другу на заданные конкретные вопросы.Студенты оценивают собственные действия, умения работать в команде, осмысливают итоги занятия; записывают заработанные баллы, домашнее задание. | Обсуждение ситуационных задач | Самостоятельно используют полученные знания по теме, формируются познавательные компетенции | Чек-листы (Прил.2.) | 10 мин |
| 4 | Оценивание студентов за участия на занятии  | Научить студентов к самооценке и применять 4х шаговый метод Пейтона. | Преподаватель анализирует работу студентов. Определяет степень достижения целей. Выставляет и объявляет оценки. Предлагает записать домашнее задание |  | Выборочный опрос, оценка друг другаОценить успешность достижения целей занятия студентами; определить перспективы последующей работыОриентировать студентов на следующее занятие, акцентировать внимание студентов на основных вопросах темы. | Преподаватель оценивает деятельность студентов и подводит общий итог занятия.Оценка преподавателем формируемых общих и профессиональных компетенций студентов (происходит в ходе наблюдения за деятельностью обучающихся в процессе изучения темы).Преподаватель предлагает домашнее задание, благодарит студентов за занятие. | Примеры вопросов | 5 мин |

**Содержание темы:**

Студенты должны продемонстрировать «Прием больного».

* Прием больного.
* Расспрос жалоб.
* Сбор анамнеза.
* Осмотр больного.
* Осмотр ротовой полости.
* Пальпация.
* Перкуссия.
* Аускультация.
* Определение ЧД.
* Определение АД.
* Определение пульса.
* Оценка дыхания.
* Постановка предварительного диагноза.
* Выбор лабораторных методов исследования.
* Выбор инструментальных методов исследования.
* Выбор тактики лечения.
* Выбор лекарственных средств.

Студент должен озвучить каждое свое действие, выбор, выводы.

**Формы проверки знаний:**

* Оперативный опрос на разрезе текущего контроля;
* Тестовые задания на разрезе рубежного контроля.

**Литература:**

# Учебно-методическое обеспечение дисциплины

**Основная литература:**

1. «Пропедевтика внутренних болезней» Василенко В.Х. и Гребенев А.Л.

2. «Пропедевтика внутренних болезней» Мамасаидов А.Т

 3. «Пропедевтика внутренних болезней» Молдобаева М.С.

 4. «Пропедевтика внутренних болезней» Шелагуров А.А.

 5. «Ичкиооруларпропедевтикасы.» Сакибаев К.Ш.

**Дополнительная литература:**

1. «Пропедевтика внутренних болезней» Малов Ю.С.

2. «Пропедевтика внутренних болезней» Мухин Н.Ф.

**Электронные источники:**

1. [www.plaintest.com](http://www.plaintest.com)

2. [www.booksmed.com](http://www.booksmed.com)

3. [www.bankknig.com](http://www.bankknig.com)

4. [www.wedmedinfo.ru](http://www.wedmedinfo.ru)

5. [www.spr.ru](http://www.spr.ru)

**Краткое содержание темы:**

К расстройствам желудочной секреции относятся гиперсекреция, гипосекреция и ахилия.

*1. Гиперсекреция* — увеличение количества желудочного сока, повышение его кислотности и переваривающей способности. Причины: увеличение массы секреторных клеток желудка (детерминируется генетически), активация влияний блуждающего нерва (напр., при невротических состояниях или конституциональной ваготонии), повышение синтеза и/или эффектов гастрина, гипертрофия и/или гиперплазия энтерохромаффинных (энтероэндокринных) клеток (например, при гипертрофическом гастрите), перерастяжение антрального отдела желудка, действие некоторых ЛС (например, ацетилсалициловой кислоты или кортикостероидов).

## Последствия: замедление эвакуации пищевой массы из желудка, эрозии и изъязвления слизистой оболочки желудка, сопровождающийся изжогой гастро-эзофагальный рефлюкс, нарушения пищеварения в кишечнике.

*2. Гипосекреция* — уменьшение объёма желудочного сока, снижение его кислотности и расщепляющей эффективности.

Причины: уменьшение массы секреторных клеток (напр., при гипо- и атрофической форме хронического гастрита или распадающейся опухоли желудка), снижение эффектов блуждающего нерва (напр., при неврозах или конституциональной симпатикотонии), снижение образования гастрина, дефицит в организме белков и витаминов, действие ЛС, снижающих или устраняющих эффекты блуждающего нерва (например, блокаторов холинорецепторов или активаторов холинэстераз).

*3. Ахилия* — состояние, характеризующееся практически полным отсутствием желудочной секреции. Причина ахилии — значительное снижение или прекращение секреторной функции желудка.

• Последствия.

В результате нарушений моторики желудка возможно развитие синдрома раннего насыщения, изжоги, тошноты, рвоты и демпинг-синдрома.

* *Синдром раннего (быстрого) насыщения.* Является результатом снижения тонуса и моторики антрального отдела желудка. Приём небольшого количества пищи вызывает чувство тяжести и переполнения желудка. Это создаёт субъективные ощущения насыщения.
* *Изжога* — ощущение жжения в области нижней части пищевода (результат снижения тонуса кардиального сфинктера желудка, нижнего сфинктера пищевода и заброса в него кислого желудочного содержимого).
* *Тошнота.* При подпороговом возбуждении рвотного центра развивается тошнота — неприятное, безболезненное субъективное ощущение, предшествующее рвоте.
* *Рвота* — непроизвольный рефлекторный акт, характеризующийся выбросом содержимого желудка (иногда и кишечника) наружу через пищевод, глотку и полость рта.

Механизмы развития: усиленная антиперистальтика стенки желудка, сокращение мышц диафрагмы и брюшной стенки, расслабление мышц кардиального отдела желудка и пищевода, возбуждение рвотного центра продолговатого мозга.

Значение рвоты. Рвота имеет защитное и патогенное значение.

Защитное (при рвоте из желудка устраняются токсичные вещества или инородные тела).

Патогенное (потеря организмом жидкости, ионов, продуктов питания, особенно при длительной и/или повторной рвоте).

* *Демпинг-синдром* — патологическое состояние, развивающееся в результате быстрой эвакуации желудочного содержимого в тонкий кишечник. Развивается, как правило, после удаления части желудка.

 **Нарушение эвакуации желудочного содержимого: отрыжка, изжога, тошнота, рвота. Связь секреторных и моторных нарушений.**

* *Изжога* — ощущение жжения в области нижней части пищевода (результат снижения тонуса кардиального сфинктера желудка, нижнего сфинктера пищевода и заброса в него кислого желудочного содержимого).
* *Тошнота.* При подпороговом возбуждении рвотного центра развивается тошнота — неприятное, безболезненное субъективное ощущение, предшествующее рвоте.
* *Рвота* — непроизвольный рефлекторный акт, характеризующийся выбросом содержимого желудка (иногда и кишечника) наружу через пищевод, глотку и полость рта.

Механизмы развития: усиленная антиперистальтика стенки желудка, сокращение мышц диафрагмы и брюшной стенки, расслабление мышц кардиального отдела желудка и пищевода, возбуждение рвотного центра продолговатого мозга.

Значение рвоты. Рвота имеет защитное и патогенное значение.

Защитное (при рвоте из желудка устраняются токсичные вещества или инородные тела).

Патогенное (потеря организмом жидкости, ионов, продуктов питания, особенно при длительной и/или повторной рвоте).

* *Демпинг-синдром* — патологическое состояние, развивающееся в результате быстрой эвакуации желудочного содержимого в тонкий кишечник. Развивается, как правило, после удаления части желудка.

 **Язва желудка, дуоденальная язва: этиология, патогенез, проявления.**

Язвенная болезнь является результатом нарушения отношений между защит­ными (секреция слизи, простагландинов, бикарбонатов, кровообращение, клеточ­ное обновление) и повреждающими (кислота, пепсин, желчные кислоты, панкреа­тические ферменты, бактерии) факторами. К причинам формирования язвы также относят бактериаль­ную инфекцию *(Helicobacter pylori),* употребление некоторых лекарственных пре­паратов (нестероидные противовоспалительные средства), курение, наследствен­ность, нарушение эвакуации пищи из желудка, что в совокупности и приводит к дисбалансу между повреждающими и защитными факторами в желудке и двенад­цатиперстной кишке. Об этих условиях при попытке понять патофизиологические основы язвенной болезни необходимо всегда помнить, включая и понимание фи­зиологических механизмов защиты слизистой оболочки.

**Входной тест контроль**

1.Чаще встречается?

+а) гипосекреция с пониженной кислотностью;

б) гипосекреция с повышенной кислотностью;

в) гиперсекреция с пониженной кислотностью.

2. Для гиперхлоргидрии и повышенной секреторной функции желудочных желез характерно:

а) склонность к запорам;

в) повышение активности пепсина;

б) спазм привратника;

+г) все указанные изменения.

3. Ятрогенные “стероидные” язвы ЖКТ вызываются:

а) инсулином;

б) адреналином;

в) минералкортикоидами;

+г) глюкокортикоидами;

д) половыми гормонами.

 4. Снижают способность слизистой оболочки желудка к регенерации и способствуют развитию язвенной болезни:

а) спастическая моторика желудка;

б) увеличение в крови катехоламинов и глюкокортикоидов;

в) дефицит в организме гемопоэтических факторов (железа, В12 и фолатов);

 г) курение, алкоголизм;

+д) все указанные факторы.

5. Фактор патогенеза “аспириновых” язв желудка:

+а) уменьшение синтеза простагландинов группы Е;

б) увеличение образования слизи;

в) увеличение обратной диффузии Н+ в слизистой оболочке желудка.

6. К проявлениям синдрома мальабсорбции не относится:

а) метеоризм;

б) понос;

+ в) запор;

г) гипопротеинемия;

д) стеаторея.

7. Для острой кишечной аутоинтоксикации характерно:

а) падение артериального давления;

б) уменьшение болевой чувствительности;

в) ослабление сердечных сокращений;

г) развитие комы;

+д) все признаки.

8. Для хронической кишечной аутоинтоксикации характерно:

а) падение артериального давления;

+б) анемия;

в) уменьшение болевой чувствительности;

г) ослабление сердечных сокращений.

9. Для дисбактериоза не характерно:

+а) рН выше оптимального в кишечнике;

б) увеличение токсических веществ в просвете кишечника;

в) разрушение пищеварительных ферментов;

г) конкуренция микробов за питательные вещества;

д) ухудшение регенерации кишечного эпителия.

10. Основу патогенеза синдрома мальабсорбции составляют:

а) усиленный гидролиз пищевых компонентов в кишечнике;

б) накопление в просвете кишки продуктов неполного распада пищи;

в) гипогидратация организма;

г) усиленное выведение из сосудистого русла воды, белка электролитов;

+д) все указанные признаки.

11. Укажите основные проявления недостаточности пищеварения:

+а) истощение организма;

+б) гипо- и авитаминозы;

в) гипервитаминозы;

+г) отрицательный азотистый баланс;

д) положительный азотистый баланс;

е) повышение резистентности организма;

ж) гиперпротеинемия;

+з) снижение реактивности организма.

12. Укажите защитно-приспособительные изменения при недостаточности пищеварительной системы:

а) снижение и извращение аппетита;

б) изжога;

в) отрыжка;

г) частая и обильная рвота;

+д) усиленная выработка лизоцима и соляной кислоты;

+е) усиление перистальтики;

+ж) повышение барьерной функции кишечника.

13. Укажите собственно-патологические изменения при недостаточности пищеварительной системы:

+а) снижение и извращение аппетита;

+б) изжога;

+в) частая и обильная рвота;

г) усиленная выработка лизоцима и соляной кислоты;

д) повышение барьерной функции кишечника;

е) усиление перистальтики.

14. Как изменяется пищеварение при гиперсекреции желудочного сока и гиперацидном состоянии?

+а) эвакуация желудочного содержимого замедляется;

б) эвакуация желудочного содержимого ускоряется;

+в) развиваются процессы брожения;

+г) появляется отрыжка и изжога;

д) пищевые массы почти не перевариваются.

15. Как изменяется пищеварение при гипосекреции желудочного сока и ахлоргидрии?

а) эвакуация желудочного содержимого замедляется;

+б) эвакуация желудочного содержимого ускоряется;

+в) пищевые массы практически не подвергаются перевариванию в желудке;

г) переваривание пищевых масс изменяется незначительно.

16. Укажите изменения процесса пищеварения при ахлоргидрии:

а) замедление эвакуации пищевых масс из желудка в кишечник;

+б) снижение активности пептических ферментов желудка;

+в) уменьшение образования секретина в слизистой оболочке двенадцатиперстной кишки;

г) снижение активности энтерокиназы.

17. Укажите последствия гиперсаливации:

а) затруднение акта жевания и глотания;

+б) мацерация и воспалительные изменения кожи в области губ;

в) возникновение воспалительных процессов в слизистой оболочке полости рта;

г) понижение секреторной функции желудка;

+д) нейтрализация соляной кислоты желудочного сока.

18. Укажите последствия гипосаливации:

+а) затруднение акта жевания и глотания;

б) мацерация и воспалительные изменения кожи в области губ;

+в) возникновение воспалительных процессов в слизистой оболочке полости рта;

+г) понижение секреторной функции желудка;

д) нейтрализация соляной кислотой желудочного сока.

19. Какие нарушения возникают при гипо- или ахолии?

+а) нарушение переваривания и всасывания жиров;

+б) дефицит жирорастворимых витаминов;

в) всасывание жирорастворимых витаминов не нарушается;

+г) перистальтика кишечника ослабевает;

д) перистальтика кишечника усиливается;

+е) рН содержимого двенадцатиперстной кишки сдвигается в кислую сторону;

ж) рН содержимого двенадцатиперстной кишки сдвигается в щелочную сторону.

20. В каких случаях возможна гипосекреция желудочного сока?

а) введение гистамина;

+б) злокачественные опухоли желудка;

+в) атрофический гастрит;

г) язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

21. Укажите вещества, недостаток которых может привести к гипосекреции желудочного сока:

+а) гастрин;

 б) энтерогастрон;

+в) холецистокинин;

г) секретин;

+д) глюкокортикоиды;

 +е) инсулин;

ж) глюкагон.

22. Что такое ахлоргидрия?

+а) отсутствие в желудочном соке свободной соляной кислоты;

б) отсутствие пепсина в желудочном соке.

23. Что такое гиперхлоргидрия?

а) повышение кислотности желудочного сока;

+б) повышение содержания свободной соляной кислоты в желудочном соке.

24. Как изменяется эвакуаторная функция желудка при гиперхлоргидрии?

+а) замедляется;

б) ускоряется.

25. Что такое гипохлоргидрия?

а) повышение кислотности желудочного сока;

+б) понижение содержания свободной соляной кислоты в желудочном соке.

26. Как изменяется эвакуаторная функция желудка при гипохлоргидрии?

а) замедляется;

+б) ускоряется.

27. Чем обусловлено ускорение эвакуации желудочного содержимого при гипохлоргидрии?

+а) быстрой нейтрализацией пищевой кашицы содержимым двенадцатиперстной кишки и рефлекторным раскрытием привратника;

б) спастическим сокращением мышц желудка.

28. Что такое гиперацидное состояние?

а) повышение желудочной секреции;

+б) повышение кислотности желудочного сока.

29. Что такое гипоацидное состояние?

а) снижение желудочной секреции;

+б) снижение кислотности желудочного сока.

30. Что такое анацидное состояние?

а) отсутствие желудочной секреции;

+б) отсутствие общей кислотности.

31. Что такое ахилия?

а) отсутствие свободной соляной кислоты в желудочном соке;

б) отсутствие пепсина в желудочном соке;

+в) отсутствие свободной соляной кислоты и пепсина в желудочном соке.

32. Что характерно для астенического типа желудочной секреции?

а) снижение возбудимости желудочных желез на механические и химические раздражители;

+б) повышение возбудимости желудочных желез на механические и снижение на химические раздражители;

в) снижение возбудимости желудочных желез на механические и повышение на химические раздражители;

г) общее количество желудочного сока превышает нормальное; +д) общее количество желудочного сока ниже нормы.

. Что характерно для возбудимого типа желудочной секреции?

+а) повышение секреции на механические и химические раздражители;

 б) повышение секреции на механические и снижение на химические раздражители;

в) снижение секреции на механические и повышение на химические раздражители;

+г) общее количество желудочного сока превышает нормальное;

д) общее количество желудочного сока ниже нормы.

 34. Что характерно для инертного типа желудочной секреции?

а) снижение возбудимости желудочных желез на механические и химические раздражители;

б) повышение возбудимости желудочных желез на механические и снижение на химические раздражители;

+в) снижение возбудимости желудочных желез на механические и повышение на химические раздражители;

+г) общее количество желудочного сока превышает нормальное; д) общее количество желудочного сока ниже нормы.

5. Что характерно для тормозного типа желудочной секреции?

+а) снижение возбудимости желудочных желез на механические и химические раздражители;

б) повышение возбудимости желудочных желез на механические и снижение на химические раздражители;

) снижение возбудимости желудочных желез на механические и повышение на химические раздражители;

г) общее количество желудочного сока превышает нормальное;

+д) общее количество желудочного сока ниже нормы.

36. Что характерно для изжоги?

 а) внезапное попадание в полость рта небольшой порции содержимого желудка или пищевода;

+б) ощущение жжения в нижнем отделе пищевода;

в) рефлекторное сокращение мышц желудка или пищевода;

+г) забрасывание желудочного сока в пищевод;

+д) спазм пищевода и антиперистальтика;

е) судорожное сокращение желудка и диафрагмы.

37. Что характерно для отрыжки?

+а) попадание в полость рта небольшой порции содержимого желудка или пищевода;

б) ощущение жжения в нижнем отделе пищевода;

 +в) рефлекторное сокращение мышц желудка и диафрагмы при открытом кардиальном отделе и спазме привратника;

г) сокращение мышц диафрагмы.

38. Что наблюдается при тошноте?

+а) начинающиеся антиперистальтические движения желудка;

б) спазм пищевода;

+в) гиперсаливация;

г) гипосаливация;

+д) бледность кожных покровов;

е) гиперемия кожных покровов;

ж) повышение артериального давления;

+з) снижение артериального давления.

39. Что характерно для рвоты?

а) ощущение жжения в нижнем отделе пищевода;

+б) чувство слабости;

в) гиперемия кожных покровов;

+г) бледность кожных покровов;

+д) брадикардия;

е) тахикардия;

+ж) снижение артериального давления;

з) повышение артериального давления. 4

40. Парорексия - это

+а) извращение аппетита;

б) быстрая насыщаемость;

в) нарушение глотания;

г) повышение аппетита;

д) снижение аппетита.