

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ФАКУЛЬТЕТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ  
И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ**

Оценочные материалы

по дисциплине «Эндоскопия»

Специальность 31.08.12 Функциональная диагностика

2023

# 1. Перечень компетенций, формируемых дисциплиной (полностью или частично)\*

Общепрофессиональные компетенции (ОПК):

Код и наименование профессиональной компетенции	Индикатор(ы) достижения профессиональной компетенции
ОПК-7 Способен проводить исследование и оценку состояния функции пищеварительной, мочеполовой, эндокринной систем, органов кроветворения	Самостоятельно оценивает, показания, противопоказания к методам исследования состояния функции пищеварительной системы интерпретирует и анализирует их результаты, способен проводить исследование для оценки функции пищеварительной системы.

## 1. Виды оценочных материалов в соответствии с формируемыми компетенциями

Наименование компетенции	Виды оценочных материалов	количество заданий на 1 компетенцию
ОПК-7	Задания закрытого типа	25 с эталонами ответов
	Задания открытого типа: Ситуационные задачи	75 с эталонами ответов 75 с эталонами ответов

### ОПК-7

Задания закрытого типа (*тесты с одним вариантом правильного ответа*)

1	<p>К методам диагностики аномалий билиарной системы не относится:</p> <p>1) Рентген</p> <p>2) УЗИ</p> <p>3) Дуоденальное зондирование</p> <p>4) Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография</p> <p>5) Колоноскопия</p> <p>Эталон ответа: 5</p>
2	<p>К основным функциям печени не относится:</p> <p>1) Барьерная функция, обезвреживание токсинов</p> <p>2) Депонирование крови</p> <p>3) Секреция соляной кислоты</p>

	<p>4) Продукция желчи</p> <p>Эталон ответа: 3</p>
3	<p>Основной метод изучения секреторной, кислотообразующей и ферментообразующей функций желудка –</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Анализ крови (общий и биохимия)</li> <li>2) Исследование кала (копрограмма)</li> <li>3) Рентгенологическое обследование</li> <li>4) Желудочное зондирования</li> </ol> <p>Эталон ответа: 4</p>
4	<p>Рентгенологически выявленное отсутствие перистальтики в дистальном отделе пищевода при нормальной моторике в проксимальном отделе характерно для:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ахалазии пищевода;</li> <li>2. склеродермии;</li> <li>3. диффузного спазма пищевода;</li> <li>4. эзофагита;</li> <li>5. пищевода Баррета.</li> </ol> <p>Эталон ответа: 2</p>
5	<p>К основным методам исследования, позволяющим верифицировать диагноз хронического гастрита, не относится:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. анализ желудочного сока;</li> <li>2. рентгенография желудка;</li> <li>3. гастроскопия;</li> <li>4. морфологическое исследование слизистой оболочки желудка;</li> <li>5. дуоденальное зондирование.</li> </ol> <p>Эталон ответа: 5</p>
6	<p>Наличие триады симптомов - стойкое повышение желудочной секреции, изъязвление ЖКТ, диарея - указывает на:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. синдром Золлингера-Эллисона;</li> <li>2. язвенную болезнь с локализацией в желудке;</li> <li>3. язвенный колит;</li> <li>4. язвенную болезнь с локализацией в постбульбарном отделе;</li> <li>5. хронический панкреатит.</li> </ol> <p>Эталон ответа: 1</p>
7	<p>Общее количество желудочного сока, отделяющегося у человека при обычном пищевом режиме:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 0,5-1,0 л;</li> <li>2. 1,0-1,5 л;</li> <li>3. 1,5-2,0 л;</li> <li>4. 2,0-2,5 л;</li> <li>5. 2,5-3,0 л.</li> </ol> <p>Эталон ответа: 3</p>
8	<p>Какой тест наиболее надежен для диагностики синдрома Золлингера-Эллисона?</p>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. базальная кислотопродукция;</li> <li>2. максимальная кислотопродукция;</li> <li>3. уровень гастрина в крови;</li> <li>4. данные ЭГДС;</li> <li>5. биопсия слизистой оболочки желудка.</li> </ol> <p>Эталон ответа: 3</p>
9	<p>Для какого заболевания характерна гипертония нижнего пищеводного сфинктера?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. склеродермия;</li> <li>2. ахалазия;</li> <li>3. хронический рефлюкс-эзофагит;</li> <li>4. грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;</li> <li>5. пищевод Баррета.</li> </ol> <p>Эталон ответа: 2</p>
10	<p>Желудочную секрецию стимулирует:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. гастрин;</li> <li>2. секретин;</li> <li>3. холецистокинин;</li> <li>4. соматостатин;</li> <li>5. серотонин.</li> </ol> <p>Эталон ответа: 1</p>
11	<p>У человека в сутки вырабатывается панкреатического сока:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. до 0,5 л;</li> <li>2. 0,5-1,0 л;</li> <li>3. 1,0-1,5 л;</li> <li>4. 1,5-2,0 л;</li> <li>5. 2,0-2,5 л.</li> </ol> <p>Эталон ответа: 4</p>
12	<p>Какие эхо-слои стенки ЖКТ являются гипозоногенными?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 1, 2, 4.</li> <li>2) 1, 3.</li> <li>3) 1, 3, 5.</li> <li>4) 2, 4.+</li> </ol> <p>Эталон ответа: 4</p>
13	<p>Через сколько часов после появления клиники острого панкреатита можно зафиксировать наибольший уровень амилазы крови?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 2-4 часа;</li> <li>2. 10-12 часов;</li> <li>3. 18-24 часа;</li> <li>4. 48-72 часа;</li> <li>5. 96-120 часов.</li> </ol> <p>Эталон ответа: 4</p>
14	<p>Рентгенологический феномен «яблочной кожуры» характерен для кишечной стриктуры, ассоциированной с:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. раком толстой кишки;</li> <li>2. неспецифическим язвенным колитом;</li> <li>3. псевдомембранозным колитом;</li> </ol>

	<p>4. ишемическим колитом;</p> <p>5. не ассоциирован ни с одним из перечисленных заболеваний.</p> <p>Эталон ответа: 1</p>
15	<p>Какие из перечисленных клинических синдромов свойственны неалкогольному стеатогепатиту?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. отсутствие маркеров вирусной инфекции;</li> <li>2. избыточная масса тела;</li> <li>3. гиперлипидемия, преимущественно за счет триглицеридов;</li> <li>4. отсутствие указаний на злоупотребление алкоголем;</li> <li>5. все вышеперечисленное.</li> </ol> <p>Эталон ответа:5</p>
16	<p>В рамках какого заболевания часто развивается синдром хронического панкреатита, преимущественно с признаками экзокринной недостаточности?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. синдрома Дауна;</li> <li>2. синдрома Марфана;</li> <li>3. первичного амилоидоза;</li> <li>4. муковисцидоза;</li> <li>5. ни при одном из перечисленных заболеваний.</li> </ol> <p>Эталон ответа: 4</p>
17	<p>Какой из инструментальных методов диагностики псевдотуморозного панкреатита является эталонным?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ультрасонография;</li> <li>2. компьютерная томография;</li> <li>3. лапароскопия;</li> <li>4. селективная ангиография.</li> </ol> <p>Эталон ответа: 4</p>
18	<p>Укажите наиболее типичное сочетание клинических признаков первичного билиарного цирроза печени:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. отсутствие маркеров вирусной инфекции, молодой возраст пациентов (преобладают женщины), наличие системных проявлений - артриты, полисерозиты, тромбоцитопения, кожный васкулит; в сыворотке крови определяются антинуклеарные, антигладкомышечные антитела, высокий титр ревматоидного фактора, <math>\gamma</math>-глобулинов, высокий индекс гистологической активности гепатита, значительное повышение трансаминаз;</li> <li>2. отсутствие маркеров вирусной инфекции, старший или средний возраст пациентов (преобладают женщины), наличие системных проявлений - артриты, полисерозиты, тромбоцитопения, кожный васкулит; в сыворотке крови определяются антимитохондриальные антитела, высокий титр ревматоидного фактора, <math>\gamma</math>-глобулинов, при гистологическом исследовании определяется интенсивная пролиферация эпителия желчных протоков, отмечается значительное повышение щелочной фосфатазы наряду с умеренным повышением трансаминаз.</li> </ol> <p>Эталон ответа: 2</p>
19	<p>Что из перечисленного является наиболее значимым для диагностики первичного гемохроматоза?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. повышение уровня гемоглобина и сывороточного железа;</li> <li>2. повышение уровня экскреции железа с мочой;</li> <li>3. насыщение трансферрина железом более 70%;</li> </ol>

	<p>4. насыщение трансферрина железом более 45%. Эталон ответа: 2</p>
20	<p>Гепатомегалия, гипергликемия, гиперпигментация кожи, повышение уровня железа в сыворотке крови характерны для</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. хронического гепатита вирусной этиологии</li> <li>2. гемохроматоза</li> <li>3. цирроза печени</li> <li>4. гиперфункции надпочечников</li> <li>5. болезни Вильсона-Коновалова</li> </ol> <p>Эталон ответа: 2</p>
21	<p>Лабораторным показателем, характеризующим синдром Жильбера, является</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. увеличение в крови неконъюгированного (несвязанного) билирубина</li> <li>2. билирубинурия</li> <li>3. увеличение активности трансаминаз</li> <li>4. ретикулоцитоз</li> <li>5. гипоальбуминемия</li> </ol> <p>Эталон ответа: 1</p>
22	<p>В лечении гиперкинетической формы дискинезий желчного пузыря используют:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. H<sub>2</sub>-блокаторы гистамина</li> <li>2. сукралфат и его аналоги</li> <li>3. спазмолитические средства</li> <li>4. беззондовые тюбажи</li> <li>5. хирургическое лечение</li> </ol> <p>Эталон ответа: 3</p>
23	<p>Выбрать наиболее правильный ответ. У лиц с врожденной недостаточностью лактозы отмечается плохая переносимость:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. молока</li> <li>2. яиц</li> <li>3. сахарозы</li> <li>4. глюкозы</li> <li>5. галактозы</li> </ol> <p>Эталон ответа: 1</p>
24	<p>При целиакии отмечается плохая переносимость:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. молока</li> <li>2. злаковых культур</li> <li>3. сахарозаменителей</li> <li>4. яиц</li> <li>5. галактозы</li> </ol> <p>Эталон ответа: 2</p>
25	<p>При копрологическом исследовании при синдроме раздраженной толстой кишки выявляют:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. мыльную стеаторею</li> <li>2. йодофильную флору</li> <li>3. отсутствие элементов воспаления</li> <li>4. большое количество лейкоцитов</li> <li>5. мышечные волокна без исчерченности</li> </ol>

**Задания открытого типа:****Ситуационные задачи****Задача 1.**

Пациент 44 года, по профессии экономист, обратился к гастроэнтерологу с жалобами на боли в подложечной области, преимущественно натощак, тяжесть в эпигастральной области, чувство переполнения в животе после приёма пищи. Из анамнеза известно, что пациент курит (1 пачка сигарет в день), питается нерегулярно. Болен около нескольких недель. Не обследовался, лечился самостоятельно (принимал антациды с незначительным клиническим эффектом). При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ 24,0 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура тела нормальная. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, напряжения мышц живота нет, симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. ЭФГДС: пищевод свободно проходим, слизистая розовая. Кардия смыкается. В желудке натощак содержится небольшое количество светлой секреторной жидкости и слизи. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извитые. Луковица 12-перстной кишки не деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,4 см в диаметре. Края дефекта имеют чёткие границы, гиперемированы, отёчны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии. Уреазный тест на наличие *H. pylori* – положительный. Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильные ответ:

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ассоциированная с *Helicobacter pylori*, одиночная малая (0,4 см) язва задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки впервые выявленная стадия обострения. Функциональная диспепсия: постпрандиальный дистресс синдром

### **Задача 2.**

пациент 44 года, по профессии экономист, обратился к гастроэнтерологу с жалобами на боли в подложечной области, преимущественно натощак, тяжесть в эпигастральной области, чувство переполнения в животе после приёма пищи. Из анамнеза известно, что пациент курит (1 пачка сигарет в день), питается нерегулярно. Болен около нескольких недель. Не обследовался, лечился самостоятельно (принимал антациды с незначительным клиническим эффектом). При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ 24,0 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура тела нормальная. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, напряжения мышц живота нет, симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. ЭФГДС: пищевод свободно проходим, слизистая розовая. Кардия смыкается. В желудке натощак содержится небольшое количество светлой секреторной жидкости и слизи. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извитые. Луковица 12-перстной кишки не деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,4 см в диаметре. Края дефекта имеют чёткие границы, гиперемированы, отёчны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии. Уреазный тест на наличие *H. pylori* – положительный. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Правильные ответы:

Пациенту с целью исключения осложнений рекомендовано следующее обследование: полный гематологический анализ крови, биохимический общетерапевтический. Анализ кала на скрытую кровь. Проведение ЭКГ для дифференциального диагноза с ИБС; УЗИ брюшной полости для исключения сопутствующей патологии; для уточнения степени воспаления, выявления метаплазии – цитологическое и гистологическое исследование биоптата краёв язвы.

### **Задача 3.**

Больная Р. 48 лет обратилась к врачу с жалобами на чувство тяжести, переполнения в животе, возникающее через 40-50 минут после еды, тошноту. В течение 25 лет страдает хроническим гастритом, обострения 1-2 раза в год. Во время обострений обычно принимает ингибиторы протонной помпы, антациды. Эрадикационную терапию не получала. Настоящее ухудшение – в течение 2 недель на фоне погрешностей в диете. Самостоятельно принимала антациды (фосфалюгель, маалокс) при возникновении неприятных ощущений. При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост 166 см, вес 64 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и пилоро-дуоденальной зоне. Симптомы холецистита отрицательные. Печень не изменена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул 1 раз в день, оформленный, без патологических примесей. На фиброгастроскопии: пищевод свободно проходим, слизистая его не изменена. Кардия смыкается полностью. Слизистая оболочка желудка гиперемирована, с участками атрофии в антральном отделе, складки сглажены, расправляется воздухом хорошо. Привратник проходим. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки и залуковичный отдел не изменены. Взят биоптат из антрального отдела желудка: быстрый уреазный тест положительный. Результат гистологического исследования биоптата: слизистая желудка с атрофией и хронической полиморфноклеточной инфильтрацией.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ: Хронический атрофический гастрит, ассоциированный с *Helicobacter pylori*, обострение. Функциональная диспепсия: постпрандиальный дистресс-синдром.

### **Задача 4.**



Больная Р. 48 лет обратилась к врачу с жалобами на чувство тяжести, переполнения в животе, возникающее через 40-50 минут после еды, тошноту. В течение 25 лет страдает хроническим гастритом, обострения 1-2 раза в год. Во время обострений обычно принимает ингибиторы протонной помпы, антациды. Эрадикационную терапию не получала. Настоящее ухудшение – в течение 2 недель на фоне погрешностей в диете. Самостоятельно принимала антациды (фосфалюгель, маалокс) при возникновении неприятных ощущений. При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост 166 см, вес 64 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и пилоро-дуоденальной зоне. Симптомы холецистита отрицательные. Печень не изменена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул 1 раз в день, оформленный, без патологических примесей. На фиброгастроскопии: пищевод свободно проходим, слизистая его не изменена. Кардия смыкается полностью. Слизистая оболочка желудка гиперемирована, с участками атрофии в антральном отделе, складки сглажены, расправляется воздухом хорошо. Привратник проходим. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки и залуковичный отдел не изменены. Взят биоптат из антрального отдела желудка: быстрый уреазный тест положительный. Результат гистологического исследования биоптата: слизистая желудка с атрофией и хронической полиморфноклеточной инфильтрацией.

Составьте план дополнительного обследования пациента.

Правильный ответ:

Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, анализ кала, рН-метрия желудка, УЗИ органов брюшной полости.

#### **Задача 5.**

Женщина 41 лет обратилась к врачу с жалобами на изжогу, отрыжку кислым, усиливающиеся в горизонтальном положении после приёма пищи и при наклоне вперед. Данные симптомы появились около трех месяцев назад, по поводу чего ранее не обследовалась, лекарственных препаратов не принимала. Курит по 10 сигарет в день, алкоголь употребляет в минимальных количествах. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ=24 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумы не выслушиваются. ЧСС – 72 уд. в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В клиническом и биохимическом анализах крови отклонений не выявлено. ЭКГ – синусовый ритм, ЧСС=70 уд. в мин, горизонтальное положение электрической оси сердца, вариант нормы. Проведена ЭГДС, при которой выявлены множественные участки гиперемии слизистой оболочки и отдельные несливающиеся эрозии дистального отдела пищевода размером до 5 мм.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ:

Эрозивная рефлюксная болезнь

#### **Задача 6.**

Женщина 41 лет обратилась к врачу с жалобами на изжогу, отрыжку кислым, усиливающиеся в горизонтальном положении после приёма пищи и при наклоне вперед. Данные симптомы появились около трех месяцев назад, по поводу чего ранее не обследовалась, лекарственных препаратов не принимала. Курит по 10 сигарет в день, алкоголь употребляет в минимальных количествах. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ=24 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумы не выслушиваются. ЧСС – 72 уд. в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области

отрицательный. В клиническом и биохимическом анализах крови отклонений не выявлено. ЭКГ – синусовый ритм, ЧСС=70 уд. в мин, горизонтальное положение электрической оси сердца, вариант нормы. Проведена ЭГДС, при которой выявлены множественные участки гиперемии слизистой оболочки и отдельные нессливающиеся эрозии дистального отдела пищевода размером до 5 мм.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Правильный ответ:

Суточная внутрипищеводная рН-метрия (для определения количества и длительности рефлюксов за сутки, значения рН); рентгенологическое исследование пищевода, желудка (для выявления патологических изменений пищевода, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы); тесты на определение наличия *helicobacter pylori*; манометрическое исследование пищеводных сфинктеров (для определения их тонуса).

### Задача 7

Мужчина 40 года обратился к врачу с жалобами на тупые ноющие боли в области правого подреберья, общую слабость, повышенную утомляемость, тошноту, отрыжку воздухом, снижение аппетита, периодически возникающий кожный зуд. Из анамнеза известно, что пациент употребляет алкоголь (более 60 г этанола в сутки) в течение 15 лет. Два года назад появились боли ноющего характера в области правого подреберья, общая слабость, тошнота, периодически возникающий кожный зуд, усиливающийся в вечернее время. За медицинской помощью пациент не обращался. Периодически принимал баралгин, антигистаминные средства, ферментные препараты: креон по 25000 Ед. два раза в сутки; эффекта от принимаемых препаратов не отметил. Настоящее обострение в течение последних трех недель, когда после употребления алкоголя появились слабость, почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошнота, отрыжка воздухом, снижение аппетита. Операций, гемотрансфузий не было. При осмотре: состояние удовлетворительное; рост 178 см, вес 79 кг, ИМТ 24,9 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны; выявляются телеангиэктазии на груди, спине, плечах, «пальмарная» эритема. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 70 в 1 мин; АД 130/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом у корня. Живот мягкий, при поверхностной пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 10 (+3)×8×7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность. Селезёнка не пальпируется. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Результаты исследований: Общий анализ крови: эритроциты –  $4,4 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты –  $6,3 \times 10^9$ /л; нейтрофилы сегментоядерные – 64%; нейтрофилы палочкоядерные – 1%; лимфоциты – 28%; моноциты – 4%; эозинофилы – 2%; базофилы – 1%; Hb – 148 г/л; тромбоциты –  $217 \times 10^9$ /л; СОЭ – 18 мм/ч. Биохимия крови: общий билирубин – 27 мкмоль/л; непрямого билирубин – 22,5 мкмоль/л; АЛТ – 200 ед/л; АСТ – 204 ед/л; ГГТП – 99 ед/л; ЩФ – 301 ед/л; альбумин – 43 г/л; общий белок – 71,5 г/л; альфа-1-глобулины – 3,2 г/л; альфа-2-глобулины – 5,7 г/л; бета-глобулины – 7,1 г/л;  $\gamma$ -глобулины – 12,5 г/л; альфа-фетопроtein – 3,1 ед/л; ферритин – 54 мкг/л; трансферрин – 2,6 г/л; железо – 21,5 мкмоль/л; амилаза – 44 ед/л; ХС – 5,3 ммоль/л. ПТИ – 84%. Иммуноферментный анализ (исследование крови на маркеры гепатитов В, С): HBsAg (-); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (-); HBeAg (-); анти-HBe (-); анти-HBcIgM (-); анти-HCV – отриц. Эластометрия печени: определена стадия F2 (по шкале Metavir)

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ: Хронический гепатит алкогольной этиологии, синдром цитолиза, холестаза, умеренной степени активности, стадия F2 (умеренный фиброз) по METAVIR.

### Задача 8.

Мужчина 40 года обратился к врачу с жалобами на тупые ноющие боли в области правого подреберья, общую слабость, повышенную утомляемость, тошноту, отрыжку воздухом, снижение аппетита, периодически возникающий кожный зуд. Из анамнеза известно, что пациент употребляет алкоголь (более 60 г этанола в сутки) в течение 15 лет. Два года назад появились боли ноющего характера в области правого подреберья, общая слабость, тошнота, периодически возникающий кожный зуд, усиливающийся в вечернее время. За медицинской помощью пациент не обращался. Периодически принимал баралгин, антигистаминные средства, ферментные препараты: креон по 25000 Ед. два раза в сутки; эффекта от принимаемых препаратов не отметил. Настоящее обострение в течение последних трех недель, когда после употребления алкоголя появились слабость, почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошнота, отрыжка воздухом, снижение аппетита. Операций, гемотрансфузий не было. При осмотре: состояние удовлетворительное; рост 178 см, вес 79 кг, ИМТ 24,9 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны; выявляются телеангиэктазии на груди, спине, плечах, «пальмарная» эритема. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 70 в 1 мин; АД 130/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом у корня. Живот мягкий, при поверхностной пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 10 (+3)×8×7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность. Селезёнка не пальпируется. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Результаты исследований:

Общий анализ крови: эритроциты –  $4,4 \times 10^{12}/л$ ; лейкоциты –  $6,3 \times 10^9/л$ ; нейтрофилы сегментоядерные – 64%; нейтрофилы палочкоядерные – 1%; лимфоциты – 28%; моноциты – 4%; эозинофилы – 2%; базофилы – 1%; Hb – 148 г/л; тромбоциты –  $217 \times 10^9/л$ ; СОЭ – 18 мм/ч.

Биохимия крови: общий билирубин – 27 мкмоль/л; непрямого билирубин – 22,5 мкмоль/л; АЛТ – 200 ед/л; АСТ – 204 ед/л; ГГТП – 99 ед/л; ЩФ – 301 ед/л; альбумин – 43 г/л; общий белок – 71,5 г/л; альфа-1-глобулины – 3,2 г/л; альфа-2-глобулины – 5,7 г/л; бета-глобулины – 7,1 г/л;  $\gamma$ -глобулины – 12,5 г/л; альфа-фетопроtein – 3,1 ед/л; ферритин – 54 мкг/л; трансферрин – 2,6 г/л; железо – 21,5 мкмоль/л; амилаза – 44 ед/л; ХС – 5,3 ммоль/л. ПТИ – 84%. Иммуноферментный анализ (исследование крови на маркеры гепатитов В, С): HBsAg (-); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (-); HBeAg (-); анти-HBe (-); анти-HBcIgM (-); анти-HCV – отриц. Эластометрия печени: определена стадия F2 (по шкале Metavir)

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Правильный ответ: УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства (для исключения очаговых образований печени, признаков портальной гипертензии, сопутствующей патологии); ЭГДС – для выявления и/или определения состояния вен пищевода и /или желудка; дуплексное сканирование сосудов печеночно-селезеночного бассейна для выявления признаков портальной гипертензии.

### Задача 9.

Больной М. 39 лет госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на слабость, сонливость в дневное время, желтушность кожных покровов, чувство тяжести в правом подреберье, периодические носовые кровотечения после физической работы, увеличение живота в объёме, отёки на нижних конечностях в области стоп и голеней.

Анамнез: тяжесть в правом подреберье беспокоит в течение последних нескольких месяцев. За последний месяц отметил нарастание общей слабости, увеличение живота и желтуху. Употребляет крепкие спиртные напитки (водку по 300 г ежедневно) в течение последнего года, наблюдается у нарколога. Употребление наркотиков отрицает. Гемотрансфузий, оперативных вмешательств не было. Объективно: состояние средней тяжести. Сознание ясное. Тест связывания чисел – 40 сек. Рост – 178 см, вес – 62 кг. Кожа обычной влажности, желтушная. Склеры глаз иктеричны. В области груди и верхней части спины видны «сосудистые звездочки». Отёки стоп и нижней трети голеней. В лёгких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в мин. При аускультации тоны сердца ритмичные, шумов нет. ЧСС – 78

ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, малиновый, сосочки сглажены. Живот увеличен в объёме, пупок сглажен, на передней брюшной стенке в околопупочной области определяются расширенные, извитые вены. В положении лёжа живот распластан. При пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье. Размеры печени по Курлову - 15×15×13 см. Нижний край печени при пальпации плотный, бугристый. Стул оформленный, коричневый, без патологических примесей. Размеры селезёнки - 15×12. Мочепускание свободное, безболезненное, моча тёмно-жёлтая. Общий анализ крови: эритроциты – 4,2×10<sup>12</sup>/л; Нв– 124 г/л; цветовой показатель – 0,9%; тромбоциты – 96×10<sup>9</sup>/л, лейкоциты – 3,4×10<sup>9</sup>/л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, лимфоциты – 29%, моноциты – 3%, СОЭ – 22 мм/ч. Биохимические анализы: общий билирубин – 133 мкмоль/л, прямой билирубин – 102 мкмоль/л, АЛТ – 121 Ед/л, АСТ – 162 Ед/л. МНО – 2, альбумин – 28 г/л. Фиброгастроуденоскопия: варикозное расширение вен пищевода I ст. Ультразвуковое исследование брюшной полости: переднезадний размер правой доли печени – 170 мм, контуры чёткие и неровные. Паренхима неравномерно диффузно-повышенной эхогенности. Диаметр портальной вены – 17 мм. Желчный пузырь нормальных размеров, содержимое – желчь. Холедох не расширен. Селезёнка расположена обычно, структура однородная, паренхима средней эхогенности. Площадь селезёнки – 36,1 см<sup>2</sup>. Свободная жидкость в брюшной полости.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ:

Цирроз печени алкогольной этиологии, класс С по Чайлду-Пью. Портальная гипертензия (асцит, спленомегалия, ВРВ пищевода I ст.). Гиперспленизм (тромбоцитопения). Печёночная энцефалопатия I ст.

#### **Задача 10.**

Больной М. 39 лет госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на слабость, сонливость в дневное время, желтушность кожных покровов, чувство тяжести в правом подреберье, периодические носовые кровотечения после физической работы, увеличение живота в объёме, отёки на нижних конечностях в области стоп и голеней.

Анамнез: тяжесть в правом подреберье беспокоит в течение последних нескольких месяцев. За последний месяц отметил нарастание общей слабости, увеличение живота и желтуху. Употребляет крепкие спиртные напитки (водку по 300 г ежедневно) в течение последнего года, наблюдается у нарколога. Употребление наркотиков отрицает. Гемотрансфузий, оперативных вмешательств не было. Объективно: состояние средней тяжести. Сознание ясное. Тест связывания чисел – 40 сек. Рост – 178 см, вес – 62 кг. Кожа обычной влажности, желтушная. Склеры глаз иктеричны. В области груди и верхней части спины видны «сосудистые звездочки». Отёки стоп и нижней трети голеней. В лёгких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в мин. При аускультации тоны сердца ритмичные, шумов нет. ЧСС – 78 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, малиновый, сосочки сглажены. Живот увеличен в объёме, пупок сглажен, на передней брюшной стенке в околопупочной области определяются расширенные, извитые вены. В положении лёжа живот распластан. При пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье. Размеры печени по Курлову - 15×15×13 см. Нижний край печени при пальпации плотный, бугристый. Стул оформленный, коричневый, без патологических примесей. Размеры селезёнки - 15×12. Мочепускание свободное, безболезненное, моча тёмно-жёлтая. Общий анализ крови: эритроциты – 4,2×10<sup>12</sup>/л; Нв– 124 г/л; цветовой показатель – 0,9%; тромбоциты – 96×10<sup>9</sup>/л, лейкоциты – 3,4×10<sup>9</sup>/л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, лимфоциты – 29%, моноциты – 3%, СОЭ – 22 мм/ч. Биохимические анализы: общий билирубин – 133 мкмоль/л, прямой билирубин – 102 мкмоль/л, АЛТ – 121 Ед/л, АСТ – 162 Ед/л. МНО – 2, альбумин – 28 г/л. Фиброгастроуденоскопия: варикозное расширение вен пищевода I ст. Ультразвуковое исследование брюшной полости: переднезадний размер правой доли печени – 170 мм, контуры чёткие и неровные. Паренхима неравномерно диффузно-повышенной эхогенности. Диаметр портальной вены – 17 мм. Желчный пузырь нормальных размеров, содержимое – желчь. Холедох

не расширен. Селезёнка расположена обычно, структура однородная, паренхима средней эхогенности. Площадь селезёнки – 36,1 см<sup>2</sup>. Свободная жидкость в брюшной полости.

Составьте план дополнительного обследования пациента.

Правильный ответ:

Анализ крови: коагулограмма, общий белок, креатинин, мочевины, калий, натрий, ГГТ, ЩФ, амилаза, маркеры вирусных гепатитов HBsAg, антитела к HCV, ВИЧ-инфекции. Общий анализ мочи, копрограмма. ЭКГ. Рентген лёгких

### Задача 11.

Мужчина 30 лет. Обратился к гастроэнтерологу с жалобами на жидкий стул с примесью крови до 12 раз в сутки, схваткообразные боли внизу живота перед дефекацией, похудание на 8 кг за 3 месяца. Из анамнеза: примеси крови в кале и неоформленный стул беспокоят в течение 3-4 месяцев. Температура не повышалась. Контакт с инфекционными больными отрицает, за пределы области не выезжал. Курил 1 пачку сигарет в сутки 10 лет, год назад прекратил. Злоупотребление алкоголем, внутривенную наркоманию отрицает. У родственников заболеваний желудочно-кишечного тракта нет. Работает бухгалтером, профессиональных вредностей нет. Объективно: состояние удовлетворительное. Температура 36,6°C. Кожные покровы бледные, влажные. Рост – 170 см, вес – 57 кг. В лёгких везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в минуту. При аускультации – ритм сердца правильный, соотношение тонов в норме, шумов нет. ЧСС – 96 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. При осмотре живот симметричен, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный в левой фланговой и левой подвздошной области. Печень по Курлову – 9×8×7 см. Размеры селезенки – 6×4 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Общий анализ крови: эритроциты – 2,7×10<sup>12</sup>, Hb – 108 г/л, цветовой показатель – 0,6, тромбоциты – 270×10<sup>12</sup>, лейкоциты – 7,0×10<sup>9</sup>, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 27%, моноциты – 5%, СОЭ – 22 мм/ч. Копрограмма: кал неоформленный, слизь +++, лейкоциты – 10-15 в поле зрения, эритроциты – 5-6 в поле зрения. Фиброколоноскопия: слизистая нисходящей ободочной, сигмовидной и прямой кишки диффузно гиперемирована, легко кровоточит при контакте с колоноскопом, сосудистый рисунок смазан. В ректосигмоидном отделе выявлены множественные эрозии, покрытые фибрином.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ:

Язвенный колит, средней степени тяжести с поражением прямой и сигмовидного отдела толстой кишки, эрозивно-геморрагическая форма, острое течение с постепенным началом, фаза обострения. Анемия средней степени тяжести.

### Задача 12

Мужчина 30 лет. Обратился к гастроэнтерологу с жалобами на жидкий стул с примесью крови до 12 раз в сутки, схваткообразные боли внизу живота перед дефекацией, похудание на 8 кг за 3 месяца. Из анамнеза: примеси крови в кале и неоформленный стул беспокоят в течение 3-4 месяцев. Температура не повышалась. Контакт с инфекционными больными отрицает, за пределы области не выезжал. Курил 1 пачку сигарет в сутки 10 лет, год назад прекратил. Злоупотребление алкоголем, внутривенную наркоманию отрицает. У родственников заболеваний желудочно-кишечного тракта нет. Работает бухгалтером, профессиональных вредностей нет. Объективно: состояние удовлетворительное. Температура 36,6°C. Кожные покровы бледные, влажные. Рост – 170 см, вес – 57 кг. В лёгких везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в минуту. При аускультации – ритм сердца правильный, соотношение тонов в норме, шумов нет. ЧСС – 96 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. При осмотре живот симметричен, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный в левой фланговой и левой подвздошной области. Печень по Курлову – 9×8×7 см. Размеры селезенки – 6×4 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Общий анализ крови:

эритроциты –  $2,7 \times 10^{12}$ , Hb - 108 г/л, цветовой показатель – 0,6, тромбоциты –  $270 \times 10^{12}$ , лейкоциты –  $7,0 \times 10^9$ , эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 27%, моноциты – 5%, СОЭ – 22 мм/ч. Копрограмма: кал неоформленный, слизь +++, лейкоциты – 10-15 в поле зрения, эритроциты – 5-6 в поле зрения. Фиброколоноскопия: слизистая нисходящей ободочной, сигмовидной и прямой кишки диффузно гиперемирована, легко кровоточит при контакте с колоноскопом, сосудистый рисунок смазан. В ректосигмоидном отделе выявлены множественные эрозии, покрытые фибрином.

Составьте план дополнительного обследования пациента.

Правильный ответ:

Пациенту рекомендовано: общий анализ мочи, биохимические исследования крови (общий белок, альбумин, общий билирубин, прямой и непрямой билирубин, глюкоза, общий холестерин, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТ, калий, натрий, креатинин, амилаза, СРБ, железо, ОЖСС, ферритин), гистологическое исследование биоптатов толстой кишки, бактериологическое исследование кала, выявление в кале токсинов А и В *Clostridium difficile*, УЗИ брюшной полости, ФГС.

### Задача 13.

Пациентка Г. 24 лет поступила гастроэнтерологическое отделение с жалобами на выраженную слабость, диарею до 3-5 раз в сутки, стул кашицеобразный, без патологических примесей, снижение массы тела на 6 кг за 6 месяцев, боли в околопупочной области, сухость во рту, постоянную жажду. Пациентка считает себя больной в течение 5 лет, когда впервые появилась диарея до 4 раз в сутки, начал снижаться вес, появились отеки на ногах. На фоне приёма противодиарейных препаратов (лоперамид) периодически происходила нормализация стула. Пациентка отмечает, что нарушения стула появлялись после употребления в пищу молочных продуктов, хлебобулочных изделий, макарон, каш. Обследовалась у инфекционистов – инфекционная патология исключена. Общий осмотр. Состояние средней степени тяжести за счёт выраженной слабости, сознание ясное. Рост – 162 см, вес – 44 кг. Кожные покровы бледные, чистые, слизистые бледно-розовые. Лимфоузлы безболезненные, не увеличены. Язык влажный, чистый. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. АД – 100/70 мм рт. ст., ЧСС – 75 ударов в минуту, пульс ритмичный. Живот при пальпации мягкий, участвует в акте дыхания, болезненный в эпигастальной, околопупочной областях. Печень, селезенка не увеличены. Определяются небольшие отеки голеней до 1/3. Лабораторные исследования: гемоглобин – 88 г/л, эритроциты –  $3,72 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты –  $6,1 \times 10^9$ /л, тромбоциты –  $266 \times 10^9$ /л, СОЭ – 34 мм/ч. Анализ мочи – без особенностей. Реакция кала на скрытую кровь – отрицательная. Биохимические показатели: билирубин общий – 23,8 мкмоль/л, билирубин прямой – 2,8 мкмоль/л, АЛТ – 69 Е/л, АСТ – 45 Е/л,  $\gamma$ -ГТП – 25 Е/л, щелочная фосфатаза – 118 Е/л, натрий – 137 мкмоль/л, калий – 4,3 мкмоль/л, креатинин – 44 мкмоль/л, мочевины – 4,3 мкмоль/л, общий белок – 51 г/л, антитела к глиадину (IgG) - 135 Ед/мл. ФГДС. Пищевод: слизистая оболочка гиперемирована, в нижней трети множественные поверхностные эрозии, покрытые желтым фибрином в виде «творожных масс», кардиальный жом смыкается полностью. Желудок: содержимое – слизь в большом количестве. Слизистая умеренно гиперемирована, складки не утолщены. Привратник проходим. Луковица двенадцатиперстной кишки – слизистая гладкая, отсутствуют кишечные ворсинки, гиперемирована, отечная, в просвете желчь. Консультация проктолога: Проведена ректороманоскопия. Патологических изменений не выявлено.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ:

Целиакия. Кандидозный эзофагит. Анемия средней степени тяжести.

### Задача 14.

Пациентка Г. 24 лет поступила гастроэнтерологическое отделение с жалобами на выраженную слабость, диарею до 3-5 раз в сутки, стул кашицеобразный, без патологических примесей, снижение массы тела на 6 кг за 6 месяцев, боли в околопупочной области, сухость во рту,

постоянную жажду. Пациентка считает себя больной в течение 5 лет, когда впервые появилась диарея до 4 раз в сутки, начал снижаться вес, появились отеки на ногах. На фоне приема противодиарейных препаратов (лоперамид) периодически происходила нормализация стула. Пациентка отмечает, что нарушения стула появлялись после употребления в пищу молочных продуктов, хлебобулочных изделий, макарон, каш. Обследовалась у инфекционистов – инфекционная патология исключена. Общий осмотр. Состояние средней степени тяжести за счет выраженной слабости, сознание ясное. Рост – 162 см, вес – 44 кг. Кожные покровы бледные, чистые, слизистые бледно-розовые. Лимфоузлы безболезненные, не увеличены. Язык влажный, чистый. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. АД – 100/70 мм рт. ст., ЧСС – 75 ударов в минуту, пульс ритмичный. Живот при пальпации мягкий, участвует в акте дыхания, болезненный в эпигастриальной, околопупочной областях. Печень, селезенка не увеличены. Определяются небольшие отеки голеней до 1/3. Лабораторные исследования: гемоглобин – 88 г/л, эритроциты –  $3,72 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты –  $6,1 \times 10^9$ /л, тромбоциты –  $266 \times 10^9$ /л, СОЭ – 34 мм/ч. Анализ мочи – без особенностей. Реакция кала на скрытую кровь – отрицательная. Биохимические показатели: билирубин общий – 23,8 мкмоль/л, билирубин прямой – 2,8 мкмоль/л, АЛТ – 69 Е/л, АСТ – 45 Е/л,  $\gamma$ -ГТП – 25 Е/л, щелочная фосфатаза – 118 Е/л, натрий – 137 мкмоль/л, калий – 4,3 мкмоль/л, креатинин – 44 мкмоль/л, мочевины – 4,3 мкмоль/л, общий белок – 51 г/л, антитела к глиадину (IgG) – 135 Ед/мл. ФГДС. Пищевод: слизистая оболочка гиперемирована, в нижней трети множественные поверхностные эрозии, покрытые желтым фибрином в виде «творожных масс», кардиальный жом смыкается полностью. Желудок: содержимое – слизь в большом количестве. Слизистая умеренно гиперемирована, складки не утолщены. Привратник проходим. Луковица двенадцатиперстной кишки – слизистая гладкая, отсутствуют кишечные ворсинки, гиперемирована, отечная, в просвете желчь. Консультация проктолога: Проведена ректороманоскопия. Патологических изменений не выявлено.

Составьте план дополнительного обследования.

Правильный ответ:

1. Антитела к тканевой трансглутаминазе – подтвердить целиакию.
2. Биопсия слизистой двенадцатиперстной кишки – подтвердить целиакию и определить прогноз.
3. Колоноскопия – исключение НЯК.
4. МРТ – холангиография.
5. Кал на скрытую кровь – исключить кровотечение.
6. Определить ферритин сыворотки – для уточнения генеза анемии.

### Задача 15.

Мужчина 44 лет, менеджер. Жалобы на боль постоянного характера в эпигастриальной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошноту, однократно рвоту съеденной пищей, не приносящую облегчения, умеренное вздутие живота, общую слабость, отсутствие аппетита на момент осмотра. Начало заболевания связывает с тем, что накануне вечером была погрешность в диете – прием жирной пищи, алкоголя. Подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приема дротоверина. В настоящее время мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 3 раза в течение последних суток. Диурез не нарушен. Со слов жены – злоупотребляет алкоголем на протяжении последних восьми лет. Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Телосложение нормостеническое, пониженного питания. Кожные покровы верхней половины туловища гиперемированы, чистые. Язык суховат, обложен желтоватым налетом. В легких дыхание жестковатое, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 90 удара в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Печень при пальпации плотная, безболезненная, около края реберной дуги. Размер по Курлову – 10×9×8 см. Селезенка не пальпируется. Живот несколько вздут, участвует в акте дыхания, умеренно болезненный при пальпации в эпигастриальной области. Симптомы раздражения брюшины – отрицательные. Лабораторные данные. Общий анализ крови: лейкоциты –  $8,6 \times 10^9$ /л, СОЭ – 16 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность – 1022, белок – 0,033%, анализ кала – стеаторея, креаторея, амилорея.

УЗИ ОБП: печень увеличена, с перипортальными уплотнениями, желчный пузырь 75×35 мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой, стенка уплотнена до 4-5 мм.

Поджелудочная железа неоднородной структуры за счёт гипо- и гиперэхогенных очагов, немногочисленных кальцификатов, неравномерное расширение главного панкреатического протока, размеры головки увеличены до 5 см. Свободной жидкости в брюшной полости нет.

От ФГДС больной отказался.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ:

Хронический панкреатит смешанной этиологии (алкогольный +билиарнозависимый) в стадии обострения. Алкогольный стеатоз печени. ЖКБ Хронический калькулезный холецистит, латентное течение.

### Задача 16.

Мужчина 44 лет, менеджер. Жалобы на боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошноту, однократно рвоту съеденной пищей, не приносящую облегчения, умеренное вздутие живота, общую слабость, отсутствие аппетита на момент осмотра. Начало заболевания связывает с тем, что накануне вечером была погрешность в диете – прием жирной пищи, алкоголя. Подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приёма дротверина. В настоящее время мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 3 раза в течение последних суток. Диурез не нарушен. Со слов жены – злоупотребляет алкоголем на протяжении последних восьми лет. Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Телосложение нормостеническое, пониженного питания. Кожные покровы верхней половины туловища гиперемированы, чистые. Язык суховат, обложен желтоватым налётом. В лёгких дыхание жестковатое, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 90 удара в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Печень при пальпации плотная, безболезненная, около края рёберной дуги. Размер по Курлову - 10×9×8 см. Селезёнка не пальпируется. Живот несколько вздут, участвует в акте дыхания, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области. Симптомы раздражения брюшины - отрицательные. Лабораторные данные. Общий анализ крови: лейкоциты -  $8,6 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ – 16 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность – 1022, белок – 0,033%, анализ кала – стеаторея, креаторея, амилорея.

УЗИ ОБП: печень увеличена, с перипортальными уплотнениями, желчный пузырь 75×35 мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой, стенка уплотнена до 4-5 мм. Поджелудочная железа неоднородной структуры за счёт гипо- и гиперэхогенных очагов, немногочисленных кальцификатов, неравномерное расширение главного панкреатического протока, размеры головки увеличены до 5 см. Свободной жидкости в брюшной полости нет.

От ФГДС больной отказался.

Составьте план дополнительного обследования.

Правильный ответ:

Биохимический анализ крови (глюкоза, липаза, трипсин, амилаза, АЛТ, АСТ, ГГТП). Консультация врача-хирурга. Кoproграмма, анализ кала на D-эластазу для подтверждения внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы. Биохимический анализ крови: билирубин и его фракции, щелочная фосфатаза для исключения холестаза. Повторный анализ крови на наличие повышения глюкозы, при необходимости - гликемический профиль, гликированный гемоглобин (исключить сахарный диабет). КТ брюшной полости (исключить наличие кисты панкреас, опухоли панкреас). ФГДС (исключить язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки).

### Задача 17.

Больной К. 24 года предъявляет жалобы на частый (до 10-12/сут) жидкий стул с примесью крови и слизи, боли в левой подвздошной области, повышение температуры тела до 38,3°C, резкую общую слабость, похудание. Нарушение стула отмечает в течение 1,5 месяцев, но 7 дней назад в кале появилась кровь, повысилась температура, появились слабость, недомогание, головокружение. Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожа бледная. Язык слегка



обложен белым налетом. Живот овальной формы, несколько вздут. При пальпации определяется умеренная болезненность в области нисходящего отдела толстой кишки. Перкуторно размеры печени по Курлову - 10×9×8 см. Общий анализ крови: гемоглобин – 92 г/л, СОЭ – 33 мм/ч, лейкоциты - 14,0×10<sup>9</sup>/л; лейкоформула: базофилы - 1%, эозинофилы - 5%, палочкоядерные нейтрофилы - 20%, сегментоядерные нейтрофилы - 40%, лимфоциты - 24%, моноциты - 10%. Биохимический анализ крови: общий белок – 60 г/л, альбумин – 40 %, АЛТ – 42,68 ед/л, АСТ – 32 ед/л, серомукоид – 2,0 ммоль/л, СРБ – (+++), фибриноген – 5 г/л. Копрограмма: цвет кала – коричневый, характер – неоформленный, в поле зрения – большое количество лейкоцитов, эритроцитов. Реакция Трибуле – резко положительная. Ирригоскопия: отмечается быстрое заполнение толстой кишки бариевой взвесью, равномерное сужение просвета кишки (симптом «водопроводной трубы»), расширение ректоректального пространства, сглаженность гаустр, ячеистый рельеф слизистой в области поперечно-ободочной кишки, в области прямой и сигмовидной кишок – множественные дефекты наполнения.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ:

Язвенный колит, левосторонняя форма, хроническое рецидивирующее течение, тяжёлой степени. Осложнения: гипопропротеинемия, хроническая постгеморрагическая анемия средней степени тяжести.

### Задача 18.

Больная Л. 32 лет жалобы на боли жгучего характера в подложечной области, возникающие натощак и по ночам, изжогу, тошноту, иногда, на высоте болей, рвоту, приносящую облегчение. Данные симптомы беспокоят 8 лет, возникают, в основном, весной и осенью. Самостоятельно принимает соду, антациды (Маалокс) вызывающие положительный эффект. Настоящее обострение связывает с приёмом Вольтарена по поводу болей в поясничной области. Объективно: состояние удовлетворительное, кожа обычной окраски, влажная. Пульс – 62 уд/мин, АД – 100/70 мм рт. ст. Язык влажный, густо обложен белым налетом. Живот обычной формы, не вздут, при пальпации болезненный в эпигастральной области. Стул оформленный 1 раз в день, без примесей крови и слизи. Общий анализ крови: гемоглобин – 132 г/л, СОЭ – 8 мм/ч, лейкоциты – 5,8×10<sup>9</sup>/л; лейкоформула: палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 66%, лимфоциты - 27, моноциты - 5. Биохимический анализ крови: АЛТ – 34 ед/л, АСТ – 28 ед/л. Диастаза мочи – 52ед. ЭФГДС: пищевод свободно проходим, кардия смыкается. В желудке натощак содержится большое количество светлой секреторной жидкости и слизи. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извитые, диффузно гиперемированы. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой оболочки до 0,8 см в диаметре. Края дефекта имеют чёткие границы, гиперемированы, отёчны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии. Хелик-тест: базальный уровень – 4 мм; нагрузочный уровень – 10 мм; показатель прироста – 6 мм; Нр (+).

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ:

Язвенная болезнь с локализацией язвы (0,8 см) средних размеров на задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки, фаза обострения. Рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. НЭРБ

### Задача 19.

Женщина 51 год обратилась с жалобами на изжогу, боли за грудиной, появляющиеся после еды и физической нагрузки. Отмечает также усиление болей при наклонах и в горизонтальном положении. Из анамнеза известно, что изжога беспокоит около 22 лет. Не обследовалась. Последние 2 месяца появились данные боли за грудиной. При осмотре: состояние удовлетворительное. Индекс массы тела (ИМТ) - 38 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы обычной окраски, чистые. В лёгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 72

удара в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по краю рёберной дуги. Размеры - 10×9×8 см. Селезенка не пальпируется. Данные фиброгастродуоденоскопии: в нижней трети пищевода выявлены эрозии, занимающие около 40% окружности пищевода

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ:

Эрозивная рефлюксная болезнь

### **Задача 20.**

Женщина 51 год обратилась с жалобами на изжогу, боли за грудиной, появляющиеся после еды и физической нагрузки. Отмечает также усиление болей при наклонах и в горизонтальном положении. Из анамнеза известно, что изжога беспокоит около 22 лет. Не обследовалась. Последние 2 месяца появились данные боли за грудиной. При осмотре: состояние удовлетворительное. Индекс массы тела (ИМТ) - 38 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы обычной окраски, чистые. В лёгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 72 удара в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по краю рёберной дуги. Размеры - 10×9×8 см. Селезенка не пальпируется. Данные фиброгастродуоденоскопии: в нижней трети пищевода выявлены эрозии, занимающие около 40% окружности пищевода

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Правильный ответ:

Пациенту рекомендовано: проведение рентгеноскопии пищевода и желудка для исключения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы; проведение суточной внутрипищеводной рН-метрии для определения критериев патологического рефлюкса; ЭКГ; проведение проб с физической нагрузкой (исключить ИБС).

### **Задача 21.**

Мужчина 58 лет жалобы на боли в эпигастрии через 20 минут после еды, рвоту, приносящую облегчение, похудел за месяц на 6 кг. Боли в эпигастрии беспокоят около 1,5 месяцев. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, чистые. В лёгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные ритмичные, ЧСС – 72 удара в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень по краю рёберной дуги. Размеры - 10×9×8 см. Селезёнка не пальпируется. Проведена фиброгастродуоденоскопия: в средней трети желудка язвенный дефект 3 см в диаметре, взята биопсия.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ:

Язвенная болезнь впервые выявленная, обострение: язва тела желудка 3 см в диаметре.

### **Задача 22.**

Мужчина 58 лет жалобы на боли в эпигастрии через 20 минут после еды, рвоту, приносящую облегчение, похудел за месяц на 6 кг. Боли в эпигастрии беспокоят около 1,5 месяцев. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, чистые. В лёгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные ритмичные, ЧСС – 72 удара в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень по краю рёберной дуги. Размеры - 10×9×8 см. Селезёнка не пальпируется. Проведена фиброгастродуоденоскопия: в средней трети желудка язвенный дефект 3 см в диаметре, взята биопсия.

Составьте план дополнительного обследования.

Правильный ответ:

ФГДС с биопсией 6-8 фрагментов (исключить рак желудка, Н. pylori). Рентгеноскопия ЖКТ с барием (исключить осложнения язвенной болезни).

### **Задача 23.**

Больной 33 лет обратился с жалобами на жидкий стул с примесью крови 5-7 раза в сутки, повышение температуры тела до 37,5°C, слабость, головокружение, боли в голеностопных, локтевых, плечевых суставах. Заболел около 2 месяцев назад, когда повысилась температура тела, появились боли в суставах. Проводилось несколько курсов антибактериальной терапии, на фоне чего появился жидкий стул. Объективно: кожные покровы бледные, чистые. При пальпации живот мягкий, болезненный в подвздошных областях. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Размеры печени по Курлову - 9×8×7 см. Селезёнка не пальпируется.

В общем анализе крови: эритроциты -  $3,2 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин - 61 г/л, лейкоциты -  $11 \times 10^9/л$ , тромбоциты -  $350 \times 10^9/л$ , СОЭ - 30 мм/ч.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ:

Неспецифический язвенный колит, средней степени тяжести.

### **Задача 24.**

Больной 33 лет обратился с жалобами на жидкий стул с примесью крови 5-7 раза в сутки, повышение температуры тела до 37,5°C, слабость, головокружение, боли в голеностопных, локтевых, плечевых суставах. Заболел около 2 месяцев назад, когда повысилась температура тела, появились боли в суставах. Проводилось несколько курсов антибактериальной терапии, на фоне чего появился жидкий стул. Объективно: кожные покровы бледные, чистые. При пальпации живот мягкий, болезненный в подвздошных областях. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Размеры печени по Курлову - 9×8×7 см. Селезёнка не пальпируется.

В общем анализе крови: эритроциты -  $3,2 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин - 61 г/л, лейкоциты -  $11 \times 10^9/л$ , тромбоциты -  $350 \times 10^9/л$ , СОЭ - 30 мм/ч.

Составьте план дополнительного обследования.

Правильный ответ:

Фиброколоноскопия с биопсией (исключить рак кишки, псевдомембранозный колит), ирригография.

### **Задача 25.**

Больной 22 года жалобы на выделение большого количества алой крови из прямой кишки при дефекации, учащенный стул до 5-7 раз в сутки, повышение температуры тела до 38°C, общую слабость. Появление крови в стуле отмечает в течение последних 1,5 месяцев, постепенно стал учащаться стул, изменилась консистенция до кашицеобразной, появилась общая слабость, субфебрильная температура, ухудшение в течение 3-х дней. При осмотре кожные покровы бледные. АД - 110/70 мм рт. ст. Пульс - 96 в минуту, ритмичный. Язык обложен белым налётом. Живот мягкий, болезненный в левой подвздошной области. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Пациент направлен в стационар для подбора терапии и дальнейшего обследования с целью уточнения диагноза.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ:

Язвенный колит, проктосигмоидит, среднетяжёлая атака.

### **Задача 26**

Больной 22 года жалобы на выделение большого количества алой крови из прямой кишки при дефекации, учащенный стул до 5-7 раз в сутки, повышение температуры тела до 38°C, общую слабость. Появление крови в стуле отмечает в течение последних 1,5 месяцев, постепенно стал учащаться стул, изменилась консистенция до кашицеобразной, появилась общая слабость, субфебрильная температура, ухудшение в течение 3-х дней. При осмотре кожные покровы бледные. АД - 110/70 мм рт. ст. Пульс - 96 в минуту, ритмичный. Язык обложен белым налётом. Живот мягкий, болезненный в левой подвздошной области. Симптомы раздражения брюшины

отрицательные. Пациент направлен в стационар для подбора терапии и дальнейшего обследования с целью уточнения диагноза.

Какие исследования необходимо выполнить данному больному?

Правильный ответ:

Общий анализ крови, б/х анализ крови (глюкоза, ХС, липиды, К, Na, Ca, белок и фракции, СРБ, ЩФ, ГГТП, билирубин, амилаза, креатинин), копрограмма, общий анализ мочи, фекальный кальпротектин, АНЦА, ASCA, токсин А/В, посев кала на дисбиоз, РНГА с псевдотуберкулёзным антигеном, иерсиниозным антигеном, УЗИ брюшной полости, ЭФГДС, фиброколоноскопия + биопсия кишечника.

### **Задача 27.**

Студентка 22 года жалобы на периодическую диарею, боль и вздутие живота в течение последних 7 месяцев, необъяснимую потерю веса (около 6 кг). Заметила, что диарея становится не такой выраженной, если она перестаёт с едой употреблять хлеб. Также беспокоена зудящей сыпью на разгибательных поверхностях обеих локтей, спонтанно образующимися небольшими кровоизлияниями в кожу. Отмечает, что начала чувствовать общую слабость и недомогание последний месяц. При осмотре температура тела - 36,8°C, ЧСС – 80 ударов в минуту, АД - 115/75 мм рт. ст., ЧДД - 16 в минуту, сатурация O<sub>2</sub> - 99%. Из анамнеза: болеет сахарным диабетом I типа. По данным общего анализа крови, сывороточного железа, ферритина, свободного трансферина, установлена железодефицитная анемия.

Какие исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза заболевания?

Правильный ответ:

Выявление антител к глиадину (IgG, IgA), эндомизию (Ig A), тканевой трансглутаминазе (tTG) в крови и микроскопическое исследование биоптата двенадцатиперстной кишки.

### **Задача 28.**

Мужчина 35 лет жалобы на боли после приёма пищи в эпигастральной области через 30-60 минут и проходящих через 1-2 часа, изжогу, тошноту, однократную рвоту на высоте болей, приносящую облегчение. Считает себя больным около 10 лет, когда появились неинтенсивные боли в подложечной области, возникавшие после приёма пищи. Амбулаторно был диагностирован хронический поверхностный гастрит. Боли продолжались 2-3 недели, после чего проходили. В дальнейшем возникали ежегодно в осенне-весенний период. При рН-метрии выявлено повышение кислотности желудочного содержимого. Лечился амбулаторно, старался соблюдать диету. При болях принимал Ранитидин (30 мг сутки). Настоящее обострение началось в марте, длится уже 3 недели. Курит в течении 8 лет по 10 сигарет в день. При пальпации определяется локальная болезненность в эпигастральной области, положительный симптом Опенховского (боль при поколачивании остистых отростков VII-XII позвонков).

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ:

Язвенная болезнь желудка, обострение.

### **Задача 29.**

Мужчина 35 лет жалобы на боли после приёма пищи в эпигастральной области через 30-60 минут и проходящих через 1-2 часа, изжогу, тошноту, однократную рвоту на высоте болей, приносящую облегчение. Считает себя больным около 10 лет, когда появились неинтенсивные боли в подложечной области, возникавшие после приёма пищи. Амбулаторно был диагностирован хронический поверхностный гастрит. Боли продолжались 2-3 недели, после чего проходили. В дальнейшем возникали ежегодно в осенне-весенний период. При рН-метрии выявлено повышение кислотности желудочного содержимого. Лечился амбулаторно, старался соблюдать диету. При болях принимал Ранитидин (30 мг сутки). Настоящее обострение началось

в марте, длиться уже 3 недели. Курит в течении 8 лет по 10 сигарет в день. При пальпации определяется локальная болезненность в эпигастральной области, положительный симптом Опенховского (боль при поколачивании остистых отростков VII-XII позвонков).

Какие дополнительные исследования могут быть выполнены для подтверждения и уточнения диагноза?

Правильный ответ:

- 1) ФГДС с прицельной биопсией, определением рН.
- 2) Rg-исследование с контрастированием (симптом «ниши», утолщение и извилистость складок слизистой по направлению к «нише», ограниченный локальный спазм – симптом Де Кервена (указывающего перста).
- 3) АТ к *Helicobacter Pylori*, уреазный экспресс-тест, дыхательный тест.
- 4) Исследование базальной и стимулированной секреторной функции желудка.
- 5) Анализ кала на скрытую кровь (реакция Грегерсена).
- 6) Клинический анализ крови (снижение эритроцитов, гемоглобина, гематокрита при кровотечении).

### Задача 30.

Пациентка А. 36 лет жалобы на горечь во рту, возникающую преимущественно в утренние часы, ощущение дискомфорта в области эпигастрия, чувство быстрого насыщения; после погрешностей в диете беспокоит тошнота, метеоризм. Из анамнеза известно, что 1,5 года назад перенесла эндоскопическую холецистэктомию по поводу хронического калькулезного холецистита. Подобные жалобы беспокоят в течение года. При объективном осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, чистые. Со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной систем без особенностей. Язык влажный, обложен белым налётом у корня. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, слегка болезненный в эпигастральной области. В клиническом анализе крови: эритроциты -  $4,2 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин - 135 г/л, цветовой показатель - 0,96, тромбоциты -  $347 \times 10^9$ , лейкоциты -  $8,7 \times 10^9$ , СОЭ - 12 мм/ч. В биохимическом анализе крови: АЛТ - 28 Ед/л, АСТ - 25 Ед/л, амилаза - 77 Ед/л, щелочная фосфатаза - 80 Ед/л. Выполнено ФГДС: слизистая желудка умеренно отёчна, гиперемирована в антральном отделе. Перистальтика активная. Желудок хорошо расправляется воздухом. Привратник зияет. В просвете желудка определяется небольшое количество желчи.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ:

Хронический реактивный гастрит (рефлюкс-гастрит, тип С);

Дуодено - гастральный рефлюкс;

ЖКБ, состояние после холецистэктомии.

### Задача 31.

Пациентка А. 36 лет жалобы на горечь во рту, возникающую преимущественно в утренние часы, ощущение дискомфорта в области эпигастрия, чувство быстрого насыщения; после погрешностей в диете беспокоит тошнота, метеоризм. Из анамнеза известно, что 1,5 года назад перенесла эндоскопическую холецистэктомию по поводу хронического калькулезного холецистита. Подобные жалобы беспокоят в течение года. При объективном осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, чистые. Со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной систем без особенностей. Язык влажный, обложен белым налётом у корня. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, слегка болезненный в эпигастральной области. В клиническом анализе крови: эритроциты -  $4,2 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин - 135 г/л, цветовой показатель - 0,96, тромбоциты -  $347 \times 10^9$ , лейкоциты -  $8,7 \times 10^9$ , СОЭ - 12 мм/ч. В биохимическом анализе крови: АЛТ - 28 Ед/л, АСТ - 25 Ед/л, амилаза - 77 Ед/л, щелочная фосфатаза - 80 Ед/л. Выполнено ФГДС: слизистая желудка умеренно отёчна, гиперемирована в антральном отделе. Перистальтика активная. Желудок хорошо расправляется воздухом. Привратник зияет. В просвете желудка определяется небольшое количество желчи.

Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?

Правильный ответ:

УЗИ органов брюшной полости для исключения наличия камнеобразования в желчных протоках, оценки структуры поджелудочной железы; суточная рН-метрия; уреазный дыхательный тест на хеликобактер.

### Задача 32.

Пациент Ж. 27 лет жалобами на частые слабые ноющие боли в эпигастральной области, уменьшающиеся после приёма пищи, чувство быстрого насыщения, отрыжку кислым. Также отмечает общую слабость, неустойчивость стула. Указанные жалобы периодически беспокоят в течение последних 6 лет, текущее ухудшение самочувствия - 2 недели назад. Самостоятельно принимал антациды с кратковременным положительным эффектом. При объективном осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, чистые. Со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной систем без особенностей. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области. В клиническом анализе крови: эритроциты -  $4,8 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин - 140 г/л, цветовой показатель - 0,87, тромбоциты -  $380 \times 10^9/л$ , лейкоциты -  $7,2 \times 10^9/л$ , СОЭ - 16 мм/ч. В биохимическом анализе крови: АЛТ - 21 Ед/л, АСТ - 18 Ед/л, амилаза - 53 Ед/л, щелочная фосфатаза - 78 Ед/л. Выполнено ФГДС: в просвете желудка большое количество слизи. Явления умеренной атрофии в пилорическом отделе желудка, отёк и гиперемия в фундальном отделе желудка. Перистальтика активная. Желудок хорошо расправляется воздухом. Хелпил-тест +++.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ:

Хронический атрофический гастрит, НР-ассоциированный, фаза обострения.  
Функциональная диспепсия.

### Задача 33.

Пациент Ж. 27 лет жалобами на частые слабые ноющие боли в эпигастральной области, уменьшающиеся после приёма пищи, чувство быстрого насыщения, отрыжку кислым. Также отмечает общую слабость, неустойчивость стула. Указанные жалобы периодически беспокоят в течение последних 6 лет, текущее ухудшение самочувствия - 2 недели назад. Самостоятельно принимал антациды с кратковременным положительным эффектом. При объективном осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, чистые. Со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной систем без особенностей. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области. В клиническом анализе крови: эритроциты -  $4,8 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин - 140 г/л, цветовой показатель - 0,87, тромбоциты -  $380 \times 10^9/л$ , лейкоциты -  $7,2 \times 10^9/л$ , СОЭ - 16 мм/ч. В биохимическом анализе крови: АЛТ - 21 Ед/л, АСТ - 18 Ед/л, амилаза - 53 Ед/л, щелочная фосфатаза - 78 Ед/л. Выполнено ФГДС: в просвете желудка большое количество слизи. Явления умеренной атрофии в пилорическом отделе желудка, отёк и гиперемия в фундальном отделе желудка. Перистальтика активная. Желудок хорошо расправляется воздухом. Хелпил-тест +++.

Есть ли необходимость проведения эрадикационной терапии в данном случае?

Правильный ответ:

Наличие зон атрофии при НР-ассоциированном гастрите - показание для обязательного проведения эрадикационной терапии, поскольку это является профилактическим мероприятием по предотвращению предраковых изменений слизистой оболочки желудка и собственно рака.

### Задача 34.

Пациентка Б, 52 года жалобы на приступообразный, преимущественно сухой мучительный кашель, сопровождающийся ощущением нехватки воздуха, преимущественно в ночное время и в горизонтальном положении, периодически боли за грудиной при физической нагрузке, наиболее выраженные во время работы связанной с наклонами туловища вперед. Была

обследована амбулаторно. Выставлен диагноз «Бронхиальная астма тяжёлого, непрерывно рецидивирующего течения. ИБС: стенокардия напряжения III ф. к. Ожирение II ст.». Назначенное лечение - Преднизолон, ингаляционные глюкокортикоиды, бронхолитики, - имело незначительный эффект. Приём нитратов, со слов больной, был эффективен, приводя к купированию загрудинной боли в течение получаса. В течение последних 2-3 недель отмечает появление загрудинной боли в ночное время в первой половине ночи, особенно после плотного позднего ужина, что стало поводом для обращения за медицинской помощью. Бригадой скорой помощи по данным клинической картины, а также по данным ЭКГ и высокочувствительного тропонин-теста, диагноз ОКС отвергнут. При аускультации дыхание жёсткое, хрипов нет. Рентгенография органов грудной клетки – без патологии.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ:

ГЭРБ. Хронический рефлюкс-эзофагит, обострение.

### **Задача 35.**

Пациентка Б, 52 года жалобы на приступообразный, преимущественно сухой мучительный кашель, сопровождающийся ощущением нехватки воздуха, преимущественно в ночное время и в горизонтальном положении, периодически боли за грудиной при физической нагрузке, наиболее выраженные во время работы связанной с наклонами туловища вперед. Была обследована амбулаторно. Выставлен диагноз «Бронхиальная астма тяжёлого, непрерывно рецидивирующего течения. ИБС: стенокардия напряжения III ф. к. Ожирение II ст.». Назначенное лечение - Преднизолон, ингаляционные глюкокортикоиды, бронхолитики, - имело незначительный эффект. Приём нитратов, со слов больной, был эффективен, приводя к купированию загрудинной боли в течение получаса. В течение последних 2-3 недель отмечает появление загрудинной боли в ночное время в первой половине ночи, особенно после плотного позднего ужина, что стало поводом для обращения за медицинской помощью. Бригадой скорой помощи по данным клинической картины, а также по данным ЭКГ и высокочувствительного тропонин-теста, диагноз ОКС отвергнут. При аускультации дыхание жёсткое, хрипов нет. Рентгенография органов грудной клетки – без патологии.

Какие специальные методы исследования применяются при данном заболевании?

Правильный ответ:

ФЭГДС, гистологическое исследование, рН-метрическое исследование, манометрия пищевода, рентгенологическое исследование, импедансометрия. Проба с ИПП на купирование болевого синдрома.

### **Задача 36.**

Мужчина С. 50 лет, злоупотребляющий алкоголем, курильщик, с жалобами на боли в глубине живота, распространяющиеся вверх, возникают чаще через 1,5-2 часа после обильной, острой или жирной еды, длящиеся до 2-х часов, усиливающиеся в положении лёжа на спине, уменьшающиеся в положении сидя с наклоном вперёд, подтянув ноги к груди. Иногда боли иррадиируют в левую половину грудной клетки. Также отмечает тошноту, отсутствие аппетита, вздутие живота. После каждого приёма пищи в течение 1 часа возникает кашицеобразный, иногда водянистый стул, содержащий капли жира. Отмечает снижение массы тела.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ:

Хронический алкогольный панкреатит средней степени тяжести с внешнесекреторной недостаточностью поджелудочной железы

### **Задача 37.**

Мужчина С. 50 лет, злоупотребляющий алкоголем, курильщик, с жалобами на боли в глубине живота, распространяющиеся вверх, возникают чаще через 1,5-2 часа после обильной, острой или жирной еды, длящиеся до 2-х часов, усиливающиеся в положении лёжа на спине,

уменьшающиеся в положении сидя с наклоном вперёд, подтянув ноги к груди. Иногда боли иррадиируют в левую половину грудной клетки. Также отмечает тошноту, отсутствие аппетита, вздутие живота. После каждого приёма пищи в течение 1 часа возникает кашицеобразный, иногда водянистый стул, содержащий капли жира. Отмечает снижение массы тела.

Какие методы обследования используются для подтверждения и уточнения диагноза?

Правильный ответ:

Определение уровня амилазы в крови и моче, копрологическое исследование, определение уровня эластазы-1 в кале, рентгенография живота, КТ, МРТ/МРХПГ, ЭРХПГ, УЗИ, эндо-УЗИ,

### Задача 38.

Больной 48 лет предъявляет жалобы на десневые и носовые кровотечения, увеличение живота в объёме, кожный зуд, слабость, постоянную сонливость, похудание на 6 кг за 6 месяцев. В анамнеза длительное злоупотребление алкоголем. Состояние средней тяжести. При осмотре выявляется желтушность кожи, слизистых, склер, сосудистые звёздочки в области шеи, груди, пальмарная эритема, контрактура Дюпюитрена. Имеется атрофия мышц верхнего плечевого пояса, дефицит веса (вес 58 кг при росте 177 см – ИМТ - 17). Определяются подкожные гематомы на руках и ногах. Живот увеличен в объёме. При перкуссии выявляется жидкость в брюшной полости. Печень пальпируется на 4 см ниже уровня рёберной дуги, край острый, плотный. Перкуторные размеры - 13×11×6 см. Увеличены перкуторные размеры селезенки 17×12 см. Белок общий - 59 г/л, альбумины - 48%, глобулины - 52%, гамма-глобулины – 28,5%.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ:

Предварительный диагноз «цирроз печени токсического генеза, класс «В» по Child-Pugh. Портальная гипертензия. Асцит».

### Задача 39

Больной 48 лет предъявляет жалобы на десневые и носовые кровотечения, увеличение живота в объёме, кожный зуд, слабость, постоянную сонливость, похудание на 6 кг за 6 месяцев. В анамнеза длительное злоупотребление алкоголем. Состояние средней тяжести. При осмотре выявляется желтушность кожи, слизистых, склер, сосудистые звёздочки в области шеи, груди, пальмарная эритема, контрактура Дюпюитрена. Имеется атрофия мышц верхнего плечевого пояса, дефицит веса (вес 58 кг при росте 177 см – ИМТ - 17). Определяются подкожные гематомы на руках и ногах. Живот увеличен в объёме. При перкуссии выявляется жидкость в брюшной полости. Печень пальпируется на 4 см ниже уровня рёберной дуги, край острый, плотный. Перкуторные размеры - 13×11×6 см. Увеличены перкуторные размеры селезенки 17×12 см. Белок общий - 59 г/л, альбумины - 48%, глобулины - 52%, гамма-глобулины – 28,5%.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Правильный ответ:

Для подтверждения диагноза необходимо выполнить фиброэзофагогастроскопию с оценкой состояния вен пищевода и кардиального отдела желудка, ректороманоскопию с оценкой вен прямой кишки, ультразвуковое исследование органов брюшной полости для определения размеров печени, её структуры, размеров селезёнки, количества асцитической жидкости в брюшной полости и плевральных полостях. Необходимо исследовать все функциональные печёночные пробы (АЛТ, АСТ, билирубин, протромбин, холестерин, щелочная фосфатаза, ГГТП), ОАК с определением числа тромбоцитов, выполнить серологическое исследование крови на наличие антител к вирусам гепатита В, D и С для исключения возможных вирусных гепатотропных инфекций. Желательно определить уровень альфа-фетопротеина для исключения гепатоцеллюлярной карциномы и уровень ферритина для исключения гемохроматоза печени.

### Задача 40

Больная Г. 33 года жалобы на ноющие боли внизу живота, больше в левых отделах, жидкий стул до 5-6 раз в сутки. В стуле часто примесь слизи и крови. Беспокоит выраженная слабость,



снижение трудоспособности, снижение аппетита, повышение температуры тела до 37,5°C, боли в суставах рук, снижение массы тела за последние недели на 6 кг. Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы и слизистые бледные. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Узловатая эритема на медиальной поверхности левого предплечья - 1,5×1,5 см. Суставы не изменены, функция сохранена. Со стороны лёгких - без особенностей. Пульс - 96 в минуту, ритмичный, АД - 100\70 мм рт. ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца звучные. Язык обложен у корня белым налётом, суховат. Живот вздут, при пальпации чувствительный в левом нижнем квадранте. Урчание при пальпации в области сигмовидной кишки. Печень, селезёнка не увеличены. Анализ крови: эритроциты - 3,4×10<sup>12</sup>/л, гемоглобин - 85 г/л, лейкоциты - 10,0×10<sup>9</sup>/л, СОЭ - 25 мм/час. Анализ мочи - без патологии. Рентгенологическое исследование: в левых отделах толстого кишечника (до селезёночного изгиба) отмечается потеря гаустрации, уменьшение просвета и ригидность кишки, неравномерность рисунка слизистой оболочки.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ:

Язвенный колит, левосторонний тип. Средней степени тяжести. Узловатая эритема. Анемия смешанного генеза.

#### **Задача 41**

Больная Г. 33 года жалобы на ноющие боли внизу живота, больше в левых отделах, жидкий стул до 5-6 раз в сутки. В стуле часто примесь слизи и крови. Беспокоит выраженная слабость, снижение трудоспособности, снижение аппетита, повышение температуры тела до 37,5°C, боли в суставах рук, снижение массы тела за последние недели на 6 кг. Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы и слизистые бледные. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Узловатая эритема на медиальной поверхности левого предплечья - 1,5×1,5 см. Суставы не изменены, функция сохранена. Со стороны лёгких - без особенностей. Пульс - 96 в минуту, ритмичный, АД - 100\70 мм рт. ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца звучные. Язык обложен у корня белым налётом, суховат. Живот вздут, при пальпации чувствительный в левом нижнем квадранте. Урчание при пальпации в области сигмовидной кишки. Печень, селезёнка не увеличены. Анализ крови: эритроциты - 3,4×10<sup>12</sup>/л, гемоглобин - 85 г/л, лейкоциты - 10,0×10<sup>9</sup>/л, СОЭ - 25 мм/час. Анализ мочи - без патологии. Рентгенологическое исследование: в левых отделах толстого кишечника (до селезёночного изгиба) отмечается потеря гаустрации, уменьшение просвета и ригидность кишки, неравномерность рисунка слизистой оболочки.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Правильный ответ:

Копрограмма; анализ крови на электролиты, СРБ, ДФА, общий белок, белковые фракции, холестерин, глюкозу, билирубин, трансаминазы; ФГДС; колоноскопия с биопсией из патологического участка; флюорография или рентгенография лёгких; УЗИ органов брюшной полости.

#### **Задача 42**

Больной Д. 52 года жалобы на изжогу после еды, усиливающуюся при наклонах туловища и в положении лёжа; кислую отрыжку и избыточную саливацию во время сна. Анамнез заболевания: указанные симптомы испытывает в течение четырех лет, вначале появилась изжога после погрешности в питании, особенно при наклонах туловища; затем появились боли в собственно эпигастрии и за грудиной жгучего характера, сопровождающиеся кислой отрыжкой. В последующем изжога стала возникать 3-4 раза в неделю независимо от качества пищи, появилась отрыжка кислым и горьким. В последний месяц состояние больного значительно ухудшилось: усилились боли, особенно ночью, появилась избыточная саливация во время сна, сон нарушился. Для снятия изжоги и болей использовал соду, антациды (Алмагель, Маалокс) В последний месяц эти препараты перестали действовать. Пытался снять боль за грудиной нитроглицерином, однако

существенного эффекта не было. Наблюдается с гипертонической болезнью с 50 лет, постоянно принимает Кордипин-ретард 20 мг в день. Курит. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Повышенного питания, масса тела - 106 кг. (ИМТ - 38). Кожные покровы телесного цвета. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 17 в минуту. Область сердца без особенностей, перкуторно левая граница сердца по среднеключичной линии. Сердечные тоны ритмичные, частотой 66 в минуту. АД - 130/90 мм рт. ст. Язык обложен белым налётом. Живот увеличен за счет подкожной клетчатки, мягкий, безболезненный. Пальпация внутренних органов затруднена из-за абдоминального ожирения. Печень по краю рёберной дуги. Пузырные симптомы отрицательные. Зоны Шоффара, Губергрица - Скульского безболезненные. При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин - 139 г/л, СОЭ - 4 мм/час, эритроциты -  $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты -  $8,6 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные - 5%, сегментоядерные - 56%, лимфоциты - 37%. Биохимический анализ крови: общий белок - 76 г/л, альбумины - 38 г/л, фракции глобулинов в пределах нормы, глюкоза - 5,2 ммоль/л, билирубин общий - 16,3 мкмоль/л; прямой - 3,6 ммоль/л; АЛТ - 21 U/L (норма 4-42 U/L); АСТ - 17 U/L (5-37 U/L); амилаза крови - 16 г/л (12-32 г/л в час). ФЭГДС: слизистая нижней трети пищевода несколько отёчна, умеренно гиперемирована, кардия зияет, при натуживании в грудную полость пролабирует слизистая желудка; в желудке умеренное количество жидкости, слизь; слизистая желудка и ДПК без особенностей. Rg – графия пищевода и желудка: пищевод свободно проходим, прослеживаются продольные складки на всём протяжении. Желудок в форме крючка, газовый пузырь небольшой. В положение Тренделенбурга дно желудка выступает в грудную полость в виде округлого образования, вертикально желудок занимает обычное положение, складки слизистой желудка обычного калибра, перистальтика желудка и эвакуация своевременна, луковица ДПК без особенностей.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ:

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Неэрозивная форма ГЭРБ. Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Ожирение 2 степени.

### Задача 43

Больной Д. 52 года жалобы на изжогу после еды, усиливающуюся при наклонах туловища и в положении лёжа; кислую отрыжку и избыточную саливацию во время сна.

Анамнез заболевания: указанные симптомы испытывает в течение четырех лет, вначале появилась изжога после погрешности в питании, особенно при наклонах туловища; затем появились боли в собственно эпигастрии и за грудиной жгучего характера, сопровождающиеся кислой отрыжкой. В последующем изжога стала возникать 3-4 раза в неделю независимо от качества пищи, появилась отрыжка кислым и горьким. В последний месяц состояние больного значительно ухудшилось: усилились боли, особенно ночью, появилась избыточная саливация во время сна, сон нарушился. Для снятия изжоги и болей использовал соду, антациды (Алмагель, Маалокс) В последний месяц эти препараты перестали действовать. Пытался снять боль за грудиной нитроглицерином, однако существенного эффекта не было. Наблюдается с гипертонической болезнью с 50 лет, постоянно принимает Кордипин-ретард 20 мг в день. Курит. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Повышенного питания, масса тела - 106 кг. (ИМТ - 38). Кожные покровы телесного цвета. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 17 в минуту. Область сердца без особенностей, перкуторно левая граница сердца по среднеключичной линии. Сердечные тоны ритмичные, частотой 66 в минуту. АД - 130/90 мм рт. ст. Язык обложен белым налётом. Живот увеличен за счет подкожной клетчатки, мягкий, безболезненный. Пальпация внутренних органов затруднена из-за абдоминального ожирения. Печень по краю рёберной дуги. Пузырные симптомы отрицательные. Зоны Шоффара, Губергрица - Скульского безболезненные. При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин - 139 г/л, СОЭ - 4 мм/час, эритроциты -  $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты -  $8,6 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные - 5%, сегментоядерные - 56%, лимфоциты - 37%. Биохимический анализ крови: общий белок - 76 г/л,

альбумины - 38 г/л, фракции глобулинов в пределах нормы, глюкоза - 5,2 ммоль/л, билирубин общий - 16,3 мкмоль/л; прямой - 3,6 ммоль/л; АЛТ - 21 U/L (норма 4-42 U/L); АСТ - 17 U/L (5-37 U/L); амилаза крови - 16 г/л (12-32 г/л в час). ФЭГДС: слизистая нижней трети пищевода несколько отёчна, умеренно гиперемирована, кардия зияет, при натуживании в грудную полость пролабирует слизистая желудка; в желудке умеренное количество жидкости, слизь; слизистая желудка и ДПК без особенностей. Rg – графия пищевода и желудка: пищевод свободно проходим, прослеживаются продольные складки на всём протяжении. Желудок в форме крючка, газовый пузырь небольшой. В положение Тренделенбурга дно желудка выступает в грудную полость в виде округлого образования, вертикально желудок занимает обычное положение, складки слизистой желудка обычного калибра, перистальтика желудка и эвакуация своевременно, луковица ДПК без особенностей.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Правильный ответ:

Пациенту рекомендовано: исследование на Н.р. (выявлять Н.р. необходимо обязательно, так как лечение ГЭРБ предполагает длительный, иногда пожизненный приём ИПП, что при наличии Н.р. будет способствовать развитию атрофии слизистой, а в последующем и метаплазии и возможности развития дисплазии и неоплазии), ЭКГ (страдает ГБ, необходимо оценивать состояние сердца), рН-метрия (определить количество и интенсивность кислотных выбросов), импедансометрия (проводится в случае, если сохраняется клиническая картина ГЭРБ при отсутствии кислотных выбросов по данным рН-метрии).

#### Задача 44

Больной Р. 26 лет, жалобы на боли в правой подвздошной области постоянного характера (ночью нередко просыпается от болей). На этом фоне периодически возникают приступы болей по типу колики. Беспокоит выраженная слабость, снижение массы тела, диарея - стул 3-4 раза в сутки в виде жидкой кашицы, без патологических примесей, обильный. Отмечает повышение температуры до 37,6°C ежедневно, особенно к вечеру. Анамнез заболевания: заболел 9 мес. назад, когда внезапно, среди полного здоровья появились интенсивные боли в правой подвздошной области, повышение температуры до 38,0°C. Доставлен в приёмное отделение, где осмотрен хирургом, диагностирован острый аппендицит. При исследовании крови выявлен лейкоцитоз, пациент взят на операцию. При ревизии обнаружены утолщенная подвздошная кишка с отёчной рыхлой стенкой, увеличенные брыжеечные лимфоузлы. Червеобразный отросток не изменён. Произведена аппендектомия. В послеоперационном периоде появилась гипертермия до 38,5°C, на фоне введения антибиотиков температура снизилась до субфебрильных цифр, однако полностью не исчезла. Боли в правой подвздошной области сохранялись, стали носить тупой постоянный характер. Пациент стал отмечать учащение стула, вначале до 2-х раз в сутки, затем 3-4, каловые массы вначале имели характер густой каши, затем стали жидкими. В испражнениях периодически появлялись слизь и кровь в небольшом количестве. Постепенно нарастала слабость, пациент потерял 6 кг массы тела. Объективно: пониженного питания, кожа несколько суховата, тургор снижен. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Лёгкие и сердце без патологических изменений. Пульс - 80 ударов в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налётом. Живот участвует в дыхании, обычной конфигурации. При пальпации отмечает болезненность в правом нижнем квадранте, здесь же пальпируется уплотненная болезненная слепая кишка и несколько выше раздутые урчащие петли тонкой кишки. На остальном протяжении патологических изменений не выявлено. Печень по краю рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин - 114 г/л, СОЭ - 32 мм/час, эритроциты -  $3,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты -  $12,8 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 51%, лимфоциты - 37%. Биохимический анализ крови: общий белок - 52 г/л, альбумины - 55%, глобулины: альфа1 - 3,7%, альфа2 - 10,0%, бета - 11,0%, гамма - 20,3%. Общий билирубин - 16,4 (прямой - 3,1; свободный - 13,3) ммоль/л, глюкоза - 5,5 ммоль/л., холестерин - 3,9 ммоль/л, калий - 3,5 ммоль/л, натрий - 142 ммоль/л, ЩФ

- 310 U/L (норма до 306). RRS: в перианальной области определяются рубцы, в одном из них свищ со скудным отделяемым. Между рубцами имеются единичные трещины. Осмотрены прямая кишка и сигмовидная, слизистая на всем протяжении без патологических изменений. Ирригоскопия: бариевая взвесь ретроградно заполняет все отделы толстой кишки и подвздошную на протяжении 15-20 см. Имеются неравномерные сужения дистального отдела подвздошной кишки и неровные контуры, отсутствие гаустр в слепой и восходящей кишках. Сформулируйте диагноз в соответствии с классификацией.

Правильный ответ:

Болезнь Крона, илеоколит с поражением терминального отдела подвздошной кишки, хроническое рецидивирующее течение, средне-тяжёлая форма, осложнённая перианальным поражением (свищ).

#### Задача 45.

Больной Р. 26 лет, жалобы на боли в правой подвздошной области постоянного характера (ночью нередко просыпается от болей). На этом фоне периодически возникают приступы болей по типу колики. Беспокоит выраженная слабость, снижение массы тела, диарея - стул 3-4 раза в сутки в виде жидкой кашицы, без патологических примесей, обильный. Отмечает повышение температуры до 37,6°C ежедневно, особенно к вечеру. Анамнез заболевания: заболел 9 мес. назад, когда внезапно, среди полного здоровья появились интенсивные боли в правой подвздошной области, повышение температуры до 38,0°C. Доставлен в приёмное отделение, где осмотрен хирургом, диагностирован острый аппендицит. При исследовании крови выявлен лейкоцитоз, пациент взят на операцию. При ревизии обнаружены утолщенная подвздошная кишка с отёчной рыхлой стенкой, увеличенные брыжеечные лимфоузлы. Червеобразный отросток не изменён. Произведена аппендектомия. В послеоперационном периоде появилась гипертермия до 38,5°C, на фоне введения антибиотиков температура снизилась до субфебрильных цифр, однако полностью не исчезла. Боли в правой подвздошной области сохранялись, стали носить тупой постоянный характер. Пациент стал отмечать учащение стула, вначале до 2-х раз в сутки, затем 3-4, каловые массы вначале имели характер густой каши, затем стали жидкими. В испражнениях периодически появлялись слизь и кровь в небольшом количестве. Постепенно нарастала слабость, пациент потерял 6 кг массы тела. Объективно: пониженного питания, кожа несколько суховата, тургор снижен. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Лёгкие и сердце без патологических изменений. Пульс - 80 ударов в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налётом. Живот участвует в дыхании, обычной конфигурации. При пальпации отмечает болезненность в правом нижнем квадранте, здесь же пальпируется уплотнённая болезненная слепая кишка и несколько выше раздутые урчащие петли тонкой кишки. На остальном протяжении патологических изменений не выявлено. Печень по краю рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин - 114 г/л, СОЭ - 32 мм/час, эритроциты -  $3,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты -  $12,8 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 51%, лимфоциты - 37%. Биохимический анализ крови: общий белок - 52 г/л, альбумины - 55%, глобулины: альфа1 - 3,7%, альфа2 - 10,0%, бета - 11,0%, гамма - 20,3%. Общий билирубин - 16,4 (прямой - 3,1; свободный - 13,3) ммоль/л, глюкоза - 5,5 ммоль/л, холестерин - 3,9 ммоль/л, калий - 3,5 ммоль/л, натрий - 142 ммоль/л, ЩФ - 310 U/L (норма до 306). RRS: в перианальной области определяются рубцы, в одном из них свищ со скудным отделяемым. Между рубцами имеются единичные трещины. Осмотрены прямая кишка и сигмовидная, слизистая на всем протяжении без патологических изменений. Ирригоскопия: бариевая взвесь ретроградно заполняет все отделы толстой кишки и подвздошную на протяжении 15-20 см. Имеются неравномерные сужения дистального отдела подвздошной кишки и неровные контуры, отсутствие гаустр в слепой и восходящей кишках. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Правильный ответ:

Пациенту рекомендовано биохимическое исследование крови с определением электролитов и микроэлементов (магний, железо, кальций) для оценки степени мальдигестии; анализ кала на фекальный кальпротектин; анализ крови на антитела ASCA и ANCA для дифференциальной диагностики с НЯК; УЗИ органов брюшной полости для выявления гепатомегалии, спленомегалии, лимфаденопатии брюшной полости; ФЭГДС: исключение проксимального поражения при болезни Крона, эрозивно-язвенных изменений; фиброколоноскопия с биопсией для обнаружения гранулём, а также массивной лимфоидной инфильтрации всех слоёв стенки кишки – вид булыжной мостовой при фиброколоноскопии; кал на микобактерии туберкулёза для дифференциальной диагностики с туберкулёзным поражением кишечника; пассаж бария по кишечнику (имеется сужение дистального отдела подвздошной кишки и, возможно, изменение стенки слепой и восходящей кишки, что характерно для болезни Крона, при которой развивается фиброз стенки с нарушением проходимости).

#### **Задача 46.**

Больной Д. 50 лет, жалобы на боли в эпигастральной области постоянного характера, усиливающиеся после приёма еды и иррадиирующие в подлопаточное пространство, беспокоит постоянное подташнивание, отрыжка воздухом, снижение аппетита, быстрое насыщение, вздутие живота, после отхождения газов боли уменьшаются на короткое время. В последние полгода периодически стул со склонностью к поносам. Анамнез заболевания: в течение 25 лет часто употребляет алкоголь, за это время перенёс острый панкреатит, сопровождавшийся интенсивными болями, повторной рвотой. При обследовании в хирургическом отделении выявлено увеличение поджелудочной железы в размерах, жидкость в сальниковой сумке. Лечился консервативно в течение месяца, за время болезни похудел на 10 кг. Выписан с рекомендациями, которые больной не соблюдал. Также принимал алкоголь, но в небольших количествах. Боли возникали часто, а в дальнейшем стали постоянными. Стал снижаться аппетит, периодически возникала тошнота, отрыжка, быстрое насыщение, вследствие чего больной снизил объём потребляемой пищи. Постепенно стул стал со склонностью к кашицеобразному, плохо смывался со стенок унитаза. Исходную массу тела полностью не набрал. Периодически принимал Мезим, Микразим с частичным эффектом, при усилении боли использовал Но-шпу. Последнее ухудшение 2 недели назад после четырёхдневного приёма алкоголя (водка 150 грамм ежедневно). Диету не соблюдал. Боль значительно усилилась, появилась отчётливая тошнота, позывы на рвоту, вздутие живота. Госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение. Объективно: кожа чистая, тургор нормальный. Вес - 73 кг, ИМТ - 18,5. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Лёгкие и сердце без патологических изменений. Пульс - 90 ударов в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налётом. Живот участвует в дыхании, немного подвдут, перитонеальные симптомы отриц. При пальпации отмечает значительную болезненность в зоне Шоффара, точке Дежардена; в зоне Губергрица - Скульского, точках Губергрица, передней и задней точках Мейо – Робсона. При пальпации отделов кишечника болезненности, объёмных образований не выявлено. Печень по краю рёберной дуги, пузырьные симптомы (Кера, Мерфи. Ортнера) отрицательны. Селезёнка не пальпируется. При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин - 157 г/л, СОЭ - 4 мм/час, эритроциты -  $5,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты -  $11,2 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 56%, лимфоциты - 35%. Биохимический анализ крови: общий белок - 60 г/л, общий билирубин - 16,4 (прямой - 6,1; свободный - 10,3) ммоль/л, амилаза - 37 ед/л (5-32); глюкоза - 8,5 ммоль/л, мочевины - 4,7 ммоль/л. Копрограмма: объём утренней порции - 400 грамм, консистенция в виде жидкой каши. Нейтральный жир +++, жирные кислоты, мыла жирных кислот ++, мышечные волокна с утраченной поперечной исчерченностью +++, бактерии - большое количество. Фекальная эластаза - 100 мкг/г испражнений. ФГДС: пищевод проходим, розетка кардии плотно смыкается. Слизистая пищевода без изменений. Слизистая желудка в теле розовая, ровная, в антральном отделе с очагами яркой гиперемии. Луковица ДПК обычной формы. Слизистая постбульбарного отдела ДПК несколько отёчна. УЗИ брюшной полости:

жидкости брюшной полости нет. Пневматизация кишечника повышена. Печень не увеличена, структура неоднородная, повышенной эхогенности. Желчный пузырь обычной формы, содержимое эхонегативное. ОЖП - 6 мм. Поджелудочная железа: головка - 35 мм (до 30), тело - 32 мм (до 17), хвост - 37 мм (до 20). Структура диффузно неоднородная, пониженной эхогенности. В структуре железы определяются кальцинаты, наиболее крупный из них в проекции головки поджелудочной железы. Вирсунгов проток определяется в области хвоста, размером 3 мм. Селезёнка нормальных размеров.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ:

Хронический кальцифицирующий панкреатит токсической этиологии, тяжёлое течение в фазе обострения. Внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы тяжёлой степени, возможно внутрисекреторная недостаточность поджелудочной железы. Хронический антральный гастрит, возможно Нр-ассоциированный.

#### Задача 47

Больной Д. 50 лет, жалобы на боли в эпигастральной области постоянного характера, усиливающиеся после приёма еды и иррадиирующие в подлопаточное пространство, беспокоит постоянное подташнивание, отрыжка воздухом, снижение аппетита, быстрое насыщение, вздутие живота, после отхождения газов боли уменьшаются на короткое время. В последние полгода периодически стул со склонностью к поносам. Анамнез заболевания: в течение 25 лет часто употребляет алкоголь, за это время перенёс острый панкреатит, сопровождавшийся интенсивными болями, повторной рвотой. При обследовании в хирургическом отделении выявлено увеличение поджелудочной железы в размерах, жидкость в сальниковой сумке. Лечился консервативно в течение месяца, за время болезни похудел на 10 кг. Выписан с рекомендациями, которые больной не соблюдал. Также принимал алкоголь, но в небольших количествах. Боли возникали часто, а в дальнейшем стали постоянными. Стал снижаться аппетит, периодически возникала тошнота, отрыжка, быстрое насыщение, вследствие чего больной снизил объём потребляемой пищи. Постепенно стул стал со склонностью к кашицеобразному, плохо смывался со стенок унитаза. Исходную массу тела полностью не набрал. Периодически принимал Мезим, Микразим с частичным эффектом, при усилении боли использовал Но-шпу. Последнее ухудшение 2 недели назад после четырёхдневного приёма алкоголя (водка 150 грамм ежедневно). Диету не соблюдал. Боль значительно усилилась, появилась отчётливая тошнота, позывы на рвоту, вздутие живота. Госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение. Объективно: кожа чистая, тургор нормальный. Вес - 73 кг, ИМТ - 18,5. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Лёгкие и сердце без патологических изменений. Пульс - 90 ударов в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налётом. Живот участвует в дыхании, немного подвздут, перитонеальные симптомы отриц. При пальпации отмечает значительную болезненность в зоне Шоффара, точке Дежардена; в зоне Губергрица - Скульского, точках Губергрица, передней и задней точках Мейо - Робсона. При пальпации отделов кишечника болезненности, объёмных образований не выявлено. Печень по краю рёберной дуги, пузырьные симптомы (Кера, Мерфи. Ортнера) отрицательны. Селезёнка не пальпируется. При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин - 157 г/л, СОЭ - 4 мм/час, эритроциты -  $5,2 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты -  $11,2 \times 10^9/л$ , эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 56%, лимфоциты - 35%. Биохимический анализ крови: общий белок - 60 г/л, общий билирубин - 16,4 (прямой - 6,1; свободный - 10,3) ммоль/л, амилаза - 37 ед/л (5-32); глюкоза - 8,5 ммоль/л. мочевина - 4,7 ммоль/л. Копрограмма: объём утренней порции - 400 грамм, консистенция в виде жидкой каши. Нейтральный жир +++, жирные кислоты, мыла жирных кислот ++, мышечные волокна с утраченной поперечной исчерченностью +++, бактерии - большое количество. Фекальная эластаза - 100 мкг/г испражнений. ФГДС: пищевод проходим, розетка кардии плотно смыкается. Слизистая пищевода без изменений. Слизистая желудка в теле розовая, ровная, в антральном отделе с очагами яркой гиперемии. Луковица ДПК обычной

формы. Слизистая постбульбарного отдела ДПК несколько отёчна. УЗИ брюшной полости: жидкости брюшной полости нет. Пневматизация кишечника повышена. Печень не увеличена, структура неоднородная, повышенной эхогенности. Желчный пузырь обычной формы, содержимое эхонегативное. ОЖП - 6 мм. Поджелудочная железа: головка - 35 мм (до 30), тело - 32 мм (до 17), хвост - 37 мм (до 20). Структура диффузно неоднородная, пониженной эхогенности. В структуре железы определяются кальцинаты, наиболее крупный из них в проекции головки поджелудочной железы. Вирсунгов проток определяется в области хвоста, размером 3 мм. Селезёнка нормальных размеров.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Правильный ответ:

Пациенту рекомендовано:

МСКТ органов брюшной полости: визуализация ПЖ; биохимия крови: АЛТ, АСТ, ЩФ, холестерин и липидограмма; кал на яйца глист, яйца описторхов, цисты лямблий; повторное исследование глюкозы, при необходимости тест толерантности к глюкозе. Указанные исследования назначаются с целью уточнения степени поражения поджелудочной железы, внешнесекреторной и внутрисекреторной её недостаточности.

#### Задача 48

Больной З. 60 лет, жалобы на периодические боли в эпигастрии через 1,5-2 часа после еды, иногда ночью, изжогу, кислую отрыжку. Боли носят локальный характер, не иррадируют, уменьшаются после молочной пищи. Анамнез заболевания: в течение 1,5 лет периодически возникали боли и изжога, которые снимал приёмом молока, иногда антацидов (Маалокс и Алмагель). Полгода тому назад обследовался, выявлен гастродуоденит, принимал Омез 20 мг 2 раза и Маалокс. В течение трёх месяцев клинические проявления отсутствовали, в последнее время вновь появились и усилились боли, особенно ночные, изжога и отрыжка возникали ежедневно. Накануне госпитализации была двукратная рвота содержимым желудка, а затем жёлчью. Больной курит, последние 3 года по 2 пачки сигарет в день. Отец оперирован по поводу желудочного кровотечения (причину не знает). Объективно: кожа нормальной окраски, тургор сохранён. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Лёгкие без патологических изменений. Расширена левая граница сердца до левой среднеключичной линии. Уплотнены стенки лучевых артерий (пальпируются в виде плотных тяжей). Пульс 66 уд в минуту, высокий, АД - 125/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налётом. Живот участвует в дыхании. При пальпации отмечает незначительную болезненность в правом подреберье и в эпигастрии.

При пальпации отделы кишечника не изменены. Печень по краю рёберной дуги, пузырьные симптомы (Кера, Мерфи. Ортнера) отрицательные. Селезёнка не пальпируется. При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин - 147 г/л, СОЭ 4 мм/час, эритроциты  $5,2 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты  $7,6 \times 10^9/л$ , эозинофилы 2%, палочкоядерные нейтрофилы 5%, сегментоядерные нейтрофилы 56%, лимфоциты 37%. Биохимический анализ крови: общий белок 82 г/л, общий билирубин 16,4 (прямой 3,1; свободный 13,3) ммоль/л, холестерин 3,9 ммоль/л, калий 4,4 ммоль/л, натрий 142 ммоль/л, сахар 4,5 ммоль/л. ФГДС: пищевод проходим, розетка кардии плотно смыкается, складки слизистой пищевода нормальные. В антральном отделе желудка определяются очаги отёка и яркой гиперемии, а также единичные подслизистые кровоизлияния. Луковица ДПК деформирована, на задней стенке луковицы – послеязвенный рубец звёздчатого характера, на передней стенке глубокий язвенный дефект (до мышечного слоя) размером 10×12 мм, над дефектом нависает значительно увеличенные гиперемированные складки слизистой, образующие воспалительный вал. На остальном протяжении слизистая ДПК с очагами гиперемии.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ:

Язвенная болезнь ДПК, впервые выявленная тяжёлой степени, с локализацией язвы на передней стенке луковицы ДПК размером 10×12 мм. Послеязвенный рубец задней стенки луковицы. Хронический антральный гастрит (Н.р.?ассоциированный) в стадии обострения

#### **Задача 49.**

Больной З. 60 лет, жалобы на периодические боли в эпигастрии через 1,5-2 часа после еды, иногда ночью, изжогу, кислую отрыжку. Боли носят локальный характер, не иррадируют, уменьшаются после молочной пищи. Анамнез заболевания: в течение 1,5 лет периодически возникали боли и изжога, которые снимал приёмом молока, иногда антацидов (Маалокс и Алмагель). Полгода тому назад обследовался, выявлен гастродуоденит, принимал Омез 20 мг 2 раза и Маалокс. В течение трёх месяцев клинические проявления отсутствовали, в последнее время вновь появились и усилились боли, особенно ночные, изжога и отрыжка возникали ежедневно. Накануне госпитализации была двукратная рвота содержимым желудка, а затем жёлчью. Больной курит, последние 3 года по 2 пачки сигарет в день. Отец оперирован по поводу желудочного кровотечения (причину не знает). Объективно: кожа нормальной окраски, тургор сохранён. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Лёгкие без патологических изменений. Расширена левая граница сердца до левой среднеключичной линии. Уплотнены стенки лучевых артерий (пальпируются в виде плотных тяжей). Пульс 66 уд в минуту, высокий, АД - 125/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налётом. Живот участвует в дыхании. При пальпации отмечает незначительную болезненность в правом подреберье и в эпигастрии.

При пальпации отделы кишечника не изменены. Печень по краю рёберной дуги, пузырьные симптомы (Кера, Мерфи, Ортнера) отрицательные. Селезёнка не пальпируется. При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин - 147 г/л, СОЭ 4 мм/час, эритроциты  $5,2 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты  $7,6 \times 10^9/л$ , эозинофилы 2%, палочкоядерные нейтрофилы 5%, сегментоядерные нейтрофилы 56%, лимфоциты 37%. Биохимический анализ крови: общий белок 82 г/л, общий билирубин 16,4 (прямой 3,1; свободный 13,3) ммоль/л, холестерин 3,9 ммоль/л, калий 4,4 ммоль/л, натрий 142 ммоль/л, сахар 4,5 ммоль/л. ФГДС: пищевод проходим, розетка кардии плотно смыкается, складки слизистой пищевода нормальные. В антральном отделе желудка определяются очаги отёка и яркой гиперемии, а также единичные подслизистые кровоизлияния. Луковица ДПК деформирована, на задней стенке луковицы – послеязвенный рубец звёздчатого характера, на передней стенке глубокий язвенный дефект (до мышечного слоя) размером 10×12 мм, над дефектом нависает значительно увеличенные гиперемированные складки слизистой, образующие воспалительный вал. На остальном протяжении слизистая ДПК с очагами гиперемии.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Правильный ответ:

Пациенту рекомендовано:

исследование на Н.р.: забор на цитологическое исследование при ФЭГДС; определение антигена Н.р. методом ИФА (определение Н.р. имеет существенное значение, так как до 80% язвы желудка и 90% язвы ДПК являются Н.р. - ассоциированными). УЗИ органов брюшной полости для исключения другой патологии органов брюшной полости. Кал на скрытую кровь для исключения микрокровоотечения из язвы.

#### **Задача 50**

Больной В. 41 год, жалобы на периодические боли в эпигастрии, больше справа, которые возникают через 20-30 минут после еды, и значительно уменьшаются или исчезают через 1,5-2 часа. Отмечает изжогу, иногда горечь во рту, аппетит сохранён, стул нормальный 1 раз в сутки. Анамнез заболевания: в течение нескольких лет отмечал дискомфорт в собственно эпигастрии после огрешности в диете. Принимал ферменты, указанные явления исчезали. В последние месяцы на работе стрессы. Стал отмечать боли вначале тупые умеренные, которые снимались антацидами (Алмагель, маалокс). В дальнейшем боли усилились, особенно после приёма пищи,



независимо от её качества. Появилась изжога, которая часто сопровождалась горечью во рту. Снижил объём принимаемой пищи, однако боль прогрессировала, госпитализирован в отделение. Курил по 1 пачки в день, последние 3 года не курит. Объективно: кожа нормальной окраски, тургор сохранен. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Лёгкие без патологических изменений. Границы сердца в норме. ЧСС - 68 ударов в минуту, АД - 130/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налётом. Живот участвует в дыхании. При пальпации отмечает незначительную болезненность в эпигастрии. При пальпации отделов кишечника болезненности, объёмных образований не выявлено. Печень по краю рёберной дуги, пузырьные симптомы (Кера, Мерфи. Ортнера) отрицательные. Селезёнка не пальпируется. При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин - 142 г/л, СОЭ - 4 мм/час, эритроциты -  $5,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты -  $7,6 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 56%, лимфоциты - 37%. Биохимический анализ крови: общий белок - 82 г/л, общий билирубин - 16,1 (прямой - 3,1; свободный - 13,0) ммоль/л, холестерин - 3,8 ммоль/л, калий - 4,4 ммоль/л, натрий - 144 ммоль/л, глюкоза - 4,5 ммоль/л. ФГДС: пищевод проходим, розетка кардии плотно смыкается. Слизистая в пищеводе без изменений. В средней трети желудка по малой кривизне имеется язвенный дефект стенки (слизистая и подслизистая) до 1,1 см, дно дефекта выполнено фибрином, края дефекта приподняты, отёчные. На остальном протяжении в желудке имеются очаг неяркой гиперемии. ДПК без изменений. Взята биопсия 4 кус. При взятии биопсии из краев язвы отмечается умеренная нейтрофильная инфильтрация и отёк.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ:

Язвенная болезнь желудка, впервые выявленная, с локализацией язвы в средней трети желудка по малой кривизне. Хронический неактивный гастрит, вероятнее всего Н.р. – ассоциированный.

### Задача 51

Больной В. 41 год, жалобы на периодические боли в эпигастрии, больше справа, которые возникают через 20-30 минут после еды, и значительно уменьшаются или исчезают через 1,5-2 часа. Отмечает изжогу, иногда горечь во рту, аппетит сохранён, стул нормальный 1 раз в сутки. Анамнез заболевания: в течение нескольких лет отмечал дискомфорт в собственно эпигастрии после огрешности в диете. Принимал ферменты, указанные явления исчезали. В последние месяцы на работе стрессы. Стал отмечать боли вначале тупые умеренные, которые снимались антацидами (Алмагель, маалокс). В дальнейшем боли усилились, особенно после приёма пищи, независимо от её качества. Появилась изжога, которая часто сопровождалась горечью во рту. Снижил объём принимаемой пищи, однако боль прогрессировала, госпитализирован в отделение. Курил по 1 пачки в день, последние 3 года не курит. Объективно: кожа нормальной окраски, тургор сохранен. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Лёгкие без патологических изменений. Границы сердца в норме. ЧСС - 68 ударов в минуту, АД - 130/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налётом. Живот участвует в дыхании. При пальпации отмечает незначительную болезненность в эпигастрии. При пальпации отделов кишечника болезненности, объёмных образований не выявлено. Печень по краю рёберной дуги, пузырьные симптомы (Кера, Мерфи. Ортнера) отрицательные. Селезёнка не пальпируется. При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин - 142 г/л, СОЭ - 4 мм/час, эритроциты -  $5,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты -  $7,6 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 56%, лимфоциты - 37%. Биохимический анализ крови: общий белок - 82 г/л, общий билирубин - 16,1 (прямой - 3,1; свободный - 13,0) ммоль/л, холестерин - 3,8 ммоль/л, калий - 4,4 ммоль/л, натрий - 144 ммоль/л, глюкоза - 4,5 ммоль/л. ФГДС: пищевод проходим, розетка кардии плотно смыкается. Слизистая в пищеводе без изменений. В средней трети желудка по малой кривизне имеется язвенный дефект стенки (слизистая и подслизистая) до 1,1 см, дно дефекта выполнено фибрином, края дефекта приподняты, отёчные. На остальном протяжении в желудке имеются очаг неяркой гиперемии.

ДПК без изменений. Взята биопсия 4 кус. При взятии биопсии из краев язвы отмечается умеренная нейтрофильная инфильтрация и отёк.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Правильный ответ:

Пациенту рекомендовано:

обследование на Н.р.: определение антигена Н.р. в кале, цитологическое исследование (взятие материала при ФЭГДС); УЗИ органов брюшной полости для исключения другой патологии органов брюшной полости; кал на скрытую кровь (наличие микрокровотечения).

### Задача 52

Больная Л. 45 лет жалобы на постоянные, усиливающиеся после погрешностей в диете боли в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину, похудание. В 38-летнем возрасте перенесла холецистэктомию по поводу калькулезного холецистита. Через полгода после операции появились почти постоянные, усиливающиеся после погрешностей в диете боли в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину. При применении спазмолитиков и при соблюдении диеты самочувствие улучшалось. Последние 1,5 года присоединился практически постоянный неоформленный стул, стала терять вес (похудела на 7 кг за 2 года). При осмотре состояние больной удовлетворительное. Телосложение правильное, незначительно повышенного питания. Рост – 174 см, вес – 90 кг, ИМТ – 29 кг/м<sup>2</sup>. При сравнительной перкуссии лёгких определяется лёгочный звук. Аускультативно везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС=78 уд/мин, АД - 154/80 мм рт. ст. Язык влажный, у корня обложен белым налётом. При поверхностной пальпации живота отмечается некоторая болезненность в эпигастрии и в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. При глубокой пальпации пальпируется сигмовидная кишка в виде умеренно подвижного безболезненного цилиндра, диаметром 1,5 см. Имеется болезненность в зоне Шоффара. Положительный симптом Керте, симптом Мейо-Робсона. При перкуссии живота — тимпанит. Размеры печени по Курлову – 15x13x11 см. Печень выступает из-под рёберной дуги на 3-4 см, край умеренной плотности, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ:

Хронический панкреатит, билиарозависимый, болевая форма, средней тяжести, часто рецидивирующего течения в стадии обострения. Хронический реактивный персистирующий гепатит. Состояние после холецистэктомии (7 лет назад).

### Задача 53

Больная Л. 45 лет жалобы на постоянные, усиливающиеся после погрешностей в диете боли в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину, похудание. В 38-летнем возрасте перенесла холецистэктомию по поводу калькулезного холецистита. Через полгода после операции появились почти постоянные, усиливающиеся после погрешностей в диете боли в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину. При применении спазмолитиков и при соблюдении диеты самочувствие улучшалось. Последние 1,5 года присоединился практически постоянный неоформленный стул, стала терять вес (похудела на 7 кг за 2 года). При осмотре состояние больной удовлетворительное. Телосложение правильное, незначительно повышенного питания. Рост – 174 см, вес – 90 кг, ИМТ – 29 кг/м<sup>2</sup>. При сравнительной перкуссии лёгких определяется лёгочный звук. Аускультативно везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС=78 уд/мин, АД - 154/80 мм рт. ст. Язык влажный, у корня обложен белым налётом. При поверхностной пальпации живота отмечается некоторая болезненность в эпигастрии и в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. При глубокой пальпации пальпируется сигмовидная кишка в виде умеренно подвижного безболезненного цилиндра, диаметром 1,5 см. Имеется болезненность в зоне Шоффара. Положительный симптом Керте, симптом Мейо-Робсона. При перкуссии живота —

тимпанит. Размеры печени по Курлову – 15x13x11 см. Печень выступает из-под рёберной дуги на 3-4 см, край умеренной плотности, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту.

Правильный ответ:

Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, трансаминазы, амилаза, липаза, трипсин, антитрипсин, билирубин общий, прямой; анализ мочи на диастазу; исследование дуоденального содержимого; анализ кала: стеаторея, креаторея, амилорея; обзорная рентгенография брюшной полости; УЗИ поджелудочной железы и гепатобилиарной системы; РХПГ.

#### Задача 54

Больной П. 44 лет, жалобы на частую, выраженную изжогу после еды и в ночное время, особенно, при употреблении острой, жирной или обильной пищи, частую тошноту по утрам, отрыжку пищей после еды, обычно, при наклонах туловища и положении лежа, плохой сон из-за изжоги. Из анамнеза: со школьного возраста отмечал боли в животе, плохой аппетит. Лечился самостоятельно, по советам родственников периодически принимая но-шпу и ферментные препараты с незначительным эффектом. Во время службы в армии лечился в госпитале по поводу гастрита. В дальнейшем длительное время жалоб со стороны органов пищеварения не имел. Питается нерегулярно, на работе имеет ночные смены. Курит с 15 лет по 15 сигарет в день. Алкоголь практически не употребляет. Описанные жалобы появились 1,5 года назад после длительного периода значительных физических нагрузок и эпизода тяжелого психо-эмоционального стресса. Самостоятельно принимал альмагель, омез в течение 10-14 дней с хорошим эффектом. Последнее ухудшение – в течение месяца после погрешности в диете и приема алкоголя; на фоне приёма привычного набора препаратов в течение недели самочувствие с положительной динамикой, в связи с чем, лечение прекратил. Через 7 дней симптомы возобновились. Три дня назад имел место однократный эпизод черного разжиженного стула. В дальнейшем стул без особенностей. При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост: 174 см, вес: 63 кг. Кожа физиологической окраски, умеренной влажности, чистая. В лёгких везикулярное дыхание. ЧД 18 в мин. Тоны сердца умеренно приглушены, ритм правильный. ЧСС – 78 в мин, АД – 130/85 мм рт.ст. Язык густо обложен серым налетом, влажный. Живот мягкий, умеренно болезненный высоко в эпигастрии слева от средней линии и в пилородуоденальной зоне. Пальпация других отделов живота практически безболезненна. Печень 10,5×8×7 см. Край закруглен, эластичной консистенции, безболезненный. Пузырные симптомы отрицательные. Селезёнка не пальпируется, перкуторно 7×5 см. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: эритроциты –  $4,1 \times 10^{12}/л$ . НЬ – 123 г/л, МСН – 26p/g, МСНС – 346g/l, лейкоциты –  $5,2 \times 10^9/л$ : базофилы – 0, эозинофилы – 1, палочкоядерные – 2, сегментоядерные – 68; лимфоциты – 23, моноциты – 6. СОЭ = 5 мм/час Анализ кала на скрытую кровь положительный. ФГДС – пищевод проходим. Слизистая нижней трети пищевода ярко гиперемирована с множественными мелкими эрозиями, занимающими до половины диаметра пищевода. Кардиальный жом смыкается не полностью. В пищевод пролабирует слизистая оболочка желудка. Желудок содержит значительное количество секрета с примесью желчи. Слизистая тела желудка слегка отёчна, розовая, складки магистрального типа. Слизистая антрума очагово гиперемирована с множественными плоскими эрозиями. Пилорус зияет. Луковица ДПК не деформирована. Слизистая оболочка розовая, блестящая. Постбульбарный отдел без особенностей.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ:

ГЭРБ: эрозивный эзофагит Недостаточность кардии. ГПОД 1 ст. Хронический антральный гастрит с эрозиями в стадии обострения (Нр статус неизвестен). Эпизод спонтанно остановившегося кровотечения из верхних отделов ЖКТ от (дата). ДГР.

### Задача 55

Больной П. 44 лет, жалобы на частую, выраженную изжогу после еды и в ночное время, особенно, при употреблении острой, жирной или обильной пищи, частую тошноту по утрам, отрыжку пищей после еды, обычно, при наклонах туловища и положении лежа, плохой сон из-за изжоги. Из анамнеза: со школьного возраста отмечал боли в животе, плохой аппетит. Лечился самостоятельно, по советам родственников периодически принимая но-шпу и ферментные препараты с незначительным эффектом. Во время службы в армии лечился в госпитале по поводу гастрита. В дальнейшем длительное время жалоб со стороны органов пищеварения не имел. Питается нерегулярно, на работе имеет ночные смены. Курит с 15 лет по 15 сигарет в день. Алкоголь практически не употребляет. Описанные жалобы появились 1,5 года назад после длительного периода значительных физических нагрузок и эпизода тяжелого психо-эмоционального стресса. Самостоятельно принимал альмагель, оmez в течение 10-14 дней с хорошим эффектом. Последнее ухудшение – в течение месяца после погрешности в диете и приема алкоголя; на фоне приема привычного набора препаратов в течение недели самочувствие с положительной динамикой, в связи с чем, лечение прекратил. Через 7 дней симптомы возобновились. Три дня назад имел место однократный эпизод черного разжиженного стула. В дальнейшем стул без особенностей. При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост: 174 см, вес: 63 кг. Кожа физиологической окраски, умеренной влажности, чистая. В лёгких везикулярное дыхание. ЧД 18 в мин. Тоны сердца умеренно приглушены, ритм правильный. ЧСС – 78 в мин, АД – 130/85 мм рт.ст. Язык густо обложен серым налетом, влажный. Живот мягкий, умеренно болезненный высоко в эпигастрии слева от средней линии и в пилорoduоденальной зоне. Пальпация других отделов живота практически безболезненна. Печень 10,5×8×7 см. Край закруглен, эластичной консистенции, безболезненный. Пузырные симптомы отрицательные. Селезёнка не пальпируется, перкуторно 7×5 см. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: эритроциты –  $4,1 \times 10^{12}/л$ . НЬ – 123 г/л, МСН – 26р/g, МСНС – 346g/l, лейкоциты –  $5,2 \times 10^9/л$ : базофилы – 0, эозофилы -1, палочкоядерные – 2, сегментоядерные – 68; лимфоциты – 23, моноциты – 6. СОЭ = 5 мм/час Анализ кала на скрытую кровь положительный. ФГДС – пищевод проходим. Слизистая нижней трети пищевода ярко гиперемирована с множественными мелкими эрозиями, занимающими до половины диаметра пищевода. Кардиальный жом смыкается не полностью. В пищевод пролабирует слизистая оболочка желудка. Желудок содержит значительное количество секрета с примесью желчи. Слизистая тела желудка слегка отёчна, розовая, складки магистрального типа. Слизистая антрума очагово гиперемирована с множественными плоскими эрозиями. Пилорус зияет. Луковица ДПК не деформирована. Слизистая оболочка розовая, блестящая. Постбульбарный отдел без особенностей.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Правильный ответ:

Дополнительно к проведенному обследованию пациенту рекомендовано проведение диагностики инфекции *H.pylori* неинвазивным методом (обнаружение антител к антигену *H.pylori* в сыворотке крови, выявление антигена *H.pylori* в кале методом ИФА, либо обнаружение ДНК *H.pylori* в кале методом ПЦР). Использование серологического метода возможно, т. к., известно, что эрадикационная терапия инфекции *H.pylori* пациенту не проводилась. Показаны рентгеноскопия пищевода и желудка с целью уточнения размеров ГПОД, суточное мониторирование интрапищеводного и интрагастрального рН, с целью уточнения характера рефлюктата в связи с наличием у пациента дуоденогастрального рефлюкса.

### Задача 56

Больной Х. 65 лет, жалобы на тупые, ноющие малоинтенсивные боли и ощущение тяжести в подложечной области через 15-20 минут после еды, тошноту, изжогу. Болевые ощущения усиливаются при погрешностях в питании. Из анамнеза: боли в подложечной области беспокоят последние 4-х недель, несколько уменьшаются после приема дроговерина, антацидов. Около недели назад пациент отметил эпизод появления чёрного стула в течение 2-х суток. В возрасте

45 лет диагностировали язвенную болезнь ДПК, лечился в стационаре, в последующем обострений заболевания никогда не фиксировалось. Последние 10 лет к врачам по этому поводу пациент не обращался. Пациент получает медикаментозное лечение по поводу ИБС, в том числе, тромбоасс и клопидогрел, последние 5 месяцев прекратил приём крестора.

При осмотре: состояние удовлетворительное, ИМТ – 27 кг/м<sup>2</sup>, кожный покров и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Голени пастозны. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 мин. Сердце – тоны приглушены, акцент 2 тона на аорте, ритм правильный. ЧСС – 92 в 1 мин. АД – 130/85 мм рт.ст. Живот участвует в дыхании, при пальпации мягкий, определяется умеренная болезненность в эпигастрии по средней линии тела и в пилородуоденальной зоне, остальные отделы живота безболезненны. Пузырные симптомы отрицательные. Размеры печени и селезёнки по Курлову: 11х9х8 см и 6х4 см соответственно. Край печени плотно-эластической консистенции определяется на 2 см ниже реберной дуги, безболезненный. Пальпация отделов толстой кишки безболезненна. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный. В анализах: эритроциты  $3,2 \times 10^{12}$ /л, Hb 103 г/л, МСН - 22р/г, МСНС – 300 г/л, лейкоциты  $5,6 \times 10^9$ /л. СОЭ 8 мм/час. Общий холестерин 7,9 ммоль/л, триглицериды 2,6 ммоль/л.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ:

НПВП – ассоциированная гастропатия: эрозивно-язвенное поражение желудка, осложнившееся состоявшимся желудочно-кишечным кровотечением. Постгеморрагическая анемия легкой степени.

### Задача 57

Больной Х. 65 лет, жалобы на тупые, ноющие малоинтенсивные боли и ощущение тяжести в подложечной области через 15-20 минут после еды, тошноту, изжогу. Болевые ощущения усиливаются при погрешностях в питании. Из анамнеза: боли в подложечной области беспокоят последние 4-х недель, несколько уменьшаются после приёма дротверина, антацидов. Около недели назад пациент отметил эпизод появления чёрного стула в течение 2-х суток. В возрасте 45 лет диагностировали язвенную болезнь ДПК, лечился в стационаре, в последующем обострений заболевания никогда не фиксировалось. Последние 10 лет к врачам по этому поводу пациент не обращался. Пациент получает медикаментозное лечение по поводу ИБС, в том числе, тромбоасс и клопидогрел, последние 5 месяцев прекратил приём крестора.

При осмотре: состояние удовлетворительное, ИМТ – 27 кг/м<sup>2</sup>, кожный покров и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Голени пастозны. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 мин. Сердце – тоны приглушены, акцент 2 тона на аорте, ритм правильный. ЧСС – 92 в 1 мин. АД – 130/85 мм рт.ст. Живот участвует в дыхании, при пальпации мягкий, определяется умеренная болезненность в эпигастрии по средней линии тела и в пилородуоденальной зоне, остальные отделы живота безболезненны. Пузырные симптомы отрицательные. Размеры печени и селезёнки по Курлову: 11х9х8 см и 6х4 см соответственно. Край печени плотно-эластической консистенции определяется на 2 см ниже реберной дуги, безболезненный. Пальпация отделов толстой кишки безболезненна. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный. В анализах: эритроциты  $3,2 \times 10^{12}$ /л, Hb 103 г/л, МСН - 22р/г, МСНС – 300 г/л, лейкоциты  $5,6 \times 10^9$ /л. СОЭ 8 мм/час. Общий холестерин 7,9 ммоль/л, триглицериды 2,6 ммоль/л.

Какие дополнительные методы исследования Вы назначили бы данному пациенту?

Правильный ответ:

Дополнительно к проведенному обследованию пациенту рекомендовано: проведение ФГДС с биопсией слизистой оболочки желудка из зоны поражения (язвенного дефекта) и стандартных зон биопсии с целью оценки стадии гастрита, уточнения характера поражения слизистой оболочки гастродуоденальной зоны; диагностика наличия инфекции *H. pylori* морфологическим методом, либо выявление антигена *H. pylori* в кале методом ИФА, либо обнаружение ДНК *H. pylori* в кале методом ПЦР. Использование серологического метода нецелесообразно, т. к.

неизвестно проводилась ли эрадикационная терапия ЯБ ДПК в прошлом. В соответствии со Стандартом оказания медицинской помощи при ЯБЖ и ЯБ ДПК рекомендуется анализ крови биохимический (билирубин, АЛТ, АСТ, глюкоза, а также железо сыворотки, общая железосвязывающая способность сыворотки, ферритин), ультразвуковое исследование внутренних органов, анализ кала на скрытую кровь.

### Задача 58

Женщина 41 год жалобы на общую слабость, тупую, ноющую боль в правом подреберье, усиливающуюся после приёма жирной, жареной пищи, физической нагрузки; боль иррадирует в правое плечо, правую лопатку, правую половину шеи; отмечает горечь во рту, отрыжку воздухом, тошноту, неустойчивый стул, снижение аппетита. Из анамнеза. Считает себя больной в течение трех лет, когда впервые появились общая слабость, боль ноющего характера в области правого подреберья, усиливающаяся после погрешностей в диете, физической нагрузки, горечь во рту, отрыжка воздухом, неустойчивый стул (с тенденцией к запорам). За медицинской помощью не обращалась. При появлении болевого синдрома принимала аллохол, панкреатин, анальгин; отмечала временное улучшение самочувствия. Настоящее обострение в течение месяца, когда после употребления большого количества жирной пищи появились боли в области правого подреберья, горечь во рту, отрыжка воздухом. Операций, гемотрансфузий не было. Алкоголем не злоупотребляет. Из семейного анамнеза известно, что мать пациентки страдала желчнокаменной болезнью. При осмотре: состояние удовлетворительное, рост 170 см, вес – 72 кг; ИМТ 24,9 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 70 в 1 мин; АД – 125/80 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом у корня. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 9×8×7 см; пальпация печени затруднена из-за болезненности, преимущественно в точке желчного пузыря. Определяется болезненность в точке Маккензи, положительные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера, Лепене, Мюсси-Георгиевского справа. Селезёнка не пальпируется. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Результаты исследований: Общий анализ крови: эритроциты –  $4,4 \times 10^{12}/л$ ; лейкоциты –  $11,3 \times 10^9/л$ ; нейтрофилы сегментоядерные – 75%; нейтрофилы палочкоядерные – 2%; лимфоциты – 19%; моноциты – 3%; эозинофилы – 1%; базофилы – 0%; Hb – 141г/л; тромбоциты –  $215 \times 10^9/л$ ; СОЭ – 19 мм/ч. Биохимия крови: общий билирубин – 18 мкмоль/л; непрямой билирубин – 17,0 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,0 мкмоль/л; АЛТ – 26 ед/л; АСТ – 22 ед/л; ГГТП – 22 ед/л; ЩФ – 104 ед/л; глюкоза – 5,1 ммоль/л; креатинин – 64 мкмоль/л; мочевины – 3,2 ммоль/л; общий белок – 72 г/л; амилаза – 42 ед/л; ХС – 5,2 ммоль/л. При обзорной рентгенографии органов брюшной полости патологии не выявлено. При УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, контуры ровные, эхогенность не повышена, структура не изменена. Желчный пузырь увеличен (до 3,5 см в поперечнике), деформирован, с перегибом в шейке; выявлено диффузное утолщение его стенок до 5 мм, их уплотнение. Ductuscholedochus 7 мм. Поджелудочная железа нормальных размеров и формы, эхогенность не повышена. Панкреатический проток не расширен. Дуоденальное зондирование (микроскопическое исследование желчи): в порции «В» выявлено скопление слизи, лейкоцитов, клеточного эпителия, кристаллы холестерина, билирубинат кальция. Общий анализ мочи: в пределах нормы. ЭКГ - без патологических изменений; эзофагогастродуоденоскопия – без патологических изменений; иммуноферментный анализ на выявление гельминтов: описторхоз, лямблиоз, аскаридоз, токсакароз – отрицательный. Кал на яйца глист (трижды) – отрицательный.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ:

Хронический бескаменный холецистит бактериальной этиологии, фаза обострения.

### Задача 59

Женщина 41 год жалобы на общую слабость, тупую, ноющую боль в правом подреберье, усиливающуюся после приёма жирной, жареной пищи, физической нагрузки; боль иррадирует в правое плечо, правую лопатку, правую половину шеи; отмечает горечь во рту, отрыжку воздухом, тошноту, неустойчивый стул, снижение аппетита. Из анамнеза. Считает себя больной в течение трех лет, когда впервые появились общая слабость, боль ноющего характера в области правого подреберья, усиливающаяся после погрешностей в диете, физической нагрузки, горечь во рту, отрыжка воздухом, неустойчивый стул (с тенденцией к запорам). За медицинской помощью не обращалась. При появлении болевого синдрома принимала аллохол, панкреатин, анальгин; отмечала временное улучшение самочувствия. Настоящее обострение в течение месяца, когда после употребления большого количества жирной пищи появились боли в области правого подреберья, горечь во рту, отрыжка воздухом. Операций, гемотрансфузий не было. Алкоголем не злоупотребляет. Из семейного анамнеза известно, что мать пациентки страдала желчнокаменной болезнью. При осмотре: состояние удовлетворительное, рост 170 см, вес – 72 кг; ИМТ 24,9 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 70 в 1 мин; АД – 125/80 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом у корня. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 9×8×7 см; пальпация печени затруднена из-за болезненности, преимущественно в точке желчного пузыря. Определяется болезненность в точке Маккензи, положительные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера, Лепене, Мюсси-Георгиевского справа. Селезёнка не пальпируется. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Результаты исследований: Общий анализ крови: эритроциты –  $4,4 \times 10^{12}/л$ ; лейкоциты –  $11,3 \times 10^9/л$ ; нейтрофилы сегментоядерные – 75%; нейтрофилы палочкоядерные – 2%; лимфоциты – 19%; моноциты – 3%; эозинофилы – 1%; базофилы – 0%; Hb – 141г/л; тромбоциты –  $215 \times 10^9/л$ ; СОЭ – 19 мм/ч. Биохимия крови: общий билирубин – 18 мкмоль/л; непрямого билирубин – 17,0 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,0 мкмоль/л; АЛТ – 26 ед/л; АСТ – 22 ед/л; ГГТП – 22 ед/л; ЩФ – 104 ед/л; глюкоза – 5,1 ммоль/л; креатинин – 64 мкмоль/л; мочевины – 3,2 ммоль/л; общий белок – 72 г/л; амилаза – 42 ед/л; ХС – 5,2 ммоль/л. При обзорной рентгенографии органов брюшной полости патологии не выявлено. При УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, контуры ровные, эхогенность не повышена, структура не изменена. Желчный пузырь увеличен (до 3,5 см в поперечнике), деформирован, с перегибом в шейке; выявлено диффузное утолщение его стенок до 5 мм, их уплотнение. Ductuscholedochus 7 мм. Поджелудочная железа нормальных размеров и формы, эхогенность не повышена. Панкреатический проток не расширен. Дуоденальное зондирование (микроскопическое исследование желчи): в порции «В» выявлено скопление слизи, лейкоцитов, клеточного эпителия, кристаллы холестерина, билирубинат кальция. Общий анализ мочи: в пределах нормы. ЭКГ - без патологических изменений; эзофагогастродуоденоскопия – без патологических изменений; иммуноферментный анализ на выявление гельминтов: описторхоз, лямблиоз, аскаридоз, токсакароз – отрицательный. Кал на яйца глист (трижды) – отрицательный.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Правильный ответ:

В план обследования необходимо включить ультразвуковую холецистографию для уточнения функциональной способности желчного пузыря; бактериологическое исследование желчи для определения возбудителя хронического холецистита.

### Задача 60

Мужчина 45 лет жалобы на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошноту. Из анамнеза. Считает себя больным в течение двух лет, когда впервые появились общая слабость, повышенная утомляемость, чувство тяжести в области правого подреберья. За медицинской помощью не обращался. Периодически принимал эссенциале форте по 2 капсуле три раза в день, ферментные препараты: креон по 25000 Ед. два раза в сутки; улучшения самочувствия не

отметил. Настоящее обострение в течение месяца, когда после значительной физической нагрузки усилились боли в области правого подреберья, увеличилась общая слабость. Принимал баралгин, положительного эффекта не наблюдалось. Операций, гемотрансфузий не было. Алкоголем не злоупотребляет, гепатотоксичные лекарственные средства не принимал, был донором. При осмотре: состояние удовлетворительное; рост-177 см, вес -79 кг, ИМТ 25,2кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны, выявляются телеангиэктазии на груди, плечах и спине. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 72 в 1 мин; АД-130/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 12 (+3)×8×7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность при пальпации. Селезёнка не увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Результаты исследований: общий анализ крови: эритроциты –  $4,4 \times 10^{12}/л$ ; лейкоциты –  $6,4 \times 10^9/л$ ; нейтрофилы –  $4,5 \times 10^9/л$ ; лимфоциты –  $1,3 \times 10^9/л$ ; моноциты –  $0,44 \times 10^9/л$ ; эозинофилы –  $0,2 \times 10^9/л$ ; базофилы –  $0,06 \times 10^9/л$ ; Нб – 144г/л; тромбоциты –  $230 \times 10^9/л$ ; СОЭ – 20 мм/ч. Биохимия крови: общий билирубин – 36 мкмоль/л; непрямой билирубин – 29,5 мкмоль/л; прямой билирубин – 6,5 мкмоль/л; АЛТ – 225 ед/л; АСТ – 150 ед/л; ГГТП – 83 ед/л; ЩФ – 143 ед/л; глюкоза – 5,1 ммоль/л; креатинин – 72 мкмоль/л; мочевины – 3,2 ммоль/л; альбумин – 39 г/л; общий белок – 71 г/л; альфа-1-глобулины – 3,0 г/л; альфа-2-глобулины – 5,5 г/л; бета-глобулины – 6,0 г/л; γ-глобулины – 17,5 г/л; ТТГ – 0,94 МЕ/л; альфа-фетопротеин – 3,2 ед/л; ферритин – 53 мкг/л; трансферрин – 2,5 г/л; калий – 3,9 ммоль/л; Na–138 ммоль/л; амилаза – 43 ед/л; железо – 21,3 мкмоль/л; ХС – 5,0 ммоль/л; церулоплазмин – 185 мг/л. ПТИ – 55%. Иммуноферментный анализ (определение маркеров гепатитов В, С, Dв сыворотке крови): HBsAg (+); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (+); HBeAg (-); анти-HBe (+); анти-HBcIgM (-); анти-HDV (-); анти-HCV (-); анти-ВИЧ – отрицательный. Иммунологическое исследование: концентрация Ig класса G в сыворотке крови-7,0 г/л; -молекулярно-биологические исследования: ПЦР: ДНК ВГВ – положительный; количественный анализ ДНК ВГВ – 61000 МЕ/мл. Кал на скрытую кровь – отриц. Общий анализ мочи: в пределах нормы. Эластометрия печени: определена стадия F4 (по шкале METAVIR) При УЗИ органов брюшной полости выявлены гепатомегалия, диффузные дистрофические изменения паренхимы печени. Рентгенологическое исследование легких: без патологических изменений; ЭКГ – без патологических изменений; тест связи чисел – в пределах нормы.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ:

Цирроз печени, ассоциированный с HBV-инфекцией, класс А по Child-Pugh (компенсированный).

### Задача 61

Мужчина 45 лет жалобы на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошноту.

Из анамнеза. Считает себя больным в течение двух лет, когда впервые появились общая слабость, повышенная утомляемость, чувство тяжести в области правого подреберья. За медицинской помощью не обращался. Периодически принимал эссенциале форте по 2 капсуле три раза в день, ферментные препараты: креон по 25000 Ед. два раза в сутки; улучшения самочувствия не отметил. Настоящее обострение в течение месяца, когда после значительной физической нагрузки усилились боли в области правого подреберья, увеличилась общая слабость. Принимал баралгин, положительного эффекта не наблюдалось. Операций, гемотрансфузий не было. Алкоголем не злоупотребляет, гепатотоксичные лекарственные средства не принимал, был донором. При осмотре: состояние удовлетворительное; рост-177 см, вес -79 кг, ИМТ 25,2кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны, выявляются телеангиэктазии на груди, плечах и спине. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 72 в 1 мин; АД-130/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья.



Размеры печени по Курлову: 12 (+3)×8×7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность при пальпации. Селезёнка не увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Результаты исследований: общий анализ крови: эритроциты –  $4,4 \times 10^{12}/л$ ; лейкоциты –  $6,4 \times 10^9/л$ ; нейтрофилы –  $4,5 \times 10^9/л$ ; лимфоциты –  $1,3 \times 10^9/л$ ; моноциты –  $0,44 \times 10^9/л$ ; эозинофилы –  $0,2 \times 10^9/л$ ; базофилы –  $0,06 \times 10^9/л$ ; Hb – 144 г/л; тромбоциты –  $230 \times 10^9/л$ ; СОЭ – 20 мм/ч. Биохимия крови: общий билирубин – 36 мкмоль/л; непрямой билирубин – 29,5 мкмоль/л; прямой билирубин – 6,5 мкмоль/л; АЛТ – 225 ед/л; АСТ – 150 ед/л; ГГТП – 83 ед/л; ЩФ – 143 ед/л; глюкоза – 5,1 ммоль/л; креатинин – 72 мкмоль/л; мочевины – 3,2 ммоль/л; альбумин – 39 г/л; общий белок – 71 г/л; альфа-1-глобулины – 3,0 г/л; альфа-2-глобулины – 5,5 г/л; бета-глобулины – 6,0 г/л;  $\gamma$ -глобулины – 17,5 г/л; ТТГ – 0,94 МЕ/л; альфа-фетопротеин – 3,2 ед/л; ферритин – 53 мкг/л; трансферрин – 2,5 г/л; калий – 3,9 ммоль/л; Na – 138 ммоль/л; амилаза – 43 ед/л; железо – 21,3 мкмоль/л; ХС – 5,0 ммоль/л; церулоплазмин – 185 мг/л. ПТИ – 55%. Иммуноферментный анализ (определение маркеров гепатитов В, С, Dв сыворотке крови): HBsAg (+); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (+); HBeAg (-); анти-HBe (+); анти-HBcIgM (-); анти-HDV (-); анти-HCV (-); анти-ВИЧ – отрицательный. Иммунологическое исследование: концентрация Ig класса G в сыворотке крови – 7,0 г/л; - молекулярно-биологические исследования: ПЦР: ДНК ВГВ – положительный; количественный анализ ДНК ВГВ – 61000 МЕ/мл. Кал на скрытую кровь – отриц. Общий анализ мочи: в пределах нормы. Эластометрия печени: определена стадия F4 (по шкале METAVIR) При УЗИ органов брюшной полости выявлены гепатомегалия, диффузные дистрофические изменения паренхимы печени. Рентгенологическое исследование легких: без патологических изменений; ЭКГ – без патологических изменений; тест связи чисел – в пределах нормы.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Правильный ответ:

ЭГДС – для выявления и/или определения состояния вен пищевода и /или желудка;  
- спиральная компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) для получения более точной информации о форме, структуре и размерах печени. При использовании контрастного усиления возможно дифференцировать наиболее часто встречающуюся очаговую патологию печени (кисты, гемангиомы, метастазы); - дуплексное сканирование сосудов печеночно-селезеночного бассейна для выявления портальной гипертензии.

## Задача 62

Мужчина 42 года жалобы на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошноту, нарушение сна. Из анамнеза. Считает себя больным в течение двух лет, когда впервые появились общая слабость, повышенная утомляемость, чувство тяжести в области правого подреберья, периодическое повышение температуры до субфебрильных цифр. За медицинской помощью не обращался. При появлении болевого синдрома принимал фосфоглиф по 2 капсуле три раза в день, ферментные препараты: креон по 10000 Ед. два раза в сутки, но-шпу; улучшения самочувствия не отметил. Настоящее обострение в течение месяца, когда после перенесенного гриппа усилились боли в области правого подреберья, увеличилась общая слабость. Операций, гемотрансфузий не было. Алкоголем не злоупотребляет, гепатотоксичные лекарственные средства не принимал. При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост – 165 см, вес – 70 кг, ИМТ – 25,7 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны, выявляются телеангиэктазии на груди, плечах и спине. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД=16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС = 72 в 1 мин; АД = 125/80 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 12 (+3)×8×7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность при пальпации. Селезёнка не увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Результаты исследований: общий анализ крови: эритроциты –

4,1×10<sup>12</sup>/л; лейкоциты – 6,3×10<sup>9</sup>/л; нейтрофилы – 4,4×10<sup>9</sup>/л; лимфоциты – 1,5×10<sup>9</sup>/л; моноциты – 0,46×10<sup>9</sup>/л; эозинофилы – 0,28×10<sup>9</sup>/л; базофилы – 0,06×10<sup>9</sup>/л; Hb – 144г/л; тромбоциты – 242×10<sup>9</sup>/л; СОЭ – 22 мм/ч. Биохимия крови: общий билирубин – 35 мкмоль/л; непрямой билирубин – 30,5 мкмоль/л; прямой билирубин – 4,5 мкмоль/л; АЛТ – 220 ед/л; АСТ – 160 ед/л; ГГТП – 82 ед/л; ЩФ – 142 ед/л; глюкоза – 5,1 ммоль/л; креатинин – 64 мкмоль/л; мочевины – 3,2 ммоль/л; альбумин – 38 г/л; общий белок – 70,2 г/л; альфа-1-глобулины – 2,8 г/л; альфа-2-глобулины – 5,7 г/л; бета-глобулины – 6,7 г/л; γ-глобулины – 17 г/л; ТТГ – 0,94 МЕ/л; альфа-фетопротеин – 3,3 ед/л; ферритин – 55 мкг/л; трансферрин – 2,4 г/л; калий – 3,6 ммоль/л; Na–137 ммоль/л; амилаза – 42 ед/л; железо – 20,7 мкмоль/л; ХС – 5,2 ммоль/л; церулоплазмин – 188 мг/л. ПТИ – 57%. Иммуноферментный анализ (исследование крови на маркеры гепатитов В, С): анти-НСV– положительный; HBsAg (-); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (-); HBeAg (-); анти-HBe (-); анти-HBcIgM (-); анти-ВИЧ – отрицательный. Генотипирование НCV: генотип 1 – положительный. Иммунологическое исследование: концентрация Ig класса Gv сыворотке крови -7,2г/л. Молекулярно-биологические исследования: ПЦР: РНК ВГС – положительный; количественный анализ РНК ВГС – 32000 МЕ/мл. Эластометрия печени: определена стадия F4(по шкале METAVIR) При УЗИ органов брюшной полости выявлены гепатомегалия, диффузные дистрофические изменения паренхимы печени. Анализ кала на скрытую кровь – отрицательный. Общий анализ мочи: в пределах нормы. Рентгенологическое исследование легких: без патологических изменений. ЭКГ – без патологических изменений.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ:

Цирроз печени, ассоциированный с НCV-инфекцией, класс А по Child-Pugh (компенсированный).

### Задача 63

Мужчина 42 года жалобы на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошноту, нарушение сна. Из анамнеза. Считает себя больным в течение двух лет, когда впервые появились общая слабость, повышенная утомляемость, чувство тяжести в области правого подреберья, периодическое повышение температуры до субфебрильных цифр. За медицинской помощью не обращался. При появлении болевого синдрома принимал фосфоглиф по 2 капсуле три раза в день, ферментные препараты: креон по 10000 Ед. два раза в сутки, но-шпу; улучшения самочувствия не отметил. Настоящее обострение в течение месяца, когда после перенесенного гриппа усилились боли в области правого подреберья, увеличилась общая слабость. Операций, гемотрансфузий не было. Алкоголем не злоупотребляет, гепатотоксичные лекарственные средства не принимал. При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост – 165 см, вес – 70 кг, ИМТ – 25,7 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны, выявляются телеангиэктазии на груди, плечах и спине. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД=16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС = 72 в 1 мин; АД = 125/80 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 12 (+3)×8×7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность при пальпации. Селезёнка не увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Результаты исследований: общий анализ крови: эритроциты – 4,1×10<sup>12</sup>/л; лейкоциты – 6,3×10<sup>9</sup>/л; нейтрофилы – 4,4×10<sup>9</sup>/л; лимфоциты – 1,5×10<sup>9</sup>/л; моноциты – 0,46×10<sup>9</sup>/л; эозинофилы – 0,28×10<sup>9</sup>/л; базофилы – 0,06×10<sup>9</sup>/л; Hb – 144г/л; тромбоциты – 242×10<sup>9</sup>/л; СОЭ – 22 мм/ч. Биохимия крови: общий билирубин – 35 мкмоль/л; непрямой билирубин – 30,5 мкмоль/л; прямой билирубин – 4,5 мкмоль/л; АЛТ – 220 ед/л; АСТ – 160 ед/л; ГГТП – 82 ед/л; ЩФ – 142 ед/л; глюкоза – 5,1 ммоль/л; креатинин – 64 мкмоль/л; мочевины – 3,2 ммоль/л; альбумин – 38 г/л; общий белок – 70,2 г/л; альфа-1-глобулины – 2,8 г/л; альфа-2-глобулины – 5,7 г/л; бета-глобулины – 6,7 г/л; γ-глобулины – 17 г/л; ТТГ – 0,94 МЕ/л; альфа-фетопротеин – 3,3 ед/л; ферритин – 55 мкг/л; трансферрин – 2,4 г/л; калий – 3,6 ммоль/л; Na–137

ммоль/л; амилаза – 42 ед/л; железо – 20,7 мкмоль/л; ХС – 5,2 ммоль/л; церулоплазмин – 188 мг/л. ПТИ – 57%. Иммуноферментный анализ (исследование крови на маркеры гепатитов В, С): анти-НСV – положительный; HBsAg (-); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (-); HBeAg (-); анти-HBe (-); анти-HBcIgM (-); анти-ВИЧ – отрицательный. Генотипирование HCV: генотип 1 – положительный. Иммунологическое исследование: концентрация Ig класса Gv сыворотке крови -7,2г/л. Молекулярно-биологические исследования: ПЦР: РНК ВГС – положительный; количественный анализ РНК ВГС – 32000 МЕ/мл. Эластометрия печени: определена стадия F4(по шкале METAVIR) При УЗИ органов брюшной полости выявлены гепатомегалия, диффузные дистрофические изменения паренхимы печени. Анализ кала на скрытую кровь – отрицательный. Общий анализ мочи: в пределах нормы. Рентгенологическое исследование легких: без патологических изменений. ЭКГ – без патологических изменений.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Правильный ответ:

ЭГДС – для выявления и/или определения состояния вен пищевода и /или желудка;

дуплексное сканирование сосудов печеночно-селезеночного бассейна для выявления портальной гипертензии.

#### Задача 64

Больной Ф. 27 лет, жалобы жалобами на тупые, ноющие малоинтенсивные боли в нижних отделах живота ближе к левому флангу, возникающие перед дефекацией, либо усиливающиеся сразу после опорожнения кишечника, длящиеся около 30-40 минут, разжиженный стул с примесью слизи и небольших количеств алой крови, частота стула до 5-6 раз в сутки, в том числе, в ночное время, ложные позывы на дефекацию с выделением из прямой кишки только слизи с примесью алой крови, ощущение урчания, бурления в животе в течение дня, снижение веса на 6 кг за прошедшие 5 месяца. Из анамнеза: нарушение стула впервые отметил 5 месяцев назад после поездки на юг в летнее время и связал указанный симптом с особенностями питания (употребление больших количеств овощей и фруктов). Диарея сохранялась и прогрессировала и после возвращения из отпуска. Самостоятельно принимал смекту, мезим с незначительным и нестойким эффектом. Через 1,5 месяца отметил появление в кале слизи и прожилок крови, затем появились слабые боли по левому флангу живота. Начал прием но-шпы. По совету родственницы 2 недели назад в течение 5 дней принимал левомицетин по 3 таблетки в день, на этом фоне значительно усилились диарея и боли в животе, увеличилась примесь крови в кале, что и послужило поводом для обращения к участковому врачу. Обращение за медицинской помощью откладывал, поскольку считал, что у него имеет место какое-то инфекционное заболевание кишечника и опасался госпитализации в инфекционное отделение, предпочитая лечиться самостоятельно. В прошлом в период студенчества имели место неоднократные эпизоды жидкого стула, появление которых пациент связывал с употреблением якобы недоброкачественных продуктов. Лечился, как правило, самостоятельно, употреблял отвары вяжущих средств. При осмотре: состояние удовлетворительное, t – 36,8°C, рост 178 см, вес 61 кг, кожный покров и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 мин. Сердце – тоны звучные, ритм правильный. ЧСС – 90 в 1 мин. АД – 120/85 мм рт.ст. Язык умеренно диффузно обложен сероватым налётом, влажный. Живот участвует в дыхании, умеренно равномерно вздут, при поверхностной пальпации мягкий, определяется умеренная болезненность по левому флангу живота, при глубокой пальпации отчётливая болезненность в левой подвздошной области, где пальпируется спазмированная, плотноэластическая, болезненная сигмовидная кишка; остальные отделы толстой кишки безболезненны. Пальпация эпигастральной и подрёберных областей безболезненна Пузырные симптомы отрицательные. Размеры печени и селезёнки по Курлову: 10x8x7 см и 6x4 см, соответственно. Край печени не определяется. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный. В анализах: эритроциты =  $3,02 \times 10^{12}$ /л, Hb = 102 г/л, МСН - 23p/g, МСНС– 300 g/l , лейкоциты =  $12,4 \times 10^9$ /л. СОЭ = 36 мм/час. Копрограмма: кал разжиженный, неоформленный, мышечные волокна, крахмал внутриклеточный в небольшом количестве,

лейкоциты до 30-40 в поле зрения, эритроциты в значительном количестве, слизь в большом количестве. Фекальный кальпротектин 532 мкг/г. Общий белок сыворотки 62,3 г/л, альбумины – 49,3%, глобулины 50,7%, СРП – 95мг/л. Ректороманоскопия без подготовки: аппарат введен до 18 см. Слизистая оболочка прямой кишки диффузно гиперемирована, отёчна, выраженная контактная кровоточивость, множественные эрозии, местами, сливные, покрытые фибрином. В просвете кишки слизь, окрашенная кровью, и жидкие каловые массы в небольшом количестве. Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ:

Язвенный колит впервые выявленный, дистальная форма, активность средней степени. Хроническая постгеморрагическая анемия лёгкой степени.

### Задача 65

Больной Ф. 27 лет, жалобы жалобами на тупые, ноющие малоинтенсивные боли в нижних отделах живота ближе к левому флангу, возникающие перед дефекацией, либо усиливающиеся сразу после опорожнения кишечника, длящиеся около 30-40 минут, разжиженный стул с примесью слизи и небольших количеств алой крови, частота стула до 5-6 раз в сутки, в том числе, в ночное время, ложные позывы на дефекацию с выделением из прямой кишки только слизи с примесью алой крови, ощущение урчания, бурления в животе в течение дня, снижение веса на 6 кг за прошедшие 5 месяцев. Из анамнеза: нарушение стула впервые отметил 5 месяцев назад после поездки на юг в летнее время и связал указанный симптом с особенностями питания (употребление больших количеств овощей и фруктов). Диарея сохранялась и прогрессировала и после возвращения из отпуска. Самостоятельно принимал смекту, мезим с незначительным и нестойким эффектом. Через 1,5 месяца отметил появление в кале слизи и прожилок крови, затем появились слабые боли по левому флангу живота. Начал прием но-шпы. По совету родственницы 2 недели назад в течение 5 дней принимал левомецетин по 3 таблетки в день, на этом фоне значительно усилились диарея и боли в животе, увеличилась примесь крови в кале, что и послужило поводом для обращения к участковому врачу. Обращение за медицинской помощью откладывал, поскольку считал, что у него имеет место какое-то инфекционное заболевание кишечника и опасался госпитализации в инфекционное отделение, предпочитая лечиться самостоятельно. В прошлом в период студенчества имели место неоднократные эпизоды жидкого стула, появление которых пациент связывал с употреблением якобы недоброкачественных продуктов. Лечился, как правило, самостоятельно, употреблял отвары вяжущих средств. При осмотре: состояние удовлетворительное, t – 36,8°C, рост 178 см, вес 61 кг, кожный покров и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 мин. Сердце – тоны звучные, ритм правильный. ЧСС – 90 в 1 мин. АД – 120/85 мм рт.ст. Язык умеренно диффузно обложен сероватым налётом, влажный. Живот участвует в дыхании, умеренно равномерно вздут, при поверхностной пальпации мягкий, определяется умеренная болезненность по левому флангу живота, при глубокой пальпации отчётливая болезненность в левой подвздошной области, где пальпируется спазмированная, плотноэластическая, болезненная сигмовидная кишка; остальные отделы толстой кишки безболезненны. Пальпация эпигастральной и подрёберных областей безболезненна Пузырные симптомы отрицательные. Размеры печени и селезёнки по Курлову: 10x8x7 см и 6x4 см, соответственно. Край печени не определяется. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный. В анализах: эритроциты =  $3,02 \times 10^{12}/л$ , Hb = 102 г/л, МСН - 23р/g, МСНС– 300 g/l , лейкоциты =  $12,4 \times 10^9/л$ . СОЭ = 36 мм/час. Копрограмма: кал разжиженный, неоформленный, мышечные волокна, крахмал внутриклеточный в небольшом количестве, лейкоциты до 30-40 в поле зрения, эритроциты в значительном количестве, слизь в большом количестве. Фекальный кальпротектин 532 мкг/г. Общий белок сыворотки 62,3 г/л, альбумины – 49,3%, глобулины 50,7%, СРП – 95мг/л. Ректороманоскопия без подготовки: аппарат введен до 18 см. Слизистая оболочка прямой кишки диффузно гиперемирована, отёчна, выраженная контактная кровоточивость, множественные эрозии, местами, сливные, покрытые фибрином. В просвете кишки слизь, окрашенная кровью, и жидкие каловые массы в небольшом количестве.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Правильный ответ:

Дополнительно к проведенному обследованию пациенту рекомендовано проведение ФКС (оценка протяженности поражения толстой кишки) с биопсией слизистой оболочки толстой кишки из зоны максимального поражения с целью оценки степени тяжести воспалительного процесса. Бактериологическое исследование кала с целью исключения микробного генеза воспаления слизистой толстой кишки. Исследование кала на предмет исключения глистно-паразитарной инвазии. Серологическая диагностика CMV-инфекции, ВИЧ – инфекции. Биохимический анализ крови (билирубин, АЛТ, АСТ, протеинограмма, железо сыворотки, ферритин, общая железосвязывающая способность крови, глюкоза), ультразвуковое исследование брюшной полости.

### Задача 66

Больной Б. 40 лет – жалобы на ноющие боли в эпигастральной области, которые возникают через 20-30 минут после приема пищи; на тошноту и рвоту желудочным содержимым, возникающую на высоте болей и приносящую облегчение; на снижение аппетита. Из анамнеза заболевания: впервые подобные жалобы возникли около 7 лет назад, но боли купировались приемом Алмагеля и Но-шпы. За медицинской помощью ранее не обращался. Отмечает весенне-осенние обострения заболевания. Ухудшение самочувствия около двух дней, после употребления алкоголя и жареной пищи. Работает водителем маршрутки. Питается нерегулярно, часто употребляет алкоголь. Курит в течение 23 лет до 2-х пачек сигарет в день. Наследственный анамнез: у отца – язвенная болезнь желудка. Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Астеник, пониженного питания. Кожа и видимые слизистые бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в мин. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 74 удара в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 74 удара в минуту. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, симптом Менделя положительный, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул ежедневно, без патологических примесей.

Данные дополнительных методов исследования. Общий анализ крови: гемоглобин – 132 г/л, эритроциты –  $4,4 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты –  $6,4 \times 10^9/л$ , эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 60%, лимфоциты – 30%, моноциты – 8%, СОЭ – 10 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность – 1018, эпителий – 2-4 в поле зрения, белок, цилиндры, соли - не определяются. Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,5 ммоль/л, фибриноген – 2,9 г/л, общий белок – 68 г/л. ФГДС: пищевод свободно проходим, слизистая не изменена, кардиальный жом смыкается. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая гиперемирована, складки обычной формы и размеров, в кардиальном отделе по большой кривизне определяется язвенный дефект 1,0-1,5 см, с ровными краями, неглубокий, дно прикрыто фибрином. Луковица двенадцатиперстной кишки обычной формы и размеров, слизистая бледно-розового цвета. Выявлен *Helicobacter pylori*.

Сформулируйте диагноз.

Правильный ответ:

Язвенная болезнь желудка, (язва большой кривизны 1,0-1,5 см), стадия обострения, впервые выявленная, НР-ассоциированная.

### Задача 67

Больной Д. 46 лет – жалобы на давящие боли в эпигастральной области, периодически – опоясывающие, возникают через 40 минут после употребления жирной и жареной пищи, сопровождаются вздутием живота; на рвоту, не приносящую облегчение, на отрыжку воздухом. Анамнез заболевания: больным себя считает около двух лет, когда появилась боль в левом подреберье после приема жирной и жареной пищи. За медицинской помощью не обращался. 3 дня назад после погрешности в диете боли возобновились, появилось вздутие живота, отрыжка

воздухом, тошнота, рвота, не приносящая облегчения. Объективно: состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 72 удара в минуту. Язык влажный, обложен бело-жёлтым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Печень не пальпируется, размеры по Курлову - 9×8×7 см, симптом поколачивания отрицательный билатерально. Общий анализ крови: эритроциты -  $4,3 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин - 132 г/л, цветной показатель - 1,0; СОЭ - 16 мм/ч, тромбоциты -  $320 \times 10^9/л$ , лейкоциты -  $10,3 \times 10^9/л$ , эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 4%, сегментоядерные нейтрофилы - 51%, лимфоциты - 32%, моноциты - 10%. Общий анализ мочи: светло-жёлтая, прозрачная, кислая, удельный вес - 1016, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий - 1-2 в поле зрения, оксалаты - небольшое количество. Биохимическое исследование крови: АСТ - 28 Ед/л; АЛТ - 36 Ед/л; холестерин - 3,5 ммоль/л; общий билирубин - 19,0 мкмоль/л; прямой - 3,9 мкмоль/л; амилаза - 250 ед/л; креатинин - 85 ммоль/л; общий белок - 75 г/л. Копрограмма: цвет - серовато-белый, консистенция - плотная, запах - специфический, мышечные волокна +++, нейтральный жир +++, жирные кислоты и мыла +++, крахмал ++, соединительная ткань - нет, слизь - нет. ФГДС: пищевод и кардиальный отдел желудка без особенностей. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая розовая, с участками атрофии. Складки хорошо выражены. Луковица двенадцатиперстной кишки без особенностей. УЗИ органов брюшной полости: печень нормальных размеров, структура однородная, нормальной эхогенности, протоки не расширены, общий желчный проток - 6 мм, желчный пузырь нормальных размеров, стенка - 2 мм, конкременты не визуализируются. Поджелудочная железа повышенной эхогенности, неоднородная, проток - 2 мм, головка увеличена в объеме (33 мм), неоднородная, повышенной эхогенности.

Оцените данные копрограммы.

Правильный ответ:

Признаки стеатореи, креатореи, амилореи - внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы.

### Задача 68

Больной Д. 46 лет - жалобы на давящие боли в эпигастриальной области, периодически - опоясывающие, возникают через 40 минут после употребления жирной и жареной пищи, сопровождаются вздутием живота; на рвоту, не приносящую облегчения, на отрыжку воздухом. Анамнез заболевания: больным себя считает около двух лет, когда появилась боль в левом подреберье после приёма жирной и жареной пищи. За медицинской помощью не обращался. 3 дня назад после погрешности в диете боли возобновились, появилось вздутие живота, отрыжка воздухом, тошнота, рвота, не приносящая облегчения. Объективно: состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 72 удара в минуту. Язык влажный, обложен бело-жёлтым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Печень не пальпируется, размеры по Курлову - 9×8×7 см, симптом поколачивания отрицательный билатерально. Общий анализ крови: эритроциты -  $4,3 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин - 132 г/л, цветной показатель - 1,0; СОЭ - 16 мм/ч, тромбоциты -  $320 \times 10^9/л$ , лейкоциты -  $10,3 \times 10^9/л$ , эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 4%, сегментоядерные нейтрофилы - 51%, лимфоциты - 32%, моноциты - 10%. Общий анализ мочи: светло-жёлтая, прозрачная, кислая, удельный вес - 1016, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий - 1-2 в поле зрения, оксалаты - небольшое количество. Биохимическое исследование крови: АСТ - 28 Ед/л; АЛТ - 36 Ед/л; холестерин - 3,5 ммоль/л; общий билирубин - 19,0 мкмоль/л; прямой - 3,9 мкмоль/л; амилаза - 250 ед/л; креатинин - 85 ммоль/л; общий белок - 75 г/л. Копрограмма: цвет - серовато-белый, консистенция - плотная, запах - специфический, мышечные волокна +++, нейтральный жир +++, жирные кислоты и мыла +++, крахмал ++, соединительная ткань - нет, слизь - нет. ФГДС: пищевод и кардиальный отдел желудка без

особенностей. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая розовая, с участками атрофии. Складки хорошо выражены. Луковица двенадцатиперстной кишки без особенностей. УЗИ органов брюшной полости: печень нормальных размеров, структура однородная, нормальной эхогенности, протоки не расширены, общий желчный проток – 6 мм, желчный пузырь нормальных размеров, стенка – 2 мм, конкременты не визуализируются. Поджелудочная железа повышенной эхогенности, неоднородная, проток – 2 мм, головка увеличена в объеме (33 мм), неоднородная, повышенной эхогенности.

Какие дополнительные исследования необходимо назначить больному?

Правильный ответ:

КТ органов брюшной полости, эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография, анализ на онкомаркеры (Ca-19 – 9) для дифференциальной диагностики с злокачественными новообразованиями поджелудочной железы.

### Задача 69

Мужчина 33 лет, жалобы на боли в эпигастриальной области, преимущественно натощак, через 2 часа после еды, ночью, купируются приемом пищи. Беспокоит отрыжка кислым, стул регулярный, оформленный. У отца и деда по отцовской линии — язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Курит с 16 лет до 20 сигарет в день. Объективно: астенического телосложения, умеренного питания. Кожа чистая. Со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы патологии не выявлено. ЧСС — 72 уд. в мин. АД 120/75 мм рт. ст. При поверхностной пальпации живота болезненность в пилородуоденальной области. Печень не увеличена, безболезненная при пальпации. Физиологические отправления в норме. Общий анализ крови: Нб – 126 г/л, цв. показ. – 0,91, эритроциты –  $4,1 \cdot 10^{12}/л$ ; лейкоциты –  $7,0 \cdot 10^9/л$ ; п/я – 3%, с/я – 51%, э – 3%, л – 36%, м – 7%, СОЭ – 6 мм/час. Эзофагогастродуоденоскопия: в желудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией. Слизистая луковицы дуоденум очагово гиперемирована, отечная, на задней стенке язвенный дефект 0,6 x 0,5 см, округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Взята биопсия. УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь грушевидной формы 73x35 мм, с перегибом на дне, содержимое с осадком, стенки 2 мм. Поджелудочная железа: не увеличена, эхогенность головки и хвоста снижена. рН – метрия желудка: натощак – рН в теле 2,4; в антральном отделе – 4.2. через 30 мин после стимуляции 0,1% раствором гистамина в дозе 0,008 мг/кг – рН в теле 1,4; в антруме – 2,8. Дыхательный уреазный тест: положительный. Биопсийный тест на НР-инфекцию: положительный (++)

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ:

Язвенная болезнь 12 п.к. (язва луковицы на задней 0,6 x 0,5 см), ассоциированное с *H. Pylori*, стадия обострения. ЖКБ 1 стадия билиарный сладж

### Задача 70

Мужчина 33 лет, жалобы на боли в эпигастриальной области, преимущественно натощак, через 2 часа после еды, ночью, купируются приемом пищи. Беспокоит отрыжка кислым, стул регулярный, оформленный. У отца и деда по отцовской линии — язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Курит с 16 лет до 20 сигарет в день. Объективно: астенического телосложения, умеренного питания. Кожа чистая. Со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы патологии не выявлено. ЧСС — 72 уд. в мин. АД 120/75 мм рт. ст. При поверхностной пальпации живота болезненность в пилородуоденальной области. Печень не увеличена, безболезненная при пальпации. Физиологические отправления в норме. Общий анализ крови: Нб – 126 г/л, цв. показ. – 0,91, эритроциты –  $4,1 \cdot 10^{12}/л$ ; лейкоциты –  $7,0 \cdot 10^9/л$ ; п/я – 3%, с/я – 51%, э – 3%, л – 36%, м – 7%, СОЭ – 6 мм/час. Эзофагогастродуоденоскопия: в желудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией. Слизистая луковицы дуоденум очагово гиперемирована, отечная, на задней стенке язвенный дефект 0,6 x 0,5 см, округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Взята биопсия. УЗИ органов брюшной

полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь грушевидной формы 73x35 мм, с перегибом на дне, содержимое с осадком, стенки 2 мм. Поджелудочная железа: не увеличена, эхогенность головки и хвоста снижена. рН – метрия желудка: натошак – рН в теле 2,4; в антральном отделе – 4.2. через 30 мин после стимуляции 0,1% раствором гистамина в дозе 0,008 мг/кг – рН в теле 1,4; в антруме – 2,8. Дыхательный уреазный тест: положительный. Биопсийный тест на НР-инфекцию: положительный (++)

Перечислите основные методы и способы диагностики НР-инфекции.

Правильный ответ:

Серологический: скрининговая диагностика инфекции НР, Микробиологический: определение чувствительности НР к антибиотикам Морфологический: первичная диагностика инфекции НР у больных с ЯБ, окраска бактерии в гистологических препаратах СОЖ по Гимзе, толудиновым синим, Вартину-Старри, Генте. Быстрый уреазный тест: первичная диагностика инфекции НР у больных ЯБ определение уреазной активности в биоптате СОЖ путем помещения его в жидкую или гелеобразную среду, содержащую субстрат, буфер и индикатор. Дыхательный тест : контроль полноты эрадикации Определение антигена Н.р. в кале Определение ПЦР Н.р. в кале

### Задача 71

Женщина В., 25 лет обратилась к гастроэнтерологу с жалобами на изжогу и чувство тяжести в области нижней трети грудины, возникавшие через 15–30 мин после еды, употребления соков и газированных напитков. Указанные симптомы несколько лет купировала приемом антацидов. Однако в течение последнего месяца их эффективность значительно снизилась. Выполнена видеоэзофагогастродуоденоскопия (ВЭГДС) - пищевод свободно проходим, перистальтирует, слизистая не изменена, Z-линия на 1,0 см выше кардии, ровная. Кардия в 40 см от резцов, перистальтирует, полностью смыкается, свободно проходима. Желудок хорошо расправляется воздухом, перистальтика активная. В просвете умеренное количество слизи. Складки слизистой обычной высоты. Слизистая на большом протяжении пятнисто гиперемирована, истончена. Привратник симметричен, перистальтирует, смыкается, свободно проходим. Луковица ДПК не деформирована, слизистая отечна, гиперемирована. Верхне-горизонтальная, нисходящая часть ДПК не изменены. В просвете кишки желчи нет. При осмотре БДС желчь не поступает в луковицу ДПК.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ:

НЭРБ

### Задача 72

Женщина В., 25 лет обратилась к гастроэнтерологу с жалобами на изжогу и чувство тяжести в области нижней трети грудины, возникавшие через 15–30 мин после еды, употребления соков и газированных напитков. Указанные симптомы несколько лет купировала приемом антацидов. Однако в течение последнего месяца их эффективность значительно снизилась. Выполнена видеоэзофагогастродуоденоскопия (ВЭГДС) - пищевод свободно проходим, перистальтирует, слизистая не изменена, Z-линия на 1,0 см выше кардии, ровная. Кардия в 40 см от резцов, перистальтирует, полностью смыкается, свободно проходима. Желудок хорошо расправляется воздухом, перистальтика активная. В просвете умеренное количество слизи. Складки слизистой обычной высоты. Слизистая на большом протяжении пятнисто гиперемирована, истончена. Привратник симметричен, перистальтирует, смыкается, свободно проходим. Луковица ДПК не деформирована, слизистая отечна, гиперемирована. Верхне-горизонтальная, нисходящая часть ДПК не изменены. В просвете кишки желчи нет. При осмотре БДС желчь не поступает в луковицу ДПК.

Какой метод с наибольшей достоверностью позволяет дифференцировать неэрозивную ГЭРБ и «функциональную» изжогу?



Правильный ответ:

24 часовая рН метрия, эзофагоманометрия, тест с ингибитором протонной помпы. Около 30% больных с первоначально установленным диагнозом ГЭРБ предъявляют жалобы на изжогу и другие пищеводные проявления ГЭРБ, однако демонстрируют нормальные значения показателей внутрипищеводного рН и (или) отсутствие корреляции симптомов с рефлюксами (так называемая «функциональная», или «физиологическая», изжога). У этой группы пациентов весьма сложно патогенетически объяснить имеющиеся изменения, которые, вероятно, связаны с нарушениями моторики пищевода или ноцицептивными расстройствами.

### Задача 73

Парень С. 22 лет жалобы на «кислую» отрыжку, изжогу, чувство тяжести после приёма пищи, осиплость голоса по утрам и ощущения «кома в горле». Рос и развивался в соответствии с возрастом. Мама: 46 лет, хронический гастродуоденит. Отец: 48 лет, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Родители курят. Вредных привычек нет. 4-5 раз в неделю питается в пунктах быстрого питания. Первые симптомы: отрыжка воздухом или кислым, изжога появилась 4 месяца назад; последние 3-4 недели изжога после каждого приёма пищи, усиливающаяся при наклонах, особенно во время игры в боулинг; утром на подушке отмечает следы мокрых пятен.

При осмотре: кожа чистая, питание удовлетворительное. Язык обложен белым налётом. В лёгких без патологии. Тоны сердца звучные, экстрасистолия. Живот доступен пальпации. Болезненность при глубокой пальпации в пилорoduоденальной зоне. Симптом Менделя отрицательный. Печень и селезёнка не пальпируется. Стул со склонностью к задержке до 36 часов. Дизурических симптомов нет.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ:

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, рефлюкс-эзофагит. Хронический гастродуоденит, обострение.

### Задача 74

Парень С. 22 лет жалобы на «кислую» отрыжку, изжогу, чувство тяжести после приёма пищи, осиплость голоса по утрам и ощущения «кома в горле».

Рос и развивался в соответствии с возрастом. Мама: 46 лет, хронический гастродуоденит. Отец: 48 лет, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Родители курят. Вредных привычек нет. 4-5 раз в неделю питается в пунктах быстрого питания. Первые симптомы: отрыжка воздухом или кислым, изжога появилась 4 месяца назад; последние 3-4 недели изжога после каждого приёма пищи, усиливающаяся при наклонах, особенно во время игры в боулинг; утром на подушке отмечает следы мокрых пятен. При осмотре: кожа чистая, питание удовлетворительное. Язык обложен белым налётом. В лёгких без патологии. Тоны сердца звучные, экстрасистолия. Живот доступен пальпации. Болезненность при глубокой пальпации в пилорoduоденальной зоне. Симптом Менделя отрицательный. Печень и селезёнка не пальпируется. Стул со склонностью к задержке до 36 часов. Дизурических симптомов нет.

Составьте план дополнительного обследования пациента.

Правильный ответ:

Пациенту рекомендовано: ВГДС. Обследование на НР-инфекцию. при возможности 24-час рН метрия. ЭКГ.

### Задача 75

Пациентка М. 21 лет жалобы на «голодные» боли в эпигастрии в течение года, появляются утром натощак, через 1,5-2 часа после еды, ночью, купируются приёмом пищи. У матери язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у отца гастрит. Учится в хореографическом колледже, питается нерегулярно. Осмотр: рост – 178 см, масса – 64 кг, кожа бледно-розовая, чистая. Живот: симптом Менделя положителен в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации болезненность в эпигастрии и пилорoduоденальной области. Печень не пальпируется. По другим органам без патологии. Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, цветной показатель – 0,9, эритроциты –  $4,2 \times 10^{12}/л$ ; лейкоциты –  $7,2 \times 10^9/л$ ; палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы

– 51%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 36%, моноциты – 7%, СОЭ – 6 мм/час. Общий анализ мочи: цвет светло-жёлтый, прозрачная, рН – 6,0; плотность – 1,017; белок – нет; сахар – нет; эпителиальные клетки – 1-2-3 в п/з; лейкоциты – 2-3 в п/з. Биохимический анализ крови: общий белок – 74 г/л, АлАТ – 22 Ед/л, АсАТ – 24 Ед/л, ЩФ – 136Ед/л (норма 7-140), амилаза 90 Ед/л (норма 10-120), билирубин – 14 мкмоль/л, их них связ. – 3 мкмоль/л. Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая пищевода розовая, кардия – смыкается. В желудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией, в антруме – на стенках – множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая луковицы дуоденум – очагово гиперемирована, отечная, на задней стенке язвенный дефект 0,9-0,6мм округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Взята биопсия. УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь грушевидной формы 55×21 мм с перегибом в дне, содержимое его гомогенное, стенки 1 мм. В желудке большое количество гетерогенного содержимого, стенки его утолщены. Поджелудочная железа: головка 17 мм (норма 18), тело 15 мм (норма 15), хвост 16мм (норма 18), эхогенность головки и хвоста нормальная Биопсийный тест на НР-инфекцию: положительный (++) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Правильный ответ:

Пациентки рекомендовано: исследование кала на скрытую кровь, копрограмма.

### **Критерии оценивания тестового контроля:**

Процент правильных ответов	Отметки
91-100	отлично
81-90	хорошо
70-80	удовлетворительно
Менее 70	неудовлетворительно

При оценивании заданий с выбором нескольких правильных ответов допускается одна ошибка.

### **Критерии оценивания ситуационных задач:**

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
Отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы, уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
Хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы, уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе

Удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	удовлетворительные навыки решения ситуации, сложности с выбором метода решения задачи	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе либо ошибка в последовательности решения
Неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	низкая способность анализировать ситуацию	недостаточные навыки решения ситуации	отсутствует