

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

**ФАКУЛЬТЕТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ**

ПРИНЯТО

на заседании ученого совета
ФГБОУ ВО РостГМУ
Минздрава России
Протокол № 9

« 27 » 08 2020 г.

УТВЕРЖДЕНО

приказом ректора
« 04 » 09 2020г.
№ 407

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
«Гастроэнтерология»**

(СРОК ОБУЧЕНИЯ 144 АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСА)

**Ростов-на-Дону
2020**

Основными компонентами дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «Гастроэнтерология» являются: цель программы, планируемые результаты обучения; учебный план; требования к итоговой аттестации обучающихся; рабочие программы учебных модулей; организационно-педагогические условия реализации дополнительной профессиональной программы повышения квалификации; оценочные материалы и иные компоненты.

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации врачей по специальности «Гастроэнтерология» одобрена на заседании кафедры гастроэнтерологии и эндоскопии

Заведующий кафедрой д.м.н., профессор Яковлев А.А.

4. Общие положения

4.1. Цель дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей со сроком освоения 144 академических часа по специальности «Гастроэнтерология» заключается в совершенствовании знаний и умений в рамках имеющейся квалификации.

4.2. Актуальность программы: Актуальность профессиональной образовательной программы послевузовского профессионального образования (повышения квалификации) по специальности «Гастроэнтерология» обусловлена тем, что в современных условиях необходимо повышение качества оказания медицинской помощи. Соответственно необходима подготовка квалифицированного врача-гастроэнтеролога, обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной патологии; формирование умений в освоении новейших технологий и методик в области эндоскопии, обеспечивающих решение профессиональных задач в процессе осуществления всех видов деятельности врача-гастроэнтеролога.

4.3. Задачи программы:

Сформировать знания:

- общие вопросы организации медицинской помощи по профилю "гастроэнтерология";
- порядок оказания медицинской помощи по профилю "гастроэнтерология";
- стандарты медицинской помощи;
- клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи;
- медицинские показания к проведению лабораторных и инструментальных исследований;
- методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы;
- клиническая картина заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы у взрослого населения, в том числе беременных женщин;
- медицинские показания для направления пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы к врачам-специалистам;
- медицинские показания для оказания помощи в неотложной форме;
- правила назначения лекарственных препаратов, медицинские показания к применению медицинских изделий при заболеваниях и состояниях пищеварительной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;
- механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий, немедикаментозной терапии; медицинские показания и медицинские противопоказания к их назначению; побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, вызванные их применением;

- методы организации персонализированного лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы;
- методы немедикаментозной терапии, лечебное питание пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;
- неотложные состояния, вызванные заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы;
- принципы применения специфической и неспецифической профилактики инфекционных заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы

Сформировать умения:

- осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациента (его законного представителя) с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы;
- анализировать и интерпретировать информацию, полученную от пациента (его законного представителя) с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы;
- производить осмотр пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы;
- анализировать и интерпретировать результаты физикального обследования пациента (пальпация, перкуссия, аускультация) с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы;
- формулировать предварительный диагноз и составлять план проведения лабораторных и инструментальных исследований;
- определять очередность, объем, содержание и последовательность диагностических мероприятий для пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы;
- обосновывать необходимость и объем лабораторных и инструментальных исследований пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы;
- интерпретировать результаты инструментального обследования пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы (рентгеноскопии и рентгенографии органов грудной клетки и брюшной полости, ультразвукового исследования органов брюшной полости, эзофагодуоденоскопии, ректороманоскопии, колоноскопии, рН-метрии, манометрии, компьютерной и магнитно-резонансной томографии);
- обосновывать необходимость направления пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы к врачам-специалистам;
- интерпретировать и анализировать заключения, полученные от врачей-специалистов;

- оценивать тяжесть заболевания и (или) состояния пищеварительной системы пациентов;
- устанавливать диагноз с учетом МКБ пациенту с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы;
- производить дифференциальную диагностику заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы, используя алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений), с учетом МКБ;
- определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;
- составлять и обосновывать план лечения пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;
- назначать лекарственные препараты, медицинские изделия пациенту с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;
- назначать немедикаментозное лечение и лечебное питание пациенту с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;
- оказывать медицинскую помощь пациенту при неотложных состояниях, вызванных заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;
- анализировать фармакологическое действие и взаимодействие лекарственных препаратов у пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы;
- оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы;
- оценивать эффективность и безопасность применения немедикаментозной терапии, лечебного питания у пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы;
- направлять пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы для оказания медицинской помощи в стационарные условия или в условия дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом

стандартов медицинской помощи;

- организовывать и осуществлять профилактику заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы и проведение мероприятий по формированию здорового образа жизни

Сформировать навыки:

- сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациента (его законного представителя) с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы;
- анализ и интерпретация информации, полученной от пациента (его законного представителя) с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы;
- проведение осмотра пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы;
- интерпретация и анализ результатов осмотра пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы;
- оценка тяжести заболевания и (или) состояния пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы;
- определение диагностических признаков и симптомов заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы;
- формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы;
- направление пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы на лабораторные и инструментальные исследования при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;
- направление пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;
- проведение дифференциальной диагностики заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы;
- установка диагноза с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ);
- направление пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара;
- разработка плана лечения пациента с учетом клинической картины заболевания и (или) состояния пищеварительной системы и факторов риска его развития;
- назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;
- назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;

- оказание медицинской помощи в неотложной форме пациенту с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы;
- оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы;
- оценка эффективности и безопасности применения немедикаментозной терапии, лечебного питания у пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы;
- направление пациента с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы для оказания медицинской помощи в стационарные условия или в условия дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;
- направление пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии действующим порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения;
- оценка эффективности и безопасности мероприятий по медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы в соответствии с действующим порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения;
- организация и осуществление профилактики заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы и проведение мероприятий по формированию здорового образа жизни;
- формирование программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела

Трудоемкость освоения - 144 академических часа (1 месяц)

Основными компонентами Программы являются:

- общие положения;
- планируемые результаты обучения;
- учебный план;
- календарный учебный график;
- рабочие программы учебных модулей: "Специальные дисциплины", "Смежные дисциплины";
- организационно-педагогические условия;
- формы аттестации;
- оценочные материалы <1>.

<1> Пункт 9 приказа Министерства образования и науки Российской Федерации от 01 июля 2013 г. N 499 "Порядок организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам", (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации от 20 августа 2013 г., регистрационный N 29444) с изменениями, внесенными приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 15 ноября 2013 г. N 1244 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 января 2014 г., регистрационный N 31014).

4.4. Для формирования профессиональных компетенций, необходимых для оказания медицинской помощи больным, в программе отводятся часы на обучающий симуляционный курс (далее - ОСК).

Обучающий симуляционный курс направленный на формирование специальных профессиональных умений и навыков.

4.5. Содержание Программы построено в соответствии с модульным принципом, структурными единицами модулей являются разделы. Каждый раздел дисциплины подразделяется на темы, каждая тема - на элементы, каждый элемент – на подэлементы. Для удобства пользования Программой в учебном процессе каждая его структурная единица кодируется. На первом месте ставится код раздела дисциплины (например, 1), на втором - код темы (например, 1.1), далее - код элемента (например, 1.1.1), затем - код подэлемента (например, 1.1.1.1). Кодировка вносит определенный порядок в перечень вопросов, содержащихся в Программе, что, в свою очередь, позволяет кодировать контрольно-измерительные (тестовые) материалы в учебно-методическом комплексе (далее - УМК).

4.6. Учебный план определяет состав изучаемых дисциплин с указанием их трудоемкости, объема, последовательности и сроков изучения, устанавливает формы организации учебного процесса и их соотношение (лекции, обучающий симуляционный курс, семинарские и практические занятия, применение дистанционного обучения), конкретизирует формы контроля знаний и умений обучающихся. Планируемые результаты обучения направлены на формирование профессиональных компетенций врача-гастроэнтеролога. В планируемых результатах отражается преемственность с профессиональными стандартами и квалификационной характеристикой должности врача-гастроэнтеролога <2>.

<2> Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 июля 2010 г. N 541н "

(зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 25 августа 2010 г., регистрационный N 18247).

4.7. В Программе содержатся требования к аттестации обучающихся. Итоговая аттестация осуществляется посредством проведения экзамена и выявляет теоретическую и практическую подготовку обучающегося в соответствии с целями и содержанием Программы.

4.8. Организационно-педагогические условия реализации Программы включают учебно-методическое обеспечение учебного процесса освоения модулей специальности (тематика лекционных, семинарских и практических занятий).

4.9. Характеристика профессиональной деятельности обучающихся:

- **область профессиональной деятельности**¹ включает охрану здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения;

¹ Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от «25» августа 2014 г. N 1070 " Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология (уровень подготовки кадров высшей квалификации)" (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 18 сентября 2014 г., регистрационный N 34090).

- **основная цель вида профессиональной деятельности²**: профилактика, диагностика и лечение заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы; медицинская реабилитация пациентов;

- **обобщенные трудовые функции**: оказание медицинской помощи населению по профилю "гастроэнтерология";

- **трудовые функции**:

A/01.8 Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы;

A/02.8 Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности;

A/05.8 Проведение мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения

- **вид программы**: практикоориентированная

4.10. Контингент обучающихся:

- по основной специальности: врачи-гастроэнтерологи

5. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ

Планируемые результаты обучения направлены на формирование профессиональных компетенций врача - гастроэнтеролога. В планируемых результатах отражается преемственность с профессиональным стандартом и квалификационной характеристикой должности врача-гастроэнтеролога.

Характеристика компетенций врача- гастроэнтеролога, подлежащих совершенствованию

5.1. Профессиональные компетенции (далее - ПК):

профилактическая деятельность:

- ✓ готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- ✓ готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
- ✓ готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- ✓ готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков (ПК-4)

² Приказа Министерства труда и социальной защиты РФ от «11» марта 2019 г. N 139Н " Профессиональный стандарт "Врач-гастроэнтеролог"(зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 08 апреля 2019 г., регистрационный N 54305).

диагностическая деятельность:

- ✓ готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) (ПК-5);

лечебная деятельность:

- ✓ готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи (ПК-6);
- ✓ готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

- ✓ готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

психолого-педагогическая деятельность:

- ✓ готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

- ✓ готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
- ✓ готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
- ✓ готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

5.2. Объем программы: 144 академических часов.

5.3. Форма обучения, режим и продолжительность занятий

Форма обучения	Акад. часов в день	Дней в неделю	Общая продолжительность программы, месяцев (дней, недель)
Очная (с использованием ДОТ + с использованием симуляционного оборудования)	6	6	1 месяц (24 дня, 4 недели)

Программа повышения квалификации реализуется с использованием ДОТ и ЭО на дистанционной площадке – «Автоматизированная система ДПО ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России (sdo.rostgmu.ru) (далее - система)». В системе представлены учебные материалы, тестовые задания по темам учебных модулей программ. Система позволяет проводить онлайн-лекции и семинарские занятия в удаленном режиме синхронно взаимодействовать слушателю с преподавателем.

Обучающий симуляционный курс

Ситуации	Проверяемые трудовые функции	Симуляционное и вспомогательное оборудование	Расходные материалы	Задачи симуляции
Физикальное обследование пациента (желудочно-кишечный тракт)				
<p>Норма Гепатомегалия Спленомегалия Гепатоспленомегалия Асцит Новообразование сигмовидной кишки</p>	<p>A/01.8 Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы</p>	<p>1.Симулятор для отработки навыков физикального обследования органов брюшной полости 2. Стетофонендоскоп 3. Контейнер для сбора отходов класса А 4.Контейнер для сбора отходов класса А</p>	<p>1.Смотровые перчатки различных размеров (S, M, L) 2. Спиртовые салфетки</p>	<p>Демонстрация аккредитуемым умения проводить физикальное обследование желудочно-кишечного тракта.</p>
Пальцевое ректальное исследование и физикальное обследование желудочно-кишечного тракта при асците				
<p>1. Асцит и гепатомегалия, ректально - норма 2. Асцит и гепатомегалия, ректально - следы ахоличного кала 3. Асцит и гепатомегалия, ректально - геморроидальные узлы 4. Асцит и крупноузловой цирроз печени, ректально - норма 5. Асцит и крупноузловой цирроз печени, ректально - следы ахоличного кала 6. Асцит и крупноузловой цирроз печени, ректально - геморроидальные узлы</p>	<p>A/01.8: Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы.</p>	<p>1.Симулятор для отработки навыков физикального обследования органов брюшной полости 2.Симулятор нижней части туловища взрослого человека для проведения ректального исследования 3. Контейнер для сбора отходов класса А 4 Контейнер для сбора отходов класса Б 5 Нестерильный лоток 6 Лубрикант на водной основе</p>	<p>1.Смотровые перчатки различных размеров (S, M, L) 2 Бумажные полотенца 3 Одноразовая пленка</p>	<p>Демонстрация аккредитуемым умения проводить физикальное обследование желудочно-кишечного тракта при циррозе печени, включая пальцевое ректальное исследование.</p>

6. УЧЕБНЫЙ ПЛАН
распределения учебных модулей
дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по
специальности «Гастроэнтерология»
(срок освоения 144 академических часа)

Код	Наименование разделов модулей	Всего часов	В том числе					Форма контроля
			лекции	ПЗ	СЗ	ОСК	ДО	
Рабочая программа учебного модуля «Специальные дисциплины»								
1	Заболевания пищевода.	14	4	6	4		4	ТК
2	Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки.	16	6	6	4		6	ТК
3	Заболевания поджелудочной железы	14	4	6	4		4	ТК
4	Заболевания печени.	32	14	10	8	6	14	ТК
5	Заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей.	14	4	6	4		4	ТК
6	Болезни кишечника	24	8	8	8	4	8	ТК
7	Опухоли желудочного-кишечного тракта	6			6	2		ТК
	Итого	120	40	42	38	12	40	
Рабочая программа учебного модуля «Смежные дисциплины»								
8	Мобилизационная подготовка и гражданская оборона в сфере здравоохранения	12	8		4			ПК
Итоговая аттестация		6						Экзамен
Самостоятельная работа		6						
Всего		144	48	42	42	12	40	

ПЗ - практические занятия, СЗ - семинарские занятия.

ОСК – обучающий симуляционный курс.

ДО – дистанционное обучение.

ПК - промежуточный контроль.

ТК - текущий контроль.

7. Календарный учебный график

Учебные модули	Месяц			
	1 неделя (часы)	2 неделя (часы)	3 неделя (часы)	4 неделя (часы)
Специальные дисциплины	36	36	24	30
Смежные дисциплины	-		12	
Итоговая аттестация				6

8. Рабочие программы учебных модулей

Рабочая программа учебного модуля

«Специальные дисциплины»

Раздел 1

«Заболевания пищевода»

Код	Наименование тем, элементов и т. д.
1.1	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
1.1.1	Общие вопросы и классификация
1.1.2	Этиология и патогенез
1.1.3	Клиника, клинические «маски» заболевания
1.1.4	Осложнения
1.1.5	Диагноз, дифференциальный диагноз
1.1.6	Лечение
1.2	Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
1.2.1	Классификация
1.2.2	Механизмы развития ГПОД: аксиальных, параэзофагеальных, короткого пищевода
1.2.3	Клиника, осложнения
1.2.4	Диагностика
1.2.5	Лечение, показания к оперативному лечению
1.3	Эзофагиты
1.3.1	Общие вопросы и классификация

1.3.2	Этиология, патогенез
1.3.3	Клинико-морфологические формы: катаральный, эрозивный, геморрагический, фибринозный, мембранозный, некротический, септический и другие эзофагиты
1.3.4	Осложнения
1.3.5	Диагноз, дифференциальный диагноз
1.3.6	Лечение: диетотерапия, лекарственная терапия. Показания к хирургическому лечению
1.4	Пептическая язва пищевода
1.4.1	Частота и распространение
1.4.2	Этиология и патогенез
1.4.3	Патанатомические признаки
1.4.4	Клиника, клинические формы: болевая, диспепсическая, псевдокоронарная, геморрагическая, дисфагическая
1.4.5	Осложнения, течение заболевания
1.4.6	Диагностика
1.4.7	Дифференциальный диагноз
1.4.8	Лечение
1.5	Дивертикулы пищевода
1.5.1	Распространение, классификация
1.5.2	Этиология, патогенез
1.5.3	Особенности клиники в зависимости от локализации
1.5.4	Осложнения
1.5.5	Диагноз и дифференциальный диагноз
1.5.6	Лечение
1.6	Ахалазия кардии и кардиоспазм
1.6.1	Терминология и классификация
1.6.2	Этиология и патогенез
1.6.3	Патологическая анатомия

1.6.4	Клиника, варианты течения
1.6.5	Диагноз и дифференциальный диагноз
1.6.6	Консервативная терапия
1.6.7	Хирургическое лечение
1.7	Стенозы пищевода
1.7.1	Общие вопросы и классификация
1.7.2	Этиология и патогенез
1.7.3	Клиника
1.7.4	Осложнения
1.7.5	Диагноз и дифференциальный диагноз
1.7.6	Лечение
2.8	Специфические поражения пищевода
1.8.1	Аллергические поражения пищевода
1.8.2	Туберкулез пищевода
1.8.3	Сифилис пищевода
1.8.4	Микозы пищевода: кандидамикоз, актиномикоз
1.8.5	Склеродермия пищевода

Раздел 2
Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки»

Код	Наименование тем, элементов и т. д.
2.1	Функциональные расстройства желудка
2.1.1.	Классификация, Римские критерии
2.1.2	Этиология и патогенез
2.1.3	Клиника
2.1.4	Диагноз и дифференциальный диагноз
2.1.5	Лечение
2.2.	Хронические гастриты

2.2.1	Общие вопросы и классификация. Сиднейская система, Хьюстонская классификация
2.2.2	Этиология и патогенез, роль Нр
2.2.3	Клиника
2.2.4	Особые формы гастрита (гранулематозный, лимфоцитарный, инфекционный эозинофильный, геморрагический, гигантский гипертрофический)
2.2.5	Диагноз и дифференциальный диагноз
2.2.6	Лечение
2.3	Язвенная болезнь с локализацией процесса в желудке и двенадцатиперстной кишке
2.3.1	Общие вопросы и классификация
2.3.2	Этиология, патогенез, роль Нр
2.3.3	Клиника, особенности клинического течения при различной локализации язвы. Осложнения
2.3.4	Диагностика и дифференциальный диагноз
2.3.5	Лечение, показания к хирургическому лечению
2.4	Симптоматические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки
2.4.1	Язвы при сердечно-сосудистой патологии
2.4.2	Язвы при хронических поражениях легких
2.4.3	Язвы при гепатитах и циррозах
2.4.4	Эндокринные язвы: при гиперпаратиреозе, при тиреотоксикозе, ulcerogastroenteric syndrome - синдроме Золлингера-Эллисона
2.4.5	Язвы при заболеваниях крови
2.4.6	Язвы при коллагенозах
2.4.7	Язвы при заболеваниях почек
3.5	Болезни оперированного желудка (постгастрорезекционные расстройства)
2.5.1	Общие вопросы
2.5.2	Патогенез
2.5.3	Клиника

2.5.4	Диагностика и дифференциальный диагноз
2.5.6	Лечение
2.6	Постваготомические расстройства
2.6.1	Общие вопросы, показания к операции селективной проксимальной ваготомии (СПВ)
2.6.2	Функциональные постваготомические расстройства
2.6.3	Органические постваготомические расстройства
2.6.4	Диагноз и дифференциальный диагноз
2.6.5	Лечение
2.7	Хронические дуодениты
2.7.1	Классификация
2.7.2	Этиология
2.7.3	Патогенез
2.7.4	Морфологическая картина
2.7.5	Клиника
2.7.6	Диагноз и дифференциальный диагноз
2.7.7	Лечение
2.8	Хронические папиллиты, оддиты
2.8.1	Этиология
2.8.2	Патогенез
2.8.3	Клиника
2.8.4	Диагноз и дифференциальный диагноз
2.8.5	Лечение
2.9	Дивертикулы двенадцатиперстной кишки
2.9.1	Классификация
2.9.2	Этиология
2.9.3	Патогенез
2.9.4	Клиника

2.9.5	Осложнения
2.9.6	Диагноз и дифференциальный диагноз
2.9.7	Лечение
2.10	Хроническое нарушение проходимости двенадцатиперстной кишки – дуоденостаз
2.10.1	Классификация
2.10.2	Этиология, патогенез
2.10.3	Клиника, течение болезни
2.10.4	Осложнения
2.10.5	Диагноз и дифференциальный диагноз
2.10.6	Консервативное лечение
2.10.7	Показания к операции
2.11	Редкие (труднодиагностируемые) заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки
2.11.1	Общие вопросы
2.11.2	Этиология. Патогенез
2.11.3	Классификация
2.11.4	Клиника
2.11.5	Диагностика и дифференциальный диагноз
2.11.6	Лечение

Раздел 3
«Болезни поджелудочной железы»

Код	Наименование тем, элементов и т. д.
3.1	Панкреатиты (хронические)
3.1.1	Общие вопросы и классификация
3.1.2	Определение и распространенность
3.1.3	Этиология
3.1.4	Патогенез

3.1.5	Клиника
3.1.6	Осложнения
3.1.7	Диагноз и дифференциальный диагноз
3.1.8	Лечение хронического панкреатита в фазе обострения
3.1.9	Показания к хирургическому лечению
3.2	Аутоиммунный панкреатит
3.2.1	Общие вопросы
3.2.2	Этиология
3.2.3	Патогенез
3.2.4	Патоморфология
3.2.5	Варианты клинического течения
3.2.6	Осложнения
3.2.7	Диагноз и дифференциальный диагноз
3.2.8	Лечение

Раздел 4
«Болезни печени»

Код	Наименование тем, элементов и т. д.
4.1	Неалкогольная жировая болезнь печени
4.1.1.	Общие вопросы и классификация
4.1.2.	Распространенность
4.1.3	Этиология, патогенез
4.1.4	Диагноз, дифференциальный диагноз
4.1.5	Лечение: диетотерапия, лекарственная терапия
4.2	Хронические вирусные гепатиты
4.2.1	Маркеры вирусных гепатитов, дифференциальный диагноз
4.2.2	Клинические проявления
4.2.3	Принципы лечения

4.3	Циррозы печени
4.3.1	Определение и распространение
4.3.2	Этиология и патогенез
4.3.3	Морфогенез
4.3.4	Классификация, активность и компенсация
4.3.5	Основные клинические синдромы
4.3.6	Печеночная недостаточность
4.3.7	Портальная гипертензия
4.3.8	Спленомегалия и синдром гиперспленизма
4.3.9	Асцит
4.3.10	Геморрагический синдром
4.3.11	Системные поражения
4.3.12	Осложнения
4.3.13	Кровотечение из варикозно расширенных вен желудка и пищевода
4.3.14	Гепаторенальный синдром
4.3.15	Печеночная энцефалопатия и кома
4.3.16	Спонтанный бактериальный перитонит
4.3.17	Диагноз и дифференциальный диагноз
4.3.18	Общие принципы лечения
4.3.19	Диета и режим
4.3.20	Консервативная терапия
4.3.21	Показания к трансплантации печени
4.3.22	Медико-социальная экспертиза и реабилитация
4.3.23	Диспансеризация
4.4	Алкогольные поражения печени
4.4.1	Частота и распространение
4.4.2	Факторы риска

4.4.3	Метаболизм этанола в печени
4.4.4	Особенности морфологических проявлений и клиники отдельных форм
4.4.5	Алкогольная гепатомегалия
4.4.6	Острый алкогольный гепатит
4.4.7	Хронический алкогольный гепатит
4.4.8	Диагноз и дифференциальный диагноз
4.4.9	Прогноз
4.4.10	Лечение
4.5	Билиарный цирроз печени
4.5.1	Определение и классификация
4.5.2	Этиология и патогенез
4.5.3	Морфологические особенности
4.5.4	Особенности клинических проявлений при первичном и вторичном билиарном циррозе
4.5.5	Дифференциальный диагноз
4.5.6	Исходы
4.5.7	Общие принципы лечения
4.6	Хронический аутоиммунный гепатит
4.6.1	Иммунные механизмы и аутоантитела
4.6.2	Морфологические особенности
4.6.3	Клинические проявления
4.6.4	Внепеченочные проявления
4.6.5	Хронический лекарственный гепатит
4.6.6	Криптогенный гепатит
4.6.7	Диагноз и дифференциальный диагноз
4.6.8	Общие принципы лечения
4.6.9	Прогноз и исходы
4.7	Болезни накопления и энзимопатии

4.7.1	Определение и классификация
4.7.2	Частота и распространение
4.7.3	Этиология и патогенез
4.7.4	Морфологические особенности
4.7.5	Клинические проявления
4.7.6	Осложнения
4.7.7	Диагноз и дифференциальный диагноз
4.7.8	Исходы
4.7.9	Общие принципы лечения отдельных нозологических форм

Раздел 5
«Болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей»

Код	Наименование тем, элементов и т. д.
5.1	Желчнокаменная болезнь
5.1.1	Определения
5.1.2	Этиология и патогенез
5.1.3	Механизмы образования желчных камней
5.1.4	Клиника
5.1.5	Осложнения
5.1.6	Диагноз и дифференциальный диагноз
5.1.7	Консервативное лечение
5.1.8	Хирургическое лечение и показания к нему
5.2	Постхолецистэктомический синдром
5.2.1	Определение
5.2.2	Этиология и патогенез
5.2.3	Клиника
5.2.4	Диагноз и дифференциальный диагноз
5.2.5	Лечение

5.3	Дискинезии желчного пузыря и желчевыводящих путей
5.3.1	Определение
5.3.2	Распространение
5.3.3	Этиология и патогенез
5.3.4	Классификация. Римские критерии
5.3.5	Особенности клинических проявлений
5.3.6	Диагноз и дифференциальный диагноз
5.3.7	Лечение

Раздел 6
«Болезни кишечника»

Код	Наименование тем, элементов и т. д.
6.1	Функциональные болезни кишечника
6.1.1	Общие вопросы, классификация. Римские критерии
6.1.2	Этиология и патогенез
6.1.3	Синдром раздраженного кишечника
6.1.4	Определение, критерии, диагностика
6.1.5	Клинические варианты
6.1.6	Диагностика. Дифференциальный диагноз
6.1.7	Лечение
6.2	Язвенный колит
6.2.1	Этиология
6.2.2	Патогенез
6.2.3	Патоморфология
6.2.4	Распространенность заболевания
6.2.5	Клинические проявления
6.2.6	Особенности течения заболевания в пожилом возрасте
6.2.7	Классификация
6.2.8	Осложнения, внекишечные проявления

6.2.9	Диагноз и дифференциальный диагноз
6.2.10	Течение и прогноз
6.2.11	Лечение
6.3	Болезнь Крона
6.3.1	Частота и распространение
6.3.2	Этиология
6.3.3	Патогенез
6.3.4	Классификация
6.3.5	Особенности клинического течения болезни в зависимости от локализации процесса в различных отделах желудочно-кишечного тракта
6.3.6	Диагноз и дифференциальный диагноз
6.3.7	Осложнения
6.3.8	Лечение
6.4	Дисбактериоз кишечника
6.4.1	Общие вопросы, классификация
6.4.2	Нормальный состав микрофлоры тонкой и толстой кишки
6.4.3	Причины развития дисбактериоза кишечника
6.4.4	Особенности клинического течения дисбактериоза кишечника
6.4.5	Диагноз и дифференциальный диагноз
6.4.6	Принципы лечения дисбактериоза кишечника
6.4.7	Профилактика дисбактериоза кишечника
6.5	Целиакия (глютеновая энтеропатия)
6.5.1	Этиология и патогенез
6.5.2	Патоморфология
6.5.3	Распространенность
6.5.4	Классификация
6.5.5	Клиническая картина
6.5.6	Осложнения

6.5.7	Диагностика
6.5.8	Морфологические критерии
6.5.9	Иммунологические методы (определение уровня антиглиадиновых, антиэндомизимальных антител)
6.5.10	Дифференциальный диагноз
6.5.11	Лечение. Аглютеновая диета
6.6	Дивертикулез кишечника
6.6.1	Этиология и патогенез
6.6.2	Классификация
6.6.3	Клиническая картина
6.6.4	Осложнения
6.6.5	Диагностика
6.6.6	Лечение
6.7	Ишемический колит
6.7.1	Этиология и патогенез
6.7.2	Классификация
6.7.3	Клиническая картина
6.7.4	Осложнения
6.7.5	Диагностика. Морфологические критерии
6.7.6	Лечение
6.8	Синдром мальабсорбции (нарушенного всасывания)
6.8.1	Этиология и патогенез
6.8.2	Клиническая картина
6.8.3	Виды диареи (нарушение белкового обмена, нарушения липидного и углеводного обмена, нарушения водно-электролитного и витаминного обмена)
6.8.4	Осложнения со стороны других органов и систем
6.8.5	Диагностика
6.8.6	Лечение

6.9	Болезнь Уиппла
6.9.1	Этиология и патогенез
6.9.2	Классификация
6.9.3	Клиническая картина
6.9.4	Диагностика. Морфологические критерии
6.9.5	Лечение
6.10	Опухоли кишечника
6.10.1	Злокачественные опухоли толстой кишки
6.10.2	Анатомические формы рака толстой кишки и влияние формы роста на распространение опухоли по кишечной стенке, метастазирование и локализацию
6.10.3	Отечественная классификация рака толстой кишки
6.10.4	Международная классификация
6.10.5	Основные клинические синдромы при раке толстой кишки (болевого, диспепсический, анемический, нарушения общего состояния и др.)
6.10.6	Диагноз и дифференциальный диагноз
6.11	Полипы толстой кишки.
6.11.1	Классификация.
6.11.2	Дифференциальный диагноз.
6.11.3	Методы лечения.
6.11.4	Показания к оперативному лечению.
6.12	Амилоидоз кишечника
6.12.1	Классификация.
6.12.2	Диагностика и дифференциальная диагностика.
6.12.3	Лечение.

Раздел 7
«Опухоли желудочно-кишечного тракта»

7.	Опухоли желудочно-кишечного тракта.
7.1.	Опухоли желудка. Предопухолевые заболевания желудка их диагностика и лечение. Рак желудка (эпидемиология, этиопатогенез РЖ, патоморфология и классификация РЖ, клиника и лабораторно-инструментальная диагностика, профилактика).
7.2.	Опухоли ободочной кишки. Предопухолевые заболевания ободочной кишки их диагностика и лечение. Рак ободочной кишки (эпидемиология, этиопатогенез патоморфология и классификация РОК, клиника, клинические формы и лабораторно-инструментальная диагностика, профилактика). Опухоли прямой кишки. Предопухолевые заболевания прямой кишки их диагностика и лечение. Рак прямой кишки (эпидемиология, этиопатогенез РПК, патоморфология и классификация РПК, клиника, клинические формы и лабораторно-инструментальная диагностика, профилактика).

Рабочая программа учебного модуля
«Смежные дисциплины»
Раздел 8

Мобилизационная подготовка и гражданская оборона в сфере здравоохранения

Код	Наименование тем, элементов и т. д.
4.1	Оборонеспособность и национальная безопасность Российской Федерации
4.1.1	Основы национальной безопасности Российской Федерации
4.1.2	Законодательное и нормативное правовое регулирование в области и охраны государственной тайны
4.2	Основы мобилизационной подготовки экономики Российской Федерации
4.2.1	Законодательное нормативное правовое обеспечение мобилизационной подготовки и мобилизации в Российской Федерации
4.3	Мобилизационная подготовка здравоохранения Российской Федерации
4.3.1	Специальное формирования здравоохранения (СФЗ), их место и роль в современной системе лечебно-эвакуационного обеспечения войск
4.3.2	Подвижные медицинские формирования. Задачи, организация, порядок работы
4.4	Государственный материальный резерв
4.4.1	Нормативное правовое регулирование вопросов формирования, хранения, накопления и освежения запасов мобилизационного резерва
4.5	Избранные вопросы медицины катастроф
4.5.1	Организация и основы деятельности службы медицины катастроф (СМК)
4.6	Хирургическая патология в военное время
4.6.1	Комбинированные поражения

4.7	Терапевтическая патология в военное время
4.7.1	Заболевания внутренних органов при травматических повреждениях

Тематика лекционных занятий

№ раздела	№ лекции	Тема лекции	Кол-во часов
1	1	Заболевания пищевода	4
2	2	Функциональные расстройства желудка	2
2	3	Хронические гастриты	2
2	4	Язвенная болезнь с локализацией процесса в желудке и двенадцатиперстной кишке	2
3	5	Панкреатиты (хронические)	4
4	6	Неалкогольная жировая болезнь печени	2
4	7	Алкогольные поражения печени	2
4	8	Циррозы печени	6
4	9	Хронический аутоиммунный гепатит	2
4	10	Лекарственные поражения печени	2
5	11	Желчнокаменная болезнь	2
5	12	Постхолецистэктомический синдром	2
6	13	Функциональные болезни кишечника	2
6	14	Язвенный колит. Болезнь Крона	4
6	15	Дивертикулярная болезнь ободочной кишки	2
Итого			40

Тематика семинарских занятий

№	№ с	Темы семинаров	Кол-во часов
1	1	Пептическая язва пищевода Эзофагиты Грыжи пищевода пищеводного отверстия диафрагмы	2
1	2	Специфические поражения пищевода Стенозы пищевода Ахалазия кардии и кардиоспазм Дивертикулы пищевода	2
2	3	Постваготомические расстройства. Хронические дуодениты	2
2	4	Дивертикулы двенадцатиперстной кишки Хроническое нарушение проходимости двенадцатиперстной кишки - дуоденостаз Редкие (труднодиагностируемые) заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки	2
3	5	Аутоиммунный панкреатит	2
3	6	Панкреатиты (хронические)	2
4	7	Хронические вирусные гепатиты	2
4	8	Неалкогольная жировая болезнь печени	2
4	9	Циррозы печени	4
5	10	Расстройства функции желчного пузыря и сфинктера Одди	2
5	11	ЖКБ	2
6	12	Амилоидоз кишечника	2
6	13	Болезнь Уиппла Синдром мальабсорбции (нарушенного всасывания)	2
6	14	Ишемический колит	2
6	15	Язвенный колит Болезнь Крона	2
7	16	Опухоли желудка	2
7	17	Колоректальный рак	4
Итого			38

Тематика практических занятий

№ раздела	№ Пз	Темы практических занятий	Кол-во часов	Формы текущего контроля
1	1	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	2	Зачет
1	2	Пептическая язва пищевода Эзофагиты Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы	2	
1	3	Специфические поражения пищевода Стенозы пищевода Ахалазия кардии и кардиоспазм Дивертикулы пищевода	2	
2	4	Хронические гастриты Функциональные расстройства желудка	2	
2	5	Язвенная болезнь с локализацией процесса в желудке и двенадцатиперстной кишке Симптоматические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки	4	
3	6	Болезни накопления и энзимопатии	2	
3	7	Панкреатиты (хронические)	4	
4	8	Болезни накопления и энзимопатии	2	
4	9	Неалкогольная жировая болезнь печени	2	
4	10	Циррозы печени	6	
5	11	Постхолецистэктомический синдром	2	
5	13	ЖКБ	4	
6	14	Функциональные болезни кишечника	2	
6	15	Полипы толстой кишки.	2	
6	16	Язвенный колит Болезнь Крона	4	
Итого			42	

9. Организационно-педагогические условия

Программа повышения квалификации реализуется с использованием ДОТ и ЭО на дистанционной площадке – «Автоматизированная система ДПО ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России (sdo.rostgmu.ru) (далее - система)». В системе представлены учебные материалы, тестовые задания по темам учебных модулей программ. Система позволяет проводить онлайн-лекции и семинарские занятия в удаленном режиме синхронно взаимодействовать слушателю с преподавателем.

Профессорско-преподавательский состав программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество,	Ученая степень, ученое звание	Должность
1	Яковлев Алексей Александрович	д.м.н., профессор	заведующий кафедры гастроэнтерологии и эндоскопии
2	Бутова Елена Николаевна	к.м.н.	доцент кафедры гастроэнтерологии и эндоскопии
3	Волков Александр Сергеевич	к.м.н.	доцент кафедры гастроэнтерологии и эндоскопии

10. Формы аттестации

10.1. Итоговая аттестация по Программе проводится в форме экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-гастроэнтеролога. В соответствии с требованиями квалификационных характеристик и профессиональных стандартов.

10.2. Обучающийся допускается к итоговой аттестации после изучения дисциплин в объеме, предусмотренным учебным планом.

10.3. Обучающиеся, освоившие программу и успешно прошедшие итоговую аттестацию, получают документ о дополнительном профессиональном образовании – удостоверение о повышении квалификации.

11. Оценочные материалы

11.1. Тематика контрольных вопросов:

1. Современные методы исследования пищевода. Диагностическая значимость 24-часовой Рн-импедансометрии.
2. Функциональные расстройства пищевода. Этиология и патогенез. Классификация. Диагностика и дифференциальная диагностика. Стандарты лечения.
3. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Этиология и патогенез. Классификация. Стандарты лечения.
4. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы Классификация Механизмы развития ГПОД: аксиальных, параэзофагеальных, короткого пищевода Клиника, осложнения Диагностика Лечение, показания к оперативному лечению

5. Пищевод Барретта. Этиология и патогенез. Эпидемиология. Классификация. Диагностические критерии. Дифференциальный диагноз. Лечение, диспансеризация, показания к оперативному лечению.
6. Дивертикулы пищевода. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
7. Ахалазия пищевода (кардии). Клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Показания к оперативному лечению.
8. Дисфагия. Диагностический алгоритм.
9. Опухоли пищевода. Классификация. Диагностика.
10. Синдром Меллори-Вейсса. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
11. Поражение пищевода при системных заболеваниях. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение, диспансеризация.
12. Предраковые заболевания желудка. Классификация.
13. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Этиология и патогенез. Диагностика и дифференциальная диагностика. Стандарт лечения.
14. Функциональные расстройства желудка. Формы функциональных расстройств
15. Хронический хеликобактерный гастрит (тип В). Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
16. Атрофический гастрит Этиология и патогенез. Клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение, диспансеризация
17. Осложненные формы язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Современная тактика консервативной терапии.
18. Доброкачественные опухоли желудка. Классификация. Клиника. Диагностика. Показания к оперативному лечению
19. Методы рентгенологического, инструментального и функционального исследования желудка и двенадцатиперстной кишки.
20. Язвенная болезнь желудка, осложненная кровотечением. Методы ранней диагностики. Алгоритм терапии больных с язвенным кровотечением, показания к оперативному лечению.
21. Редкие формы хронических гастритов. Классификация. Этиология. Клиника Диагностика. Лечение.
22. Симптоматические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Язвы при сердечно-сосудистой патологии, при хронических поражениях легких, при гепатитах и циррозах, эндокринные язвы, при заболеваниях крови, при коллагенозах, при заболеваниях почек
23. Болезни оперированного желудка (постгастрорезекционные расстройства) Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальный диагноз. Лечение
24. Гемохроматоз. Этиология Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Современные возможности диагностики.

25. Хронический вирусный гепатит С. Эпидемиология. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Стандарты противовирусной терапии.
26. Хронический вирусный гепатит В. Эпидемиология. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Стандарты противовирусной терапии
27. Циррозы печени. Этиопатогенез. Классификация. Основные клинические синдромы.
28. Циррозы печени. Классификация. Диагностика. Стандарты лечения.
29. Циррозы печени Спонтанный бактериальный перитонит
30. Циррозы печени Гепаторенальный синдром Гепатопульмональный синдром Гипонатриемия разведения
31. Резистентный асцит при циррозе печени. Диагноз и дифференциальный диагноз. Стандарт лечения. Диспансеризация.
32. Печеночная энцефалопатия. Этиология Патогенез. Клиническая картина. Диагноз и дифференциальный диагноз. Стандарты лечения.
33. Алкогольная болезнь печени. Эпидемиология. Метаболизм этанола в печени. Особенности морфологических проявлений. Клиника. Диагностика. Лечение.
34. Лекарственные поражения печени. Эпидемиология. Метаболизм лекарственных препаратов в печени. Особенности морфологических проявлений. Клиника. Диагностика. Лечение.
35. Пункционная биопсия печени. Показания. Противопоказания. Тактика ведения после манипуляции.
36. Неалкогольный стеатогепатит. Эпидемиология. Особенности морфологических проявлений. Клиника. Диагностика. Лечение.
37. Аутоиммунный гепатит. Этиология. Патогенез. Классификация. Стандарт лечения.
38. Первичный билиарный цирроз. Эпидемиология Клиника. Диагностика. Лечение
39. Злокачественные опухоли печени. Диагностика. Варианты клинических проявлений. Тактика ведения больных.
40. Болезнь Вильсона-Коновалова. Клиническая симптоматика. Дифференциальный диагноз. Лечебная тактика.
41. Синдром гипербилирубинемии. Клиническое значение и дифференциальная диагностика.
42. Синдром печеночно-клеточной функциональной недостаточности. Клиническое значение. Диагностические критерии.
43. Трансплантация печени. Принципы отбора больных. Показания, противопоказания. Тактика ведение больных после операции.
44. Синдром портальной гипертензии. Клинико-инструментальные критерии. Дифференциальная диагностика.

45. Синдром холестаза. Клиническое значение и дифференциальная диагностика.
46. Гепаторенальный синдром Патогенез. Клиника. Современные возможности диагностики. Стандарты лечения.
47. Доброкачественные гипербилирубинемии. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Консервативная терапия.
48. Синдромная диагностика заболеваний печени. Холестатический синдром. Синдром цитолиза. Мезенхимально-воспалительный синдром. Желтухи. Геморрагический синдром.
49. Методы исследования желчного пузыря и желчевыводящих путей.
50. Хронический холецистит. Эпидемиология. Этиопатогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Показания к хирургическому лечению.
51. Желчно-каменная болезнь. Эпидемиология. Этиопатогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Показания к хирургическому лечению.
52. Дискинезии желчного пузыря. Эпидемиология. Этиопатогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение
53. Дискинезия сфинктера Одди Эпидемиология. Этиопатогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение
54. Постхолецистэктомический синдром. Эпидемиология. Этиопатогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Показания к хирургическому лечению.
55. Современные методы исследования поджелудочной железы.
56. Хронические панкреатиты. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Варианты клинического течения.
57. Хронические панкреатиты. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
58. Аутоиммунный панкреатит Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Клиника. Варианты клинического течения. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
59. Современные методы исследования тонкой и толстой кишки.
60. Функциональные расстройства кишечника. Классификация. Клиническая картина. Стандарты медикаментозной терапии.
61. Синдром раздраженного кишечника. Классификация. Клиническая симптоматика. Дифференциальный диагноз. Стандарт лечения.
62. Острые сосудистые заболевания тонкой кишки. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение.
63. Хроническая диарея. Классификация. Дифференциальный диагноз. Тактика медикаментозной терапии.
64. Неспецифический язвенный колит. Этиология и патогенез. Морфология. Классификация. Клиника.
65. Неспецифический язвенный колит. Современные подходы к терапии резистентных форм заболевания.
66. Неспецифический язвенный колит. Местные осложнения. Осложнения общего характера. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение, диспансеризация. Показания к

- оперативному лечению. Неспецифический язвенный колит. Этиология и патогенез. Морфология. Классификация. Клиника.
67. Болезнь Крона. Этиология и патогенез. Классификация.. Клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение, диспансеризация. Показания к оперативному лечению.
 68. Болезнь Уиппла. Этиология и патогенез. Морфология. Клиника. Классификация. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение, диспансеризация.
 69. Злокачественные новообразования толстого кишечника. Классификация. Особенности постановки диагноза.
 70. Целиакия. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Стандарты лечения.
 71. Клиническая фармакология слабительных средств. Классификация. Показания и противопоказания к применению.
 72. Амилоидоз кишечника. Классификация. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.
 73. Синдром мальдигестии. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.
 74. Синдром запора. Патогенетические факторы развития. Профилактика. Современная терапия.
 75. Дивертикулярная болезнь толстой кишки. Этиология. Патогенез. Классификация. Диагностика и дифференциальная диагностика. Осложнения. Современная терапия.
 76. Полипы толстой кишки. Классификация. Дифференциальный диагноз. Методы лечения. Показания к оперативному лечению.
 77. Синдром избыточного бактериального роста толстого кишечника. Этиология и патогенез. Клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение.
 78. Синдром мальабсорбции. Клиническое значение.

11.2.Задания, выявляющие практическую подготовку врача- гастроэнтеролога

- осуществить сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациента (его законного представителя) с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы;
- анализировать и интерпретировать информацию, полученную от пациента (его законного представителя) с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы;
- произвести осмотр пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы;
- анализировать и интерпретировать результаты физикального обследования пациента (пальпация, перкуссия, аускультация) с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы;
- сформулировать предварительный диагноз и составлять план проведения лабораторных и инструментальных исследований;
- определить очередность, объем, содержание и последовательность диагностических мероприятий для пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы;
- обосновывать необходимость и объем лабораторных и инструментальных исследований пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы;

- интерпретировать результаты инструментального обследования пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы;
- оценить тяжесть заболевания и (или) состояния пищеварительной системы пациентов;
- установить диагноз с учетом МКБ пациенту с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы;
- произвести дифференциальную диагностику заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы, используя алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений), с учетом МКБ;
- определить медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;
- определить медицинские показания для направления в целях оказания медицинской помощи в стационарные условия или условия дневного стационара;
- составить и обосновывать план лечения пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;
- назначить лекарственные препараты, медицинские изделия пациенту с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;
- назначить немедикаментозное лечение и лечебное питание пациенту с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;
- оказать паллиативную медицинскую помощь при взаимодействии с врачами-специалистами;
- оказать медицинскую помощь пациенту при неотложных состояниях, вызванных заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;
- анализировать фармакологическое действие и взаимодействие лекарственных препаратов у пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы;

- оценить эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы;
- оценить эффективность и безопасность применения немедикаментозной терапии, лечебного питания у пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы;
- направлять пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы для оказания медицинской помощи в стационарные условия или в условия дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;
- организовывать и осуществлять профилактику с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы и проведение мероприятий по формированию здорового образа жизни.

11.3. Примеры тестовых заданий и ситуационных задач:

1. В ДИАГНОСТИКЕ ЭРОЗИВНОЙ ФОРМЫ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ЯВЛЯЕТСЯ

A определение *Helicobacter pylori*

B рентгеноскопия пищевода и желудка

+C суточный мониторинг pH в пищеводе и желудке + эзофагогастроскопия

D анализ кала на скрытую кровь

2. ПИЩЕВОД БАРРЕТТА ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ

A рака пищевода

+B гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

C дивертикулеза пищевода

D стриктур пищевода

3. ГОЛОДНЫЕ И/ИЛИ «НОЧНЫЕ БОЛИ», ВОЗНИКАЮЩИЕ ЧЕРЕЗ 2,5–4 ЧАСА ПОСЛЕ ЕДЫ И ИСЧЕЗАЮЩИЕ ПОСЛЕ ОЧЕРЕДНОГО ПРИЕМА ПИЩИ, ЗАСТАВЛЯЮТ ДУМАТЬ О ЯЗВЕ

A нижнего отдела пищевода

B малой кривизны желудка

+C 12-перстной кишки

D фундального отдела желудка

4. КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПИЩЕВОДА БАРРЕТА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕННЫМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ

+A аденокарциномы пищевода

B кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода

C лейкоплакии пищевода

D плоскоклеточного рака пищевода

5. ПИЩЕВОД БАРРЕТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ МЕТАПЛАЗИЕЙ

A эпителия желудка по кишечному типу

B многослойного плоского неороговевающего эпителия пищевода с развитием цилиндрического эпителия с железами фундального (желудочного) типов

+C многослойного плоского неороговевающего эпителия пищевода с развитием цилиндрического эпителия кишечного типа

D многослойного плоского неороговевающего эпителия пищевода с развитием цилиндрического эпителия с железами кардиального типа

6. РИСК АДЕНОКАРЦИНОМЫ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ МАКСИМАЛЬНЫМ ПРИ

+A кишечной метаплазии эпителия пищевода с дисплазией высокой степени

B цилиндрической метаплазии с железами кардиального типа

C цилиндрической метаплазии с железами фундального типа

D эозинофильной инфильтрации пищевода с обнаружением более 15 эозинофилов в поле зрения

7. ДИВЕРТИКУЛОМ ЦЕНКЕРА ЯВЛЯЕТСЯ ДИВЕРТИКУЛ

+A глоточно-пищеводный

B эпифренальный

C бифуркационный

D эпибронхиальный

8. НАЗНАЧЕНИЕ БЛОКАТОРОВ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ ДЛЯ ПОСТОЯННОГО ПРИЕМА ПРИ ПРОФИЛАКТИКЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНЫХ ВЕН РЕКОМЕНДУЕТСЯ, ЕСЛИ ИМЕЮТСЯ

A очаги портальной гастропатии +

B в анамнезе указания на язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки

C признаки устойчивого дуоденогастрального рефлюкса

D участки кишечной метаплазии пищевода более 1 мм

9. К ПРЕПАРАТАМ, НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ЖГУЧИХ БОЛЕЙ ПРИ ГРЫЖЕ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ, ОТНОСЯТ

A папаверин

B седуксен

C мотилиум +

D нитроглицерин

10. ПРИ ЛЕЧЕНИИ АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИМЕНЯТЬ

A экстракт валерианы

B домперидон +

D нифедипин

C дротаверин

11. ПРИ БЕССИМПТОМНОМ ТЕЧЕНИИ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ СЛЕДУЕТ

A назначить щадящую диету

B исключить ахалазию кардии

C назначить частое дробное питание +

D назначить антацидные препараты

12. ПИЩЕВОД БАРРЕТТА МОЖЕТ ОСЛОЖНЯТЬСЯ

A стенозированием

B перфорацией

C развитием аденокарциномы +

D кровотечением

13. ОПТИМЛЬНОЙ СХЕМОЙ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ С ВНЕПИЩЕВОДНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ЯВЛЯЕТСЯ

A прием ингибиторов протонной помпы (ИПП) в стандартной дозе дважды в сутки +

B комбинация ИПП и H₂-блокаторов

C прием ИПП в стандартной дозе один раз в сутки

D оперативное лечение

14. ТОНУС НИЖНЕГО ПИЩЕВОДНОГО СФИНКТЕРА СНИЖАЮТ

A прокинетики

B нитраты +

C альгинаты

15. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕПТИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ ПИЩЕВОДА НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ

- А цитопротекторы
В прокинетики
С эрадикационную терапию *Helicobacter pylori* +
D ингибиторы протонной помпы
16. ПОКАЗАНИЯМИ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ СТЕНОЗОВ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЮТСЯ ____ И ИСТОЩЕНИЕ
- А развитие кандидозного эзофагита
В развитие рака пищевода +
С длительная задержка пищи в пищеводе
D развитие застойного эзофагита
17. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ
- А прошивание кардии стежками
В лапароскопическую миотомию по Геллеру
С подслизистую эндоскопическую миотомию
D фундопликацию по Ниссену +
18. В ДИАГНОСТИКЕ ЭРОЗИВНОЙ ФОРМЫ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ЯВЛЯЕТСЯ
- А определение *Helicobacter pylori*
В рентгеноскопия пищевода и желудка
+С суточный мониторинг рН в пищеводе и желудке + эзофагогастроскопия
D анализ кала на скрытую кровь
19. ПИЩЕВОД БАРРЕТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ МЕТАПЛАЗИЕЙ
- А эпителия желудка по кишечному типу
В многослойного плоского неороговевающего эпителия пищевода с развитием цилиндрического эпителия с железами фундального (желудочного) типов
+С многослойного плоского неороговевающего эпителия пищевода с развитием цилиндрического эпителия кишечного типа
D многослойного плоского неороговевающего эпителия пищевода с развитием цилиндрического эпителия с железами кардиального типа
20. ОРИЕНТИРОВОЧНЫЕ СРОКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ СОСТАВЛЯЮТ (ДЕНЬ)
- +А 5-7
В 10-14
С 7-10
D 2-3
21. О СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ ГАСТРИТА СУДЯТ ПО КЛЕТОЧНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА
- +А лейкоцитами
В эозинофилами
С макрофагами
D лимфоцитами
22. ВЫЯВЛЕНИЕ ЭРОЗИЙ В АНТРАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ЖЕЛУДКА ПРИ ФИБРОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
- +А хеликобактерной инфекции
В гранулематозного гастрита
С болезни Менетрие
D аутоиммунного гастрита
23. ИНФИЦИРОВАНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ СОПРОВОЖДАЕТСЯ
- А ахлоргидрией
В недостаточностью кардии

С снижением секреции гастрина

+D развитием антрального гастрита

24. К ПРИЗНАКАМ ХРОНИЧЕСКОГО АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ОТНОСЯТ

A изжогу, рвоту кислым содержимым

B появление прожилок крови в кале

C выраженный болевой синдром в эпигастральной области, возникающий в ночное время

+D наличие гиперхромной анемии в общем анализе крови

25. ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПОМ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ ТЕРАПИЯ

A заместительная +

B эрадикационная

C антисекреторная

D антирефлюксная

26. ПРИЧИНОЙ ИЗМЕНЕНИЯ ФОРМЫ ЖЕЛУДКА В ВИДЕ ПЕСОЧНЫХ ЧАСОВ ЯВЛЯЕТСЯ

+A рак желудка

B язва двенадцатиперстной кишки

C сифилис

D язва желудка

27. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

A рак желудка

B хроническая язва желудка

+C хроническая язва двенадцатиперстной кишки

D синдром Мэллори – Вейса

28. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ДИВЕРТИКУЛА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

+A дивертикулит

B перфорация

C язва дивертикула

D кровотечение

29. ПРИЧИНОЙ ВЫЯВЛЕНИЯ ПРИ РЕНТГЕНОГРАФИИ ФОРМЫ ЖЕЛУДКА В ВИДЕ «ПЕСОЧНЫХ ЧАСОВ» ЯВЛЯЕТСЯ ___ ЖЕЛУДКА

A герпетическое поражение

B язва

C туберкулезное поражение

+D рак

30. Пациенту 69 лет, у которого на эндоскопии выявлена язва желудка, необходимо провести

+A. биопсию слизистой оболочки желудка

B. серологический тест на *Helicobacter pylori*

C. рентгенографию желудка

D. тесты на изучение базальной секреции

31. В ТЕРАПИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА С СЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ВКЛЮЧАЮТСЯ

A кортикостероиды

B сосудистые препараты

C ингибиторы АПФ

+D ферменты (панкреатин)

32. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОКАЗАНЫ _____ ФЕРМЕНТНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

A высокодозные таблетированные

B низкодозные таблетированные

С низкодозные микрогранулированные

+D высокодозные микрогранулированные

33. В КОНСЕРВАТИВНУЮ ТЕРАПИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА НЕ ВКЛЮЧАЮТСЯ

+A кортикостероиды

В анальгетики

С ферментные препараты

D Сандостатин

34. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ НЕ ПРИМЕНЯЮТ

+A морфин

В прокаин

С тримеперидин

D метамизол натрия D повышение содержания стеркобилина в кале

35. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ХРОНИЧЕСКИЙ КАЛЬКУЛЕЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ С ЦЕЛЬЮ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

A дуоденальное зондирование

В ЭГДС

+С УЗИ органов брюшной полости

D обзорную рентгенографию органов брюшной полости

36. ДЛЯ РАСПОЗНАВАНИЯ ПОДПЕЧЕНОЧНОЙ (МЕХАНИЧЕСКОЙ) ЖЕЛТУХИ НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

A внутривенная холеграфия

+B ретроградная панкреатохолангиография

С сцинтиграфия печени

D пероральная холецистография

37. ПРИ СНИЖЕНИИ ХОЛАТОХОЛЕСТЕРИНОВОГО КОЭФФИЦИЕНТА ВОЗНИКАЕТ СКЛОННОСТЬ К ЗАБОЛЕВАНИЮ

A хроническим холангитом

+B калькулезным холециститом

С бактериальным холециститом

D хроническим гепатитом

38. ГЛАВНЫМ МЕСТОМ МЕТАБОЛИЗМА АЛКОГОЛЯ В ОРГАНИЗМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

+A печень

В жировая ткань

С головной мозг

D желудочно - кишечный тракт

39. ПРИ КАРДИАЛЬНОМ ЦИРРОЗЕ РЕДКО ВСТРЕЧАЕТСЯ

A увеличенная печень

В асцит

С желтуха

+D кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода

40. К СИМПТОМАМ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА ОТНОСЯТ

A желтуху (не всегда), боль в правом верхнем квадранте живота, живот мягкий, лейкоцитоз

+B желтуху, анорексию, тошноту, мягкую печень, высокую активность трансаминаз и нормальную активность щелочной фосфатазы

С желтуху, лихорадку, гепатомегалию, почечную недостаточность, кому, изменение ЭЭГ и умеренно повышенную активность трансаминаз

D желтуху, гепатоспленомегалию, умеренно повышенную активность трансаминаз гипер-у-глобулинеми положительную реакцию на антитела к гладкой мускулатуре

41. ДЛЯ ЖИРОВОЙ ДИСТРОФИИ ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМОКОМПЛЕКС, ВКЛЮЧАЮЩИЙ

А желтуху, гепатоспленомегалию, умеренно увеличенные трансаминазы, гипер-у-глобулинемию, положительную реакцию на антитела к гладкой мускулатуре

+В гепатомегалию, гиперхолестеринемию, нормальный уровень трансаминаз

С желтуху, анорексию, тошноту, мягкую печень, высокую активность трансаминаз и нормальную активность щелочной фосфатазы

Д желтуху, боль в правом верхнем квадранте живота, живот мягкий, лейкоцитоз

42. ДЛЯ АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА С ПЕРЕХОДОМ В ЦИРРОЗ ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМОКОМПЛЕКС, ВКЛЮЧАЮЩИЙ

А желтуху, боль в правом верхнем квадранте живота, живот мягкий, лейкоцитоз

В гепатомегалию, гиперхолестеринемию, нормальный уровень трансаминаз

+С желтуху, гепатоспленомегалию, умеренно увеличенные трансаминазы, гипер-у-глобулинемию, положительную реакцию на антитела к гладкой мускулатуре

Д желтуху, анорексию, тошноту, мягкую печень, высокую активность трансаминаз и нормальную активность щелочной фосфатазы

43. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ МЕРФИ ПАТОГНОМОНИЧЕН ДЛЯ

А панкреатита

В гастрита

С язвенной болезни двенадцатиперстной кишки

+D холецистита

44. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

+А биохимическое исследование желчи

В внутривенная холецистография

С лапароскопия

Д ультразвуковая диагностика

45. ПРИЗНАКОМ СИНДРОМА ПЕЧЕНОЧНОКЛЕТОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

+А геморрагический синдром

В портальная гипертензия

с гепатолиенальный синдром

Д гиперспленизм

46. ПРИЧИНОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЖЕЛТУХИ ЯВЛЯЕТСЯ

А анаэробный сепсис

в переливание несовместимой крови

с врожденная гемолитическая анемия

+D синдром Жильбера

47. ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ НА ФОНЕ КОНСТРИКТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А гиперспленизмом

В кровотечением

с желтухой

+D упорным асцитом

48. ДЛЯ РАСПОЗНАВАНИЯ ПОДПЕЧЁНОЧНОЙ (МЕХАНИЧЕСКОЙ) ЖЕЛТУХИ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

+ А ретроградная панкреатохолангиография

В прямая спленопортография

С пероральная холецистография

Д внутривенная холеграфия

49. НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ОБЩЕГО БИЛИРУБИНА КРОВИ СОСТАВЛЯЮТ (ВМКМОЛЬ/Л)

А 2,5-8,33

В 7,62-12,88

+с 8,55-20,52

D 3,64-6,78

50. ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ТОНУСА СФИНКТЕРА ОДДИ ПРИ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ

A нитраты

B антагонисты кальция

C миотропные спазмолитики +

D антихолинергические препараты

51. ЖЕЛТУХУ, ОБУСЛОВЛЕННУЮ ВНЕ- ИЛИ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ, НАЗЫВАЮТ

A гепатоцеллюлярной

B паренхиматозной

C гемолитической

+D обтурационной

52. ПЕРВЫМ ЛАБОРАТОРНО ОБНАРУЖИВАЕМОМ НАРУШЕНИЕМ У БОЛЬНЫХ С ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

A удлинение протромбинового времени

+B повышение активности трансаминаз

C гипербилирубинемия

D гипоальбуминемия

53. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ДЕБЮТА АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА?

A минимальный цитолиз (повышение АЛТ, АСТ до 3-норм), Ig G и гамма-глобулины в норме

B повышение АЛТ, АСТ до 3-норм

C холестатический синдром (повышение ЩФ >в 2 раза или ГГТП в 4 раза)

+D цитолитический синдром высокой степени активности (повышение АЛТ, АСТ>5-10 норм), гипергаммаглобулинемия, повышение Ig G

54. ЛКООЛЬНЫЙ СТЕАТОГЕПАТИТ У ЛИЦ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЬ В БОЛЬШИХ КОЛИЧЕСТВАХ, МОЖЕТ БЫТЬ ДИАГНОСТИРОВАН С ПОМОЩЬЮ

+A АшТеста

B НешТеста

C СтеатоТеста

D ФиброТеста

55. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЖЕЛЧЕГОННЫХ ПРЕПАРАТОВ, СОДЕРЖАЩИХ КОМПОНЕНТЫ БЫЧЬЕЙ ЖЕЛЧИ, ПОКАЗАНО ПРИ

A обострении хронического панкреатита

B хроническом бескаменном холецистите +

C язвенной болезни в фазе обострения

D секреторной диарее

56. ПРИ ОСТРЫХ ГЕПАТИТАХ ПРОИСХОДИТ ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ

A щелочной фосфатазы

+B аланинаминотрансферазы

C лактатдегидрогеназы

D аспартатаминотрансферазы

57. В ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ УРОВЕНЬ

АМИНОТРАНСФЕРАЗ

+A резко понижен

B резко повышен

C нормальный или незначительно понижен

D нормальный или незначительно повышен

58. БОЛЬНОМУ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ПРИСТУПОМ ЖЕЛЧНОЙ КОЛИКИ ПОКАЗАНА

A экстренная операция лапароскопической холецистостомии

В консервативная терапия +

С папиллосфинктеротомия

Д экстренная операция холецистэктомии

59. ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ СОКРАЩАЕТСЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ

А панкреатического сока

В гастрин

С холецистокинина +

Д секретин

60. НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЙ ИЛИ ХЕНОДЕЗОКСИХОЛЕВОЙ КИСЛОТЫ ПОКАЗАНО ПРИ

А рентгенмалококонтрастных холестериновых камнях +

В некалькулезном холецистите

С камнях диаметром более 20 мм

Д частых желчных коликах

61. ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЕТСЯ КИШКА

+А прямая

В ободочная

С тощая

Д слепая

62. ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЁННОЙ КИШКИ ОТМЕЧАЮТСЯ

А наследственные нарушения

+В функциональные расстройства

С органические изменения

Д аномалии развития кишечника

63. ДИАГНОЗ «СИНДРОМ РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА» ИСКЛЮЧАЕТСЯ ПРИ

А стуле реже 3 раз в неделю

+В наличии крови в кале

С стуле чаще 3 раз в неделю

Д чувстве неполного опорожнения кишечника

64. ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНЫЙ КОЛИТ ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ ТЕРАПИИ

+А антибиотиками

В глюкокортикостероидами

С ионизирующим излучением

Д нестероидными противовоспалительными препаратами

65. ТЕРМИНАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ НЕ ПОРАЖАЕТСЯ ПРИ

А инфекции, вызванной *Yersinia Enterocolitica*

В туберкулезе

+С псевдомембранозном колите

Д болезни Крона

66. ДЛЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ХАРАКТЕРНО

А безрецидивное течение

+В наличие частых кровотечений

С появление трансмуральных язв

Д сегментарное поражение

67. ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ «СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОЙ КИШКИ» МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕН НА ОСНОВАНИИ ПОЛНОГО КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

А гистологического подтверждения

+В исключения других заболеваний

С ирригоскопического подтверждения

Д иммуногистохимического подтверждения

68. ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ КОЛИТЕ ЯЗВЕННОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В КИШКЕ

А прямой

В слепой

+С сигмовидной

Д подвздошной

69. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ПОЧТИ ВСЕГДА ЗАТРАГИВАЕТ СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ КИШКИ

А восходящей ободочной

В поперечной ободочной

С подвздошной

+D прямой

70. ТЕРМИНАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ НЕ ПОРАЖАЕТСЯ ПРИ

А инфекции, вызванной *Yersinia Enterocolitica*

В туберкулезе

+С псевдомембранозном колите

Д болезни Крона

71. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО РАЗВИТИЕ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ НАЛИЧИИ

А запоров

В болезни Крона

+С ворсинчатого полипа

Д геморроя

72. ДИАГНОЗ «ГЛЮТЕНОВАЯ ЭНТЕРОПАТИЯ (ЦЕЛИАКИЯ)» ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ ОБНАРУЖЕНИЕМ

+А антител к тканевой трансглутаминазе в крови

В альфа-амилазы (птиалина) в виде L-изомера в слюне

С

непереваренного глиадина и ретикулина в кале

Д свободных дезаминированных пептидов глютена в моче

73. ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

+А тяжелая дисплазия слизистой оболочки толстой кишки

В развитие псевдополипоза

С развитие склерозирующего холангита

Д прием глюкокортикоидов

74. СРЕДСТВОМ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

А Амоксициллин

+В Месалазин

С Преднизолон

Д Дротаверин

75. БОЛЬНЫЕ С ЦЕЛИАКИЕЙ МОГУТ УПОТРЕБЛЯТЬ

А черный хлеб

+В картофель

С колбасные изделия

Д макаронные изделия

76. ОСНОВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ УИПЛА ЯВЛЯЮТСЯ

+А антибиотики

В антацидные препараты

С атисекреторные препараты

Д глюкокортикоиды

77. ЛЕЧЕНИЕ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА В ЛЕГКОЙ ФОРМЕ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С ПРИМЕНЕНИЯ МЕТРОНИДАЗОЛА

+А внутрь

В в свечах и в виде ректальной пены

С внутривенно

Д внутрь и внутривенно

78. В ТЕРАПИЮ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ СЛЕДУЕТ ВКЛЮЧИТЬ

А чернику

В сок капусты

+С пшеничные отруби

Д морковь

79. ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ

А противовоспалительные препараты

В местноанестезирующие препараты

С слабительные средства

+D антидепрессанты

80. ДИАРЕЯ НЕ ПОДДАЕТСЯ АНТИМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ

А остром бактериальном энтерите

В болезни Уиппла

С доброкачественной лимфоидной гиперплазии /вариабельный иммунодефицит

+D эозинофильном энтерите

81. СЛАБИТЕЛЬНЫМ СРЕДСТВАМ, ОБЛАДАЮЩИМ РАЗДРАЖАЮЩИМ ДЕЙСТВИЕМ НА НЕРВНО-МЫШЕЧНЫЙ АППАРАТ ТОЛСТОЙ КИШКИ И УСИЛИВАЮЩИМ ЕЕ ПЕРИСТАЛЬТИКУ, НЕ ОТНОСИТСЯ

А Бисакодил

В корень ревеня

С александрийский лист

+D Сорбит

82. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАРЕИ В ПЕРИОД РЕКОНВАЛЕСЦЕНЦИИ ПРИ СТИХАНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В СЛИЗИСТОЙ КИШЕЧНИКА МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ ОТВАР

+А ольховых шишек

В цветов бессмертника

С мяты

Д семян льна

83. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЕЗНИ КРОНА ЯВЛЯЕТСЯ

А наличие внутренних свищей

+В кишечная непроходимость

С наличие внешних свищей

Д инфильтрат в животе

84. «ЭТАЛОННОЙ» КОМБИНАЦИЕЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

А эритромицин + клиндамицин + кишечные адсорбенты

В ванкомицин + тетрациклин+ кишечные адсорбенты

С метронидазол + клиндамицин + кишечные адсорбенты

+D ванкомицин + метронидазол + кишечные адсорбенты

85. БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА, РЕЗИСТЕНТНАЯ К ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМ, ВКЛЮЧАЕТ

+А иммуносупрессоры

В антидепрессанты

С антибиотики

Д препараты 5-АСК

86. ПОКАЗАНО НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ПАЦИЕНТОМ ПРИ ТОКСИЧЕСКОЙ ДИЛАТАЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ И ОТСУТСТВИИ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ДИНАМИКИ (НОРМАЛИЗАЦИИ ДИАМЕТРА КИШКИ) В ТЕЧЕНИЕ (ЧАС)

A 48

B 12

+C 24

D 72

87. К КАКОЙ ГРУППЕ СЛАБИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ ОТНОСИТСЯ БИСАКОДИЛ?

+A усиливающих перистальтику кишечника

B слабо абсорбируемых ди- и олигосахаридов

C увеличивающих объем каловых масс

D осмотических

88. БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА ВКЛЮЧАЕТ

A иммуносупрессоры

+B спазмолитики

C биологическую (антицитокиновую) терапию

D глюкокортикостероиды

89. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

+A фиброколоноскопия

B ирригоскопия

C магнитно-резонансная томография

D исследование кала на скрытую кровь

90. ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО, ОБРАТИВШЕГОСЯ С ЖАЛОБАМИ НА НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ КИШЕЧНИКА, СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С

+A ректального пальцевого исследования

B ректороманоскопии

C фиброколоноскопии

D ирригографии

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/м². 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.*

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
Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Ответ: У пациента имеются голодные боли которые характерны для язвенной болезни 12-перстной кишки. Диагноз подтверждают данные ЭФГДС: в луковице 12-перстной кишки на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,4 см в диаметре. Края дефекта имеют четкие границы, гиперемированы, отечны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Ассоциация язвенной болезни с *Helicobacter pylori* определена по положительному уреазному тесту. Функциональная диспепсия: постпрандиальный дистресс-синдром поставлен на основании жалоб пациента на тяжесть, чувство переполнения в животе после еды.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Ответ. 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.

Какое лечение Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.

Ответ. Трёхкомпонентная схема эрадикации *Helicobacter pylori*: ИПП в стандартной дозе (Омепразол – 20 мг, Лансопразол – 30 мг, Рабепразол – 20 мг или Эзомепразол – 20 мг); Кларитромицин - 500 мг; Амоксициллин - 1000 мг или Метронидазол (МТР) - 500 мг. Все препараты назначить 2 раза в день, длительностью не менее 10-14 дней. При неэффективности данной терапии назначается квадротерапия. Учитывая наличие функциональная диспепсия: постпрандиальный дистресс синдрома необходимо назначить прокинетики, которые стимулируют опорожнение желудка Через 14 дней продолжить прием ИПП в стандартной дозе ещё 3-5 недель для эффективного заживления язвы под контролем ФГДС.

Задача №2

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 отделе желудка: быстрый уреазный тест положительный. Результат гистологического исследования биоптата: слизистая желудка с атрофией и хронической полиморфноклеточной инфильтрацией.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

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

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Ответ. Диагноз «хронический гастрит» поставлен на основании данных анамнеза (страдает хроническим гастритом в течение 25 лет), данных осмотра (болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной зоне при пальпации), данных фиброгастроскопии (гиперемия слизистой желудка), гистологического исследования (полиморфноклеточная инфильтрация слизистой). Атрофический гастрит ставится на основании данных эндоскопии, подтверждённых гистологическим исследованием биоптата слизистой. Связь с хеликобактерной инфекцией доказана положительным быстрым уреазным тестом. Функциональная диспепсия: постпрандиальный дистресс-синдром поставлен на основании жалоб пациента на тяжесть, чувство переполнения в животе после еды, тошноту.

Составьте план дополнительного обследования пациента.

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

Назначьте медикаментозное лечение, обоснуйте свой выбор.

Ответ. Прежде всего, необходимо назначение эрадикационной терапии. Рекомендовано применение терапии первой линии: ингибитор протонной помпы 2 раза в день (Омепразол – 20 мг, Лансопразол – 30 мг, Рабепразол – 20 мг или Эзомепразол – 20 мг) вместе с Амоксициллином 1 г. 2 раза в день и Кларитромицином 500 мг 2 раза в день продолжительностью 10-14 дней. Возможно добавление к этой схеме Висмута трикалия дицитрата 240 мг 2 раза в день для повышения эффективности эрадикации. Для купирования симптомов постпрандиального дистресс-синдрома назначают прокинетики.

Задача №3

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/м². 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.

Ответ. Эрозивная рефлюксная болезнь

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Ответ. Диагноз «гастроэзофагеально-рефлюксная болезнь» установлен на основании жалоб больной на изжогу, отрыжку кислым, усиливающиеся в горизонтальном положении после приёма пищи и при наклоне вперед.

Диагноз «эрозивно-язвенный рефлюкс эзофагит» установлен на основании данных ЭГДС (наличие множественных участков гиперемии слизистой оболочки и отдельных несливающихся эрозий дистального отдела пищевода).

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

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).

Назовите группы лекарственных препаратов и 1– 2 их представителей в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.

Ответ. Антациды (Алюминия фосфат) для подавления кислотного рефлюкса. Ингибиторы протонной помпы (Омепразол, Пантопразол, Рабепразол, Эзомепразол, Лансопразол) для подавления синтеза соляной кислоты. Прокинетики для стимуляции моторики желудочно-кишечного тракта, восстановления нормального физиологического состояния пищевода

Какие рекомендации по изменению образа жизни необходимо дать пациентке?

Ответ. Соблюдение диеты (исключить большие объёмы пищи, её приём быстрыми темпами, приём пищи с пониженным содержанием жиров и повышенным содержанием белков, избегать приём продуктов, вызывающих раздражающее действие на слизистую оболочку желудка).

Отказ от курения.

Снижение массы тела.

Не принимать горизонтальное положение в течение 1,5 часа после еды.

Не принимать пищу менее, чем за 3 часа до сна. Исключить нагрузки, повышающие внутрибрюшное давление (избегать тесной одежды, ношения тяжестей, напряжения брюшного пресса).

Задача №4

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 – $5,8 \times 10^9$ /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 – 52 ед.

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.

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

Перечислите экзогенные и эндогенные предрасполагающие факторы, приводящие к развитию данного заболевания.

Ответ. Экзогенные факторы: нервно-психические воздействия, психоэмоциональный стресс; травмы, заболевания головного мозга; алиментарный фактор; приём лекарственных препаратов (НПВП, ГК и др.); бытовые и производственные вредности; метеорологические условия; инфицирование *Helicobacter pylori*. Эндогенные факторы: наследственная предрасположенность; первая группа крови; конституциональный статус; пол и возраст; заболевания внутренних органов; дисбактериоз гастродуоденальной зоны.

Перечислите показания к госпитализации.

Ответ. Показания к госпитализации: больные с осложнённым и часто рецидивирующим течением заболевания; больные язвой желудка, если нет возможности провести квалифицированное

исследование гастробиоптата; больные язвой, протекающей с выраженным болевым синдромом или болевым синдромом, который не купируется в течение недели амбулаторного лечения; больные с гастродуоденальными язвами, развившимися у ослабленных больных или на фоне тяжёлых сопутствующих заболеваний; при невозможности организовать лечение больного и контроль за заживлением язвы в поликлинических условиях.

Перечислите осложнения данного заболевания.

Ответ. Осложнения:

- 1) кровотечение: а) лёгкое, б) средней степени, в) тяжёлое, г) крайне тяжёлое;
- 2) перфорация;
- 3) пенетрация;
- 4) стеноз: а) компенсированный; б) субкомпенсированный; в) декомпенсированный;
- 5) малигнизация.

Назначьте лечение.

Ответ. Лечение: трёхкомпонентная схема: ингибитор протонной помпы (ИПП - Омепразол – 20 мг, Лансопризол – 30 мг, Рабепразол – 20 мг или Эзомепразол – 20 мг) 2 раза в день + Кларитромицин 500 мг 2 раза в день + Амоксициллин 1000 мг 2 раза в день (или Метронидазол 500 мг 3 раза в день) (10-14 дней). При неэффективности - четырёхкомпонентная схема: ИПП (Омепразол – 20 мг, Лансопризол – 30 мг, Рабепразол – 20 мг или Эзомепразол – 20 мг) 2 раза в день + Тетрациклин 500 мг 4 раза в день + Метронидазол 500 мг 3 раза в день + Де-нол 240 мг 2 раза в день (10-14 дней).

Задача №5

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/м². 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.

Ответ. Эрозивная рефлюксная болезнь

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Ответ. Диагноз «гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ)» установлен на основании жалоб больной на изжогу, боли за грудиной, данных анамнеза (изжога более 22 лет), степень эзофагита установлена на основании эндоскопической картины.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

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).

Дайте не медикаментозные рекомендации больному

Ответ. Частое дробное питание 5-6 раз в день, ужин за 3 часа до сна, соблюдение диеты с исключением жирной пищи, шоколада, кофе, цитрусовых, лука, чеснока, приподнять головной конец кровати на 10-15 см, не носить тугих поясов, корсетов, нормализовать вес.

Какое медикаментозное лечение Вы бы рекомендовали пациентке? Обоснуйте свой выбор.

Ответ. Ингибиторы протонной помпы – базисная группа препаратов для лечения кислотозависимых заболеваний (Омепразол, Лансопризол, Эзомепразол, Пантопризол, Рабепразол). Снижение кислотной продукции считается основным фактором, способствующим заживлению эрозивно-язвенных поражений. На сегодняшний день ИПП считаются наиболее эффективными и безопасными препаратами для лечения ГЭРБ. Антациды (Маалокс, Алмагель,

Фосфалюгель и т. п.) – симптоматическая терапия, прокинетики влияют на тонус нижнего пищеводного сфинктера, улучшают антродуоденальную координацию.

Задача №6

Мужчина 29 лет госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение областной больницы с диагнозом обострение хронического панкреатита. При поступлении предъявлял жалобы на интенсивную боль в эпигастрии с иррадиацией в левое подреберье, тошноту, непереносимость жирной пищи. Ранее, в 2003, 2005, 2007 и 2008 гг., госпитализировался со сходными симптомами. При ультразвуковом исследовании (УЗИ) обнаруживали изменения поджелудочной железы, билиарный сладж. В межприступный период сохранялось удовлетворительное самочувствие. Не курит, алкоголь употребляет эпизодически (2~3 раза в месяц). Работает программистом. Отец с 30-летнего возраста страдал хроническим панкреатитом, умер в 47 лет от рака поджелудочной железы.

Какой вариант хронического панкреатита по этиологическому фактору наиболее вероятен?

Ответ: Наследственный. Отец с 30-летнего возраста страдал хроническим панкреатитом, умер в 47 лет от рака поджелудочной железы.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Ответ: Жалобы на интенсивную боль в эпигастрии с иррадиацией в левое подреберье, тошноту, непереносимость жирной пищи. Ранее, госпитализировался со сходными симптомами. При ультразвуковом исследовании (УЗИ) обнаруживали изменения поджелудочной железы, билиарный сладж. В межприступный период сохранялось удовлетворительное самочувствие. Не курит, алкоголь употребляет эпизодически (2~3 раза в месяц). Отец с 30-летнего возраста страдал хроническим панкреатитом, умер в 47 лет от рака поджелудочной железы.

Какие признаки характерны для наследственного панкреатита?

- Ответ. А) аутосомно-доминантное наследование
Б) нарастание частоты и выраженности рецидивов
В) высокий риск развития рака поджелудочной железы

Каков патогенетический механизм развития панкреатита при мутации гена катионического трипсиногена?

Ответ. Устойчивость трипсиногена к гидролизу, неконтролируемая каскадная самоактивация трипсина с последующей активацией трипсином других панкреатических проферментов и аутолизом ткани поджелудочной железы.

Какова относительная частота наследственного панкреатита с аутосомно-доминантным наследованием в этиологической структуре хронических панкреатитов?

Ответ. Частота наследственного панкреатита с аутосомно-доминантным наследованием в этиологической структуре хронических панкреатитов -5%

Задача №7

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 объеме, отеки 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». Отеки 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 объеме, 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. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча тёмно-жёлтая. Общий анализ крови: эритроциты – 4,2×10¹²/л; Нв– 124 г/л; цветовой показатель – 0,9%; тромбоциты – 96×10⁹/л, лейкоциты – 3,4×10⁹/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. Фиброгастродуоденоскопия: 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 см². Свободная жидкость в брюшной полости.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

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

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Ответ. У больного выявлены желтуха, цитолиз, «печёночные знаки»: малиновые ладони, «сосудистые звёздочки», синдром портальной гипертензии (гепатоспленомегалия, асцит, варикозное расширение вен пищевода, передней брюшной стенки, расширение портальной вены), признаки печёночной недостаточности (гипоальбуминемия, гипокоагуляция). По данным УЗИ – паренхима печени, неравномерно диффузно-повышенной эхогенности. Алкогольный анамнез свидетельствует о наиболее вероятной этиологии цирроза печени. Класс С выставлен согласно классификации Чайльд-Пью – 11 баллов. Снижение скорости теста связывания чисел свидетельствует о I степени печёночной энцефалопатии. Тромбоцитопения в данной ситуации связана с гиперспленизмом.

Составьте план дополнительного обследования пациента.

Ответ. Анализы 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.

Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении. Обоснуйте свой выбор

Ответ. Отказ от алкоголя. Диета с содержанием белка 1,0 г/кг/сут. Калорийность пищи - 1800–2500 ккал/сут. Ограничение содержания соли до 5,2 г/сут. Санация кишечника с целью уменьшения эндотоксинемии. Лактулоза - 15-45 мл 2-3 раза в сутки (стул до 2-3 раз в сутки). Возможен приём невсасывающихся антибиотиков (Рифаксимин 1200 мг/сут. 7-10 дней). Высокие очистительные клизмы. Уменьшение токсического действия аммиака. L- Орнитин-L-аспартат (Гепа-Мерц) - 5 г по 1-2 пакетика гранул, растворённых в воде × 3 раза в день после еды.

Мочегонная терапия. Спиринолактон - 50–200 мг/сут. Фуросемид - 40 мг/сут (повышение дозы на 40 мг каждые 7 дней до 160 мг/сут, критерий эффективности - уменьшение массы тела на 2 кг/нед.). Снижение давления в портальной вены. Анаприлин - 40 мг 1 раза в сутки.

Адеметионина (Гептрал) в дозе 1600 мг в сутки в течение 4-8 недель. Применение экзогенного адеметионина позволяет снизить накопление и отрицательное воздействие токсических метаболитов на гепатоциты, стабилизировать вязкость клеточных мембран, активизировать работу связанных с ними ферментов.

Какие возможны осложнения данного заболевания?

Ответ. Печёночная энцефалопатия. Кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Гепаторенальный синдром. Инфекционные осложнения (спонтанный бактериальный перитонит, пневмония, инфекции мочевыводящих путей и др.).

Задача №8

Женщина 45 лет 15 лет страдает жёлчнокаменной болезнью (ЖКБ). Заболевание манифестировало приступом жёлчной колики, развившимся через 1,5 мес после родов. Приступ купирован консервативными методами лечения. В последующие годы за медицинской помощью не обращалась. Регулярно проводила недельные курсы голодания, в течение которых худеет на 6-7 кг. С 18 лет курит по 20 сигарет в день. Поводом обращения к врачу послужили появившиеся тупые боли в правом подреберье почти постоянного характера.

Действие каких факторов могло способствовать развитию ЖКБ у данной пациентки?:

Ответ. Женский пол, беременность, быстрое похудание

При УЗИ органов брюшной полости выявлено резкое утолщение стенок желчного пузыря. Определялись множественные конкременты, количество и размеры которых четко оценить не удалось. Для уточнения диагноза выполнена магнитно-резонансная томография. Описание: на фоне сниженной почти до нуля интенсивности сигнала от жёлчи визуализируются 7 камней диаметром до 1 см. Стенки жёлчного пузыря резко утолщены и уплотнены. Что такое «фарфоровый» жёлчный пузырь, как часто он наблюдается при ЖКБ и какими осложнениями опасен?

Ответ. Под термином «фарфоровый» жёлчный пузырь понимается кальцификация стенок жёлчного пузыря, обычно сопутствующая ЖКБ. При холецистэктомии данный патологический феномен встречается в 0,4–0,9% случаев. «Фарфоровый» жёлчный пузырь представляет собой предраковое состояние. Ассоциация с раком жёлчного пузыря составляет 12–60%.

Какова оптимальная лечебная тактика в данной ситуации?

Ответ. Холецистэктомия

Сформулируйте диагноз.

Ответ. ЖКБ, хронический рецидивирующий калькулёзный холецистит(множественные конкременты желчного пузыря) с приступами желчных колик

Задача №9

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/м². 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 – 144г/л; тромбоциты – $230 \times 10^9/л$; СОЭ – 20 мм/ч. Биохимия крови: общий билирубин – 36 мкмоль/л; непрямого 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, Дв 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.

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

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Ответ. Диагноз «цирроз печени, ассоциированного с HBV-инфекцией, класс А по Child-Pugh» установлен на основании жалоб больного на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, тупую боль в правом подреберье; данных анамнеза, объективного осмотра (желтушность кожных покровов, иктеричность склер, наличие у больного телеангиэктазий, гепатомегалии). Подтверждают вирусную этиологию цирроза печени данные исследований: (выявление HBsAg; анти-HBcIgG; анти-HBe; ПЦР ДНКВГВ - положительный, уровень ДНК ВГВ (61000 МЕ/мл); исключена другая этиология цирроза печени: (исследование крови на маркеры гепатита С, D: анти-HCV – отрицательный; анти-HDV - отрицательный), а также исключено злоупотребление алкоголем, приём гепатотоксичных лекарственных средств. Класс А ЦП установлен на основании классификации Child-Pugh. Согласно классификационным критериям (печёночная энцефалопатия, асцит не определены, общий билирубин – 35 мкмоль/л, альбумин – 39 г/л, ПТИ – 55%) определено 5 баллов, что соответствует классу А по Child-Pugh. Диагноз цирроза печени подтверждается данными эластометрии печени: F4 (по шкале METAVIR), что соответствует циррозу печени. Зарегистрировано изменение биохимических показателей крови: повышение АЛТ, АСТ, общего билирубина, ГГТП, гамма-глобулинов, снижение ПТИ. При УЗИ органов брюшной полости выявлены гепатомегалия, диффузные дистрофические изменения паренхимы печени.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

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.

Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента.

Ответ. Рекомендовано соблюдение диеты: исключить алкоголь, жирное, жареное, острое, копченое, солёное, кофе, газированные напитки, какао.

Рекомендована противовирусная терапия (ПВТ), так как у больных циррозом печени В назначать ПВТ требуется при любом определяемом уровне виремии независимо от активности АлАТ. Среди аналогов нуклеозидов/нуклеотидов предпочтение следует отдавать Энтекавиру и Тенофовиру, поскольку они обладают высокой противовирусной активностью, и к ним редко развивается резистентность. Энтекавир (нуклеозидный аналог Гуанозина) внутрь в дозе 0,5 мг/сут в течение 48 недель. Активность АЛТ необходимо оценивать каждые 3 месяца в процессе лечения и после его окончания. При лечении аналогами нуклеозидов/нуклеотидов мониторинг уровня ДНК HBV должно проводиться 1 раз в 3 месяца как минимум в течение первого года лечения.

Через 6 месяцев постоянного лечения концентрация ДНК ВГВ – 10 МЕ/мл.- Серологическое исследование (ИФА): HBsAg (-); анти-HBs (+); анти-HBcIgG (+); HBeAg (-); анти-HBe (+); анти-HBcIgM (-).-Биохимия крови: АЛТ – 78 ед/л, АСТ – 52 ед/л, ГГТП – 26 ед/л; общий билирубин – 34 мкмоль/л; ПТИ – 60%; креатинин – 72 мкмоль/л. Общий анализ крови – в пределах нормы. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор

Ответ. У пациента получен вирусологический ответ, так как концентрация ДНК ВГВ составила 10 МЕ/мл. Отмечена положительная динамика биохимических показателей (снижение АЛТ, АСТ, ГГТП, общего билирубина) и серологический ответ по HBsAg (клиренс HBsAg с формированием анти-HBsAg). Продолжить противовирусную терапию Энтекавиром внутрь в дозе 0,5 мг/сут до 48 недель. После окончания лечения провести биохимический анализ крови, количественный анализ ДНК HBV, затем 1 раз в 6 месяцев. Несмотря на вирусологическую ремиссию на фоне приема аналогов нуклеозидов/нуклеотидов, пациенты с ЦП должны мониторироваться на предмет развития гепатоцеллюлярной карциномы. Соблюдение диеты, диспансерное наблюдение у гастроэнтеролога.

Задача №10

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/м². 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.

Ответ. Хронический бескаменный холецистит бактериальной этиологии, фаза обострения.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Ответ. Диагноз «хронический бескаменный холецистит бактериальной этиологии, фаза обострения» установлен на основании жалоб больного на общую слабость, тупую, ноющую боль в правом подреберье, усиливающуюся после приема жирной, жареной пищи, иррадиирующую в правое плечо, правую лопатку; горечь во рту, отрыжку воздухом, тошноту, неустойчивый стул; (типичны для хронического холецистита).

Подтверждают диагноз «хронический холецистит» данные анамнеза, объективного осмотра (умеренная болезненность при пальпации в области правого подреберья, болезненность в точке Макензи, положительные симптомы Ортнера, Кера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского справа).

В общем анализе крови выявлены воспалительные изменения: лейкоцитоз (до $11,3 \times 10^9/\text{л}$); повышение СОЭ - до 19 мм/ч.

При УЗИ органов брюшной полости визуализируется увеличенный до 3,5 см, деформированный желчный пузырь с перегибом в шейке, что свидетельствует о хроническом процессе. Выявлено утолщение (до 5 мм) и уплотнение стенок желчного пузыря, что характерно для хронического холецистита.

Подтверждают диагноз «хронический холецистит» данные дуоденального зондирования (при микроскопии желчи определяются скопления слизи, лейкоцитов и клеточного эпителия).

Исключена паразитарная этиология хронического холецистита: (иммуноферментный анализ на выявление гельминтов: описторхоз, лямблиоз, аскаридоз, токсакароз – отрицательный); а также отрицательный результат анализа кала на яйца глист (трижды).

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

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

Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента.

Ответ. Рекомендовано соблюдение диеты «щадящая». Исключить алкоголь, жирное, жареное, острое, копченое, соленое, кофе, газированные напитки, какао, орехи. Показан частый дробный прием пищи (до 5-6 раз в день). Важным является снижение в пищевом рационе доли животных жиров и увеличение растительных. Для предупреждения застоя желчи и улучшения пассажа химуса по кишечнику блюда обогащаются пищевыми волокнами в виде пшеничных отрубей.

Пациентке показано назначение антибактериальных препаратов:

фторхинолоны: Ципрофлоксацин по 500 мг два раза в сутки после еды в течение 7 дней.

Коррекция антибактериальной терапии проводится после получения посева желчи на микрофлору и определения ее чувствительности к антибиотикам.

Для купирования болевого синдрома показано назначение селективного миотропного спазмолитика Мебеверина гидрохлорида (Дюспаталин) в дозе 200 мг 2 раза в сутки в течение 2-4 недель или тримебутина малеат (тримедат) по 200 мг 3 раза в день за 20-30 минут до еды-2-4 недели

При повторном обращении к врачу через 1 месяц после лечения пациентка отмечает улучшение самочувствия, исчезновение общей слабости, болей в правом подреберье, горечи во рту, тошноты, отрыжки воздухом, нормализацию стула. Объективно: язык влажный, не обложен; живот мягкий, безболезненный. Симптомы Ортнера, Кери, Мерфи, Лепене, Мюсси-Георгиевского справа – отрицательные. Общий анализ крови – в пределах нормы. Биохимия крови - в пределах

нормы. При УЗИ органов брюшной полости – патологических изменений не выявлено. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Ответ. У пациентки в результате лечения отмечена положительная динамика. Исчезли проявления астенического, болевого, диспепсического синдромов. При объективном обследовании – «пузырные» симптомы отрицательные. Воспалительные изменения в крови нивелировались. По данным УЗИ органов брюшной полости также отмечена положительная динамика. Пациентке рекомендовано соблюдение диеты. Исключить алкоголь, жирное, жареное, острое, копченое, соленое, кофе, газированные напитки, какао, орехи, изделия из теста (особенно сдобного), кремы, мясные бульоны. Исключить продукты, содержащие большое количество холестерина (печень, мозги, яичные желтки, бараний и говяжий жиры и др.). Показан частый дробный прием пищи (до 5-6 раз в день). Для предупреждения застоя желчи и улучшения пассажа химуса по кишечнику блюда обогащаются пищевыми волокнами в виде пшеничных отрубей. Энергетическая ценность рациона должна составлять 2500-2900 ккал с оптимальным содержанием белков, жиров, углеводов и витаминов. Избегать физического и эмоционального перенапряжения. В фазе ремиссии показана лечебная гимнастика, а также санаторно-курортное лечение, которое проводят в Ессентуках, Железноводске, Пятигорске, Трускавце, Белокурихе, Моршине, Джермуке и др. Диспансерное наблюдение у терапевта, гастроэнтеролога.

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 – 2,7×10¹², Hb – 108 г/л, цветовой показатель – 0,6, тромбоциты – 270×10¹², лейкоциты – 7,0×10⁹, 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.

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.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Ответ: Диагноз «язвенный колит» (ЯК) установлен на основании характерных клинических проявлений – диареи с примесью слизи, крови в течении трёх месяцев, эндоскопических признаков поражения прямой кишки, контактной кровоточивости, наличия поверхностных эрозий слизистой толстой кишки. Диагноз «анемия» установлен на основании снижения цифр гемоглобина и эритроцитов в общем анализе крови.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

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 к *Clostridium difficile*, УЗИ брюшной полости, ФГС.

Препараты каких групп показаны для лечения пациента в данной ситуации? Обоснуйте свой выбор.

Ответ. Медикаментозное лечение: Месалазин 4-5 г перорально в комбинации с Месалазином ректально (свечи, пена, микроклизмы) 2-4 г в сутки 6-8 недель. Месалазин – производное 5-аминосалициловой кислоты, является препаратом выбора при лечении ЯК в данной ситуации: первая атака средней тяжести, пациент ранее не получал лечения. При левостороннем поражении эффективно назначение ректальных форм Месалазина. При подтверждении дефицита железа – заместительная терапия (Сорбифер – 1 к × 2 раза в день, при непереносимости – парентеральные формы).

Задача №12

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 - $14,0 \times 10^9$ /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.

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

Перечислите предрасполагающие факторы, приводящие к развитию данного заболевания.

Ответ. Генетическая предрасположенность («повышенная кишечная проницаемость» - ген NOD2/CARD15); вирусные инфекции – вирус кори; бактериальные инфекции – *Chlamydiae*, *Listeria monocytogenes*, *Pseudomonas* sp., *Mycobacterium paratuberculosis*; факторы внешней среды – раннее отлучение от груди, высокий социально-экономический статус, стероидные противозачаточные средства, НПВП, рафинированный сахар, недостаточно свежие овощи и фрукты, оксид титана (зубная паста), курение табака; психологические факторы.

Какие внекишечные проявления возможны при данной патологии?

Ответ. Внекишечные проявления - аутоиммунные, связанные с активностью заболевания: артропатии (артралгии, артриты), поражение кожи (узловатая эритема, гангренозная пиодермия), поражение СО (афтозный стоматит), поражение глаз (увеит, ирит, иридоциклит, эписклерит); аутоиммунные, не связанные с активностью заболевания: ревматоидный артрит (серонегативный), анкилозирующий спондилоартрит, сакроилеит, первичный склерозирующий холангитостеопороз, остеомалация; псориаз; обусловленные длительным воспалением и метаболическими нарушениями: холелитиаз, стеатогепатоз, стеатогепатит; тромбоз периферических вен, ТЭЛА, амилоидоз

Какие антицитокины необходимы, и в каких ситуациях они назначаются при данном заболевании?

Ответ. Инфликсимаб, ремикейд. Лечение больных, страдающих язвенным колитом, у которых традиционная терапия (Сульфасалазин, Салофальк, Преднизолон, Азатиоприн) была недостаточно эффективна.

Какие антибактериальные препараты показаны при данном заболевании?

Ответ. 1-я линия – Метронидазол 1,5 мг/сут + Фторхинолоны (Ципрофлоксацин, Офлоксацин) в/в 10-14 дней; 2-я линия – Цефалоспорины в/в 7-10 дней.

Задача №13

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.

Ответ. Неспецифический язвенный колит, средней степени тяжести.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Ответ. Диагноз установлен на основании жалоб больного на жидкий стул с примесью крови 5-7 раз в сутки, повышение температуры тела до 37,5°C, слабость, головокружение, наличие суставного синдрома, осмотра, лабораторных данных (анемия, лейкоцитоз, ускорение СОЭ). Составьте план дифференциального диагноза.

Ответ. Болезнь Крона, псевдомембранозный колит, опухоль толстой кишки.

Составьте план дополнительного обследования.

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

Сформулируйте и обоснуйте план лечения.

Ответ. Для назначения в данном случае лечения необходимо получить результаты фиброколоноскопии. В случае выявления признаков язвенного колита необходимо назначение системных глюкокортикоидов и препаратов 5-аминосалициловой кислоты.

Задача №14

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.

Ответ. Язвенный колит, проктосигмоидит, среднетяжёлая атака.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Ответ. Диагноз установлен на основании жалоб больного на жидкий стул с примесью крови 5-7 раз в сутки, повышение температуры тела до 37,5°C, слабость, головокружение, наличие

суставного синдрома, осмотра, лабораторных данных (анемия, лейкоцитоз, ускорение СОЭ). Составьте план дифференциального диагноза.

Ответ. Болезнь Крона, псевдомембранозный колит, опухоль толстой кишки.

Составьте план дополнительного обследования.

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

Сформулируйте и обоснуйте план лечения.

Ответ. Для назначения в данном случае лечения необходимо получить результаты фиброколоноскопии. В случае выявления признаков язвенного колита необходимо назначение системных глюкокортикоидов и препаратов 5-аминосалициловой кислоты

Задача №15

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 приемное отделение, где осмотрен хирургом, диагностирован острый аппендицит. При исследовании крови выявлен лейкоцитоз, пациент взят на операцию. При ревизии обнаружены утолщенная подвздошная кишка с отечной рыхлой стенкой, увеличенные брыжеечные лимфоузлы. Червеобразный отросток не изменен. 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. Легкие и сердце без патологических изменений. Пульс - 80 ударов в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. 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 реберной дуги. Селезенка 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.

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

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Ответ. Диагноз заподозрен на основании анамнеза: на операции выявлена утолщённая подвздошная кишка с рыхлой отёчной стенкой, увеличение брыжеечных лимфоузлов, неизменённым червеобразным отростком на операции и при гистологическом исследовании; хронического течения болезни, сопровождающегося болями в животе постоянного характера, диареей, лихорадкой у молодого пациента, а также имеющегося осложнения – перианального свища. Синдромы мальабсорбции и мальдигестии средне-тяжёлой степени.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

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).

Препарат какой группы для патогенетической терапии Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

Ответ. В качестве противовоспалительной терапии - ГКС: Преднизолон 150 и более мг в/в капельно, затем внутрь – 1 мг/кг массы тела больного: например, 60 мг/сут с постепенным снижением дозы до минимальной эффективной + производные 5 – АСК: Месалазин (Пентаса) 2-6 г в сутки длительно. При отсутствии противопоказаний и наличии возможности – как можно раньше рекомендована антицитокиновая терапия: например, Инфликсимаб, Адалимомаб, Голимомаб в/в капельно курсами.

Кроме противовоспалительной терапии в патогенетическую терапию входит деконтаминация кишечника: Альфа-нормикс - 400 мг 3 раза в сутки 7-14 дней, Метронидазол парантерально.

Коррекция электролитных нарушений, лечение мальабсорбции, мальдигестии.

Каков прогноз при данном заболевании?

Ответ. Прогноз заболевания значительно варьирует и определяется индивидуально. Течение болезни Крона может быть бессимптомным (при локализации очага только в области ануса у пожилых людей) или протекать в крайне тяжелой форме. У 13-20% больных отмечается хроническое течение заболевания. При правильно проводимом лечении длительность периодов ремиссии достигает нескольких десятков лет. Как самостоятельное заболевание, болезнь Крона очень редко является причиной смерти больных, и процент летальности остается крайне низким. Обычно пациенты, получающие поддерживающую терапию, доживают до глубокой старости.

12. Литература

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ОСНОВНАЯ ЛИТЕРАТУРА:

1. Гастроэнтерология. Национальное руководство: краткое издание [Электронный ресурс] / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 480 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача».
2. Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : руководство / Я. С. Циммерман. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. -816 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача».
- 3.Гастроэнтерология и гепатология. Диагностика и лечение: руководство для врачей / под ред. А.В. Калинина, А.Ф. Логинова, А.И. Хазанова. – Изд. 2-е, перераб. и доп. – М.:МЕДпресс-информ, 2011.-864 с.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА:

1. Гериатрическая гастроэнтерология: избранные лекции. Т.П. Денисова, Л.А. Тюльтева.-М: МИА,2011.-336с.
2. Гастроэнтерология: справочник / под ред. А.Ю. Барановского. СПб.:Питер, 2011. – 506 с.
- 3.Практическая гастроэнтерология. Ф.И. Комаров, М.А. Осадчук, А.М. Осадчук.Москва.МИА.2010.-480 с.
- 4.Первичный билиарный цирроз: учебное пособие. Е.В. Голованова.- Центр. науч.-исследоват. ин-т гастроэнтерологии.- Москва:4ТЕ Арт, 2011.-32 с.
- 5.Хронический гепатит В и D [Электронный ресурс] / Абдурахманов Д.Т. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. -288 с.- Доступ из ЭБС «Консультант врача».
6. Онкология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание / под ред. В.И. Чиссова, М.И. Давыдова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 576 с.– Доступ из ЭБС «Консультант врача»

	ЭЛЕКТОРОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ	Доступ к ресурсу
1.	Электронная библиотека РостГМУ. – URL: http://109.195.230.156:9080/oracg/	Доступ неограничен
2.	Консультант студента : ЭБС. – Москва : ООО «ИПУЗ». - URL: http://www.studmedlib.ru	Доступ неограничен
3.	Консультант врача. Электронная медицинская библиотека : ЭБС. – Москва : ООО ГК «ГЭОТАР». - URL: http://www.rosmedlib.ru	Доступ неограничен
4.	UpToDate : БД / Wolters Kluwer Health. – URL: www.uptodate.com	Доступ неограничен
5.	Консультант Плюс : справочная правовая система. - URL: http://www.consultant.ru	Доступ с компьютеров университета
6.	Научная электронная библиотека eLIBRARY. - URL: http://elibrary.ru	Открытый доступ
7.	Национальная электронная библиотека. - URL: http://нэб.рф/	Доступ с компьютеров библиотеки

8.	Scopus / Elsevier Inc., Reed Elsevier. – Philadelphia: Elsevier B.V., PA. – URL: http://www.scopus.com/ (Нацпроект)	Доступ неограничен
9.	Web of Science / Clarivate Analytics. - URL: http://apps.webofknowledge.com (Нацпроект)	Доступ неограничен
10.	MEDLINE Complete EBSCO / EBSCO. – URL: http://search.ebscohost.com (Нацпроект)	Доступ неограничен
11.	ScienceDirect. Freedom Collection / Elsevier. – URL: www.sciencedirect.com по IP-адресам РостГМУ. (Нацпроект)	Доступ неограничен
12.	БД издательства Springer Nature. - URL: http://link.springer.com/ по IP-адресам РостГМУ. (Нацпроект)	Доступ неограничен
13.	Wiley Online Library / John Wiley & Sons. - URL: http://onlinelibrary.wiley.com по IP-адресам РостГМУ. (Нацпроект)	Доступ с компьютеров университета
14.	Единое окно доступа к информационным ресурсам. - URL: http://window.edu.ru/	Открытый доступ
15.	Российское образование. Федеральный образовательный портал. - URL: http://www.edu.ru/index.php	Открытый доступ
16.	ENVOC.RU English vocabulary]: образовательный сайт для изучающих англ. яз. - URL: http://envoc.ru	Открытый доступ
17.	Словари онлайн. - URL: http://dic.academic.ru/	Открытый доступ
18.	WordReference.com : онлайнные языковые словари. - URL: http://www.wordreference.com/enru/	Открытый доступ
19.	История.РФ. - URL: https://histrf.ru/	Открытый доступ
20.	Юридическая Россия : федеральный правовой портал. - URL: http://www.law.edu.ru/	Открытый доступ
21.	Официальный интернет-портал правовой информации. - URL: http://pravo.gov.ru/	Открытый доступ
22.	Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России. - URL: http://www.femb.ru/feml/ , http://feml.scsml.rssi.ru	Открытый доступ
23.	Medline (PubMed, USA). – URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/	Открытый доступ
24.	Free Medical Journals. - URL: http://freemedicaljournals.com	Открытый доступ
25.	Free Medical Books. - URL: http://www.freebooks4doctors.com/	Открытый доступ
26.	International Scientific Publications. – URL: https://www.scientific-publications.net/ru/	Открытый доступ
27.	КиберЛенинка : науч. электрон. биб-ка. - URL: http://cyberleninka.ru/	Открытый доступ
28.	Архив научных журналов / НЭИКОН. - URL: https://archive.neicon.ru/xmlui/	Открытый доступ
29.	Журналы открытого доступа на русском языке / платформа EIPub НЭИКОН. – URL: https://elpub.ru/	Открытый доступ
30.	Медицинский Вестник Юга России. - URL: https://www.medicalherald.ru/jour или с сайта РостГМУ	Открытый доступ
		Открытый

31.	Всемирная организация здравоохранения. - URL: http://who.int/ru/	доступ
32.	Evrika.ru информационно-образовательный портал для врачей. – URL: https://www.evrika.ru/	Открытый доступ
33.	Med-Edu.ru: медицинский видеопортал. - URL: http://www.med-edu.ru/	Открытый доступ
34.	Univadis.ru: международ. мед. портал. - URL: http://www.univadis.ru/	Открытый доступ
35.	DoctorSPB.ru: информ.-справ. портал о медицине. - URL: http://doctorspb.ru/	Открытый доступ
36.	Современные проблемы науки и образования : электрон. журнал. - URL: http://www.science-education.ru/ru/issue/index	Открытый доступ
37.	Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России. - URL: http://cr.rosminzdrav.ru/#!/	Открытый доступ
38.	Образование на русском : портал / Гос. ин-т русс. яз. им. А.С. Пушкина. - URL: https://pushkininstitute.ru/	