ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

УТВЕРЖДАЮ
Руководитель
образовательной программы
_____ /Ткачев А.В./

«18» июня 2024 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ

«ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ»

основной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры

Специальность
31.08.28 Гастроэнтерология

Направленность (профиль) программы - **гастроэнтерология**

Блок 1
Обязательная часть (Б1.О.01)

Уровень высшего образования
Подготовка кадров высшей квалификации

Форма обучения очная

Ростов-на-Дону
2024г.

Рабочая программа дисциплины «Гастроэнтерология» разработана преподавателями кафедры пропедевтики внутренних болезней в соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (ФГОС ВО) по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология, утвержденного приказом Минобрнауки России №1070 от 25 августа 2014г., и профессионального стандарта «Врач-гастроэнтеролог», утвержденного приказом Минтруда и социальной защиты Российской Федерации № 139н от 11 марта 2019г.

Рабочая программа дисциплины составлена:

№п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность, кафедра
1.	А.В. Ткачев	д.м.н., профессор	заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней
2.	Г.Н. Тарасова	д.м.н., профессор	профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней
3.	Л.С. Мкртчян	к.м.н.	доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней

Рабочая программа дисциплины обсуждена и одобрена на заседании кафедры пропедевтики внутренних болезней

Протокол от 13.05.2024г. № 152

Зав. кафедрой _____ Ткачев А.В.

Директор библиотеки: «Согласовано»

«15» 05 2024 г. _____ Кравченко И.А.

1. ЦЕЛЬ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Дать обучающимся углубленные знания в области гастроэнтерологии и выработать навыки квалифицированного врача-гастроэнтеролога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности, формирование базовых, фундаментальных медицинских знаний по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология; подготовка 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.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП

Рабочая программа дисциплины «Гастроэнтерология» относится к блоку 1 программы ординатуры и является обязательной для освоения обучающимися. Изучение дисциплины направлено на формирование компетенций, обеспечивающих выполнение основных видов деятельности врача.

3. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Процесс изучения дисциплины направлен на формирование следующих компетенций в соответствии с ФГОС ВО и ООП ВО по данной специальности:

Код и наименование компетенции	**Планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю), соотнесенные с индикаторами достижения компетенции**
УК-1. Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	
Знать	- основы нормальной анатомии и патофизиологии органов пищеварения у детей и взрослых; - профессиональные источники информации, в т.ч. базы данных; - методы анализа и синтеза статистической информации; - методики сбора, статистической обработки и анализа информации о здоровье взрослого населения, детей и подростков.
Уметь	- пользоваться профессиональным и источниками информации; анализировать полученную информацию о здоровье взрослого населения, детей и подростков.
Владеть	- методиками сбора, статистической обработки и анализа информации о здоровье взрослого населения, детей и подростков; - технологией сравнительного анализа, дифференциально-диагностического поиска на основании данных обследования и использования профессиональных источников информации.
УК-2. Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.	
Знать	- морально-этические нормы, правила и принципы профессионального врачебного поведения, основные этические документы медицинских организаций; - причины возникновения конфликтов.
Уметь	- управлять коллективом, решать этические и деонтологические проблемы; - организовывать деятельность медицинских организаций и их структурных подразделений, включая организацию работы с кадрами; - ориентироваться в нормативно правовых актах о труде, применять нормы трудового законодательства в конкретных практических ситуациях.
Владеть	- методами управления и организации труда в медицинской организации.
ПК-1. 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	
Знать	- методы ранней диагностики и профилактики заболеваний пищеварительной системы
Уметь	- определить специальные методы исследования (лабораторные, рентгенологические, эндоскопические, радиоизотопные, функциональные и др.), необходимые для уточнения диагноза; - определить показания для госпитализации, организовать ее; - анализировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики; - интерпретировать результаты обследования для постановки полного клинического диагноза.
Владеть	- основами ведения медицинской документации; - методами определения и оценки физического развития; - методикой определения группы здоровья у детей в возрастном аспекте; - методами сбора анамнеза; - методами обследования в гастроэнтерологии; - методикой оценки результатов лабораторных и специальных методов исследования (морфологических, биохимических, иммунологических, серологические показатели крови, мочи, мокроты, кала, спинномозговой жидкости, показателей коагулограммы, КЩС); - методикой оценки результатов функционального обследования органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, печени, почек, ЦНС и др.
ПК-2. Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения	
Знать	- анатомо-физиологические, возрастные и половые особенности здорового и больного ребенка, взаимосвязь функциональных систем организма и уровень их регуляции в различные возрастные периоды; - основные вопросы нормальной и патологической физиологии органов и систем человека, взаимосвязь функциональных систем организма и уровень их регуляции; - организацию, конкретное участие и анализ эффективности диспансеризации, диспансерного наблюдение за больными, профилактика гастроэнтерологических заболеваний; - определить специальные методы исследования (лабораторные, рентгенологические, эндоскопические, радиоизотопные, функциональные и др.), необходимые для уточнения диагноза; - определить показания для госпитализации и организовать ее; - методологию взаимодействия между различными службами здравоохранения.
Уметь	- получить информацию о заболевании, применить объективные методы обследования, выявить общие и специфические признаки заболевания; - провести дифференциальную диагностику заболеваний ЖКТ, обосновать клинический диагноз, схему, план и тактику ведения больного, его лечение; -оценить данные функционального исследования пищевода, желудка, печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, толстой и тонкой кишки; - оценить данные эндоскопического исследования (эзофагогастроскопия,

	дуоденоскопия, колоноскопия) и дать по ним заключение; - формировать группы риска; - проводить диспансеризацию и оценить ее эффективность; - осуществлять взаимодействие с другими службами здравоохранения с целью дальнейшего обследования пациентов
Владеть	- методами определения и оценки физического развития; - методикой определения группы здоровья у детей в возрастном аспекте; - трактовкой результатов функционального исследования пищевода, желудка, печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, толстой и тонкой кишки; - трактовкой результатов эндоскопического исследования (эзофагогастроскопия, дуоденоскопия, колоноскопия); -трактовкой результатов рентгенологических и радиоизотопных исследований (исследований ЖКТ с Ва, ирригография, сцинтиграфия) (эзофагогастроскопия, дуоденоскопия, колоноскопия); дать по ним заключение
ПК-5. Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	
Знать	- алгоритмы дифференциальной диагностики при постановке диагноза с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ); - методы диагностики заболеваний пищеварительного тракта; - принципы лечения заболеваний пищеварительного тракта.
Уметь	- провести дифференциальную диагностику заболеваний ЖКТ, обосновать клинический диагноз, схему, план и тактику ведения больного, его лечения; - оценить данные функционального исследования пищевода, желудка, печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, толстой и тонкой кишки; - оценить данные эндоскопического исследования (эзофагогастроскопия, дуоденоскопия, колоноскопия) и дать по ним заключение; - уметь пользоваться МКБ
Владеть	- методами определения и оценки физического развития; - методами сбора анамнеза; - методами обследования в гастроэнтерологии; - методикой оценки результатов лабораторных и специальных методов исследования (морфологических, биохимических, иммунологических, серологические показатели крови, мочи, мокроты, кала, спинномозговой жидкости, показателей коагулограммы, КЩС); - методикой оценки результатов функционального обследования органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, печени, почек, ЦНС и др.; - трактовкой результатов функционального исследования пищевода, желудка, печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, толстой и тонкой кишки; - трактовкой результатов эндоскопического исследования (эзофагогастроскопия, дуоденоскопия, колоноскопия); - трактовкой результатов рентгенологических и радиоизотопных исследований (исследований ЖКТ с Ва, ирригография, сцинтиграфия) (эзофагогастроскопия, дуоденоскопия, колоноскопия); дать по ним заключение.
ПК-6. Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи	

Знать	- основы фармакотерапии в гастроэнтерологической клинике, включая применение антибиотиков и гормонов; - механизм действия основных групп лекарственных веществ, осложнения, вызванные применением лекарств – основы водно-электролитного и минерального обмена, кислотно-щелочной баланс, возможные типы их нарушений и принципы лечения; - основы рационального питания здорового человека, принципы диетотерапии у больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.
Уметь	- установить диагноз и провести необходимое лечение при заболеваниях ЖКТ; - назначить лечебное питание с учетом общих факторов и характера заболевания.
Владеть	- навыками применения основных групп лекарственных веществ, используемых в гастроэнтерологии; - назначением диетотерапии с учетом области поражения пищеварительного тракта; - методикой расчета питания по основным ингредиентам у здоровых детей и при заболеваниях пищеварительной системы
ПК-8. Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	
Знать	- применение физиотерапии, лечебной физкультуры, психотерапии, иглорефлексотерапии, показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению.
Уметь	- назначить реабилитационные мероприятия
Владеть	- назначением санаторно-курортного лечения; -выбором реабилитационных мероприятий.
ПК-9. Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	
Знать	- формы и методы санитарно-просветительной работы
Уметь	- проводить санитарно-просветительную работу среди населения
Владеть	- методами консультативной и санитарно-просветительской работы по профилактике заболеваний ЖКТ, формированию здорового образа жизни

4. ОБЪЕМ ДИСЦИПЛИНЫ ПО ВИДАМ УЧЕБНОЙ РАБОТЫ

Виды учебной работы	**Всего, час**	**Объем по семестрам**			
		1	**2**	**3**	**4**
Контактная работа обучающегося с преподавателем по видам учебных занятий (Контакт.раб.):	**556**	**138**	**156**	**138**	**124**
Лекционное занятие (Л)	**18**	**4**	**6**	**4**	**4**
Семинарское занятие (СЗ)	**130**	**34**	**34**	**34**	**28**
Практическое занятие (ПЗ)	**408**	**100**	**116**	**100**	**92**

Самостоятельная работа обучающегося, в том числе подготовка к промежуточной аттестации (СР)		**200**	**42**	**60**	**42**	**56**
Вид промежуточной аттестации: Зачет (З), зачет с оценкой (ЗО), экзамен (Э).		**144**	**ЗО**	**ЗО**	**ЗО**	**Э**
Общий объем	**В часах**	**900**	**6**	**7**	**6**	**6**
	В зачетных единицах	**25**	**216**	**252**	**216**	**216**

5. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ.

№ раздела	Наименование раздела	Код индикатора
1.	Болезни пищевода	ПК-5, ПК-6
2.	Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки	ПК-5, ПК-6
3.	Болезни печени	ПК-5, ПК-6
4.	Болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей	ПК-5, ПК-6
5.	Болезни поджелудочной железы	ПК-5, ПК-6
6.	Болезни кишечника	ПК-5, ПК-6
7.	Опухолевые заболевания органов пищеварения	ПК-5, ПК-6
8.	Интенсивная терапия и реанимация при неотложных состояниях в гастроэнтерологии	ПК-5, ПК-6
9.	Проведение обследования пациентов по профилю «гастроэнтерология» с целью установления диагноза	ПК-5, ПК-6
10.	Назначение лечения пациенту и контроль его эффективности и безопасности	ПК-5, ПК-6
11.	Реализация и контроль эффективности медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или реабилитации инвалидов, оценка способности пациента осуществлять трудовую деятельность	ПК-8
12.	Проведение и контроль эффективности мероприятий по диспансерному наблюдению, профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	ПК-2
13.	Ведение медицинской документации и организация деятельности находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала	УК-2

6. УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН ДИСЦИПЛИНЫ

№ раздела	Наименование раздела	Количество часов					Форма контроля	Код индикатора
		Всего	Контактная работа			СР		
			Л	С	ПЗ			
Раздел 1	**Болезни пищевода**	**66**	**2**	**16**	**48**	**-**	**Зачет**	**ПК-5, ПК-6**

Тема1.1	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	12	2	4	10	-	Презентация, Устный опрос	ПК-5 ПК-6
Тема 1.2	Анатомия и физиология пищевода	10	-	2	8	-	Устный опрос	ПК-5 ПК-6
Тема 1.3	Функциональные расстройства пищевода	12	-	2	10	-	Тестирование	ПК-5 ПК-6
Тема 1.4	Эзофагиты	14	-	4	10	-	Устный опрос	ПК-5 ПК-6
Тема 1.5	Пептическая язва пищевода	7	-	2	5	-	Тестирование	ПК-5 ПК-6
Тема 1.6	Дивертикулы пищевода	7	-	2	5	-	Тестирование	ПК-5 ПК-6
Раздел 2	**Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки**	**82**	**2**	**20**	**60**	**-**	**Зачет**	**ПК-5, ПК-6**
Тема 2.1	Анатомия и физиология желудка и двенадцатиперстной кишки	10	-	2	8	-	Презентация, Устный опрос	ПК-5 ПК-6
Тема 2.2	Функциональные расстройства желудка	10	-	2	8	-	Устный опрос	ПК-5 ПК-6
Тема 2.3	Острые гастриты	8	-	2	6	-	Тестирование	ПК-5 ПК-6
Тема 2.4	Хронические гастриты	12	-	4	8	-	Устный опрос	ПК-5 ПК-6
Тема 2.5	Язвенная болезнь с локализацией процесса в желудке и двенадцатиперстной кишке	14	2	4	8	-	Тестирование	ПК-5 ПК-6
Тема 2.6	Болезни оперированного желудка (постгастрорезекционные расстройства)	12	-	4	8	-	Тестирование	ПК-5 ПК-6
Тема 2.7	Постваготомические расстройства	10	-	2	8	-	Устный опрос	ПК-5 ПК-6
Тема 2.8	Хронические дуодениты	8	-	2	6	-	Устный опрос	ПК-5 ПК-6
Раздел 3	**Болезни печени**	**104**	**4**	**20**	**80**	**-**	**Зачет**	**ПК-5,**

								ПК-6
Тема 3.1	Анатомия и физиология печени	12	-	2	10	-	Презентация, Устный опрос	ПК-5 ПК-6
Тема 3.2	Основные гепатологические синдромы	14	-	2	12	-	Устный опрос	ПК-5 ПК-6
Тема 3.2	НАЖБП	14	2	4	8	-	Тестирование	ПК-5 ПК-6
Тема 3.3	Циррозы печени	14	2	2	10	-	Устный опрос	ПК-5 ПК-6
Тема 3.4	Билиарный цирроз печени	10	-	2	8	-	Тестирование	ПК-5 ПК-6
Тема 3.5	Болезни накопления и энзимопатии	10	-	2	8	-	Тестирование	ПК-5 ПК-6
Тема 3.6	Аутоиммунные гепатиты	10	-	2	8	-	Презентация, Устный опрос	ПК-5 ПК-6
Тема 3.7	Алкогольные поражения печени	10	-	2	8	-	Устный опрос	ПК-5 ПК-6
Тема 3.8	Лекарственные поражения печени	10	-	2	8	-	Тестирование	ПК-5 ПК-6
Раздел 4	**Болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей**	**54**	**2**	**16**	**36**	-	**Зачет**	**ПК-5, ПК-6**
Тема 4.1	Анатомия и физиология желчного пузыря и желчевыводящих путей	8	-	2	6	-	Устный опрос	ПК-5 ПК-6
Тема 4.2	Дискинезии желчного пузыря и желчевыводящих путей и сфинктера Одди	6	-	-	6	-	Тестирование	ПК-5 ПК-6
Тема 4.3	Холециститы	10	-	4	6	-	Устный опрос	ПК-5 ПК-6
Тема 4.4	Желчнокаменная болезнь	14	2	6	6	-	Тестирование	ПК-5 ПК-6

Тема 4.5	Холангиты	6	-	-	6	-	Тестирование	ПК-5 ПК-6
Тема 4.6	Постхолецистэктомический синдром	10	-	4	6	-	Презентация, Устный опрос	ПК-5 ПК-6
Раздел 5	**Болезни поджелудочной железы**	**48**	**2**	**10**	**36**	**-**	**Зачет**	**ПК-5, ПК-6**
Тема 5.1	Анатомия и физиология поджелудочной железы	10	-	2	8	-	Презентация, Устный опрос	ПК-5 ПК-6
Тема 5.2	Пороки развития поджелудочной железы	10	-	2	8	-	Устный опрос	ПК-5 ПК-6
Тема 5.3	Панкреатиты (хронические)	14	2	4	8	-	Тестирование	ПК-5 ПК-6
Тема 5.4	Камни поджелудочной железы	10	-	2	8	-	Устный опрос	ПК-5 ПК-6
Раздел 6	**Болезни кишечника**	**112**	**4**	**24**	**84**	**-**	**Зачет**	**ПК-5, ПК-6**
Тема 6.1	Анатомия и физиология кишечника	8	-	2	6	-	Презентация, Устный опрос	ПК-5 ПК-6
Тема 6.2	Синдром мальабсорбции (нарушенного всасывания)	10	-	2	8	-	Устный опрос	ПК-5 ПК-6
Тема 6.3	Интестинальные энзимопатии	10	-	2	8	-	Тестирование	ПК-5 ПК-6
Тема 6.4	Целиакия (глютеноваяэнтеропатия)	10	-	2	8	-	Устный опрос	ПК-5 ПК-6
Тема 6.5	Функциональные болезни кишечника	12	-	4	8	-	Тестирование	ПК-5 ПК-6
Тема 6.6	Язвенный колит	12	2	2	8	-	Тестирование	ПК-5 ПК-6
Тема 6.7	Болезнь Крона	12	2	2	8	-	Презентация, Устный	ПК-5 ПК-6

							опрос	
Тема 6.8	Ишемический колит	10	-	2	8	-	Устный опрос	ПК-5 ПК-6
Тема 6.9	Колиты	8	-	2	6	-	Устный опрос	ПК-5 ПК-6
Тема 6.10	Нарушение состава кишечной микрофлоры	10	-	2	8	-	Тестирование	ПК-5 ПК-6
Тема 6.11	Дивертикулез кишечника	10	-	2	8	-	Устный опрос	ПК-5 ПК-6
Раздел 7	**Опухолевые заболевания органов пищеварения**	**58**	**2**	**12**	**36**	**8**	**Зачет**	**ПК-5, ПК-6**
Тема 7.1	Опухоли пищевода	8	-	2	6	-	Презентация, Устный опрос	ПК-5 ПК-6
Тема 7.2	Опухоли желудка	10	-	2	6	2	Устный опрос	ПК-5 ПК-6
Тема 7.3	Рак поджелудочной железы и внепеченочных желчных путей	10	-	2	6	2	Тестирование	ПК-5 ПК-6
Тема 7.4	Опухоли печени	10	-	2	6	2	Устный опрос	ПК-5 ПК-6
Тема 7.5	Опухоли кишечника	10	2	2	6	-	Тестирование	ПК-5 ПК-6
Тема 7.6	Апудомы желудочно-кишечного тракта (МЭН)	10	-	2	6	2	Тестирование	ПК-5 ПК-6
Раздел 8	**Интенсивная терапия и реанимация при неотложных состояниях в гастроэнтерологии**	**64**	**-**	**12**	**28**	**24**	**Зачет**	**ПК-5, ПК-6**
Тема 8.1	Организация службы интенсивной терапии и реанимации в лечебно-	**7**	**-**	**2**	**2**	**3**	Презентация, Устный опрос	ПК-5 ПК-6

	профилактических учреждениях							
Тема 8.2	Неотложные состояния при болезнях пищевода	**9**	**-**	**2**	**4**	**3**	Устный опрос	ПК-5 ПК-6
Тема 8.3	Неотложные состояния при болезнях желудка и двенадцатиперстной кишки	**9**	**-**	**2**	**4**	**3**	Тестирование	ПК-5 ПК-6
Тема 8.4	Неотложные состояния при болезнях печени, желчного пузыря и желчевыводящих путей	**9**	**-**	**2**	**4**	**3**	Устный опрос	ПК-5 ПК-6
Тема 8.5	Неотложные состояния при болезнях поджелудочной железы	**9**	**-**	**2**	**4**	**3**	Тестирование	ПК-5 ПК-6
Тема 8.6	Неотложные состояния при болезнях кишечника	**7**	**-**	**2**	**2**	**3**	Тестирование	ПК-5 ПК-6
Тема 8.7	Острые гастроинтестинальные кровотечения	**7**	**-**	**-**	**4**	**3**	Презентация, Устный опрос	ПК-5 ПК-6
Тема 8.8	Острый живот	**7**	**-**	**-**	**4**	**3**	Устный опрос	ПК-5 ПК-6
Раздел 9	**Проведение обследования пациентов по профилю «гастроэнтерология» с целью установления диагноза**	**36**	**-**	**-**	**-**	**36**	**Зачет**	**ПК-5, ПК-6**
Раздел 10	**Назначение лечения пациенту и контроль его эффективности и безопасности**	**36**	**-**	**-**	**-**	**36**	**Зачет**	**ПК-5, ПК-6**
Раздел 11	**Реализация и контроль эффективности медицинской реабилитации пациента, в том**	**30**	**-**	**-**	**-**	**30**	**Зачет**	**ПК-8**

	числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или реабилитации инвалидов, оценка способности пациента осуществлять трудовую деятельность							
Раздел 12	**Проведение и контроль эффективности мероприятий по диспансерному наблюдению, профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения**	**36**	**-**	**-**	**-**	**36**	**Зачет**	**ПК-2**
Раздел 13	**Ведение медицинской документации и организация деятельности находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала**	**30**	**-**	**-**	**-**	**30**	**Зачет**	**УК-2**
	Общий объем:	**900**	**18**	**130**	**408**	**200**	**Зачет**	

7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Цель самостоятельной работы обучающихся заключается в глубоком, полном усвоении учебного материала и в развитии навыков самообразования. Самостоятельная работа включает: работу с текстами, основной и дополнительной литературой, учебно-методическими пособиями, нормативными материалами, в том числе материалами Интернета, а также проработка конспектов лекций, написание докладов, рефератов, участие в работе семинаров, научных конференциях.

Обучающиеся, в течение всего периода обучения, обеспечиваются доступом к автоматизированной системе «Ординатура и Магистратура (дистанционное обучение) Ростовского государственного медицинского университета» (АС ОМДО РостГМУ) https://omdo.rostgmu.ru/. и к электронной информационно-образовательной среде.

Самостоятельная работа в АС ОМДО РостГМУ представляет собой доступ к электронным образовательным ресурсам в соответствии с формой обучения (лекции, методические рекомендации, тестовые задания, задачи, вопросы для самостоятельного контроля и изучения, интернет-ссылки, нормативные документы и т.д.) по соответствующей дисциплине. Обучающиеся могут выполнить контроль знаний с помощью решения тестов и ситуационных задач, с последующей проверкой преподавателем, или выполнить контроль самостоятельно.

Задания для самостоятельной работы

№ раздела	Наименование раздела	Вопросы для самостоятельной работы
1.	**Болезни пищевода**	1. Современные методы исследования пищевода. 2. Функциональные расстройства пищевода. Формы функциональных расстройств. Этиология и патогенез. Классификация. Стандарты лечения. 3. Функциональные расстройства пищевода. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение, диспансеризация, показания к оперативному лечению. 4. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Этиология и патогенез. Классификация. Стандарты лечения. 5. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение, диспансеризация, показания к оперативному лечению. 6. Пищевод Баррета. Этиология и патогенез. Эпидемиология. Классификация. Клиническая картина. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение, диспансеризация, показания к оперативному лечению. 7. Специфические поражения пищевода. Этиология и патогенез. Клиника, классификация. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение, диспансеризация. 8. Специфические поражения пищевода. Этиология и патогенез. Морфология. Клиника, классификация. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение, диспансеризация. 9. Поражение пищевода при системных заболеваниях. Этиология и патогенез. Морфология. Клиника, классификация. Диагноз и дифференциальный диагноз.

		Лечение, диспансеризация.
2.	**Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки**	1. Современные методы исследования желудка и двенадцатиперстной кишки. 2. Функциональные расстройства желудка. Формы функциональных расстройств. 3. Синдром диспепсии. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. 4. Хронический хеликобактерный гастрит (тип В). Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. 5. Аутоиммунный метапластический атрофический гастрит (тип А). Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагноз. Лечение. Осложнения. 6. Химический рефлюкс-гастрит (тип С). Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагноз. Лечение Осложнения. 7. Особые формы гастрита. 8. Специфические формы гастрита (гипертрофические гастропатии, болезнь Менетрие, антральная эктазия сосудов желудка). 9. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Этиология и патогенез. Эпидемиология. 10. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. 11. Осложненные формы язвенной болезни. 12. Симптоматические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. 13. Постгастрорезекционный расстройства.
3.	**Болезни печени**	1. Синдромная диагностика заболеваний печени. Холестатический синдром. Синдром цитолиза. Мехенхимально-воспалительный синдром. Желтухи. Геморрагический синдром. 2. Хронический вирусный гепатит С. Эпидемиология. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Принципы терапии. 3. Хронический вирусный гепатит В. Эпидемиология. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Принципы терапии. 4. Циррозы печени. Этиопатогенез. Классификация. Основные клинические синдромы. 5. Болезни накопления и энзимопатии. Этиопатогенез. Клинические проявления. Диагностика. Общие принципы лечения отдельных нозологических форм. 6. Алкогольная болезнь печени. Эпидемиология. Метаболизм этанола в печени. Особенности морфологических проявлений. Клиника. Диагностика.

		Лечение. 7. Лекарственные поражения печени. Эпидемиология. Метаболизм в печени. Особенности морфологических проявлений. Клиника. Диагностика. Лечение. 8. Неалкогольный стеатогепатит. Эпидемиология. Особенности морфологических проявлений. Клиника. Диагностика. Лечение. 9. Первичный склерозирующий холангит. Эпидемиология. Клиника. Диагностика. Лечение. 10. Первичный билиарный цирроз. Эпидемиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
4.	**Болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей**	1. Методы исследования желчного пузыря и желчевыводящих путей. 2. Дискинезия желчного пузыря и желчевыводящих путей. Эпидемиология. Этиопатогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение, показания к хирургическому лечению. 3. Хронический холецистит. Эпидемиология. Этиопатогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение, показания к хирургическому лечению. 4. Желчнокаменная болезнь. Эпидемиология. Этиопатогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Показания к хирургическому лечению. 5. Холангит. Эпидемиология. Этиопатогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Показания к хирургическому лечению. 6. Постхолецистэктомический синдром. Эпидемиология. Этиопатогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Показания к хирургическому лечению.
5.	**Болезни поджелудочной железы**	1. Современные методы исследования поджелудочной железы. 2. Хронические панкреатиты. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Варианты клинического течения. 3. Хронические панкреатиты. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. 4. Нутритивная поддержка больных с заболеваниями поджелудочной железы.
6.	**Болезни кишечника**	1. Современные методы исследования тонкой и толстой кишки. 2. Функциональные расстройства кишечника. 3. Наследственные энтеропатии. 4. Язвенный колит. Этиология и патогенез. Морфология. Классификация. Клиника. 5. Язвенный колит. Местные осложнения. Осложнения

		общего характера. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение, диспансеризация. Показания к оперативному лечению. 6. Синдром избыточного бактериального роста толстого кишечника. Этиология и патогенез. Клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. 7. Болезнь Крона. Этиология и патогенез. Морфология. Клиника. Классификация. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение, диспансеризация. Показания к оперативному лечению. 8. Болезнь Уипла. Этиология и патогенез. Морфология. Клиника. Классификация. Диагноз и дифференциальный диагноз.
7.	**Опухолевые заболевания органов пищеварения**	1. Предраковые состояния пищевода, желудка, кишечника, печени, поджелудочной железы. Этиология. Патогенез. Морфология. Клинические проявления. Диагностика. Принципы наблюдения больных.
8.	**Интенсивная терапия и реанимация при неотложных состояниях в гастроэнтерологии**	1.
9.	**Проведение обследования пациентов по профилю «гастроэнтерология» с целью установления диагноза**	1. Современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики основных нозологических форм и патологических состояний у взрослого населения по профилю «гастроэнтерология».
10.		1. Современные методы применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания при заболеваниях и состояниях у пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.
11.	**Реализация и контроль эффективности медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или**	1. Порядок экспертизы временной нетрудоспособности и признаки временной нетрудоспособности пациента. 2. Порядок направления пациента на медико-социальную экспертизу. 3. Признаки стойкого нарушения функций организма, обусловленного заболеваниями, последствиями травм или дефектами.

	реабилитации инвалидов, оценка способности пациента осуществлять трудовую деятельность.	4. Мероприятия по медицинской реабилитации пациента, медицинские показания и противопоказания к их проведению, определять этап реабилитации с учетом диагноза в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. 5. Медицинские показания и противопоказания к назначению санаторно-курортного лечения в качестве этапа медицинской реабилитации пациента.
12.	**Проведение и контроль эффективности мероприятий по диспансерному наблюдению, профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения**	1. Вопросы организации санитарно-противоэпидемических (предварительных) мероприятий в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний. 2. Нормативные правовые акты и иные документы, регламентирующие порядки проведения медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения. 3. Принципы диспансерного наблюдения за пациентами с неинфекционными заболеваниями и факторами риска в соответствии нормативными правовыми актами и иными документами. 4. Формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию элементов здорового образа жизни, в том числе программ 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. 5. Принципы применения специфической и неспецифической профилактики инфекционных заболеваний, национальный календарь профилактических прививок и календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям. Медицинские показания и противопоказания к применению вакцин, возможные

		осложнения при применении вакцин. 6. Медико-статистические показатели заболеваемости, инвалидности и смертности, характеризующие здоровье прикрепленного населения, порядок их вычисления и оценки.
13.	**Ведение медицинской документации и организация деятельности находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала**	1. Законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья, нормативные правовые акты и иные документы, определяющие деятельность медицинских организаций и медицинских работников. 2. Законодательные и иные правовые акты Российской Федерации, регламентирующие порядки проведения медицинских осмотров, медицинских экспертиз, выдачи листков временной нетрудоспособности, диспансерного наблюдения пациента. 3. Должностные обязанности медицинского персонала в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь взрослому населению, по занимаемой должности. Контроль выполнения должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками.

8. Оценочные материалы для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся

Оценочные материалы, включая оценочные задания для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине представлены в Приложении Оценочные материалы по дисциплине «Гастроэнтерология».

9. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

а) основная литература:

1. Гастроэнтерология. Национальное рук-во: краткое издание / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 480 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача».

2. Гастроэнтерология: рук-во / Я. С. Циммерман. - 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 816 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача».

б) дополнительная литература:

1 Гастроэнтерология и гепатология: диагностика и лечение: рук-во для врачей / под ред. А.В. Калинина, А.Ф. Логинова, А.И. Хазанова. – изд. 2-е, перераб. и доп. – Москва: МЕДпресс-информ, 2011. - 864 с.

2 Ивашкин В.Т. Хронический панкреатит, стеатоз поджелудочной железы и

стеатопанкреатит / В.Т. Ивашкин, О.С. Шифрин, И.А. Соколина. - Москва: Литтерра, 2014. – 230 с.

3 Детская гастроэнтерология: рук-во для врачей / под ред. Н.П. Шабалова. – Москва: МЕДпресс-информ, 2011. – 736 с.

4 Гериатрическая гастроэнтерология: избранные лекции. Т.П. Денисова, Л.А. Тюльтяева. - Москва: МИА, 2011. – 336с.

5 Гастроэнтерология: справочник / под ред. А.Ю. Барановского. Санкт-Петербург: Питер, 2011. – 506 с.

6 Практическая гастроэнтерология / Ф.И. Комаров, М.А. Осадчук, А.М. Осадчук. – Москва: МИА, 2010. – 480 с.

7 Маев И.В. Болезни поджелудочной железы: практическое рук-во / И.В. Маев, Ю.А. Кучерявый. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 736 с. Доступ из ЭБС «Консультант врача»

8 Первичный билиарный цирроз: учеб. Пособие / Е.В. Голованова - Центр. науч.-исследоват. ин-т гастроэнтерологии. – Москва: 4ТЕ Арт, 2011. – 32 с.

9 Язвенный колит: руководство для врачей / В.Г. Румянцев. – Москва: МИА, 2009. – 424с.

10 Заболевания желудочно-кишечного тракта у беременных / В. А. Ахмедов, М. А. Ливзан - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 128 с. Доступ из ЭБС «Консультант врача»

11 Стандарты специализированной медицинской помощи по профилю "гастроэнтерология" / Минздрав России. – Москва: МЕДПРАКТИКА-М, 2013. – 31с.

12 Хронический гепатит В и D: рук-во / Д.Т. Абдурахманов - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 288 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача».

ЭЛЕКТОРОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ	**Доступ к ресурсу**
Электронная библиотека РостГМУ. – URL: http://109.195.230.156:9080/opacg/	Доступ неограничен
Консультант студента [Комплекты: «Медицина. Здравоохранение. ВО», «Медицина. Здравоохранение СПО», «Психологические науки», к отдельным изданиям комплектов: «Гуманитарные и социальные науки», «Естественные и точные науки» входящих в «ЭБС «Консультант студента»]: Электронная библиотечная система. – Москва : ООО «Консультант студента». - URL: https://www.studentlibrary.ru + возможности для инклюзивного образования	Доступ неограничен
Консультант врача. Электронная медицинская библиотека: Электронная библиотечная система. – Москва: ООО «Высшая школа организации и управления здравоохранением.-Комплексный медицинский консалтинг». - URL: http://www.rosmedlib.ru + возможности для инклюзивного образования	Доступ неограничен
Научная электронная библиотека eLIBRARY. - URL: http://elibrary.ru	Открытый доступ
Национальная электронная библиотека. - URL: http://нэб.рф/	Виртуальный читальный зал при библиотеке
БД издательства Springer Nature. - URL: https://link.springer.com/ по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации, удалённо через КИАС РФФИ https://kias.rfbr.ru/reg/index.php *(Нацпроект)*	Бессрочная подписка, доступ не ограничен
Российское образование: федеральный портал**.** - URL: http://www.edu.ru/. – Новая образовательная среда.	Открытый доступ
Федеральный центр электронных образовательных ресурсов. - URL: http://srtv.fcior.edu.ru/ (поисковая система Яндекс)	Открытый доступ
Электронная библиотека Российского фонда	Открытый

фундаментальных исследований (РФФИ). - URL: http://www.rfbr.ru/rffi/ru/library	доступ
Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России. - URL: https://femb.ru/femb/ (поисковая система Яндекс)	Открытый доступ
ЦНМБ имени Сеченова. - URL: https://rucml.ru (поисковая система Яндекс)	Ограниченный доступ
Wiley: офиц. сайт; раздел «Open Access» / John Wiley & Sons. – URL: https://authorservices.wiley.com/open-research/open-access/browse-journals.html (поисковая система Яндекс)	Контент открытого доступа
Cochrane Library: офиц. сайт; раздел «Open Access». - URL: https://cochranelibrary.com/about/open-access	Контент открытого доступа
Кокрейн Россия: российское отделение Кокрановского сотрудничества / РМАНПО. – URL: https://russia.cochrane.org/	Контент открытого доступа
Вебмединфо.ру: мед. сайт [открытый информ.-образовательный медицинский ресурс]. – Москва. - URL: https://webmedinfo.ru/	Открытый доступ
Univadis from Medscape: международ. мед. портал. - URL: https://www.univadis.com/ [Регулярно обновляемая база уникальных информ. и образоват. мед. ресурсов]. Бесплатная регистрация	Открытый доступ
Med-Edu.ru: медицинский образовательный видеопортал. - URL: http://www.med-edu.ru/. Бесплатная регистрация.	Открытый доступ
Мир врача: профессиональный портал [информационный ресурс для врачей и студентов]. - URL: https://mirvracha.ru (поисковая система Яндекс). Бесплатная регистрация	Открытый доступ
DoctorSPB.ru: информ.-справ. портал о медицине [для студентов и врачей]. - URL: http://doctorspb.ru/	Открытый доступ
МЕДВЕСТНИК: портал российского врача [библиотека, база знаний]. - URL: https://medvestnik.ru	Открытый доступ
PubMed: электронная поисковая система [по биомедицинским исследованиям]. - URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/ (поисковая система Яндекс)	Открытый доступ
Cyberleninka Open Science Hub: открытая научная электронная библиотека публикаций на иностранных языках. – URL: https://cyberleninka.org/	Открытый доступ
Научное наследие России: электронная библиотека / МСЦ РАН. - URL: http://www.e-heritage.ru/	Открытый доступ
KOOB.ru: электронная библиотека книг по медицинской психологии**. -** URL: http://www.koob.ru/medical_psychology/	Открытый доступ
Президентская библиотека: сайт. - URL: https://www.prlib.ru/collections	Открытый доступ
SAGE Openaccess: ресурсы открытого доступа / Sage Publications. – URL: https://uk.sagepub.com/en-gb/eur/open-access-at-sage	Контент открытого доступа
EBSCO & Open Access: ресурсы открытого доступа. – URL: https://www.ebsco.com/open-access (поисковая система Яндекс)	Контент открытого доступа
Lvrach.ru: мед. науч.-практич. портал [профессиональный ресурс для врачей и мед. сообщества, на базе науч.-практич. журнала «Лечащий врач»]. - URL: https://www.lvrach.ru/ (поисковая система Яндекс)	Открытый доступ
ScienceDirect: офиц. сайт; раздел «Open Access» / Elsevier. - URL: https://www.elsevier.com/open-access/open-access-journals	Контент открытого доступа
Taylor & Francis. Dove Medical Press. Open access journals : журналы открытого доступа. – URL: https://www.tandfonline.com/openaccess/dove	Контент открытого доступа
Taylor & Francis. Open access books: книги открытого доступа. –	Контент открытого

URL: https://www.routledge.com/our-products/open-access-books/taylor-francis-oa-books	доступа
Thieme. Open access journals: журналы открытого доступа / Thieme Medical Publishing Group . – URL: https://open.thieme.com/home (поисковая система Яндекс)	Контент открытого доступа
Karger Open Access: журналы открытого доступа / S. Karger AG. – URL: https://web.archive.org/web/20180519142632/https://www.karger.com/OpenAccess (поисковая система Яндекс)	Контент открытого доступа
Архив научных журналов / НП НЭИКОН. - URL: https://arch.neicon.ru/xmlui/ (поисковая система Яндекс)	Контент открытого доступа
Русский врач: сайт [новости для врачей и архив мед. журналов] / ИД «Русский врач». - URL: https://rusvrach.ru/	Открытый доступ
Directory of Open Access Journals: [полнотекстовые журналы 121 стран мира, в т.ч. по медицине, биологии, химии]. - URL: http://www.doaj.org/	Контент открытого доступа
Free Medical Journals. - URL: http://freemedicaljournals.com	Контент открытого доступа
Free Medical Books. - URL: http://www.freebooks4doctors.com	Контент открытого доступа
International Scientific Publications. – URL: http://www.scientific-publications.net/ru/	Контент открытого доступа
Медлайн.Ру: медико-биологический информационный портал для специалистов : сетевое электронное научное издание. - URL: http://www.medline.ru	Открытый доступ
Медицинский Вестник Юга России: электрон. журнал / РостГМУ. - URL: http://www.medicalherald.ru/jour (поисковая система Яндекс)	Контент открытого доступа
Вестник урологии («Urology Herald»): электрон. журнал / РостГМУ. – URL: https://www.urovest.ru/jour (поисковая система Яндекс)	Контент открытого доступа
Южно-Российский журнал терапевтической практики / РостГМУ**.** – URL: http://www.therapeutic-j.ru/jour/index (поисковая система Яндекс)	Контент открытого доступа
ГастроСкан. Функциональная гастроэнтерология: сайт. - URL: www.gastroscan.ru	Открытый доступ
Meduniver.com Все по медицине**:** сайт [для студентов-медиков]. - URL: www.meduniver.com	Открытый доступ
Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России. - URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/	Контент открытого доступа
ФБУЗ «**Информационно-методический центр**» Роспотребнадзора: офиц. сайт. – URL: https://www.crc.ru	Открытый доступ
Министерство здравоохранения Российской Федерации: офиц. сайт. - URL: https://minzdrav.gov.ru (поисковая система Яндекс)	Открытый доступ
Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения: офиц. сайт. - URL: https://roszdravnadzor.gov.ru/ (поисковая система Яндекс)	Открытый доступ
Всемирная организация здравоохранения: офиц. сайт. - URL: http://who.int/ru/	Открытый доступ
Министерство науки и высшего образования Российской Федерации: офиц. сайт. - URL: http://minobrnauki.gov.ru/ (поисковая система Яндекс)	Открытый доступ
Современные проблемы науки и образования: электрон. журнал. Сетевое издание. - URL: http://www.science-	Контент открытого доступа

education.ru/ru/issue/index	

10. Кадровое обеспечение реализации дисциплины

Реализация программы дисциплины (модуля) обеспечивается профессорско-преподавательским составом кафедры пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России.

11. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины.

Образовательный процесс по дисциплине осуществляется в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования.

Основными формами получения и закрепления знаний по данной дисциплине являются занятия лекционного и семинарского типа, самостоятельная работа обучающегося и прохождение контроля под руководством преподавателя.

Учебный материал по дисциплине разделен на 13 разделов:

1. Болезни пищевода.
2. Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.
3. Болезни печени.
4. Болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей.
5. Болезни поджелудочной железы.
6. Болезни кишечника.
7. Опухолевые заболевания органов пищеварения.
8. Интенсивная терапия и реанимация при неотложных состояниях в гастроэнтерологии.
9. Проведение обследования пациентов по профилю «гастроэнтерология» с целью установления диагноза.
10. Назначение лечения пациенту и контроль его эффективности и безопасности.
11. Реализация и контроль эффективности медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или реабилитации инвалидов, оценка способности пациента осуществлять трудовую деятельность.
12. Проведение и контроль эффективности мероприятий по диспансерному наблюдению, профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.
13. Ведение медицинской документации и организация деятельности находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала.

Изучение дисциплины, согласно учебному плану, подразумевает самостоятельную работу обучающихся. Самостоятельная работа включает в себя изучение учебной, учебно-методической и основной и дополнительной

литературой, её конспектирование, подготовку к семинарам (практическим занятиям), текущему контролю успеваемости и промежуточной аттестации (экзамену).

Текущий контроль успеваемости по дисциплине и промежуточная аттестация обучающихся осуществляются в соответствии с Положением университета по устанавливающей форме проведения промежуточной аттестации, ее периодичности и системы оценок.

Наличие в Университете электронной информационно-образовательной среды, а также электронных образовательных ресурсов позволяет изучать дисциплину инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья. Особенности изучения дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья определены в Положении об обучении инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

12. Материально-техническое обеспечение дисциплины

Помещения для реализации программы дисциплины представляют собой учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа, занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации, а также помещения для самостоятельной работы и помещения для хранения и профилактического обслуживания учебного оборудования. Помещения укомплектованы специализированной мебелью и техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации большой аудитории.

Для проведения занятий лекционного типа предлагаются наборы демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий, обеспечивающие тематические иллюстрации, соответствующей рабочей программы дисциплины.

Минимально необходимый для реализации программы дисциплины перечень материально-технического обеспечения включает в себя специально оборудованные помещения для проведения учебных занятий, в том числе аудитории, оборудованные мультимедийными и иными средствами, позволяющем обучающимся осваивать знания, предусмотренные профессиональной деятельностью, в т.ч. индивидуально.

Помещения для самостоятельной работы обучающихся оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду РостГМУ.

В случае применения электронного обучения, дистанционных образовательных технологий допускается замена специально оборудованных помещений их виртуальными аналогами, позволяющими обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью.

Кафедра обеспечена необходимым комплектом лицензионного программного обеспечения (состав определяется в рабочих программах дисциплин (модулей) и подлежит ежегодному обновлению).

Программное обеспечение:

1. Office Standard, лицензия № 66869707 (договор №70-А/2016.87278 от 24.05.2016).

2. System Center Configuration Manager Client ML, System Center Standard, лицензия № 66085892 (договор №307-А/2015.463532 от 07.12.2015).

3. Windows, лицензия № 66869717 (договор №70-А/2016.87278 от 24.05.2016)

4. Office Standard, лицензия № 65121548 (договор №96-А/2015.148452 от 08.05.2016);

5. Windows Server - Device CAL, Windows Server – Standard, лицензия № 65553756 (договор № РГМУ1292 от 24.08.2015).

6. Windows, лицензия № 65553761 (договор №РГМУ1292 от 24.08.2015);

7. Windows Server Datacenter - 2 Proc, лицензия № 65952221 (договор №13466/РНД1743/РГМУ1679 от 28.10.2015);

8. Kaspersky Total Security 500-999 Node 1 year Educational Renewal License (договор № 273-А/2023 от 25.07.2023).

9. Предоставление услуг связи (интернета): «Эр-Телеком Холдинг» - договор РГМУ262961 от 06.03.2024; «МТС» - договор РГМУ26493 от 11.03.2024.

10. Система унифицированных коммуникаций CommuniGate Pro, лицензия: Dyn-Cluster, 2 Frontends, Dyn-Cluster, 2 backends, CGatePro Unified 3000 users, Kaspersky AntiSpam 3050-users, Contact Center Agent for All, CGPro Contact Center 5 domains. (Договор № 400-А/2022 от 09.09.2022)

11. Система управления базами данных Postgres Pro AC, лицензия: 87A85 3629E CCED6 7BA00 70CDD 282FB 4E8E5 23717(Договор № 400-А/2022 от 09.09.2022)

12. Защищенный программный комплекс 1С: Предприятие 8.3z (x86-64) 1шт. (договор №РГМУ14929 от 18.05.2020г.)

13. Экосистема сервисов для бизнес-коммуникаций и совместной работы:

- «МТС Линк» (Платформа). Дополнительный модуль «Вовлечение и разделение на группы»;

- «МТС Линк» (Платформа). Конфигурация «Enterprise-150» (договор РГМУ26466 от 05.04.2024г.)

14. Справочная Правовая Система КонсультантПлюс (договор № 24-А/2024 от 11.03.2024г.)

15. Система защиты приложений от несанкционированного доступа Positive Technologies Application Firewall (Догвор №520-А/2023 от 21.11.2023 г.)

16. Система мониторинга событий информационной безопасности Positive Technologies MaxPatrol Security Information and Event Management (Догвор №520-А/2023 от 21.11.2023 г.)

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

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Оценочные материалы

по дисциплине Гастроэнтерология

Специальность 31.08.28 Гастроэнтерология

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

универсальных (УК)/общекультурных (ОК)

Код и наименование универсальной/ общекультурной компетенции	Индикатор(ы) достижения универсальной/ общекультурной компетенции
УК-1 Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	способен к абстрактному мышлению, анализу, синтезу в части гастроэнтерологической патологии

профессиональных (ПК)

Код и наименование профессиональной компетенции	Индикатор(ы) достижения профессиональной компетенции
ПК 1 - 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	способен осуществлять комплекс 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 в части гастроэнтерологической патологии
ПК 5 - 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)	способен к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) в части гастроэнтерологической патологии
ПК 6 - Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической	способен к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи

медицинской помощи	

2. Виды оценочных материалов в соответствии с формируемыми компетенциями

<u>УК-1</u>

Инструкция: Выберите один правильный ответ.

1. Задачи стационарной медицинской помощи населению включают следующие действия, кроме:

а) круглосуточное медицинское наблюдение за больным.
б) квалифицированное диагностическое обследование;
в) проведение лечебных мероприятий по восстановлению здоровья и трудоспособности;
г) обеспечение синтеза лечебных и профилактических мероприятий
Эталон ответа: **г) обеспечение синтеза лечебных и профилактических мероприятий**

2. Процесс формирования здорового образа жизни включает все перечисленные, кроме:

а) информирование населения о факторах риска
б) формирование убежденности в необходимости сохранении здоровья
в) воспитание навыков здорового образа жизни
г) снижение показателя летальности
Эталон ответа**: г) снижение показателя летальности**

3. Здоровый образ жизни в первую очередь определяется активностью:

а) социокультурной
б) медицинской
в) трудовой
г) бытовой
Эталон ответа: **б) медицинской**

4. Медицинская активность включает в себя все перечисленное, кроме:

а) своевременность обращения к врачу при заболевании
б) повышение квалификации врачей
в) своевременность обращения к врачу для профилактического осмотра
г) уровень медицинской грамотности населения
Эталон ответа: **б) повышение квалификации врачей**

5. Ведущими факторами риска возникновения и неблагоприятного течения сердечно-сосудистых заболеваний являются все перечисленное, кроме:

а) злоупотребление алкоголем
б) низкая физическая активность
в) пассивное курение
г) активное курение
д) дефицит массы тела
е) избыточная масса тела
Эталон ответа: **д) дефицит массы тела**

6. К методам и средствам первичной профилактики следует отнести все перечисленное, кроме:

а) раннюю диагностику заболеваний
б) вакцинацию
в) диспансеризацию
г) оздоровление окружающей среды
Эталон ответа: **г) оздоровление окружающей среды**

7. Медицинская профилактика включает в себя:

а) проведение прививок
б) проведение медицинских осмотров
в) выявление заболеваний
г) все перечисленное
Эталон ответа: **г) оздоровление окружающей среды**

8. Развитие профилактического направления в медицине предполагает все перечисленное, кроме:

а) улучшения санитарно-гигиенического воспитания населения;
б) повышения уровня пропаганды здорового образа жизни
в) искоренения вредных привычек;
г) расширения сети больниц и отделений восстановительного лечения; расширения массовых просмотров, диспансеризации, повышения их качества и эффективности
Эталон ответа: **г) расширения сети больниц и отделений восстановительного лечения; расширения массовых просмотров, диспансеризации, повышения их качества и эффективности**

9. Ведущими факторами риска возникновения и неблагоприятного течения онкологических заболеваний являются все перечисленное, кроме:

а) злоупотребление алкоголем

б) низкая физическая активность
в) пассивное курение
г) активное курение
д) избыточная масса тела
Эталон ответа: **б) низкая физическая активность**

10. Медицинская этика – это:

а) верно все вышеперечисленное
б) наука, рассматривающая вопросы врачебного гуманизма, проблемы долга, чести, совести и достоинства медицинских работников
в) наука, помогающая вырабатывать у врача способность к нравственной ориентации в сложных ситуациях, требующих высоких морально-деловых и социальных качеств
г) специфическое проявление общей этики в деятельности врача
Эталон ответа**: а) верно все вышеперечисленное**

11. Основной учетный документ при изучении заболеваемости с временной утратой трудоспособности:

а) медицинская карта амбулаторного больного
б) листок нетрудоспособности
в) экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку
г) статистическая карта выбывшего из стационара
д) талон амбулаторного пациента
Эталон ответа: **б) листок нетрудоспособности**

12. Структура заболеваемости населения характеризуется коэффициентом:

а) экстенсивным
б) соотношения
в) интенсивным
г) наглядности
Эталон ответа**: а) экстенсивным**

13. Что является важнейшим условием для эффективной охраны и укрепления здоровья человека:

а) реальное обеспечение социальных прав человека;
б) формирование у каждого человека мотивации к сохранению своего здоровья;
в) рождение человека здоровым ребенком;
г) установка каждого человека на ведение здорового образа жизни и адекватную медицинскую активность;
Эталон ответа**: в) рождение человека здоровым ребенком;**

14. Укажите определение здоровья, данное в уставе ВОЗ:

а) здоровье — это состояние оптимального функционирования организма, позволяющее ему наилучшим образом выполнять свои специфические социальные функции;
б) здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней или физических дефектов;
в) здоровье – это состояние организма, при котором он оптимально функционирует без признаков заболевания или какого-либо нарушения (отклонения от нормы);
г) здоровье – это состояние оптимального физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезни и недомогания;
Эталон ответа: **б) здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней или физических дефектов;**

15. Что является в соответствии с этическим кодексом российского врача (1994) главной целью профессиональной деятельности врача:

а) добросовестное выполнение врачом своих профессиональных обязанностей;
б) обеспечение высокого уровня здоровья населения;
в) профилактика(предупреждение) болезней и болезненных состояний;
г) сохранение жизни человека и улучшение ее качества путем оказания медицинской помощи
Эталон ответа**: г) сохранение жизни человека и улучшение ее качества путем оказания медицинской помощи**

16. Целью диспансеризации населения является:

а) оценка здоровья на момент обследования;
б) сохранение здоровья пациентов конкретного лечебного учреждения;
в) улучшение здоровья населения;
г) оказание специализированной медицинской помощи
Эталон ответа: **в) улучшение здоровья населения;**

17. Школы здоровья чаще организуют для пациентов по

а) профилю заболевания
б) возрасту
в) половому составу
г) уровню образования
Эталон ответа**: а) профилю заболевания**

18. О качестве профилактической работы свидетельствует показатель

а) занятости койки в стационаре, в который госпитализируется прикрепленное население
б) охвата прикрепленного населения профилактическими медицинскими осмотрами
в) отношения числа пациентов, которым проведена трансплантация почки, к числу нуждающихся
г) текучести кадров
Эталон ответа**: б) охвата прикрепленного населения профилактическими медицинскими осмотрами**

19. Показателями общественного здоровья являются все перечисленные, кроме:

а) трудовой активности населения;
б) заболеваемости;
в) демографических показателей;
г) физического развития населения;
д) обеспеченности врачами и средним медицинским персоналом.
Эталон ответа:
д) обеспеченности врачами и средним медицинским персоналом

20. Охрана здоровья населения в нашей стране обеспечивается системой социально-экономических и медико-санитарных мер, таких как:

а) проведение широких оздоровительных и профилактических мероприятий;
б) создание в быту и на производстве надлежащих санитарно- гигиенических условий;
в) проведение мероприятий по оздоровлению внешней среды;
г) верно все перечисленное.
Эталон ответа: **г) верно все перечисленное**

21. Осуществление профилактического направления в здравоохранении являетс я фактором:

а) преобразования окружающей человека среды;
б) гармонического развития физических и духовных сил человека;
в) преобразования условий жизни человека;
г) преобразования биологических условий жизни человека;
д) всего перечисленного.
Эталон ответа: **д) всего перечисленного.**

22. Основными звеньями первичной профилактики являются все перечисленные, кроме:

а) формирования здорового образа жизни у населения;

б) диспансерного наблюдения за здоровыми людьми;
в) диспансерного наблюдения за больными;
г) создания здоровых условий жизни.
Эталон ответа: **в) диспансерного наблюдения за больными;**

23. Основными факторами окружающей среды, оказывающими влияние на здоровье населения, являются:

а) состояние окружающей среды (воздух, водоснабжение, озеленение и др.)
б) условия труда;
в) питание;
г) условия воспитания и обучения детей и подростков;
д) все перечисленное.
Эталон ответа: **д) все перечисленное.**

24. Основными задачами при проведении диспансеризации населения являются все перечисленные, кроме:
а) систематического медицинского наблюдения за определенными группам людей;
б) освидетельствования во ВТЭК;
в) проведения оздоровительных мероприятий;
г) проведения трудоустройства больных;
д) организации противорецидивного лечения.
Эталон ответа: **б) освидетельствования во ВТЭК;**

25. Диспансеризация включает все перечисленное, кроме:

а) активно выявленных больных
б) диспансерного учета
в) систематического наблюдения
г) патронажа
д) санитарно-просветительской работы
Эталон ответа: **д) санитарно-просветительской работы**

Ситуационные задачи:

Задача № 1

Больной Н., 27 лет, менеджер, поступил в стационар с жалобами на боли в эпигастрии через 2-3 часа после еды, ночные боли, успокаивающиеся после приема раствора соды, изжогу, проявляющуюся мучительным чувством жжения за грудиной, отрыжку воздухом, периодически рвоту съеденной пищей,

приносящей облегчение, общую слабость. Отмечает злоупотребление спиртсодержащими напитками, курит в течение 10 лет по 2 пачки сигарет в день, не соблюдает режим питания. Наследственность отягощена со стороны отца (рак желудка в 54 года). При осмотре - живот правильной формы, при поверхностной пальпации живот мягкий, выявлена болезненность в эпигастрии, больше справа с незначительным мышечным напряжением в этой области. Стул со слов больного за последний месяц имеет склонность к запорам (ранее регулярный ежедневный стул, а за последний месяц через 1-2 дня плотной консистенции).

1. Выделите и обоснуйте синдромы.
2. Как называются боли, возникающие через 2-3 часа после еды?

Эталон ответа:

1. Синдром желудочной диспепсии, болевой синдром, синдром язвенного поражения желудка/ДПК.

2. Боли, возникающие через 2-3 часа после еды, называются поздними.

Задача № 2

Больная К. 35 лет, бухгалтер, обратилась в стационар с жалобами на постоянную тупую боль в правой подвздошной области, периодически возникающие схваткообразные боли по всему животу, хронический запор, стул со слов больной уже несколько лет нерегулярный, имеет твердую консистенцию, форму "овечьего кала", периодически на поверхности каловых масс наблюдается слизь, также беспокоят головные боли, сниженная работоспособность, раздражительность. Болевой синдром беспокоит в течение 4-5 лет, за медицинской помощью неоднократно обращалась в поликлинику по месту жительства, обезболивающие препараты и спазмолитики, принимаемые больной по назначению врача первичного звена здравоохранения малоэффективны. Со слов больной соблюдает режим питания, несмотря на ненормированный режим работы в стрессовых условиях, частые командировки в дальние филиалы фирмы. Гинекологический анамнез со слов больной без особенностей. При

поверхностной пальпации - живот мягкий, выявлена умеренная болезненность по ходу толстой кишки.

1. Выделите синдромы, сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

2. Какая шкала может использоваться для оценки характера стула больного?

Эталон ответа:

1. Болевой синдром, синдром кишечной диспепсии (запор).

2. **Бристольская шкала кала.**

Задача № 3

Больной Б., 19 лет, студент, обратился в поликлинику с жалобами на учащение стула до 6 раз в сутки (в том числе и ночью), примесь крови и слизи в каловых массах (суммарно за сутки теряет до 5 столовых ложек крови), боли в левой подвздошной области, несколько уменьшающиеся после опорожнения кишечника, слабость и головокружение, потеря в массе тела 3 кг за последний месяц. Вышеописанные жалобы беспокоят около 1,5 месяцев, за медицинской помощью обратился впервые, не обследовался, самостоятельно принимал смекту и лоперамид - без эффекта. При осмотре кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. При поверхностной пальпации - живот незначительно напряженный, болезненный в левой подвздошной области.

1. Выделите и обоснуйте синдромы,

Эталон ответа:

1. Болевой синдром, синдром кишечной диспепсии, синдром мальдигестии, синдром мальабсорбции, анемический синдром, синдром нарушенной моторной функции толстой кишки.

Задача № 4.

Больная Н., 56 лет, 5 лет назад стала отмечать кожный зуд, постепенно усиливающийся. 2 года назад появилась желтуха, постепенно нарастающая, тяжесть в правом подреберье. В анамнезе перенесенный гепатит В.

Объективно: резко выраженная желтуха, расчесы на коже, ксантелазмы, сосудистые "звездочки" на груди, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, очень плотная, поверхность мелкобугристая, безболезненная при пальпации. Пальпируется увеличенная селезенка.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Выделите основные синдромы данного заболевания?
3. Что такое сосудистые звездочки?
4. Какие факторы предрасполагают к этому заболеванию?
5. Что такое ксантелазмы?

Эталон ответа:

1. Цирроз печени.

2. Основные клинические синдромы: портальной гипертензии, печеночной недостаточности, гиперспленизма.

3. Слегка возвышающиеся над кожей ангиомы, от которых лучеобразно разветвляются мелкие сосудистые веточки.

4. Вирусный гепатит, холестаз, токсический фактор, алкоголь, дефицит белка.

5. Желтые бляшки холестерина, образующиеся симметрично вокруг век, на ушных раковинах, слизистой оболочке полости рта.

Задача № 5.

Больная Л., 50 лет, жалуется на интенсивные постоянные боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, сухость и горечь во рту, субфебрильную температуру по вечерам. Больна около 5 лет, ухудшение наступило после приема жирной пищи.

Объективно: язык сухой, обложен густым белым налетом. При пальпации живота - положительные симптомы Ортнера и Кера. Температура тела - 37,4°С.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Что такое симптом Ортнера?
3. Почему боли при данном заболевании имеют подобную иррадиацию?

4. Какие факторы предрасполагают к этому заболеванию?

5. В каких случаях определяется положительный симптом Курвуазье?

Эталон ответа:

1. Хронический холецистит в фазе обострения.

2. Болезненность в правом подреберье при поколачивании ребром ладони по реберным дугам.

3. Правый диафрагмальный нерв, обеспечивающий иннервацию печени и внепеченочных желчных путей, берет начало в тех же сегментах спинного мозга, что и нервы, иннервирующие шею, плечо, вследствие чего создается возможность перехода возбуждения на эти нервы.

4. Предрасполагающие факторы: гепатит, ЖКБ, дискинезия ЖВП, алиментарный фактор, малоподвижный образ жизни и др.

5. Симптом Курвуазье характерен для водянки или атонии желчного пузыря.

Задача № 6.

Больная В. 45 лет, вызвала врача "скорой помощи" по поводу интенсивной боли вначале по всему животу, а затем локализовавшейся в правом подреберье. Боль иррадиирует в правое плечо и область правой лопатки. Кроме того, больную беспокоит тошнота, наблюдались двукратная рвота, вздутие живота. Раньше подобных явлений не было. Боль возникла 2 часа назад после езды на машине по неровной дороге. По рекомендации соседки приняла 2 таблетки но-шпы. Интенсивность боли несколько уменьшилась, но спустя некоторое время вновь усилилась, появилась моча темного цвета.

Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела 36,8° С. Подкожно-жировой слой развит чрезмерно, кожа бледная. Язык суховатый, обложен белым налетом. При пальпации живота отмечается болезненность в области правого подреберья и эпигастральной области. Со стороны других органов и систем патологии не выявлено

1. О каком заболевании можно думать?

2. Каковы основные факторы риска развития данной патологии?

3. Чем объяснить характерную иррадиацию?

4. Какие изменения со стороны кала будут иметь место при данной патологии?

5. Назовите возможные осложнения данного заболевания?

Эталон ответа:

1. Желчнокаменная болезнь, печеночная колика.

2. Пол, возраст, избыточная масса тела, беременности в анамнезе, лечение клофибратом, влияние эстрогенов, национальность.

3. Правый диафрагмальный нерв, обеспечивающий иннервацию печени и внепеченочных желчных путей, берет начало в тех же сегментах спинного мозга, что и нервы, иннервирующие шею, плечо, вследствие чего создается возможность перехода возбуждения на эти нервы.

4. Кал ахоличный.

5. Обтурация конкрементом пузырного или общего желчного протока, острый холецистит и холангит, эмпиема желчного пузыря, водянка желчного пузыря, гангрена желчного пузыря, перфорация желчного пузыря.

Задача № 7.

Больной З., 68 лет поступил с жалобами на отсутствие аппетита, вздутие живота, резкое похудание, постоянные боли в области правого подреберья. При осмотре – больной истощен, печень при пальпации бугристая, каменистой консистенции. Размеры печени по Курлову- 14-12-10 см. В крови анемия, лейкоцитоз.

1. О чем следует думать?

2. Что такое гиперспленизм?

3. Какие осложнения данного заболевания Вы знаете?

4. Назовите нормальные размеры печени по Курлову?

5. По каким линиям определяют размеры печени по Курлову?

Эталон ответа:

1. Рак печени.

2. Селезенка более активно участвует в процессе разрушения форменных элементов.

3. Печеночная кома, метастазирование в другие органы, кровотечение.

4. 9±1 см, 8±1 см, 7±1 см.

5. По правой срединно-ключичной, по срединной, по левой реберной дуге.

Задача № 8.

Больной Г., 34 лет с лечебной целью проведено переливание крови. После чего появилась желтуха. При осмотре кожные покровы с лимонным оттенком. Кожного зуда, геморрагических высыпаний нет. Печень при пальпации безболезненна, не увеличена. Селезенка пальпируется из-под края левой реберной дуги.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие виды желтух вам известны?
3. Какой цвет кожных покровов характерен для других видов желтух?
4. Как отличить истинную желтуху от ложной?
5. Как изменится цвет кала и мочи при данной желтухе?

Эталон ответа:

1. Гемолитическая желтуха.

2. Гемолитическая, паренхиматозная, механическая.

3. При паренхиматозной – с оранжевым оттенком, при механической – с зеленоватым.

4. При ложной желтухе не происходит окрашивание слизистых оболочек (склер).

5. Кал темно окрашенный, моча темная.

Задача № 9.

Больной М., 27 лет, слесарь, доставлен в клинику с жалобами на сильные боли в правом подреберье, иррадиирующие под правую лопатку, в правое плечо. Заболел остро. Заболевание связано с погрешностью в диете (накануне ел много

жирной пищи, злоупотреблял алкоголем). Беспокоит тошнота, рвота желчью, температура тела 38,5°С. При пальпации напряжение мышц в эпигастральной области, справа, в точке желчного пузыря. Положительный френикус-симптом.

1.О каком заболевании Вы думаете?

2. Где находится точка желчного пузыря?

3. Что такое френикус-симптом?

4. Почему при данном заболевании боль иррадиирует вверх и вправо?

5. Когда пальпируется желчный пузырь?

Эталон ответа:

1. Острый холецистит.

2. Точка пересечения наружного края прямой мышцы живота и реберной дуги.

3. Болезненность при надавливании между ножками правой грудинно-ключично-сосковой мышцы.

4. Правый диафрагмальный нерв, обеспечивающий чувствительную иннервацию капсулы печени и внепеченочных желчных путей, берет начало в тех же сегментах спинного мозга, что и чувствительные нервы, иннервирующие шею, плечо, вследствие чего создается возможность перехода возбуждения на эти нервы.

5. При водянке желчного пузыря, при раке головки поджелудочной железы.

Задача № 10.

Больной Ц., 42 лет, поступил с жалобами на увеличение живота, одышку, отеки на нижних конечностях и в области поясницы. В 20-летнем возрасте перенес болезнь Боткина. Неоднократно лечился в стационаре.

При осмотре больной истощен, кожные покровы слегка желтушны, отеки на нижних конечностях, в области поясницы, живот резко увеличен в размерах, на боковых поверхностях видна расширенная венозная сеть. При пальпации определяется наличие свободной жидкости в брюшной полости. Печень

выступает из-под края реберной дуги на 3 см, плотная, поверхность ее бугристая. Перкуторно в вертикальном положении больного – тупой звук ниже пупка.

1. О каком заболевании Вы думаете?
2. Выделите основные синдромы?
3. Каким способом можно выявить наличие жидкости в брюшной полости?
4. Назовите нормальные размеры печени по Курлову?
5. Чем можно объяснить выраженное истощение больного, наличие отеков на ногах, в области поясницы?

Эталон ответа:

1. Цирроз печени.

2. Синдром портальной гипертензии, синдром печеночной недостаточности, синдром желтухи.

3. Методом флюктуации, методом перкуссии.

4. 9-8-7 см.

5. Нарушением белковосинтетической функции печени.

Задача № 11.

Больной К., жалуется на плохой аппетит, тошноту, расстройство стула, желтую окраску кожи и склер. Желтуха развивалась медленно. Больной одновременно заметил, что моча стала темной, кал обесцвеченный. При осмотре кожные покровы желтушные. При пальпации печень умеренно увеличена, несколько болезненна, плотновата.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Что является наиболее вероятной причиной развития данной патологии?
3. Выделите основные синдромы?
4. Назовите нормальные размеры печени по Курлову?
5. Чем можно объяснить наличие диспепсии?

Эталон ответа:

1. Механическая желтуха.

2. Так как желтуха развивалась медленно, отсутствует болевой синдром можно думать о сдавлении общего желчного протока опухолью головки поджелудочной железы.

3. Синдром желтухи, диспепсический синдром.

4. 9-8-7 см.

5. Нарушением оттока желчи.

Задача № 12.

Больной Т., 50 лет, грузчик, обратился с жалобами на постоянную боль в правом подреберье, чувство распирания, тошноту, рвоту алой кровью, общую слабость, быструю утомляемость. При осмотре кожные покровы желтушного цвета, эритема ладоней, сосудистые звездочки, вены вокруг пупка расширены. При пальпации печень увеличена, плотная, селезенка увеличена.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Чем можно объяснить наличие рвоты алой кровью?
3. Как называются сосудистые звездочки?
4. О чем свидетельствуют расширенные вены вокруг пупка?
5. Как называется эритема ладоней?

Эталон ответа:

1. Цирроз печени.

2. Кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода.

3. Телеангиоэктазии.

4. Открытие кава-кавальных анастомозов при синдроме портальной гипертензии.

5. Пальмарная эритема.

Задача № 13.

Больной Ю., жалуется на тупые боли в правом подреберье, нарастающую слабость, тошноту, рвоту, повышение температуры тела до 37.6°С. Из расспроса

выяснено, что больной часто употребляет алкоголь, три дня назад принял большую дозу спирта.

При осмотре кожные покровы желтушного цвета, пальпируется увеличенная, плотная печень.

1. О каком заболевании Вы думаете?
2. Что послужило причиной развития данной патологии?
3. Назовите нормальные размеры печени по Курлову?
4. Опишите нормальное состояние печени при пальпации.
5. К чему может привести данное заболевание?

Эталон ответа:

1.Токсический гепатит.

2. Злоупотребление алкоголем, употребление большой дозы спирта (гепатотропный яд).

3. 9-8-7 см.

4. Край печени мягкий, острый или слегка закругленный, ровный, безболезненный.

5. К циррозу печени.

Задача № 14.

Больной Б., 55 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на прогрессирующее похудание в течение последних 5 лет на 15 кг, неоформленный обильный стул с остатками непереваренной пищи и капельками жира 3-4 раза в день, вздутие живота.

С 40 лет на протяжении пяти лет у пациента возникали приступы интенсивных болей в животе, сопровождающиеся рвотой, со временем интенсивность болей стала угасать. С 20летнего возраста регулярно принимает спиртные напитки в большом количестве.

При осмотре: пониженного питания. Кожные покровы сухие, тургор снижен.

Копрологическое исследование: каловые массы серовато-желтого цвета, неоформленные, мягкой неоднородной консистенции, реакция на стеркобилин

– положительная, мышечные волокна, сохранившие исчерченность, нейтральный жир, жирные кислоты, мыла, крахмал.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Укажите основные методы исследования, которые необходимы для подтверждения диагноза.
3. Как называется наличие крахмала в кале?
4. Как называется наличие жира в кале?
5. Как называется наличие непереваренных мышечных волокон?

Эталон ответа:

1. Хронический панкреатит алкогольной этиологии.

2. УЗИ, компьютерная томография поджелудочной железы, исследование ферментов в сыворотке крови и моче.

3. Амилорея.

4. Стеаторея.

5. Креаторея.

Задача № 15.

Мужчина 35 лет, в течение 10 лет страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки с сезонными (весной и осенью) обострениями раз в 2-3 года. Во время последнего обострения характер жалоб изменился: появились интенсивные упорные боли в эпигастрии, часто опоясывающего характера, с иррадиацией в поясницу. Боли не зависят от приема пищи. Больной ощущает тошноту, резкое снижение аппетита. В течение последних 5 дней у больного отмечается частая рвота, температура повысилась до субфебрильной. При осмотре отмечаются болезненность и напряжение в эпигастрии. Стул обычного цвета, кашицеобразный.

1. О каком осложнении язвенной болезни можно думать?
2. На основании каких данных Вы выставили диагноз?
3. Какие данные Вы получите при рентгеноскопии желудка и 12-перстной кишки?

4. Назовите другие дополнительные методы обследования больного?

5. Что можно обнаружить при копрологическом исследовании кала?

Эталон ответа:

1. Пенетрация язвы в поджелудочную железу.

2. Изменение характера болевого синдрома, отсутствие связи с приемом пищи, интоксикационный синдром.

Эталон ответа:

1. Рентгенологическим признаком пенетрации язвы является наличие глубокой «ниши» в желудке или двенадцатиперстной кишке, выходящей за пределы органа.

2. Диагноз подтверждается эндоскопическим исследованием с биопсией краев язвы, а также проводится исследование периферической крови в динамике, диастазы мочи, амилазы крови.

3. Стеаторею, амилорею, креаторею

Задача № 16.

Больная М, 47 лет, продавец. Обратилась с жалобами на боли в правом подреберье, нарастающую слабость, тошноту, рвоту, лихорадку. Из расспроса с трудом удалось выяснить, что больная часто употребляет алкоголь, три дня назад приняла большую дозу спирта. При осмотре: кожные покровы желтушного цвета, пальпируется увеличенная, плотная печень.
Анализ крови: гипербилирубинемия, активность аспартат- и аланин-аминотрансфераз повышена, гипоальбуминемия, гиперглобулинемия, СОЭ повышена, нейтрофильный лейкоцитоз.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Какое осложнение у больной?
3. О чем говорит повышение трансаминаз в крови?
4. Назовите наиболее вероятные изменения ОАК?
5. С помощью каких методов исследования можно выявить синдром портальной гипертензии?

Эталон ответа:

1.Токсический гепатит.

2.Острая печеночная недостаточность.

3.Цитолизе гепатоцитов.

4. Ускорение СОЭ, нейтрофильный лейкоцитоз.

5. ВГДС, ректоскопия, УЗИ печени.

Задача № 17.

Больной 48 лет, бухгалтер, обратился с жалобами на периодически возникающие схваткообразные боли в животе, хронический запор, головные боли, раздражительность. Результаты копрологического исследования выявили, что кал имеет твердую консистенцию, форму «овечьего кала», цвет коричневый, на поверхности слизь, реакция щелочная. При микроскопии обнаружены единичные обрывки хорошо переваренных мышечных волокон, отсутствие жира, отмечается цилиндрический эпителий и лейкоциты.

1.О каком заболевании нужно думать?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы?

3. Какие изменения выявляются при ирригографии?

4. Характерны ли изменения в ОАК при данной патологии?

5. Характерны ли изменения в биохимическом анализе крови при данной патологии?

Эталон ответа:

1. Синдром раздраженной кишки.

2. Ирригография, колоноскопия, анализ кала на дисбактериоз.

3. Признаки дискинезии: неравномерное заполнение и опорожнение, чередование спастически сокращенных и расширенных участков кишечника.

4. Нет.

5. Нет.

Задача№ 18

У больной живот резко увеличен в размерах, при вертикальном положении несколько отвисший, наблюдается выпячивание пупка, в лежачем положении живот распластан, фланки выбухают, кожа передней брюшной стенки блестящая, видна сеть расширенных сосудов около пупка. Перкуторный звук над фланками тупой.

1) Какие области живота называются фланками?

2) Какова причина увеличения живота у больной? Обоснуйте.

3) Какие еще причины равномерного увеличения живота вам известны?

Эталон ответа:

1) Боковые области живота

2) Асцит. Обоснование: в положении стоя живот отвисший (жидкость стекает вниз), пупок выпячен (расширение пупочного кольца), в положении лежа живот «лягушачий» (перераспределение жидкости в боковые отделы живота), кожа блестящая (отек), расширенные вены передней брюшной стенки (еще один признак портальной гипертензии наряду с асцитом), тупой перкуторный звук над животом.

3) Метеоризм, ожирение, беременность.

Задача№ 19

Больную беспокоят резкие боли в области правого подреберья, отдающие в правое плечо, появившиеся после употребления жареной пищи, тошнота, рвота. Объективно: не находит себе места от боли, склеры и кожа зеленовато – желтого цвета, при пальпации болезненность и напряжение мышц живота в области пресечения правой реберной дуги и наружного края прямой мышцы живота, положительные симптомы Ортнера, Кера.

1) Какому органу соответствуют топографические ориентиры области болезненности и напряжения мышц живота у больной?

2) В чем проявляются и о чем свидетельствуют симптомы Ортнера, Кера?

3) Какова вероятная причина желтухи у больной?

4) Как называется болевой синдром у больной?

Эталон ответа:

1) Топографические ориентиры соответствуют желчному пузырю.

2) Симптом Ортнера – болезненность при поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге. Симптом Кера – болезненность при глубокой пальпации желчного пузыря и ее усиление на вдохе.

3) Закупорка камнем общего желчного протока, приведшая к обтурационной (механической) желтухе.

4) Желчная колика.

Задача№ 20

Больной жалуется на слабость, раздражительность, снижение аппетита, тяжесть в правом подреберье, тошноту, рвоту, метеоризм, расстройства стула. При осмотре: желтушность склер и кожных покровов, «сосудистые звездочки» на коже верхней половины туловища. При пальпации печень выступает из – под края реберной дуги на 4 см, плотная.

1) О какой патологии свидетельствуют «сосудистые звездочки»?

2) На что следует обратить особое внимание при выяснении анамнеза у больного?

3) Каково происхождение диспепсии и желтухи у больного?

4) Проявления каково синдрома наблюдается у больного?

Эталон ответа:

1) «сосудистые звездочки» - симптом поражения печени – печеночной недостаточности.

2) Перенесенный острый вирусный гепатит (болезнь Боткина), систематическое употребление алкоголя, токсическое воздействия на печень (гепатотоксичные лекарства, промышленные яды, пестициды и т. д.).

3) Диспепсия и желтуха печеночного происхождения.

4) Синдром печеночной недостаточности.

Задача № 21

Больной, страдающий циррозом печени, жалуется на увеличение живота, слабость, диспептические расстройства. Объективно: при осмотре живота определяется симптом «головы медузы», выявляются асцит, увеличение печени и селезенки.

1) Какой синдром предполагаете?

2) Какое опасное осложнение может развиться у больного?

Эталон ответа:

1) Синдром портальной гипертензии.

2) Кровотечение (пищеводное, желудочное, геморроидальное).

Задача № 22.

Больной Б., 40 лет, токарь. Обратился к врачу с жалобами на постоянные ноющие боли, иррадиирующие в спину, на опоясывающие боли, особенно по ночам. Объективно: болезненность при пальпации эпигастральной области.

1. О каком заболевании можно думать?

2. Назовите диспепсические расстройства, наиболее характерные для данной патологии?

3. Какие внешние изменения стула могут наблюдаться при данной патологии?

4. Каковы наиболее частые причины развития данной патологии?

5. Назовите возможные осложнения данного заболевания?

Эталон ответа:

1. Панкреатит.

2. Тошнота, многократная рвота, метеоризм, поносы.

3. Обильный, кашицеобразный, блестящий

4. ЖКБ, злоупотребление алкоголем, алиментарные факторы.

5. Гиповолемический шок, кровотечение, абсцесс поджелудочной железы.

Задача № 23

Больная К., 55 лет, бухгалтер, предъявляет жалобы на постоянные ноющие боли в правом подреберье, связанные с погрешностями в диете (усиливающиеся после приема жирной пищи), горечь во рту, преимущественно в утренние часы. Из анамнеза выяснено, что болеет около 5 лет, когда впервые появились жалобы на тошноту, горечь во рту, боли ноющего характера в правом подреберье, возникающие после погрешностей в диете. Ранее не обследовалась, самостоятельно принимала спазмолитики. Ухудшение состояния около двух суток, когда усилились боли в правом подреберье, появилась тошнота, рвота, субфебрилитет. Была госпитализирована в хирургическое отделение по месту жительства. Наследственность - мать перенесла холецистэктомию. При осмотре живот правильной формы, при поверхностной пальпации мягкий, умеренное напряжение мышц в эпигастрии, там же локальная болезненность. При перкуссии нижняя граница печени по Образцову по среднеключичной линии + 3см у края реберной дуги, по Курлову 12 см х 9 см х 8 см. При пальпации край печени закруглен, мягко-эластической консистенции, умеренно болезненный при пальпации. Положительные симптомы Мэрфи, Ортнера. Селезенка не пальпируется.

1. Какие диагностические признаки выявляются при пальпации живота при данной патологии

Эталон ответа:

1. При осмотре выявляются симптомы поражения желчного пузыря – положительные симптомы Мэрфи, Ортнера.

Задача № 24

Больная А., 32 года, учитель начальной школы, предъявляет жалобы на выраженный кожный зуд, желтушное окрашивание кожных покровов и склер, потемнение мочи. Из анамнеза: год назад после простуды, не сопровождавшейся повышением температуры, отметила появление сильного кожного зуда в области нижней половины тела, общую слабость. Обращалась к дерматологу, проводилось лечение антигистаминными средствами – без эффекта.

Периодически отмечает подъем температуры до 38^0С, изменение цвета кожных покровов - окраска кожи приняла грязновато-серый оттенок. Пациентка обратилась за медицинской помощью в связи с сохраняющейся лихорадкой на протяжении последнего месяца и наличием выраженного кожного зуда. При осмотре обращает на себя внимание кожные покровы и видимые слизистые желтушной окраски, в области нижних век небольшие ксантелазмы, живот правильной формы, при поверхностной пальпации - мягкий, безболезненный. Размеры печень по Курлову 13 см х 9 см х 8 см, при пальпации плотной консистенции, край острый, умеренно болезненный. Нижний полюс селезенки +1 см у края реберной дуги.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

Эталон ответа:

1. На основании жалоб больного, данных анамнеза, объективных исследований можно предположить наличие хронического гепатита

Задача № 25

Больной Р., 51 год, электрик, обратился в поликлинику с жалобами на тяжесть и дискомфорт в правом подреберье без связи с приемом пищи, общую слабость, быструю утомляемость, вздутие живота. При дальнейшем опросе установлено, что вышеперечисленные жалобы появились около 2 месяцев назад. При осмотре обращает на себя внимание, желтушность кожных покровов и склер. На коже груди единичные сосудистые звездочки, контрактура Дюпюитрена больше выражена слева. Язык влажный, обложен белым налетом у корня. Живот увеличен в размерах, окружность живота 94 см. При пальпации болезненный в эпигастрии, правом подреберье. Размеры печени по Курлову 13 см х 9 см х 8 см. Край печени острый, плотный, болезнен при пальпации. Селезенка перкуторно увеличена – 150х100 мм, не пальпируется.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Выделите клинические синдромы

Эталон ответа:

1. Хроническое заболевание печени (гепатит, цирроз печени).

2. Диспепсический синдром, портальная гипертензия, асцит, гиперспленизм.

Задача № 26

Больной Л., 36 лет, продавец склада алкогольной продукции, предъявляет жалобы на резкие опоясывающие боли в эпигастральной области, возникающие после еды, особенно после жирной и острой пищи, боли стихают при голодании. Беспокоит тошнота, рвота на высоте болей, не приносящая облегчения. После еды - сильное вздутие, урчание, учащение стула до 4 раз в сутки, обильный, блестящий, с резким запахом прогорклого масла и гнилого мяса. Из анамнеза известно, что после обильного употребления алкоголя и жирной пищи часто возникают жгучие опоясывающие боли в верхней части живота, рвота. При осмотре на коже груди и живота мелкие «красные капельки». Язык обложен густым белым налетом. Живот увеличен в размерах. При пальпации живота выявляется болезненность в эпигастрии, правом подреберье, мышечного напряжения нет, симптомов раздражения брюшины нет. Размеры печени по Курлову 13 см х 9 см х 8 см, при пальпации край мягкий, эластичный, болезненный. Селезенка не увеличена. Болезненность при пальпации в околопупочной области, в точке Мейо-Робсона.

1. Выделите основные клинические синдромы
2. Сформулируйте предварительный диагноз

Эталон ответа:

1. На основании жалоб больного можно сделать заключение, что ведущим синдромом является болевой синдром, а также имеет место синдром желудочной диспепсии, кишечной диспепсии.

2. У больного может быть хронический панкреатит.

Задача № 27

В общесоматический стационар поступила больная К., 22 лет, студентка, с жалобами на интенсивные внезапно возникшие боли колющего характера в правом подреберье, иррадиации боли нет. Вышеуказанные жалобы появились в процессе сдачи экзамена. Наследственность - у матери холецистэктомия. Отмечается эмоциональная лабильность. При пальпации живот мягкий, выявлена болезненность в правом подреберье. Размеры печени по Курлову 9 см х 8 см х 7 см, при пальпации край мягкий, эластичный, безболезненный. Селезенка не увеличена.

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз?

Эталон ответа:

1. **Дисфункция желчного пузыря по гиперкинетическому типу.**

Задача № 28

Больной Б., 35 лет, рабочий, обратился в поликлинику с жалобами на постоянные ноющие боли в эпигастрии, в правом и левом подреберьях, иррадиирующие в спину, иногда опоясывающего характера, особенно интенсивность болей нарастает по ночам и после употребления газированных напитков, также больной отметил, что потерял 6 кг за последние 2 месяца на фоне сохраненного аппетита, стул неоформленный, периодически содержит остатки съеденной пищи, плохо смывается со стенок унитаза. Вышеперечисленные симптомы беспокоят больного около 2 месяцев. Обезболивающие препараты и спазмолитики, принимаемые больным самостоятельно, облегчения не приносили. Вредные привычки - злоупотребляет алкоголем (эпизоды употребления крепких алкогольных напитков до 2 раз в неделю, пива – ежедневно), при этом больной продолжает утверждать, что пьет «как все», курит в течение 20 лет по 1 пачке сигарет в день, не соблюдает режим питания. При осмотре на коже спины в межлопаточном пространстве видны небольшие образования красного цвета диаметром 2-3 мм, отмечается гнилостный запах изо рта, при поверхностной пальпации - живот незначительно напряжен, выявлена болезненность в эпигастрии, правом и левом подреберьях, отмечается

болезненность в точках Дежердена и Мэйо-Робсона и в зонах Шоффара и Губергриц-Скульского, поджелудочная железа и желчный пузырь не пальпируются. При перкуссии - размеры печени по Курлову 11 см х10 см х 7 см, границы селезенки в норме.

1. Выделите синдромы, сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Как называются красные образования на коже?

Эталон ответа:

1. Болевой синдром, синдром кишечной диспепсии, синдром мальдигестии, синдром мальабсорбции, синдром внешнесекреторной недостаточности. Хронический панкреатит, стадия обострения.

2. «Кровавые слезки».

Задача № 29

При обследовании больного Г., 48 лет в поликлинике в рамках программы «Диспансеризация населения» обнаружено увеличение живота, более отчетливое в нижнем отделе. При этом жалоб больной не предъявляет. При расспросе следует отметить раздражительность больного, заторможенность и отсутствие критичности в оценке своего состояния. Со слов больного ранее проблем со здоровьем не отмечал. При более подробном опросе выяснилось, что у больного периодически бывает горький привкус во рту и отрыжка с горьким привкусом. Хронические заболевания и перенесенные оперативные вмешательства- вирусные гепатит В с 2013 года, наследственность - отец больного умер от кровотечения при обострении неуточненного заболевания печени. При осмотре - на коже грудной клетки телеангиоэктазии, на коже живота - расширенные вены вокруг пупка. При осмотре живот увеличен в размерах, имеет форму «лягушачьего», пупок выпячен, при перкуссии - тупой звук в области правого и левого фланка, глубокая пальпация затруднена. При перкуссии печени размеры по Курлову- 15 см х 12 см х 10 см, при пальпации печени - край острый, поверхность мелкобугристая, безболезненная при пальпации, при перкуссии размеры селезенки 15 см х 6 см.

1. Выделите синдромы и сформулируйте клинический диагноз.

2. Назовите нормальные размеры печени по Курлову.

Эталон ответа:

1. **Синдром печеночной диспепсии, гепатолиенальный синдром, гиперспленизм, синдром портальной гипертензии, синдром печеночный энцефалопатии.**

2. **Размеры печени по Курлову 9 см х 8 см х 7 см.**

Задача № 30

В общесоматический стационар поступила больная Р., 40 лет с жалобами на острые боли колюще-режущего характера в правом подреберье и эпигастрии, иррадиирущие под правую лопатку. Вышеперечисленные жалобы появились внезапно, на праздничном обеде после употребления холодного шампанского и морепродуктов в масляном соусе. Наследственность - у больной по материнской линии у всех женщин ЖКБ. Гинекологический анамнез – беременность 2, родов - 2, непрерывное употребление комбинированных оральных контрацептивов около 10 лет после вторых родов. Живот вздутый напряженный, болезненность кожи над областью желчного пузыря, положительные симптомы Захарьина, Ортнера, Мерфи.

1. Выделите и обоснуйте синдромы.

Эталон ответа:

1. Болевой синдром (желчная колика), синдром правого подреберья.

Задача № 31

На приеме пациент, 60 лет, с жалобами на периодически, возникающие боли в животе тупого характера.

Анамнез заболевания: вышеуказанные жалобы беспокоят около 6 месяцев, за этот период похудел на 20 кг, также отмечается снижение аппетита, эпизоды тошноты и рвоты, чувство раннего насыщения.

Анамнез жизни: длительно страдает гипертонической болезнь, медикаментозно-контролируемой. Постоянно принимает ингибиторы АПФ. Курит около 40 лет по 10 сигарет в день.

Объективные данные: температура тела 37,2^0 С, АД 130/80 мм рт.ст, пульс 91 уд/мин. При пальпации надключичной области слева определяется безболезненное, малоподвижное образование. При пальпации живота незначительная болезненность в левом верхнем квадранте. Анализ кала на скрытую кровь положительный.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Эталон ответа:

1. Потеря веса, быстрое насыщение, тошнота и рвота, признаки желудочно-кишечного кровотечения и наличие пальпируемого лимфатического узла, свидетельствует о наличии метастазов в надключичные лимфатические узлы, что наиболее характерно для аденокарциномы желудка.

2. Локализация болей в животе не характерна для острого холецистита, а учитывая отсутствие значимых факторов риска вероятность развития хронического панкреатита и цирроза печени низкая. Язвенная болезнь желудка и ДПК может иметь аналогичную клиническую картина в отсутствие лимфаденопатии.

3. ФГДС с забором биопсийного материала, СКТ ОГК, брюшной полости, колоноскопия с забором биопсийного материала, ОАК, биохимия крови, консультация онколога.

Задача № 32

Жена доставила в отделение неотложной помощи 41-летнего мужчину с жалобами на острые боли во всем животе, усиливающиеся при движении.

Анамнез заболевания: накануне вечером у пациента появились жалобы на боли тупого характера в области желудка. Ранее у пациента отмечались боли сходного характера, не обследовался, принимал антациды с улучшением.
Анамнез жизни: наличие хронических заболеваний и оперативных вмешательств отрицает.
Объективное исследование: кожные покровы и видимые слизистые влажные, влажные, при пальпации ригидность брюшной стенки.
1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Эталон ответа:
1. Перитонит.
2. Учитывая характеристику боли (сильная острая боль во всем животе, усиливающаяся при движении), перитонит является наиболее вероятной причиной; предшествующая боль в животе, купируемая антацидами, соответствует пептической язве, для острого холангита и панкреатита не характерен разлитой характер боли, в отсутствии перитонита. Учитывая отсутствие рвоты и оперативным вмешательств на брюшной полости в анамнезе, маловероятно развитие кишечной непроходимости. Отсутствие в анамнезе кардиальной патологии делает диагноз расслоение аорты маловероятным.
3. Консультация хирурга.

Задача №33

Пациент Ф., 27 лет, жалобы на тупые, ноющие малоинтенсивные боли в нижних отделах живота ближе к левому фланку, возникающие перед дефекацией, либо усиливающиеся сразу после опорожнения кишечника, длящиеся около 30-40 минут, неоформленный стул с примесью слизи и небольших количеств алой крови, частота стула до 5-6 раз в сутки, в том числе, в ночное время, ложные позывы на дефекацию с выделением из прямой кишки только слизи с примесью

алой крови, ощущение урчания, бурления в животе в течение дня, снижение веса на 6 кг за прошедшие 5 месяцев. Из анамнеза: нарушение стула впервые отметил 5 месяцев назад после поездки на юг в летнее время и связал указанный симптом с особенностями питания (употребление больших количеств овощей и фруктов). Диарея сохранялась и прогрессировала и после возвращения из отпуска. Самостоятельно принимал смекту, мезим с незначительным и нестойким эффектом. Через 1,5 месяца отметил появление в кале слизи и прожилок крови, затем появились слабые боли по левому фланку живота. Начал прием но-шпы. По совету родственницы 2 недели назад в течение 5 дней принимал левомицетин по 3 таблетки в день, на этом фоне значительно усилились диарея и боли в животе, увеличилась примесь крови в кале, что и послужило поводом для обращения к участковому врачу. Обращение за медицинской помощью откладывал, поскольку считал, что у него имеет место какое-то инфекционное заболевание кишечника и опасался госпитализации в инфекционное отделение, предпочитая лечиться самостоятельно. В прошлом в период студенчества имели место неоднократные эпизоды жидкого стула, появление которых пациент связывал с употреблением якобы недоброкачественных продуктов. Лечился, как правило, самостоятельно, употреблял отвары вяжущих средств. При осмотре: состояние удовлетворительное, t – 36,8°С, рост 178 см, вес 61 кг, кожный покров и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 мин. Сердце – тоны звучные, ритм правильный. ЧСС – 90 в 1 мин. АД – 120/75 мм рт. ст. Язык умеренно диффузно обложен сероватым налетом, влажный. Живот участвует в дыхании, умеренно равномерно вздут, при поверхностной пальпации мягкий, определяется умеренная болезненность по левому фланку живота, при глубокой пальпации отчетливая болезненность в левой подвздошной области, где пальпируется спазмированная, плотноэластическая, болезненная сигмовидная кишка; остальные отделы толстой кишки безболезненны. Пальпация эпигастральной и подреберных областей безболезненна Пузырные симптомы отрицательные. Размеры печени по Курлову и селезенки: 10х8х7 см и 6×4 см соответственно.

Край печени не определяется. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный. В анализах: эритроциты = 3,02 $\times 10^{12}$/л, Hb = 102 г/л, МСН – 23 p/g, МСНС– 300 g/l, лейкоциты = 12,4$\times 10^{9}$/л. СОЭ = 36 мм/час. Копрограмма: кал разжиженный, неоформленный, мышечные волокна, крахмал внутриклеточный в небольшом количестве, лейкоциты до 30-40 в поле зрения, эритроциты в значительном количестве, слизь в большом количестве. Фекальный кальпротектин 532 мкг/г. Общий белок сыворотки 62,3 г/л, альбумины – 49,3%, глобулины 50,7%, СРП – 95мг/л. Ректороманоскопия без подготовки: аппарат введен до 18 см. Слизистая оболочка прямой кишки диффузно гиперемирована, отечна, выраженная контактная кровоточивость, множественные эрозии, местами, сливные, покрытые фибрином. В просвете кишки слизь, окрашенная кровью, и жидкие каловые массы в небольшом количестве.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Определите план ведения пациента с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов.
5. Проведите экспертизу трудоспособности пациента.

Эталон ответа:

1. Наиболее вероятный диагноз: не специфический язвенный колит.
2. Обоснование диагноза:

- Характерные клинические симптомы: тупые, ноющие боли в нижних отделах живота, особенно в левом фланке, перед дефекацией или после нее, наличие слизи и примеси алой крови в стуле, частые ночные стулы и ложные позывы на дефекацию;

- Продолжительность симптомов - 5 месяцев;

- Умеренная болезненность при пальпации левого фланка живота и спазмированная сигмовидная кишка;

- Ректороманоскопия показала гиперемию, отек, контактную

кровоточивость, эрозии и наличие слизи и крови в кишечном просвете;
- Повышенный уровень фекального кальпротектина, что свидетельствует о воспалительном процессе в кишечнике.
3. План дополнительного обследования:
- Колоноскопия с биопсией для подтверждения диагноза и оценки степени поражения кишечника;
- общий анализ крови, биохимический анализ (сывороточный белок, СРП), определение уровня железа, витамина В12 и фолиевой кислоты для оценки наличия анемии и дефицита питательных веществ;
- анализы кала на наличие инфекций и паразитов;
- УЗИ органов брюшной полости для исключения других причин болей в животе.
4. План ведения пациента:
- Медикаментозное лечение: прописать препараты из группы 5-аминосалициловой кислоты (мезалазин) для уменьшения воспаления и снижения симптомов; при неэффективности - препараты глюкокортикостероидов (преднизолон);
- Диетотерапия: рекомендовать пациенту исключить острые, жирные, пряные продукты, алкоголь, кофе, молочные продукты и увеличить потребление пищевых волокон;
- Режим активности: рекомендовать пациенту умеренную физическую активность, такую как ежедневные прогулки;
- При необходимости контроля симптомов и выявления обострений - рекомендовать пациенту вести дневник питания и состояния.
5. Экспертиза трудоспособности:
Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности :32-40 дней, далее, если после проведённого лечения и при наличии поддерживающей терапии рецидивы будут чаще 3 раз в год, ставится вопрос об инвалидности

Задача №34.

Пациент Б., 40 лет, жалобы на ноющие боли в эпигастральной области, которые возникают через 20-30 минут после приема пищи; на тошноту и рвоту желудочным содержимым, возникающую на высоте болей и приносящую облегчение; на снижение аппетита. Из анамнеза заболевания: впервые подобные жалобы возникли около 7 лет назад, но боли купировались приемом Алмагеля и Но-шпы. За медицинской помощью ранее не обращался. Отмечает весенне-осенние обострения заболевания. Ухудшение самочувствия около двух дней, после употребления алкоголя и жареной пищи. Работает водителем маршрутки. Питается нерегулярно, часто употребляет алкоголь. Курит в течение 23 лет до двух пачек сигарет в день. Наследственный анамнез: у отца – язвенная болезнь желудка. Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Астеник, пониженного питания. Кожа и видимые слизистые бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в мин. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 74 удара в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 74 удара в минуту. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, симптом Менделя положительный, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул ежедневно, без патологических примесей. Данные дополнительных методов исследования. Общий анализ крови: гемоглобин – 132 г/л, эритроциты – $4{,}4\times10^{12}$/л, лейкоциты – $6{,}4\times10^{9}$/л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 60%, лимфоциты – 30%, моноциты – 8%, СОЭ – 10 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность – 1018, эпителий – 2-4 в поле зрения, белок, цилиндры, соли - не определяются. Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,5 ммоль/л, фибриноген – 2,9 г/л, общий белок – 68 г/л. ВГДС: пищевод свободно проходим, слизистая не изменена, кардиальный жом смыкается. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая гиперемирована, складки обычной формы и размеров, в кардиальном отделе по большой кривизне определяется язвенный дефект 1,0-1,5 см, с ровными краями, неглубокий, дно

прикрыто фибрином. Луковица двенадцатиперстной кишки обычной формы и размеров, слизистая бледно-розового цвета. Выявлен Helicobacter pylori.

1. Выделите основные синдромы.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Обоснуйте диагноз.
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
5. Перечислите основные принципы лечения.

Эталон ответа:

1. Основные синдромы: болевой, диспептический.

2. Диагноз: Язвенная болезнь желудка, обострение.

3. Обоснование диагноза:

- Пациент имеет жалобы на ноющие боли в эпигастральной области, которые возникают после приема пищи. Это типичный симптом язвенной болезни желудка.

- Наличие тошноты и рвоты желудочным содержимым, которая приносит облегчение, также характерно для язвенной болезни.

- Язвенный дефект обнаруженный при вгдс

4. Заболевания, с которыми необходимо дифференцировать данную патологию:

- Симптоматические язвы

- Рак желудка

5. Основные принципы лечения:

- Устранение Helicobacter pylori с помощью эрадикационной терапии .

- Применение антисекреторных препаратов.

- Регулярное прием пищи и исключение острой, жареной, жирной пищи.

- Отказ от курения и употребления алкоголя.

- Соблюдение диеты, исключающей раздражающие продукты и напитки.

- При необходимости применение препаратов для облегчения боли и симптомов диспепсии.

Задача №35.

Пациент Н., 33 лет, жалобы на боли в эпигастральной области, преимущественно натощак, через 2 часа после еды, ночью, купируются приемом пищи. Беспокоит отрыжка кислым, стул регулярный, оформленный. У отца и деда по отцовской линии — язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Курит с 16 лет до 20 сигарет в день. Объективно: астенического телосложения, умеренного питания. Кожа чистая. Со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы патологии не выявлено. ЧСС — 72 уд. в мин. АД 120/75 мм рт. ст. При поверхностной пальпации живота болезненность в пилородуоденальной области. Печень не увеличена, безболезненная при пальпации. Физиологические отправления в норме. Общий анализ крови: Hb – 126 г/л, цв. показ. – 0,91, эритроциты – $4,1*10^{12}$/л; лейкоциты– $7,0*10^{9}$/л; п/я – 3%, с/я – 51%, э – 3%, л – 36%, м – 7%, СОЭ – 6 мм/час. ВГДС: в желудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией. Слизистая луковицы дуоденум очагово гиперемирована, отечная, на задней стенке язвенный дефект 0,6 х 0,5 см, округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Взята биопсия. УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь грушевидной формы 73х35 мм, с перегибом на дне, содержимое с осадком, стенки 2 мм. Поджелудочная железа: не увеличены, эхогенность головки и хвоста снижена. pH – метрия желудка: натощак – pH в теле 2,4; в антральном отделе – 4.2, через 30 мин после стимуляции 0,1% раствором гистамина в дозе 0,008 мг/кг – pH в теле 1,4; в антруме – 2,8. Дыхательный уреазный тест: положительный. Биопсийный тест на HP-инфекцию: положительный (++).

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Перечислите основные методы и способы диагностики HP-инфекции.
4. Предложите схему лечения данному больному.
5. Прогноз, диспансеризация, профилактика заболевания.

Эталон ответа:

1. Наиболее вероятный диагноз: язвенная болезнь ДПК.
2. Обоснование диагноза:
- Жалобы пациента на боли в эпигастральной области, преимущественно натощак, через 2 часа после еды, которые купируются приемом пищи, указывают на характерные симптомы язвенной болезни.
- Отрыжка кислым также является характерным симптомом язвенной болезни.
- Наличие родственников (отца и деда по отцовской линии) с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки может указывать на наследственную предрасположенность к данному заболеванию.
- При проведении ВГДС выявлены характерные изменения слизистой оболочки дуоденума, такие как очаговая гиперемия, язвенный дефект.
3. Основные методы и способы диагностики HP-инфекции:
- Дыхательный уреазный тест.
- Биопсийный тест на наличие HP-инфекции.
- Серологические методы (определение антител IgG к H. pylori).
- Методы молекулярной биологии (полимеразная цепная реакция, гибридизация).
4. Схема лечения данного больного:
- Эрадикационная терапия для лечения HP-инфекции, включающая комбинацию препаратов: ингибитор протонной помпы (например, Рабепразол 20сг 2р в день), антибиотики (амоксициллин 1г 2 раза в день, кларитромицин или метронидазол 500мг 2 р в день) и висмут дицитрат (Де-нол 120г 4 р в день)
- Симптоматическое лечение для облегчения болей и снижения кислотности желудка (например, антациды, прокинетики).
5. Прогноз, диспансеризация, профилактика заболевания:
- Прогноз зависит от своевременности и эффективности лечения. При своевременном и полноценном лечении прогноз обычно благоприятный.
- Диспансеризация включает регулярное наблюдение у врача для контроля

состояния и эффективности лечения, а также проведение необходимых диагностических исследований в течение 5 лет.
- Профилактика заболевания включает соблюдение здорового образа жизни, отказ от курения, регулярное питание, избегание стрессовых ситуаций, а также своевременное обращение к врачу при появлении симптомов. В случае выявления HP-инфекции у близких родственников рекомендуется проведение скрининга и лечение, если необходимо.

Задача №36.

Пациент С., 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 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.

1. Какой вариант хронического панкреатита по этиологическому фактору наиболее вероятен?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие признаки характерны для наследственного панкреатита?
4. Каков патогенетический механизм развития панкреатита при мутации гена катионического трипсиногена?
5. Какова относительная частота наследственного панкреатита с аутосомно-доминантным наследованием в этиологической структуре хронических панкреатитов?

Эталон ответа:

1. Наиболее вероятным вариантом хронического панкреатита по этиологическому фактору является наследственный панкреатит.
2. Диагноз обострение хронического панкреатита обосновывается наличием характерных симптомов, таких как интенсивная боль в эпигастрии с иррадиацией в левое подреберье, тошнота, непереносимость жирной пищи, а также наличием изменений поджелудочной железы и билиарного сладжа на ультразвуковом исследовании,есть семейный анамнез, ввиду которого поставлен диагноз наследственного панкреатита.
3. Признаки, характерные для наследственного панкреатита, включают:
- Раннее начало симптомов панкреатита (обычно до 30 лет);
- Семейный анамнез панкреатита у близких родственников;
- Рецидивирующие эпизоды панкреатита с тяжелым течением и возможными осложнениями;
- Высокий риск развития рака поджелудочной железы.
4. Патогенетический механизм развития панкреатита при мутации гена катионического трипсиногена заключается в нарушении нормального метаболизма трипсина. Мутации в гене приводят к повышенной активности трипсина, что может привести к повреждению тканей поджелудочной железы и развитию воспалительного процесса.
5. Относительная частота наследственного панкреатита с аутосомно-доминантным наследованием в этиологической структуре хронических панкреатитов составляет около 5-10%.

Задача №37.

Пациентка В., 25 лет, обратилась к гастроэнтерологу с жалобами на изжогу и чувство тяжести в области нижней трети грудины, возникавшие через 15–30 мин после еды, употребления соков и газированных напитков. Указанные симптомы несколько лет купировала приемом антацидов. Однако в течение последнего месяца их эффективность значительно снизилась. Выполнена ВГДС - пищевод свободно проходим, перистальтирует, слизистая не изменена, Z-линия на 1,0 см

выше кардии, ровная. Кардия в 40 см от резцов, перистальтирует, полностью смыкается, свободно проходима. Желудок хорошо расправляется воздухом, перистальтика активная. В просвете умеренное количество слизи. Складки слизистой обычной высоты. Слизистая на большем протяжении пятнисто гиперемирована, истончена. Привратник симметричен, перистальтирует, смыкается, свободно проходим. Луковица ДПК не деформирована, слизистая отечна, гиперемирована. Верхне-горизонтальная, нисходящая часть ДПК не изменены. В просвете кишки желчи нет. При осмотре БДС желчь не поступает в луковицу ДПК.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Позволяет ли отсутствие эндоскопических изменений пищевода исключить диагноз ГЭРБ?
3. У какой части не леченных или неадекватно леченных больных неэрозивной ГЭРБ развивается рефлюкс эзофагит (в среднем)?
4. Какой метод с наибольшей достоверностью позволяет дифференцировать неэрозивную ГЭРБ и «функциональную» изжогу?
5. Какие рекомендации по изменению образа жизни необходимо дать пациентке?

Эталон ответа:

1. Наиболее вероятный диагноз - гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ).

2. Отсутствие эндоскопических изменений пищевода не исключает диагноз ГЭРБ. Наличие этих изменений является характерным, но не обязательным признаком ГЭРБ.

3. Рефлюкс эзофагит развивается в среднем у 25-30% не леченных или неадекватно леченных больных с неэрозивной ГЭРБ.

4. Метод с наибольшей достоверностью для дифференциации неэрозивной ГЭРБ и "функциональной" изжоги является проведение 24-часовой pH-метрии пищевода.

5. Рекомендации по изменению образа жизни для пациентки включают

следующее:

- Избегать употребления пищи и напитков, которые могут способствовать рефлюксу, таких как острые и жирные продукты, шоколад, кофе, алкоголь, газированные напитки.

- Избегать приема больших порций пищи, особенно перед сном.

- Поддерживать здоровый вес и избегать избыточного давления на желудок.

- Поднять голову кровати на 15-20 см при сне и спать на левом боку, чтобы уменьшить рефлюкс во время ночного сна.

- Прием антацидов может быть рекомендован для снятия симптомов изжоги, но не является долгосрочным решением.

- Приём антисекреторной терапии.

Задача №38.

Пациент К., 22 лет, жалобы на «кислую» отрыжку, изжогу, чувство тяжести после приема пищи, осиплость голоса по утрам и ощущения «кома в горле». Рос и развивался в соответствии с возрастом. Мама: 46 лет, хронический гастродуоденит. Отец: 48 лет, язвенная болезнь ДПК. Вредных привычек нет. 4-5 раз в неделю питается в пунктах быстрого питания. Первые симптомы: отрыжка воздухом или кислым, изжога появилась 4 месяца назад; последние 3-4 недели изжога после каждого приема пищи, усиливающаяся при наклонах, особенно во время игры в боулинг; утром на подушке отмечает следы мокрых пятен. При осмотре: кожа чистая, питание удовлетворительное. Язык обложен белым налетом. В легких без патологии. Тоны сердца звучные, экстрасистолия. Живот доступен пальпации. Болезненность при глубокой пальпации в пилородуоденальной зоне. Симптом Мендаля отрицательный. Печень и селезенка не пальпируется. Стул со склонностью к задержке до 36 часов. Дизурических симптомов нет.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.

4. Препараты какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту?
5. Составьте план лечения больного.

Эталон ответа:

1. Наиболее вероятный диагноз - гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ).

2. Обоснование диагноза:

- Пациент имеет типичные симптомы ГЭРБ, такие как изжога, отрыжка, чувство тяжести после приема пищи.

- Семейный анамнез, наличие гастродуоденита у матери и язвенной болезни ДПК у отца, что увеличивает риск развития ГЭРБ у пациента.

- Потребление пищи в пунктах быстрого питания может способствовать развитию ГЭРБ из-за высокого содержания жировой и пряной пищи, а также большого количества съедаемой пищи за короткий промежуток времени.

- У пациента также есть другие симптомы ГЭРБ, такие как осиплость голоса по утрам, мокрые пятна на подушке с утра и ощущение «кома в горле».

3. План дополнительного обследования:

- Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) для оценки состояния пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, исключения органических изменений и оценки степени эрозивного повреждения слизистой оболочки.

- pH-метрия пищевода для измерения уровня кислотности в пищеводе и подтверждения наличия рефлюкса.

- Манометрия пищевода для оценки функционального состояния сфинктера пищевода.

4. Препараты ингибиторов протонной помпы рекомендуются для лечения ГЭРБ.

5. План лечения:

- Изменение образа жизни: снижение потребления жирной и пряной пищи,

уменьшение размера порций, избегание приема пищи за 2-3 часа до сна, поднятие головы при сне, борьба с избыточным весом.

- Назначение ингибиторов протонной помпы для снижения выделения желудочной кислоты и улучшения симптомов.

- При необходимости может быть рекомендовано добавление антацидов для симптоматического облегчения изжоги.

- При отсутствии эффекта от медикаментозного лечения или наличии осложнений, таких как эзофагит, может потребоваться хирургическое вмешательство.

Задача №39.

Пациентка М., 22 лет жалобы на «голодные» боли в эпигастрии в течение года, появляются утром натощак, через 1,5-2 часа после еды, ночью, купируются приемом пищи. У матери язвенная болезнь ДПК, у отца гастрит. Учится в хореографическом колледже, питается не регулярно. Осмотр: рост – 178 см, масса – 64 кг, кожа бледно-розовая, чистая. Живот: симптом Менделя положителен в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области. Печень не пальпируется. По другим органам без патологии. Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, цветной показатель – 0,9, эритроциты – 4,2×1012/л; лейкоциты – 7,2×109/л; палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 51%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 36%, моноциты – 7%, СОЭ – 6 мм/час. Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачная, pH – 6,0; плотность – 1017; белок – нет; сахар – нет; эпителиальные клетки – 1-2-3 в п/з; лейкоциты – 2-3 в п/з. Биохимический анализ крови: общий белок – 74 г/л, АлАТ – 22 Ед/л, АсАТ – 24 Ед/л, ЩФ – 136 Ед/л (норма 7-140), амилаза 90 Ед/л (норма 10-120), билирубин – 14 мкмоль/л, их них связ. – 3 мкмоль/л. ВГДС: слизистая пищевода розовая, кардия – смыкается. В желудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией, в антруме – на стенках – множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая луковицы дуоденум – очагово

гиперемирована, отечная, на задней стенке язвенный дефект 0,9-0,6мм округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Взята биопсия. УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь грушевидной формы 55×21 мм с перегибом в дне, содержимое его гомогенное, стенки 1 мм. В желудке большое количество гетерогенного содержимого, стенки его утолщены. Поджелудочная железа: головка 17 мм (норма 18), тело 15 мм (норма 15), хвост 16мм (норма 18), эхогенность головки и хвоста нормальная. Биопсийный тест на НР-инфекцию: положительный (++).

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. На основе каких, препаратов Вы бы рекомендовали схему первой линии эрадикационной терапии?
5. Необходимо ли взять пациента на диспансерный учет? Что нужно рекомендовать пациенту в качестве профилактической терапии?

Эталон ответа:

1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ассоциированная с Helicobacter pylori, одиночная малая (0,9 см) язва задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки впервые выявленная, рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки Диагноз подтверждают данные ВГДС: слизистая пищевода розовая, кардия – смыкается. В желудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией, в антруме – на стенках – множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая луковицы дуоденум – очагово гиперемирована, отечная, на задней стенке язвенный дефект 0,9-0,6мм округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Ассоциация язвенной болезни с Helicobacter pylori определена по положительному биопсийному тесту.

3. Пациенту с целью исключения осложнений рекомендовано следующее обследование: полный гематологический анализ крови, трансаминазы

(АЛТ, АСТ), сахар крови, креатинин крови. Проведение ЭКГ для дифференциального диагноза с ИБС; УЗИ брюшной полости для исключения сопутствующей патологии; для уточнения степени воспаления и выявления метаплазии – цитологическое и гистологическое исследование биоптата краѐв язвы и слизистой в месте поражения пищевода, суточная внутрипищеводная pH-метрия для уточнения характера рефлюктата. Консультация врача хирурга - по показаниям (при наличии осложнения язвенной болезни), врача-онколога – при подозрении на злокачественный характер изъязвления.

4. Трѐхкомпонентная схема эрадикации Helicobacterpylori: ИПП в стандартной дозе (Омепразол – 20 мг, Лансопразол – 30 мг, Рабепразол – 20 мг или Эзомепрозол – 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. Через 14 дней продолжить прием ИПП в стандартной дозе ещѐ 2-5 недель для эффективного заживления язвы под контролем ФГДС. 5. Все пациенты с язвенной болезнью и ГЭРБ должны состоять на диспансерном учѐте. Рекомендуется немедикаментозная терапия

1) избегать обильного приѐма пищи;

2) после приѐма пищи избегать наклонов вперѐд и горизонтального положения; последний приѐм пищи не позднее, чем за 3 часа до сна;

3) ограничить приѐм продуктов, снижающих давление нижнего пищеводного сфинктера и оказывающих раздражающее действие на слизистую оболочку пищевода: богатых жирами (цельного молока, сливок, тортов, пирожных), жирной рыбы и мяса, алкоголя, кофе, крепкого чая, шоколада, цитрусовых, томатов, лука, чеснока, жаренных блюд; отказаться от газированных напитков;

4) спать с приподнятым головным концом кровати;
5) исключить нагрузки, повышающие внутрибрюшное давление – не носить тесную одежду и тугие пояса, корсеты, не поднимать тяжести более 8-10 кг на обе руки, избегать физических нагрузок, связанных с перенапряжением брюшного пресса; 6) отказаться от курения; нормализовать и поддерживать массу тела в норме. Профилактическую терапию «по требованию» назначают при появлении симптомов, характерных для обострения язвенной болезни.
5. Пациента необходимо взять на д-учет. Рекомендовано – профилактические обследования не реже 2 раз в год.

Задача №40.

На приеме пациентка 24 лет с жалобами на боли в животе, в области эпигастрия, возникающие натощак, через 2 часа после приема пищи, ночные, изжогу, отрыжку воздухом. Из анамнеза: учится в университете с интенсивным изучением иностранных языков, регулярно посещает спортзал. У отца - язвенная болезнь ДПК. Первые симптомы заболевания появились 5 месяцев назад, постепенно участились, приняли интенсивный характер. Амбулаторно получала лечение алмагель, мезим форте с непродолжительным положительным эффектом. При осмотре: рост 170 см, масса 60 кг. Кожные покровы чистые. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Дыхание над легкими везикулярное. Хрипов нет. ЧДД - 20 в 1 минуту. Тоны сердца средней звучности, ясные, ритмичные. ЧСС - 68 в 1 минуту. АД - 115/60 мм рт. ст. Язык обложен неплотным налетом белого цвета. Живот не вздут, мягкий, болезненный в области эпигастрия, проекции пилородуоденальной зоны. Печень у края реберной дуги. Стул 1 раз в день, оформленный. По другим органам – без патологии. Общий анализ крови - эритроциты - 4,5×1012/л, Нв - 135 г/л, Ht - 37,6, лейкоциты - 6,3×109/л, эозинофилы - 3%, п/я - 2%, с/я - 48%, лимфоциты - 40%, моноциты - 7%, СОЭ - 7мм/ч. Биохимический анализ крови – АлТ - 13 Ед/л, АсТ - 16 Ед/л, об. белок -

70 г/л, α-амилаза – 24 е/л, об. билирубин - 13,2 мкмоль/л, пр. билирубин - 1,4 мкмоль/л, ЩФ - 340 ед. (норма 380 ед.). Общий анализ мочи - кол-во - 40,0 мл, цвет - св. желтый, прозрачность полная, уд. вес - 1007, белок - нет, эп. клетки 1-0-1 в п/зр., лейкоциты 1-2 в п/зр., эр. - 0, соли - оксалаты, слизь - отр., бактерии - отр. ВГДС: слизистая пищевода розовая. Слизистая желудка во всех отделах и слизистая луковицы гиперемирована, гипертрофирована, в просвете желудка умеренное количество мутной желчи. Слизистая ДПК гиперемирована, гипертрофирована, на передней стенке луковицы ДПК язвенный дефект 0,6×0,5см, покрытый грязно-серым фибриновым налетом, окруженный венчиком гиперемии, Нр (+++). УЗИ: печень - контур ровный, четкий, нормальных размеров, эхоструктура паренхимы однородная, сосуды не расширены. Желчный пузырь - 50×20 мм (норма 53×22 мм), деформирован перегибом в средней трети тела, стенки не уплотнены, содержимое неоднородное, взвесь. Поджелудочная железа - контур ровный, четкий, размеры – головка – 18 мм (норма), тело - 15 мм (норма), хвост - 19 мм (норма), эхоструктура паренхимы однородная, селезенка - контур ровный, четкий, нормальных размеров, эхоструктура паренхимы однородная.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте выставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Какое лечение необходимо назначить?
5. Необходимо ли взять пациента на диспансерный учет? Что нужно рекомендовать пациенту в качестве профилактической терапии?

Эталон ответа:

1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки с локализацией в луковице, НР - позитивная, впервые выявленная, фаза обострения. Хронический гастродуоденит. Дуодено-гастральный рефлюкс. Хронический холецистит, латентное течение.

2. Анамнез: молодой возраст, эмоциональные перегрузки, отягощенная наследственность.

Осмотр: Язык обложен белым налётом. Живот болезненный в эпигастрии и правом подреберье. Диагноз поставлен, опираясь на данные УЗИ и ВГДС.

3. Копрограмма, кал на скрытую кровь, сывороточное железо, ферритин, внутрижелудочная pH-метрия.

4. -ограничение физ. и эмоциональной нагрузки.

-частое питание с механическим и физическим щажением приготовления еды.

-стандартная тройная терапия: ИПП + амоксициллин 50 мг/кг/сут

+ кларитромицин 20 мг/кг/сут или

ИПП + кларитромицин + джозамицин

Продолжительность терапии 10-14 дней. При неэффективности - квадротерапия с добавлением коллоидного субцитрата висмута.

контроль лечения через 6 нед. неинвазивными методами (уреазный дыхательный тест, например.)

-возможно антациды и прикинетики.

Диспансерный учет, обследование 2 раза в год

Задача №41.

Пациентка У., 25 лет, обратилась с жалобами на ноющие боли в эпигастрии, усиливающиеся утром натощак, отрыжку воздухом. Анамнез заболевания: жалобы на боли в животе беспокоят в течение 1 года. Мать страдает язвенной болезнью ДПК, у отца – гастрит. Осмотр: состояние среднетяжелое. Рост – 168 см, масса – 64 кг. Кожа бледно-розовая, чистая. Дыхание в легких везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ясные. При поверхностной и глубокой пальпации живота небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области, синдром Менделя положителен. Печень не увеличена. Стул и диурез не нарушены. В условиях поликлиники были выполнены следующие исследования: В анализе крови: RBC – 4,4x1012/l, Hb – 129 g/l, MCV – 90 fl, MCH – 30 pg, MCHC – 35 g/l, WBC – 6,9×109/l, RDW –

12,5%, NEU – 51%, EOZ – 3%, LYM – 36%, MON – 7%, BAZ – 3, PLT – 250x109/l, СОЭ – 5 мм/ч. В общем анализе мочи: светло-желтая, прозрачная, уд. вес – 1015, реакция кислая, белок (–), сахар (–), лейкоциты – 2-3 п/зр, ацетон (–), слизь ед. Биохимический анализ крови: общий белок – 75 г/л, АЛТ – 22 Ед/л, АСТ – 28 Ед/л, ЩФ – 120 Ед/л (норма 70-140), амилаза – 80 Ед/л, тимоловая проба – 3 Ед, билирубин общий – 16 мкмоль/л. ВГДС: слизистая пищевода гиперемирована, кардия смыкается не полностью. В желудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией, в антруме на стенках множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая луковицы 12-перстной кишки очагово гиперемирована, отечная. Тест на H. pylori отрицательный. УЗИ органов брюшной полости: контуры печени ровные, паренхима гомогенная, эхогенность не усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Желчный пузырь грушевидной формы 45х28 мм (норма 50х30) с перегибом в области дна. Поджелудочная железа: головка 18 мм, тело 15 мм, хвост 20 мм. Эхогенность головки и хвоста нормальная.

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Обоснуйте выставленный Вами диагноз.
3. Оцените лабораторные показатели этой пациентки.
4. Опишите принципы лечения данного больного в поликлинических условиях.
5. Принципы реабилитации в амбулаторных условиях.

Эталон ответа:

1) Диагноз: хронический поверхностный гастродуоденит, фаза обострения.

2) Поставлен на основании: жалоб на ноющие боли в эпигастрии, усиливающиеся утром натощак, отрыжку воздухом;

Анамнеза заболевания: жалобы на боли в животе беспокоят в течение 1 года, состояние среднетяжѐлое. При поверхностной и глубокой пальпации живота небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области, синдром Менделя положителен, лабораторных и инструментальных методов исследования: щелочная

фосфатаза 140 (норма 70-140), ФЭГДС. УЗИ органов брюшной полости.
3) ОАК – норма, ОАМ – норма, Б/Х крови – ЩФ 140 – увеличена, что говорит о патологии ЖВП.
4) Диетотерапия (механически, термически и химически щадящая),
Ферменты (панзинорм, пепсидил, креон)
Антациды (альмагель, фосфалюгель)
Спазмолитики (дюспаталин, но-шпа)
Ингибиторы протонового насоса (лосек, омепразол)
Минеральные воды (ессентуки 4 и 17)
Физиолечение при упорном болевом синдроме)
5) Противорецидивное лечение раза в год (весной и осенью)
Соблюдение диеты (стол №2)
ферментотерапия (3-4 недели 2 раза в год)
антациды (2 -6 недель)
витамины
физиолечение, минеральные воды.

Задача №42.

Пациентка О., 27 лет, обратилась к врачу с жалобами на запоры (стул 1 раз в неделю, плотной консистенции), периодическое вздутие живота; боли в животе, уменьшающиеся при опорожнении. Данные жалобы появились год назад после того, как переболела кишечной инфекцией (лечение в стационаре). При осмотре: состояние удовлетворительное. Телосложение гиперстенического типа. Кожные покровы и слизистые зева чистые, обычной окраски. Мышечный тонус в норме. Язык влажный обычной окраски. Подкожно-жировой слой выражен умеренно. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, 72 в минуту. Живот равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, пальпируется заполненная сигмовидная кишка, слепая кишка «урчание под рукой». Печень - у края реберной дуги. Обследование: ОАК и ОАМ - патологии не обнаружено. Копрограмма: нейтральный жир (+),

клетчатка внеклеточно. УЗИ органов брюшной полости: печень обычной эхоплотности, нормальных размеров, желчный пузырь без особенностей, на стимуляцию сократился на 50%, поджелудочная железа обычно эхоплотности и нормальных размеров.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие группы препаратов Вы назначите этой пациентки? Обоснуйте свой выбор.
5. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика и режимные мероприятия? Обоснуйте Ваш выбор.

Эталон ответа:

1) Функциональный запор

2) Диагноз поставлен на основании данных анамнеза - стул 1 раз в неделю, плотной консистенции), периодическое вздутие живота; боли в животе, уменьшающиеся при опорожнении. Данные жалобы появились год назад после того, как переболела кишечной инфекцией (лечение в стационаре). На основании данных осмотра и лабораторных данных.

3) Пациентам с запорами с целью исключения анемии как следствия скрытой кровопотери рекомендуется проведение клинического анализа крови.

Пациентам с хроническим запором старше 50 лет, а также имеющим «симптомы тревоги» и наследственную отягощенность по колоректальному раку, с целью исключения органических заболеваний кишечника рекомендуется проведение колоноскопии

Пациентам с хроническим запором с целью уточнения механизмов его возникновения рекомендуется проведение исследования времени транзита содержимого по толстой кишке методом рентгеноконтрастных маркеров

Пациентам с хроническим запором с подозрением на диссинергию мышц тазового дна с целью подтверждения данных нарушений рекомендуется проведение теста изгнания баллона

Пациентам с подозрением на диссинергию мышц тазового дна с целью подтверждения диагноза рекомендуется проведение электромиографии для диагностики структурных и функциональных нарушений

4) Лечение хронического запора должно быть комплексным и включать в себя изменение образа жизни (увеличение физической нагрузки), характера питания, прием лекарственных препаратов.

Диетотерапия - пациентам с запором с целью его лечения рекомендуется увеличение содержания в пищевом рационе пищевых волокон (в частности, пшеничных отрубей), задерживающих воду в кишечнике и делающих его содержимое более жидким, до 20-25 г. в сутки. Пациентам с запором при недостаточной эффективности диетических мер с целью увеличения объема кишечного содержимого и стимуляции моторики кишечника рекомендуется применение псиллиума.

Консервативное лечение - пациентам с запором, у которых диетические мероприятия и назначение псиллиума оказываются неэффективными, с целью нормализации стула в качестве препаратов первой линии рекомендуется назначение макрогола (полиэтиленгликоль, ПЭГ), лактулозы и лактитола, способствующих размягчению кишечного содержимого и увеличению его объема.

Пациентам с запором с целью нормализации стула на короткий период времени (2 недели) рекомендуется назначение стимулирующих слабительных. Пациентам, у которых применение слабительных препаратов оказывается недостаточно эффективным, с целью достижения опорожнения кишечника рекомендуется назначение прокинетиков.

Задача №43.

Пациентка П., 37 лет, обратилась с жалобами на загрудинные боли, жгучего характера, связанные с приемом пищи, усиливающиеся в горизонтальном положении и при наклоне, иррадиирущие в спину, сопровождающиеся потливостью, дрожью в теле. Неоднократно обращалась к кардиологу, эндокринологу. По результатам обследования патологии со стороны сердечно-сосудистой и эндокринной системы не выявлено.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Назовите классификацию ГЭРБ.
3. Пациентке выполнена ВГДС - в режиме ZUM видеоэзофагоскопия отчетливо виден «виллезный», рисунок, характеризующий пищевода Барретта, подтвержденный гистологически. Какова тактика ведения пациентки при пищеводе Барретта с отсутствием дисплазии?
4. Тактика ведения пациентки при пищеводе Барретта с низкой степенью дисплазии
5. Тактика ведения пациентки при пищеводе Барретта с высокой степенью дисплазии.

Эталон ответа:

1) ГЭРБ, атипичная форма.

2) Эрозивный рефлюкс-эзофагит

3) Необходимо помнить, что стандартное медикаментозное и хирургическое лечение в большинстве случаев не приводит к регрессии кишечной метаплазии. В связи с чем, основой терапии ПБ на сегодняшний день являются эндоскопические методы аблации патологически-измененной слизистой.

В комбинации с терапией ингибиторами протонной помпы эти методики обеспечивают реэпителизацию пищевода нормальным многослойным плоским эпителием.

Важной задачей выполнения эндоскопического лечения больных с неосложненным ПБ является, помимо элиминации самого метаплазированного эпителия в пищеводе, разрушающее воздействие на

клетки-предшественники метаплазированного эпителия, то есть на стволовые клетки, уже приобретшие черты кишечной дифференцировки. Данные клеточные элементы расположены на базальной мембране эпителия и их удаление возможно только при адекватной глубине аблации.
4) Наиболее эффективной в лечении пищевода Баррета без фокусов тяжелой дисплазии и аденокарциномы in situ является аргон-плазменная коагуляция. Благодаря возможности регулировки формы, размера и энергии плазменной дуги АПК обеспечивает прецизионную аблацию даже очень небольших участков метаплазированного эпителия в пищеводе без значительного повреждающего воздействия на окружающие ткани. Последовательную АПК с перекрывающимися полями возможно применять и при достаточно протяженных сегментах метаплазии. Крайне важной представляется необходимость назначения или продолжения терапии ИПП у больных, которым выполнена эндоскопическая аблация слизистой оболочки ПБ. Адекватный подход к терапии позволяет значительно снизить частоту рецидивов ПБ после эндоскопического лечения.
5) На первый план в лечении таких больных выходят методы органосохраняющие методы внутрипросветного эндоскопического лечения и традиционные хирургические вмешательства, что обеспечивающие, в сравнении с хирургическим лечением, низкую послеоперационную летальность и сравнительно небольшое количеств осложнений при сравнимой эффективности.
При больших (более 2 см) по плоскости размерах поражения, инвазии опухоли не только в пределах слизистой оболочки, но и фокусов начальной инвазии в подслизистый слой стенки пищевода, в настоящее время рекомендуется использовать эндоскопическую электрорезекцию с диссекцией в подслизистом слое с использованием различных эндоскопических ножей. После наложения гидравлической подушки под образование производится поэтапное сепарирование слизистой оболочки с

подслизистым слоем в зоне неопластических изменений от мышечного с применением различных эндоскопических ножей

Задача №44.

Пациент М., 22 лет, предъявляет жалобы на боли в верхней половине живота ноющего характера, возникающие сразу после еды, особенно обильной, жирной пищи, иногда на голодный желудок. Обычно боли проходят самостоятельно. Часто беспокоит чувство тяжести, переполнения в эпигастральной области, быстрое насыщение. Иногда бывает отрыжка воздухом, тошнота, редко рвота съеденной пищей, приносящая облегчение. Указанные признаки появились около года назад и первоначально отмечались редко, а в течение последних 3 месяцев беспокоят постоянно и стали более выраженными. Из анамнеза у отца язвенная болезнь, у деда по линии отца рак желудка. При клиническом обследовании состояние удовлетворительное. Астенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски, чистые. Язык влажный. На спинке языка налет белого цвета. Рост 178 см, масса тела 65 кг. АД 110/70 мм рт. ст., пульс 72 удара в минуту. Тоны сердца звучные, чистые. В легких выслушивается везикулярное дыхание. Живот округлой формы, активно участвует в акте дыхания, умеренно болезненный в эпигастральной области и пилородуоденальной зоне. Печень и селезенка не пальпируются. Пузырные симптомы отрицательные. Мочеиспускание безболезненное. Стул ежедневно, оформленный, коричневой окраски. Щитовидная железа не увеличена.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Сформулируйте план лечения.
5. Составьте программу противорецидивного лечения.

Эталон ответа:

1) Постпрандиальный дистресс синдром

2) Диагноз выставлен на основании данных анамнеза, а также физикального обследования

3) Лабораторная диагностика выполняется с целью дифференциальной диагностики и включает в себя клинический и биохимический анализ крови (в частности содержание эритроцитов, лейкоцитов, показатели СОЭ, уровень АСТ, АЛТ, ГГТ, ЩФ, глюкозы, креатинина), общий анализ кала и анализ кала на скрытую кровь.

4) Антациды, ИПП, прокинетики.

Задача №45.

Пациентка Д., 23 года, жалобы на постоянные, тупые, ноющие боли и чувство тяжести в правом подреберье. Часто бывает отрыжка воздухом, тошнота. Периодически отмечаются боли в эпигастрии. Указанные жалобы беспокоят более 6 месяцев. Ведет малоподвижный образ жизни, очень любит чипсы, бутерброды, жареное, острые приправы. Из анамнеза жизни известно, что мама пациентки страдает холециститом, у бабушки по линии матери хронический панкреатит и желчнокаменная болезнь. При клиническом обследовании состояние пациентки средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски, умеренной влажности, чистые. Слизистая полости рта бледно-розовой окраски Язык влажный, незначительно обложен беловато-желтым налетом у корня. Правильного телосложения, подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца звучные, чистые. Живот округлой формы, участвует в акте дыхания. При пальпации живота отмечается умеренная болезненность в эпигастральной, околопупочной областях. Печень не выступает из-под края реберной дуги, край печени округлый, мягко-эластической консистенции. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание безболезненное. Стул 1 раз в 2-3 дня, крутой, иногда типа «овечьего». Выполнена ВГДС: слизистая оболочка желудка и двенадцатиперстной кишки слабо отечна и гиперемирована.

Гистологическое исследование биоптата желудка: активность воспалительного процесса умеренная, в цитологических мазках обнаружен Нр.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назовите методы исследования, необходимые для верификации данной патологии, дайте их обоснование.
4. Назовите группы препаратов для лечения данной патологии.
5. Назовите факторы риска развития данной патологии у пациентки.

Эталон ответа:

1) Хронический поверхностный гастродуоденит в стадии обострения, ассоциированная с хеликобатер пилори.

2) Диагноз поставлен на основании анамнеза, физикального обследования и лабораторных данных.

3) ВГДС, биопсия слизистой желудка и ДПК, уреазный тест.

4) Трехкомпонетная терапия по эрадикации хеликобактер пилори, антациды.

5) Факторы риска – наследственная отягощенность, несоблюдение режима дня и питания.

Задача №46.

Пациент Т., 24 года, жалобы на повышение температуры до 37,4 °С, жидкий стул с прожилками крови до 6 раз в сутки. Из анамнеза заболевания: 3 недели назад с жалобами на повышение температуры до фебрильных цифр, боли в животе, жидкий стул с примесью слизи и крови до 8 раз в сутки был госпитализирован в инфекционное отделение стационара. Обследование на шигеллез, сальмонеллез, кампилобактериоз – отрицательные, в копрограмме простейшие и яйца глистов не обнаружены. Пальцевое ректальное исследование патологии не выявило. По данным ректороманоскопии: слизистая прямой и сигмовидной кишки гиперемирована, отечна, с множественными эрозиями, сосудистый рисунок смазан. На фоне эмпирически назначенной

антибактериальной терапии отмечалось незначительное улучшение, в связи с чем был выписан домой. В общем анализе крови при выписке: RBC – 3,7×1012/л, HGB – 98 г/л. Через 3 дня после выписки вновь отмечено повышение температуры тела, кашицеобразный стул с прожилками крови, что заставило обратиться к врачу. Из анамнеза жизни: у деда по линии матери – колоректальный рак. Объективно: состояние средней степени тяжести. Рост 174 см, масса 62 кг (за 4 месяца похудел на 2 кг). Кожные покровы чистые, бледные, влажность снижена. Язык густо обложен у корня белым налетом. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД - 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 84 в минуту. Живот мягкий, болезненный в левой подвздошной области. Сигмовидная кишка пальпируется в виде плотного болезненного урчащего тяжа диаметром 2,5 см. Печень – по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие препараты используются для патогенетической терапии данного заболевания у детей и подростков?
5. Назовите принципы диетотерапии данного пациента.

Эталон ответа:

1) Болезнь Крона

2) Диагноз поставлен на основании данных анамнеза, физикального обследования и лабораторных данных.

3) Рентгенография кишечника с бариевой смесью. Можно получить снимки как тонкого, так и толстого кишечника – контрастная бариевая смесь заполняет полость кишки и выявляет сужения просвета и язвенные дефекты стенки, свищи.

Лабораторные методы исследования: общий анализ крови, в котором отмечаются воспалительные изменения, возможна анемия, как следствие

регулярных внутренних кровотечений; копрограмма, исследование кала на скрытую кровь. Иногда применяют капсульную эндоскопию пищеварительного тракта – пациент глотает капсулу с мини-видеокамерой и передатчиком. Камера фиксирует картину в пищеварительном тракте по мере продвижения.

Задача №47

Пациент М., 33 лет, обратился по поводу выявления у него в процессе обследования при подготовке к пластической операции антител к вирусу гепатита С. Из анамнеза выяснено, что в возрасте 20–25 лет регулярно употреблял внутривенные наркотики, в настоящее время достигнута стойкая наркологическая ремиссия. Злоупотребление алкоголем отрицает. В общем анализе крови отмечены незначительный лейкоцитоз – 10,4×109/л, повышение СОЭ до 30 мм/ч. В биохимическом анализе крови активность АлАТ увеличена до 125 ед./л (норма до 40 ед./л), АсАТ до 172 ед./л (норма до 40 ед./л), ГГТП до 152 ед./л (норма до 50 ед./л). Обнаружена сывороточная HCV РНК в количестве 2×105 копий/мл, генотип 3а.

1. Какие изменения в анализах крови не характерны для типичного течения хронического гепатита С
2. Что в первую очередь необходимо выполнить для уточнения диагноза? Обоснуйте
3. Многократные беседы с пациентом, его женой и матерью позволили выяснить, что на протяжении последних 8 лет он употреблял в среднем по 500 мл водки 3–4 раза в неделю. Употребление алкоголя прекратил после выявления анти HCV, т. е. приблизительно за месяц до консультации. С целью подтверждения диагноза и определения стадии болезни выполнена пункционная биопсия печени. Заключение: утолщенный портальный тракт с выраженной лимфоидной инфильтрацией, лимфоидным узелком, фиброзными изменениями, переходящими в фиброзную септу. В окружающих гепатоцитах преимущественно гидропическая дистрофия. Сформулируйте диагноз.

4. Целесообразно ли проведение противовирусной терапии этому пациенту?
5. Кому рекомендуется скрининговое обследование на гепатит С?

Эталон ответа:

1) Лейкоцитоз, увеличение СОЭ, коэффициент де Ритиса >1 (преобладание активности АсАТ над таковой у АлАТ), повышение активности ГГТП не характерны для типичного течения хронического гепатит

2) Уточнение алкогольного анамнеза. Выявленные изменения показателей крови наиболее характерны для алкогольного гепатита. Следует принимать во внимание, что для облегчения наркотической абстиненции многие больные начинают злоупотреблять спиртными напитками, что нередко ведет к формированию алкогольной зависимости. Поэтому у данного пациента следует более тщательно собрать алкогольный анамнез, включая расспрос родственников и использование специальных анкет. В установлении точного диагноза помогает также биопсия печени.

3) Хронический гепатит смешанной этиологии (HCV РНК генотип 3а + алкоголь) с низкой гистологической активностью и умеренным фиброзом

4) Да. У пациента хорошие шансы на достижение устойчивого вирусологического ответа. Целесообразно убедить его в необходимости прекращения злоупотребления алкоголем, возможно, при помощи нарколога

5) • Реципиентам крови и ее компонентов, органов и тканей (при подозрении на инфицирование ВГС и в течение 6 месяцев после переливания компонентов крови). Беременным (в I и III триместрах беременности).

• Персоналу медицинских организаций (при приеме на работу и далее1 раз в год, дополнительно - по показаниям).

• Пациентам центров и отделений гемодиализа, пересадки почки, сердечно-сосудистой и легочной хирургии, гематологии (при поступлении и при необходимости по клиническим и эпидемиологическим показаниям).

• Пациентам перед поступлением на плановые хирургические вмешательства, перед проведением химиотерапии (не ранее 30 дней до поступления или начала терапии).

• Больным хроническими заболеваниями, в том числе с поражением печени (в процессе первичного клинико-лабораторного обследования, дополнительно — по показаниям).

• Пациентам наркологических и кожно-венерологических диспансеров, кабинетов, стационаров, исключая больных дерматомикозами и чесоткой (при постановке на учет и далее не реже 1 раза в год, дополнительно — по показаниям).

• Опекаемым и персоналу учреждений с круглосуточным пребыванием детей или взрослых (при поступлении и далее не реже 1 раза в год, дополнительно — по показаниям).

• Контактным лицам в очагах острого и хронического гепатита С (не реже 1 раза в год; через 6 месяцев после разобщения или выздоровления (смерти) больного ХГС).

• Лицам, относящимся к группам риска по заражению ВГС (при выявлении факторов риска): - потребителям инъекционных наркотиков и их половым партнерам; - лицам, оказывающим услуги сексуального характера, и их половым партнерам; - мужчинам, практикующим секс с мужчинами; - лицам с большим количеством случайных половых партнеров.

• Лицам, находящимся в местах лишения свободы (при поступлении в учреждение, дополнительно - по показаниям).

• Донорам крови (ее компонентов), органов и тканей, спермы (при каждой донации или каждом взятии донорского материала).

• Детям в возрасте до 12 мес, рожденным от инфицированных ВГС матерей, в возрасте 2, 6 (при отсутствии РНК ВГС в возрасте 2 мес и12 мес);

• Больным с иммунодефицитом (больные онкологическими заболеваниями, пациенты на гемодиализе, пациенты на лечении иммунодепрессантами и др.)

Задача №48

У мужчины 40 лет появился ахоличный стул и темная моча, а через несколько дней – желтушное окрашивание кожи и склер. Из анамнеза известно, что шесть месяцев назад пациенту произведен остеосинтез в связи с переломом бедра. Объективно: живот обычной формы, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья, печень увеличена на 3-4 см ниже реберной дуги. Симптом Ортнера слабо положительный, симптом Щеткина-Блюмберга, Курвуазье отрицательные.

Отмечается желтушное окрашивание кожи и склер.

Лабораторные показатели: общий билирубин 68,4 мкмоль/л; прямой билирубин 51,3 мкмоль/л; АлТ 75 МЕ/л; амилаза крови 32 МЕ/л; АТ к HBS-Agотрицательный.

УЗИ: холедох расширен до 1 см, умеренное растяжение желчного пузыря, содержащего осадок. Печень увеличена, с явлениями гепатоза, незначительно расширенными внутрипеченочными протоками. Головка поджелудочной железы обычных размеров.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Дифференциальная диагностика.
3. Нужны ли дополнительные методы исследования? Если да, то какие?
4. Тактика и план лечения?

Эталон ответа:

1. У больного не исключается механическая желтуха.

2. Необходима дифференциальная диагностика с гепатитом, с опухолью панкреато-дуоденальной зоны.

3. В плане уточнения диагноза и причины механической желтухи необходимо ЭРПХГ или чрезкожная, чрезпупочная холеграфия.
4. При наличии механической желтухи показано срочное хирургическое лечение (холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха или эндоскопическая папиелотомия, удаление конкрементов, вторым этапом – холецистэктомия; при опухоли панкреато-дуоденальной зоны – били-дигестивный анастомоз).

Задача №49

Больная 59 лет поступила в клинику с умеренно выраженными болями в области правого подреберья. Из анамнеза известно, что заболела 3 дня назад, кода внезапно появились сильные боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую лопатку, тошнота, рвота.

Приступ болей продолжался около 3 часов, его удалось купировать введением спазмолитиков. После приступа сохранялись ноющие боли в области правого подреберья.

Ранее у больной отмечались подобные приступы болей, но они были менее продолжительными.

Объективно: кожа и склеры глаз обычной окраски, температура тела 36,70С, пульс 76 в минуту, ритмичный, хорошего наполнения. АД 150/80 мм рт. ст. Язык влажный. Живот обычной формы, участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, напряжения брюшной стенки не отмечается, в области правого подреберья определяется умеренно болезненное опухолевидное образование размерами 11х5 см с четкими контурами, эластичной консистенции, смещаемость его ограничена. Симптомы Ортнера, Мерфи выражены слабо, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Анализы крови и мочи без отклонений от нормы.

УЗИ: печень не увеличена, желчный пузырь размерами 12х5 см, контуры его четкие, толщина стенки 4 мм, полость гомогенная, в области шейки определяется акустическая тень (конкремент) 0,8х0,9 см.

Вопросы:

1. Какие причины могут привести к появлению опухолевидного образования в правом подреберье?
2. Ваш предполагаемый диагноз?
3. План лечения?

Эталон ответа:

К появлению опухолевидного образования в правом подреберье привели обструктивный холецистит, далее возникла водянка желчного пузыря. Больной показано оперативное лечение – холецистэктомия.

Задача №50

Больная 55 лет поступила в клинику с жалобами на желтушное окрашивание кожи и склер, кожный зуд, чувство тяжести в правом подреберье и подложечной области, общую слабость, потемнение мочи.

Заболела 3 дня назад, когда впервые внезапно появились сильные боли в правом подреберье и эпигастрии, иррадиирующие в правое надплечье. Приступ продолжался около 2 часов, купировался после внутривенного введения спазмолитиков. Подобный приступ повторился сутки назад. Отмечались тошнота, рвота, повышение температуры тела до 380С. Приступ продолжался около 8 часов. На следующий день появилось желтушное окрашивание кожи и склер, кожный зуд; был обесцвеченный кал.

Объективно: кожа и склеры глаз желтушной окраски. Пульс 78 в минуту удовлетворительных качеств. АД 140/80 мм рт. ст. Язык влажный. Живот при пальпации мягкий безболезненный. Печень и желчный пузырь не пальпируются. Симптомы Мерфи, Ортнера, Георгиевского-Мюсси, Щеткина-Блюмберга отрицательные.

Лабораторные показатели: общий билирубин 149 мкмоль/л, прямой билирубин 97 мкмоль/л, непрямой билирубин 52 мкмоль/л; АлАТ 415,3 ед. акт./л, АсАТ 162,2 ед. акт./л; щелочная фосфатаза 109,6 ед. акт./л.

УЗИ: малоинформативно.

Вопросы:

1. Предполагаемая причина желтухи?
2. Дифференциальная диагностика?
3. Как уточнить диагноз?

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз: механическая желтуха. Причина – желчнокаменная болезнь.

2. Дифференциальная диагностика: гепатит, рак панкреато-дуоденальной зоны.

3. Уточнить диагноз можно методом ЭРХПГ.

Задача №51

Больной 78 лет поступил в клинику на 6 сутки от начала заболевания с жалобами на боли в области правого подреберья, рвоту, общую слабость. Заболевание началось с приступа сильных болей в области правого подреберья, затем появились тошнота, рвота. Через несколько часов интенсивность болей уменьшилась, появилась общая слабость, повышение температуры тела до 380С. Из анамнеза известно, что больной страдает гипертонической болезнью и сахарным диабетом.

Объективно: общее состояние больного средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Температура тела 38,00С. Пульс 90 в мин. удовлетворительных качеств. АД 180/100 мм рт. ст. Язык суховат, обложен сероватым налетом. Живот обычной формы, при пальпации выраженная болезненность в области правого подреберья, здесь же напряжение брюшной стенки. В области правого подреберья пальпаторно определяется болезненное опухолевидное образование 6х5 см, плотной консистенции, с четкими контурами. Симптомы Ортнера, Мерфи, Щеткина-Блюмберга положительные.

Анализ крови: лейкоцитов $14,5x10^9$/л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 30 мм/ч.

УЗИ: печень не увеличена, желчный пузырь размерами 12х5 см, толщина его стенки 8 мм, в просвете его множественные конкременты размерами от 0,5х0,7 см до 0,2х0,2 см.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какую тактику следует избрать врачу?
3. Назначьте лечение (если консервативное, то какими препаратами; если оперативное, то какая операция более целесообразна).

Эталон ответа:

1. Острый калькулезный холецистит, эмпиема желчного пузыря.

2. Больному, после предоперационной подготовки показана холецистэктомия, дренирование брюшной полости.

3. Антибиотикотерапия, спазмолитики, НПВС.

Задача №52

Домохозяйка 50 лет доставлена в хирургическую клинику с жалобами на сильные боли в правом подреберье и эпигастрии, тошноту и многократную рвоту, озноб, повышение температуры тела.

Болеет сутки, приступ начался постепенно, через 2 часа после приема жирной пищи.

Ранее у больной дважды были аналогичные приступы.

Объективно: больная повышенного питания, частота дыхания 20 в мин., АД 130/80 мм рт. ст., пульс 100 уд. в минуту, ритмичный; температура тела 37,80С. Кожа и слизистые оболочки обычного цвета. Легкие – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, при пальпации болезненный в правом подреберье, здесь же определяется опухолевидное образование 5х7 см, резко болезненное. Печень у края реберной дуги, при пальпации безболезненна. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

УЗИ: желчный пузырь увеличен в размерах, толщина стенки 0,4 см, в просвете множественные конкременты 0,3-0,5 см в диаметре. Холедох – 1 см. Печень и поджелудочная железа не изменены.

Анализ крови: лейкоцитов 10,5х109/л, лейкоцитарная формула не изменена, СОЭ 25 мм/час, гемоглобин и эритроциты в пределах нормы. Анализ мочи без отклонений от нормы. Содержание трансаминаз в сыворотке крови в пределах нормы.

Вопросы:

1. Какие причины могут привести к появлению опухолевидного образования в правом подреберье? Ваш предполагаемый диагноз?

3. Какую лечебную тактику следует избрать хирургу?

Назначьте лечение (если консервативное, то какими препаратами; если оперативное, то какая операция показана).

Эталон ответа:

1. К появлению опухолевидного образования в правом подреберье привел обструктивный калькулезный холецистит.

2. Больному показано оперативное лечение в экстренном порядке – холецистэктомия.

Задача №53

Женщина 45 лет перенесла обычную холецистэктомию по поводу хронического калькулезного холецистита. Из холедоха было удалено 2 конкремента, в общий желчный проток был установлен Т-образный дренаж. На 7-й день после операции содержание билирубина в сыворотке крови повышено, был приступ спастических болей в области правого подреберья, иррадиирующих в спину. По дренажу оттекает до 800 мл обычного цвета желчи в сутки.

Вопросы:

1. Какова причина болей, возникших на 7-й день после операции?
2. Каков следующий шаг в ведении больной?

Эталон ответа:

1. Причина появления болей, возникших на 7 день после операции препятствие в холедохе (конкремент), ниже места нахождения дренажа.
2. Необходимо произвести фистулохолангиографию, которая выявит препятствие в холедохе. Можно произвести попытку удаления конкремента через дренаж, если она неудачна, то показано оперативное лечение – релапаротомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха.

Задача №54.

Пациентка А, 38 лет. Общее состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы бледные, ИМТ=17,5. Обратилась с жалобами на похудение за 3 месяца на 8 кг без причины, дискомфорт при глотании полужидкой пищи, неприятный запах из ротовой полости, ощущение «царапания» в горле, периодическую изжогу. Семейный анамнез: у матери был рак молочной железы. Изменения по ОАК: СОЭ 24 мм/ч, Hb=103.

1. Дифференциальный диагноз?
2. Какие методы инструментальных исследований предпочтительнее и почему?
3. Составить план ведения пациента.

Эталон ответа:

1. Рак пищевода, можно предположить, как основной. При дифференцированной диагностике необходимо иметь в виду такие болезни пищевода как кардиоспазм, доброкачественные опухоли, язвы, туберкулез, сифилис, актиномикоз, сужение пищевода при рефлюкс-эзофагите и при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы, рубцовой стриктуре после термических и химических ожогов, дивертикулы пищевода.
2. Эндоскопическое исследование
- эзофагоскопия с биопсией или взятием пунктата, мазков-соскобов из поверхности опухоли для гистологического и цитологического исследования.
Рентгенологическое исследование
- для уточнения степени распространения рака

пищевода применяется:

- трахеобронхоскопия,

- пневмомедиастинотомография,

- медиастиноскопия,

- компьютерная томография.

- Радиоизотопное исследование

Ультразвуковое исследование (на наличие метастазирования)

3. Пациентку необходимо направить на ВГДС с биопсией. По результатам морфологического исследования, определять дальнейшую тактику и направить на консультацию к врачу онкологу.

Задача №55

Больной К., 53 лет, предъявляет жалобы на упорные изжоги, возникающие многократно в течение дня вскоре после приема пищи, а также в вечернее время перед сном. Изжога длится более 30 минут, в связи с чем принимает Альмагель. В последнее время отмечает при глотании горячих напитков и пищи дискомфорт и жгучие боли за грудиной. Ранее приступы изжоги были кратковременные и редкие, в основном, возникали после употребления солений, жареной и жирной пищи. Известно, что пациент курит длительное время по 1 пачке в день. Снижение веса и подъема температуры не отмечает у себя. Отправлен на ВГДС.

Вопросы:

1. Предположите какие изменения на ВГДС в слизистых оболочках верхних отделов пищеварительного тракта могут быть обнаружены?
2. Предварительный диагноз?
3. Назовите степени рефлюкс-эзофагита по Лос-Анджельской классификации
4. План лечения.

Эталон ответа:

1. При проведении ВГДС у больной с большой вероятностью следует ожидать обнаружения рефлюкс-эзофагита (слизистая оболочка пищевода в

нижней его трети должна быть отечной, ярко гиперемированной с множественными эрозиями, захватывающими существенную часть ее поверхности). Скорей всего, в заключении эндоскопического исследования будет отмечено зияние или неплотное смыкание кардии.

2. ГЭРБ

3. Выделяют 4 степени: A – один или несколько участков поражения слизистой оболочки в виде эрозии или изъязвления менее 5 мм, не выходящий за пределы складки слизистой; B – один или несколько участков поражения слизистой более 5 мм, не выходящий за пределы складки слизистой оболочки; C – поражение двух и более складок слизистой оболочки, в общем занимающее менее 75 % окружности пищевода; D – поражение более 75 % слизистой оболочки окружности пищевода.

4. ИПП (рабепразол, омепразол 20 мг х2р/д); прокинетики (Ганатон 50 мг х3 р/д); антациды и альгинаты. Немедикаментозное: отказ от курения, питание дробное.

Задача №56.

Больной В. 65 лет, водитель. Обратился с жалобами на изжогу после еды, усиливающуюся при наклонах туловища и в положении лѐжа; кислую отрыжку и избыточную саливацию во время сна. Около 10 лет страдает Гипертонической болезнью, с приступами стенокардии, препараты принимает регулярно

Анамнез заболевания: жалобы испытывает в течение двух лет, вначале появилась изжога после погрешности в питании; затем присоединилась боль в эпигастрии, сопровождающиеся кислой отрыжкой. В последующем изжога стала возникать 3-4 раза в неделю независимо от качества пищи, появилась отрыжка кислым и горьким. Для снятия изжоги и болей использовал соду, молоко, Маалокс. В последние 2-3 недели препарат перестал действовать. Пытался снять боль за грудиной нитроглицерином, однако существенного

эффекта не было.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Повышенного питания, ИМТ – 37 кг/м^2. Кожные покровы телесного цвета. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 17 в минуту. Область сердца без особенностей, перкуторно левая граница сердца по среднеключичной линии. Сердечные тоны ритмичные, частотой 66 в минуту. АД - 130/90 мм рт. ст. Язык у корня обложен белым налетом. Живот увеличен за счет подкожной клетчатки, мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Пузырные симптомы отрицательные.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин - 137 г/л, СОЭ - 7 мм/час, эритроциты - 4,7×1012/л, лейкоциты - 7,6×109/л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные - 5%, сегментоядерные - 56%, лимфоциты - 32%. Биохимический анализ крови: общий белок - 66 г/л, глюкоза - 5,2 ммоль/л, билирубин общий - 15,3 мкмоль/л; прямой – 4,6 ммоль/л; АЛТ - 18 U/L (норма 4-42 U/L); АСТ - 20 U/L (5-37 U/L); амилаза крови - 17 г/л (12-32 г/л в час).

ВГДС: слизистая нижней трети пищевода несколько отечна, умеренно гиперемирована, кардия зияет, при натуживании в грудную полость пролабирует слизистая желудка; в желудке умеренное количество жидкости, слизь; слизистая желудка и ДПК без особенностей.

Rg – графия пищевода и желудка: пищевод свободно проходим, прослеживаются продольные складки на всем протяжении. Желудок в форме крючка, газовый пузырь небольшой. В положение Тренделенбурга дно желудка выступает в грудную полость в виде округлого образования, вертикально желудок занимает обычное положение, складки слизистой желудка обычного калибра, перистальтика желудка и эвакуация своевременно, луковица ДПК без особенностей.

Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

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

5. Через 2 месяца рекомендуемой терапии, а также соблюдения диеты, режима труда и отдыха исчезли клинические проявления болезни, и в последние 2 недели никаких проявлений рефлюкса и болевого синдрома не было. При ВГДС исчезли гиперемия и отёк слизистой. Какова Ваша дальнейшая тактика? Обоснуйте ваш выбор.

Эталон ответов:

1. Диагноз: Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. ГЭРБ, неэрозивная форма. Ожирение II ст.

2. У пациента имеется совокупность клинических и инструментальных данных, указывающих на сочетание ГПОД и ГЭРБ:

Факторы риска: Ожирение, курение.

Характерные жалобы больного: на изжогу после еды, усиливающуюся при наклонах туловища и в положении лёжа; кислую отрыжку и избыточную саливацию во время сна.

Анамнез заболевания: указанные симптомы испытывает в течение трёх лет, вначале появилась изжога после погрешности в питании, особенно при наклонах туловища; затем появились боли в собственно эпигастрии и за грудиной жгучего характера, сопровождающиеся кислой отрыжкой. В последующем изжога стала возникать 3-4 раза в неделю независимо от качества пищи, появилась отрыжка кислым и горьким.

Отсутствие эффекта при применении нитратов, что не подразумевает коронарогенный характер болей: пытался снять боль за грудиной нитроглицерином, однако существенного эффекта не было.

Особенности ФГДС, указывающие на ГПОД и эзофагит: слизистая нижней трети пищевода несколько отёчна, умеренно гиперемирована, кардия зияет, при натуживании в грудную полость пролабирует слизистая

желудка; слизистая желудка и ДПК без особенностей.
Данные Rg – графия пищевода и желудка окончательно доказывают ГПОД: В положение Тренделенбурга дно желудка выступает в грудную полость в виде округлого образования, вертикально желудок занимает обычное положение, складки слизистой желудка обычного калибра, перистальтика желудка и эвакуация своевременно, луковица ДПК без особенностей.
3. ЭКГ и нагрузочная проба для исключения коронарогенныхкардиалгий. Оценка характера (кислые или щелочные) рефлюксов и их продолжительности – необходимо выполнить 24-часовую pH метрию. Анализ кала на скрытую кровь.
4. В качестве главного звена патогенетически обоснованной антисекреторной терапии требуется назначение блокаторов протонной помпы, на срок не менее 8 недель. Для купирования острых приступов изжоги по требованию и на ночь следует применять альгинаты (Гевискон). С целью предотвращения регургитацийсожержимого желудка в пищевод терапию целесообразно дополнить прокинетическими средствами (Итоприд).
5. Продолжить соблюдения диеты, режима труда и отдыха, динамическое наблюдение гастроэнтеролога. Допустимо в случае появления редких эпизодов изжоги ситуационное применение альгинатов; терапия ИПП может быть продолжена в курсовом режиме или режиме по требованию.

Задача №57.

Больной С., 34 года, жалуется на дисфагию, повышенную саливацию, чувство першения в горле, после начала еды на шее появляется опухоль, которая при надавливании исчезает, а больной чувствует возврат пищи в глотку. В связи с неприятными ощущениями и «выпячиванием на шее» после еды, больной стал отказываться от приемов пищи, в связи с чем похудел.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?

2. Как подтвердить диагноз?

3. Лечение данного заболевания?

4. Возможные осложнения заболевания?

Эталон ответов:

1. Дивертикул пищевода -слепо оканчивающиеся мешковидные выпячивания ограниченного участка, сообщающееся с просветом пищевода.

2. Основным методом диагностики дивертикулов пищевода является контрастное рентгенологическое исследование, устанавливающее наличие дивертикула, ширину шейки, длительность задержки в нем бария, степень нарушения проходимости пищевода. ЭФГДС не рекомендуется из-за возможности повреждения дивертикула.

3. Динамическое наблюдение и оперативное лечение. Показания:

1. большие дивертикулы (более 2 см) и хотя бы с кратковременной задержкой контрастной взвеси в мешке; 2. небольшие дивертикулы (менее 2 см), но с длительной задержкой контраста в мешке; 3. наличие дивертикулита; 4. выраженная клиническая картина заболевания независимо от размеров дивертикула; 5. осложнения дивертикула.

4. Возможные осложнения заболевания? 1) кровотечение; 2) перфорация с развитием перитонита, плеврита, медиастинита; 3) дивертикулит; 4) пищеводно-трахеальные и пищеводно-бронхиальные свищи; 5)развитие злокачественной опухоли пищевода; 6) развитие различных легочных осложнений (повторные пневмонии, абсцессы легкого, хронические бронхиты).

Задача №58

Больная 67 лет, длительно страдает СД 2 типа, постоянно принимает таблетированные препараты, есть погрешности в питании. В последние 2-3 года

начали появляться различные осложнения на органы и системы организма. Обратилась на приём к гастроэнтерологу с жалобами на боль при приеме пищи, дискомфорт за грудиной. ОАК: без особых изменений, глюкоза крови -8,4, общий белок-55, АСТ-26, АЛТ-21, креатинин -67.

На ВГДС: множественные приподнятые белесоватые бляшки размерами более чем 2 мм в диаметре с гиперемией вокруг, но без отека или язв. ЭКГ с нагрузкой: возрастная норма.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Какие основные факторы риска есть у данной пациентки?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?4
4. План лечения?

Эталоны ответов:

1. **Кандидоз пищевода 2 степени**
2. **Сахарный диабет длительно существующий и повышенная глюкоза (не достигается целевого уровня глюкозы крови)**
3. **Герпетический эзофагит, ЦМВ эзофагит, лекарственный и эозинофильный.**
4. **Флуконазол 200-400 мг в первые сутки, 100-200 мг 4-6 недель; консультация эндокринолога для коррекции гипогликемической терапии.**

Задача №59

Больной, 38 лет, администратор, обратился на прием с жалобами на периодическую изжогу (более 4 раз в неделю), возникающую после еды, периодические жгучие боли за грудиной в том числе ночные, без иррадиации, кисло-горький вкус во рту, отрыжку воздухом. Считает себя больным с 30 лет, когда периодически стала беспокоить изжога, особенно после употребления теплой выпечки, лука и чеснока. За медицинской помощью не обращался, периодически принимал «боржоми». В течение последних 10 лет отмечает выраженную прибавку массы тела (более 15 кг). Носит тугой ремень чуть ниже

талии.

При осмотре*:* состояние удовлетворительное. Питание повышено, ИМТ – 34 кг/м^2. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, АД – 110/70 мм рт. ст., пульс – 64 уд/мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. Язык влажный с густым белым налетом. Живот увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, мягкий, чувствительный в эпигастрии. Симптомы холецистита, панкреатита и симптом Менделя отрицательные. Печень, селезенка не увеличены. Анализ крови*:* эритроциты – 5,35х10^{12}/л, гемоглобин – 132 г/л, лейкоциты – 8х10^9/л, формула без особенностей. Анализ кала на скрытую кровь: отрицательный. При эзофагогастродуоденоскопии*:* пищевод проходим, в нижней трети гиперемирован, кардия зияет. Желудок содержит значительное количество жидкости и слизи, слизистая гиперемирована, складки слизистой антрального отдела гиперемированы. Луковица ДПК не деформирована, слизистая розовая.

Вопросы:

1. Проведите диагностический поиск.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Составьте план обследования больного, укажите какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза.
4. Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические критерии.
5. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Эталон ответа:

1. На первом этапе диагностического поиска анализ жалоб больного и анамнеза болезни (длительная и частая, более трех раз в неделю, изжога) позволяет уже на предварительном этапе диагностировать наличие ГЭРБ. Однако болевой синдром с локализацией за грудиной требует проведение диагностического поиска, проведения дифференциального диагноза ГЭРБ, ИБС и торакалгии. Отсутствие эффекта от нитроглицерина указывает на малую вероятность стенокардии, а связь болевого синдрома с приемом пищи, сопровождение изжогой и отрыжкой, а также купирование

симптомов содой говорит больше в пользу ГЭРБ, а не торакалгии. Для окончательной верификации причины болевого синдрома требуется дообследование, а именно проведение суточной pH-метрии желудка и нижней трети пищевода с определением индекса симптома.

2. ГЭРБ

3. Для окончательной верификации причины болевого синдрома требуется дообследование, а именно проведение суточной pH-метрии желудка и нижней трети пищевода. Рентгенологическое исследование для исключения ГПОД.

4. ГЭРБ, эндоскопически позитивная, неэрозивная. Катаральный рефлюкс-эзофагит I ст.

5. Лечение включает рекомендации по лечебному питанию (диета №1) и модификации образа жизни (снижение массы тела, вертикальное положение тела в течение 2-х часов после еды, не поднимать тяжелое и не работать в наклон, спать с приподнятым головным концом кровати), длительная адекватная антисекреторная терапия: ИПП – эзомерпазол 20 мг по 1 табл. 2 раза в день за 40 мин до еды – 4 недели, затем по 1 табл. в стуки, 4 недели, затем терапия «по требованию». Дополнительно: прокинетики (итоприда гидрохлорид 50 мг 3 раза в день перед едой, 4 недели) и алгинаты (гевискон).

Задача №60

Мужчина 46 лет, водитель, поступил в приемное отделение стационара самостоятельно. Жалобы на резкую боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошноту, однократно рвоту съеденной пищей, не приносящую облегчения, умеренное вздутие живота, общую слабость, отсутствие аппетита на момент осмотра. Начало заболевания связывает с тем, что накануне вечером отмечал с друзьями праздник, были погрешности в диете – прием острой и жирной пищи, алкоголя. Подобные боли были около года назад, также возникли после

погрешностей в диете, купировались после приема Но-шпы. Часто ранее отмечал ощущение тяжести и вздутия в животе после приема жирной пищи. В настоящее время отмечает тяжесть и ощущение «распирания» в животе, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 3 раза в течение последних суток. Диурез не нарушен. Со слов жены – злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет. Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Телосложение нормостеническое, пониженного питания. Кожные покровы верхней половины туловища гиперемированы, чистые. Язык суховат, обложен желтоватым налетом. В легких дыхание жестковатое, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 92 удара в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Печень при пальпации плотная, безболезненная, около края реберной дуги. Размер по Курлову - 10×9×8 см. Селезенка не пальпируется. Живот несколько вздут, участвует в акте дыхания, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области. Симптомы раздражения брюшины - отрицательные. Лабораторные данные. Общий анализ крови: лейкоциты - $9,6\times10^9$ /л, СОЭ – 16 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность – 1022, белок – 0,033%, анализ кала – стеаторея, креаторея, амилорея. УЗИ ОБП: печень увеличена, с перипортальными уплотнениями, желчный пузырь 75×35 мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой. Поджелудочная железа неоднородной структуры за счет гипо- и гиперэхогенных очагов, немногочисленных кальцификатов, неравномерное расширение главного панкреатического протока, размеры головки увеличены до 5 см. Свободной жидкости в брюшной полости нет. От ВГДС больной отказался.

Вопросы: 1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования.

4. Проведите дифференциальный диагноз.

5. Составьте план лечения

Эталон ответа:

1. Хронический алкогольный панкреатит, обострение. Алкогольный стеатоз печени. ЖКБ, латентное течение.

2. Диагноз «хронический алкогольный панкреатит, ст. обострения» выставлен на основании жалоб (резкая боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошнота, рвота съеденной пищей, не приносящая облегчения, умеренное вздутие живота, общая слабость, отсутствие аппетита, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 2-3 раза в день); анамнеза (накануне были погрешности в диете - приём острой пищи, алкоголя; подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приёма «Но-шпы», злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет); объективного обследования (живот несколько вздут, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области); лабораторных данных (общий анализ крови: лейкоциты - 9,6*109 /л, СОЭ - 16 мм/ч; анализ кала: стеаторея, креаторея, амилорея). Диагноз «алкогольный стеатоз печени» выставлен на основании объективного обследования (печень при пальпации плотная, безболезненная, около края рёберной дуги, размер по Курлову 10*9*8 см); УЗИ ОБП (печень увеличена, с перипортальными уплотнениями). Диагноз «ЖКБ, латентное течение» выставлен на основании: УЗИ ОБП - желчный пузырь 75*35 мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой.

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

панкреас, опухоли панкреас). ВГДС (исключить язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки).

4. 1) Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки - свойственны язвенный анамнез, чередование светлых промежутков с периодами обострения, отсутствие поносов, сезонность боли, связь боли с приёмом пищи, «голодные» боли. Заболевание характеризуется гиперсекрецией, повышенной кислотностью желудочного сока, рентгенологически - наличием ниши, при фиброгастроскопии - наличием язвенного дефекта. 2) Дисфункция сфинктера Одди - характеризуется болью тупого характера в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, лопатку. При обследовании больных обнаруживают болезненность в точке Кера, иногда - напряжение мышц в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского. В биохимических пробах печени наблюдается увеличение содержания холестерина, Р- липопротеинов, ЩФ. Характерные изменения желчного пузыря на УЗИ (утолщение и уплотнение стенок, увеличение размеров).

5. Показана госпитализация. 1) Полный отказ от алкоголя. 2) Диета: стол № 5п по Певзнеру. 3) Спазмолитический препарат (например, Дротаверин 4 мл (80 мг) 2 раза в сутки в/м). 4) Анальгетики (например, Баралгин 250 мг внутрь 2 раза в сутки, Парацетамол) при болях. 5) Вне обострения: ферментные препараты с заместительной целью. 6) Коррекция гликемии в случае её выявления.

Задача №61

Больной К. 45 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на давящие боли в эпигастральной области, периодически – опоясывающие, возникают через 40 минут после употребления жирной и жареной пищи, сопровождаются вздутием живота; на рвоту, не приносящую облегчение, на отрыжку воздухом. Анамнез заболевания: больным себя считает около двух лет, когда появилась боль в левом подреберье после приема жирной и жареной

пищи. За медицинской помощью не обращался. 3 дня назад после погрешности в диете боли возобновились, появилось вздутие живота, отрыжка воздухом, тошнота, рвота, не приносящая облегчения. Объективно: состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 72 удара в минуту. Язык влажный, обложен беложелтым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Печень не пальпируется, размеры по Курлову - 9×8×7 см, симптом поколачивания отрицательный билатерально. Общий анализ крови: эритроциты – $4{,}3\times10^{12}$/л, гемоглобин – 136 г/л, цветной показатель – 1,0; СОЭ – 18 мм/ч, тромбоциты – 320×10^{9} /л, лейкоциты – $10{,}3\times10^{9}$ /л, эозинофилы – 3%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 51%, лимфоциты – 32%, моноциты – 10%. Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, кислая, удельный вес - 1016, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эпителий – 1-2 в поле зрения, оксалаты – небольшое количество. Биохимическое исследование крови: АСТ – 30 Ед/л; АЛТ – 38 Ед/л; холестерин – 3,5 ммоль/л; общий билирубин – 19,0 мкмоль/л; прямой – 3,9 мкмоль/л; амилаза – 250 ед/л; креатинин – 85 ммоль/л; общий белок – 75 г/л. Копрограмма: цвет – серовато-белый, консистенция – плотная, запах – специфический, мышечные волокна +++, нейтральный жир +++, жирные кислоты и мыла +++, крахмал ++, соединительная ткань – нет, слизь – нет. ФГДС: пищевод и кардиальный отдел желудка без особенностей. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая розовая, с участками атрофии. Складки хорошо выражены. Луковица ДПК без особенностей. УЗИ органов брюшной полости: печень нормальных размеров, структура однородная, нормальной эхогенности, протоки не расширены, общий желчный проток – 6 мм, желчный пузырь нормальных размеров, стенка – 2 мм, конкременты не визуализируются. Поджелудочная железа повышенной эхогенности, неоднородная, проток – 2 мм, головка увеличена в объеме (33 мм), неоднородная, повышенной эхогенности.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.

2. Оцените данные копрограммы.

3. Сформулируйте диагноз.

4. Какие дополнительные исследования необходимо назначить больному?

5. Какова Ваша тактика лечения данного заболевания?

Эталон ответа:

1. Болевой абдоминальный синдром, синдром желудочной и кишечной диспепсии, синдром экзокринной недостаточности поджелудочной железы.

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

3. Хронический панкреатит, с нарушением внешнесекреторной функции поджелудочной железы, стадия обострения.

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

5. Диета № 5; купирование болевого синдрома (Платифиллин, Баралгин, Глюкозоновокаиновая смесь), препараты, снижающие активность поджелудочной железы (Октреотид или Сандостатин); ингибиторы протеолитических ферментов (Трасилол, Контрикал, Гордокс); ИПП (Омепразол, Эзомепразол внутривенно капельно); панкреатические ферменты (Креон, Эрмиталь, Микрозим, Мезим-форте), инфузионная терапия (Реамберин, Физиологический раствор).

Задача №62

Больной П. 54 лет, слесарь, жалуется на боли в эпигастральной области постоянного характера, усиливающиеся после приема еды и иррадиирующие в подлопаточное пространство, беспокоит постоянное подташнивание, отрыжка воздухом, снижение аппетита, быстрое насыщение, вздутие живота, после

отхождения газов боли уменьшаются на короткое время. В последние полгода периодически стул со склонностью к поносам. Анамнез заболевания: в течение 25 лет часто употребляет алкоголь, за это время перенес острый панкреатит, сопровождавшийся интенсивными болями, повторной рвотой. При обследовании в хирургическом отделении выявлено увеличение поджелудочной железы в размерах, жидкость в сальниковой сумке. Лечился консервативно в течение месяца, за время болезни похудел на 10 кг. Выписан с рекомендациями, которые больной не соблюдал. Также принимал алкоголь, но в небольших количествах. Боли возникали часто, а в дальнейшем стали постоянными. Стал снижаться аппетит, возникло периодическое подташнивание, отрыжка, быстрое насыщение, вследствие чего больной снизил объем потребляемой пищи. Постепенно стул стал со склонностью к кашицеобразному, плохо смывался со стенок унитаза. Исходную массу тела полностью не набрал. Периодически принимал Мезим, Микразим с частичным эффектом, при усилении боли использовал Ношпу. Последнее ухудшение 2 недели назад после четырехдневного приема алкоголя (водка 200 грамм ежедневно). Диету не соблюдал. Боль значительно усилилась, появилась отчетливая тошнота, позывы на рвоту, вздутие живота. Госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение. Объективно: кожа чистая, тургор нормальный. Вес - 73 кг, ИМТ - 18,5. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Легкие и сердце без патологических изменений. Пульс - 90 ударов в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот участвует в дыхании, немного подвздут, перитонеальные симптомы отр. При пальпации отмечает значительную болезненность в зоне Шоффара, точке Дежардена; в зоне Губергрица - Скульского, точках Губергрица, передней и задней точках Мейо – Робсона. При пальпации отделов кишечника болезненности, объемных образований не выявлено. Печень по краю реберной дуги, пузырные симптомы (Кера, Мерфи. Ортнера) отрицательны. Селезенка не пальпируется. При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин - 157 г/л, СОЭ

- 4 мм/час, эритроциты - $5,2\times10^{12}$/л, лейкоциты - $11,2\times10^{9}$/л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 56%, лимфоциты - 35%. Биохимический анализ крови: общий белок - 60 г/л, общий билирубин - 16,4 (прямой - 6,1; свободный - 10,3) ммоль/л, амилаза - 37 ед/л (5-32); глюкоза - 8,5 ммоль/л. мочевина - 4,7 ммоль/л. Копрограмма: объем утренней порции – 400 грамм, консистенция в виде жидкой каши. Нейтральный жир +++, жирные кислоты, мыла жирных кислот ++, мышечные волокна с утраченной поперечной исчерченностью +++, бактерии – большое количество. Фекальная эластаза – 100 мкг/г испражнений. ВГДС: пищевод проходим, розетка кардии плотно смыкается. Слизистая пищевода без изменений. Слизистая желудка в теле розовая, ровная, в антральном отделе с очагами яркой гиперемии. Луковица ДПК обычной формы. Слизистая постбульбарного отдела ДПК несколько отечна. УЗИ брюшной полости: жидкости брюшной полости нет. Пневматизация кишечника повышена. Печень не увеличена, структура неоднородная, повышенной эхогенности. Желчный пузырь обычной формы, содержимое эхонегативное. ОЖП - 6 мм. Поджелудочная железа: головка - 35 мм (до 30), тело - 32 мм (до 17), хвост - 37 мм (до 20). Структура диффузно неоднородная, пониженной эхогенности. В структуре железы определяются кальцинаты, наиболее крупный из них в проекции головки поджелудочной железы. Вирсунгов проток определяется в области хвоста, размером 3 мм. Селезенка нормальных размеров.

Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Обозначьте цели патогенетической терапии. Препараты какой группы для патогенетической терапии вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Укажите меры профилактики обострения заболевания.

Эталон ответа:

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

2. У больного, длительно употребляющего алкогольные напитки, развился панкреатит (был эпизод острого панкреатита). Затем процесс принял хронический характер и сопровождался болью, вначале периодической, затем постоянной, усилением боли после приема пищи, диспептическими явлениями в виде подташнивания, снижением аппетита, быстрым насыщением, а в последующем изменением стула в виде кашицеобразного, а затем и жидкого. Несмотря на имеющуюся патологию поджелудочной железы, больной продолжал употреблять алкоголь, не соблюдал диету, не принимал рекомендуемые препараты. При обследовании имеется умеренный лейкоцитоз с незначительным сдвигом влево – воспалительный синдром, снижение общего белка, незначительная амилаземия, увеличение глюкозы натощак, что может свидетельствовать о внутрисекреторной недостаточности. В копрограмме имеется стеаторея, креаторея, что свидетельствует о внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы. Снижена фекальная эластаза (100 мкг и менее – критерий тяжелой степени).

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

4. Снять спазм сфинктера Одди, расслабить протоки поджелудочной железы на всем протяжении (снятие спазма сфинктера Одди улучшит отток панкреатического сока, уменьшит протоковую гипертензию, что клинически снизит боль): М-холиноблокаторы: бускопан в свечах ректально по 1-2 свечи до 5 раз в сутки – обеспечит быстрый спазмолитический эффект и уменьшит или устранит боль. В дальнейшем можно перейти на таблетированную форму в той же дозе. Из этой же группы возможно назначение Платифиллина п/к 0,2% 1-2 мл 2 раза в день. Блокаторы Na–каналов: Мебеверин 200 мг в капсулах 2 раза в день; блокаторы фосфодиэстеразы: Но-шпа, Папаверин парентерально или внутрь (возможно комбинировать с платифиллином). Снизить секрецию ПЖ: ингибитор протоновой помпы (Омепразол, Эзомепразол, Рабепразол, Пантопразол) в стандартной дозе 2 раза в день. Ингибиторы протонной помпы, блокируя соляную кислоту, снижают выделение секретина клетками APUD – системы, которой стимулирует в поджелудочной железе объем секреции, уменьшение объема снижает внутрипротоковую гипертензию, и уменьшают боль. Дезинтоксикационная терапия: Ремаксол, Реамбирин в/в капельно. Улучшение микроциркуляции в ПЖ: Пентоксифиллин в/в капельно. Заместительная ферментная терапия: микрогранулированные ферменты (Креон 25000 ЕД) 3 раза в день во время еды; дражжерованные ферменты: Мезим форте по 2-4 капсулы после еды. Ферменты назначаются, когда больной начинает принимать пищу.

5. При хроническом алкогольном панкреатите основной мерой вторичной профилактики является алкогольная абстиненция.

Задача №63

Больная С. 47 лет на приеме врача-терапевта участкового по поводу постоянных, усиливающихся после погрешностей в диете болей в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину, похудание. В 40-летнем

возрасте перенесла холецистэктомию по поводу калькулезного холецистита. Через полгода после операции появились почти постоянные, усиливающиеся после погрешностей в диете боли в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину. При применении спазмолитиков и при соблюдении диеты самочувствие улучшалось. Последние 1,5-2 года присоединился практически постоянный неоформленный стул, стала терять вес (похудела на 8 кг за 2 года). На протяжении этого же времени возникал зуд промежности, стала больше пить жидкости, участились мочеиспускания. При осмотре состояние больной удовлетворительное. Телосложение правильное, незначительно повышенного питания. Рост – 175 см, вес – 90 кг, ИМТ – 29 кг/м^2. Голени пастозны. При сравнительной перкуссии легких определяется легочный звук. Аускультативно дыхание жесткое, проводится во все отделы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС - 80 ударов в минуту, АД - 156/85 мм рт. ст. Язык влажный, у корня обложен белым налетом. При поверхностной пальпации живота отмечается некоторая болезненность в эпигастрии и в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. При глубокой пальпации пальпируется сигмовидная кишка в виде умеренно подвижного безболезненного цилиндра, диаметром 1,5 см. Имеется болезненность в зоне Шоффара. Положительный симптом Керте, симптом Мейо-Робсона. При перкуссии живота — тимпанит. Размеры печени по Курлову – 15×13×11 см. Печень выступает из-под реберной дуги на 3-4 см, край умеренной плотности, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Поражение какого органа можно предположить, и с чем это связано?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту?
4. Определите тактику лечения больного.
5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

Эталон ответа:

1. Вторичный хронический панкреатит, билиарозависимый, болевая форма, средней тяжести, часто рецидивирующего течения в стадии обострения. Хронический реактивный персистирующий гепатит. Состояние после холецистоэктомии (7 лет назад). Вторичный (панкреатогенный) сахарный диабет.

2. Поражение поджелудочной железы связано с операцией на желчном пузыре и желчевыводящих путях.

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

4. Госпитализация в гастроэнтерологическое отделение; голодная диета, диета № 16 панкреатическая, жидкая и полужидкая пища, 6-разовое питание на протяжении 3-6 дней; Н2-блокаторы (Ранитидин, Фамотидин) или ингибиторы протонной помпы (Омепразол); холинолитики (Платифиллин); спазмолитики (Дротаверин); обезболивающие; полиферментные препараты; лечение сахарного диабета (препараты Сульфанилмочевины).

5. Основные заболевания, с которыми проводят дифференциальную диагностику хронического панкреатита: язвенная болезнь желудка и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки; хронический холецистит; хронический энтерит и колит; хронический абдоминальный ишемический синдром; рак поджелудочной железы.

Задача №64

Больная 39 лет поступила с жалобами на боли в эпигастрии, правом

подреберье, тошноту. Из анамнеза известно, что 6 месяцев назад выполнена холецистэктомия по поводу ЖКБ. При осмотре кожа и видимые слизистые иктеричны, температура тела 36,8. В легких дыхание везикулярное. PS 82 уд. в мин., АД 110/70 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом, живот мягкий болезненный в правом подреберье. Перитонеальные симптомы отрицательные.

При УЗИ имеется умеренное расширение ОЖП, подозрение на конкремент в их просвете. С целью уточнения патологии ОЖП выполнена ЭРПХГ. Контрастированы частично ГППЖ и ОЖП, в просветекоторого определяется конкремент. Выполнена ЭПТ с литоэкстракцией. К вечеру у больной появились резкие опоясывающие боли, вздутие живота, многократная рвота, показатели амилазы крови- 72 г/л, мочи- 240 г/л.

1. Какое заболевание развилось у больной и чем оно было вызвано?
2. Какие имеются анатомические предпосылки для развития этого осложнения при манипуляциях на БСДК?
3. Какими доступными инструментальными методами можно подтвердить диагноз и ожидаемые результаты?
4. Составьте программу лечения острого панкреатита?
5. Какие возможны исходы заболевания?

Эталон ответа:

1. У больной развился острый панкреатит, как результат осложнений РПХГ и ЭПТ.

2. Общий желчный проток и ОППЖ в более чем 85% случаев открываются в общую ампулу БСДК. На слизистой ампулы БСДК имеются в различной степени развиты поперечные, продольные, косые складки, которые всегда направлены к отверстию БСДК, что может создавать значительные препятствия при выполнении РПХГ, травмировать устье ОППЖ, способствовать попаданию контрастного вещества в проток. При выполнении ЭПТ возможен ожог устья ОППЖ. Все это приводит к развитию острого панкреатита.

3. УЗИ. Для острого панкреатита характерно: увеличение размеров поджелудочной железы, смазанность контуров, снижение эхогенности из-за отека. Может наблюдаться скопление жидкости в сальниковой сумке, забрюшинном пространстве.

4. -устранение этиологического фактора

-борьба с болевым синдромом (баралгин, анальгин, катетеризация перидурального пространства и др.)

-спазмолитики (папаверин, платифиллин, но-шпа и др.)

-создание функционального покоя железе (голод, сандостатин, аспирация желудочного содержимого, квамател и др.)

-устранение водно-электролитных нарушений (кристаллоиды, коллоиды)

-экстракорпоральные методы детоксикации (плазмаферез, гемосорбция)

-профилактика септических осложнений (антибиотики широкого спектра действия)

-лапароскопическое дренирование брюшной полости, так как имеется ферментативный перитонит.

5. Абортирование процесса, выздоровление. При значительных масштабах панкреонекроза возможно развитие:

-парапанкреатического инфильтрата

-парапанкрентического абсцесса

-перитонита

-септической флегмоны забрюшинной клетчатки

-арозивных кровотечений

-дигестивных свищей.

Задача №65

Больной 45 лет, жалуется на боли в эпигастральной области и левом подреберье, иррадиирующие в спину. Боли периодически носят опоясывающий характер. Кроме того больного беспокоит тошнота, рвота. Рвота неоднократная, не приносит облегчения. Положение тела вынужденное, больной находится на

спине в полусогнутом состоянии. Температура нормальная. Боли появились после приема алкоголя и обильной еды. В жизни алкоголем не злоупотребляет.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Какие симптомы Вы можете выявить при данном заболевании и опишите их?
3. Какие доступные лабораторные исследования могут подтвердить диагноз?

Эталон ответа:

1. Острый алиментарный панкреатит.

2. Симптомы острого панкреатита: симптом Грея- Турнера- цианоз боковых отделов живота; симптом Куллена - цианоз в области пупка; симптом Керте- напряжение мышц в эпигастральной области и болезненность по ходу поджелудочной железы; симптом Воскресенского- исчезновение пульсации брюшной аорты в эпигастральной области; симптом Мейо-Робсона- болезненность в левом реберно-позвоночном углу.

3. Повышение показателей амилазы, диастазы мочи и крови.

Вопросы для собеседования:

1. Использование унифицированных и стандартизованных подходов к градации симптомов и синдромов. Значение практического использования элементов стандартизации в гастроэнтерологии.

Эталон ответа: **использование в практической работе унифицированных и стандартизованных подходов к градации симптомов и синдромов болезней ЖКТ. Практическое использование элементов стандартизации в гастроэнтерологии на основе доказательной медицины. Овладение использованием минимальных национальных стандартов оказания медицинской помощи при заболеваниях ЖКТ. Демонстрация умений применения национального формуляра лекарственных средств при оказании медицинской, использования иерархических классификаций, использование клинических алгоритмов, проведение оценки качества собственной практической работы, оценка эпидемиологической ситуации и планирования медицинской помощи.**

Стандартизация охватывает все аспекты деятельности системы здравоохранения и факторы, влияющие на качество, безопасность и эффективность оказания медицинской помощи, начиная от материально-технического оснащения, лекарственного обеспечения и профессиональной подготовки работников до внедрения современных организационных, медицинских и информационных технологий. Отдельно стоят стандарты по организации производства и контролю качества лекарственных средств (GMP), медицинского оборудования и медицинских изделий, лабораторным технологиям, клиническим исследованиям.

2. Принципы построения диагноза. Понятие нормы и болезни в современной медицине, дуалистический и рационалистический подходы.

Эталон ответа: **Диагноз. Принципы построения.**

Критерии нозологической формы диагноза — этиология, патогенез, характер клинико-морфологических проявлений болезни — основные критерия построения диагноза. Диагноз должен включать этиологию, симптоматологию, морфологию и патогенез болезни, степень функциональных расстройств и тяжести заболевания, характер компенсаторных и приспособительных реакций, индивидуальные особенности организма больного, предрасположение к болезни, наследственность. Принципы построения патологоанатомического диагноза не отличаются от таковых при построении заключительного клинического диагноза, хотя в первом доминирует структурное (морфологическое) начало, а во втором — клинико-функциональное.

Норма — состояние оптимальной жизнедеятельности организма в конкретных условиях его существования.

Отклонение же от нормы рассматривается как патология и болезнь.

Различают возрастные и индивидуальные нормы.

Любое отклонение от установленной нормы может характеризоваться как патология.

Болезнь — это нарушение нормальной жизнедеятельности организма, обусловленное функциональными и (или) морфологическими (структурными) изменениями, наступающими в результате воздействия эндогенных и (или) экзогенны, факторов.

Дуалистический подход или дуализм — термин, имеющий несколько значений в истории мышления, всегда означающих возможность одновременного толкования какого-то явления с двух (часто противоположных) позиций. В определённой области знания понятие включает в себя пересечение двух фундаментальных классов вещей или принципов, взаимовлияющих друг на друга, но не меняющих свою структуру.

Рационалистический подход-играет важную роль в науке и технологиях. Научный метод основан на логике, рациональном мышлении и проверке гипотез. Ученые используют разум и логику для формулирования теорий, проведения экспериментов и делают выводы на основе полученных данных.

3. Общие принципы иерархической классификации заболеваний в гастроэнтерологии и их реализация в МКБ-10.

Эталон ответа: **Иерархическая классификация болезней ограничивается определенным числом взаимоисключающих рубрик, которые охватывают всю совокупность патологических состояний. Рубрики представлены таким образом, чтобы облегчить статистическое изучение болезней. Конкретная болезнь, имеющая особую значимость для здравоохранения или высокую распространенность, представлена отдельной рубрикой. Это исключает возможность, чтобы рубрики охватывали группы отдельных, но родственных состояний. Каждая болезнь или патологическое состояние занимает строго определенное место в перечне рубрик.**

МКБ является переменно-осевой классификацией. Его схема заключалась в том, что для всех практических и эпидемиологических целей

статистические данные о болезни должны быть сгруппированы следующим образом:

- эпидемические болезни;

- конституциональные или общие болезни;

- местные болезни, сгруппированные по анатомической локализации;

- болезни, связанные с развитием;

- травмы.

Эта структура видна в классах МКБ-10. Она выдержала проверку временем (около 100 лет) и, будучи в некотором отношении произвольной, по-прежнему считается более удобной для основных эпидемиологических целей, чем любая из предлагаемых и апробированных альтернатив.

4. Варикозное расширение вен пищевода. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

Эталон ответа: **варикозное расширение вен пищевода – патологическое состояние, связанное с чрезмерным расширением сосудов, расположенных в подслизистом слое пищевода. Этиология. Патогенез: портальная гипертензия (хронические заболевания печени, циррозом). Классификация: эндоскопическая по степени расширение вен пищевода, желудка. Клиника: зависит от степени кровопотери. Осложнения: пищеводно-желудочное кровотечение, кровохарканье, кровавая рвота, дегтеобразный стул, черного цвета. Диагностика: эндоскопия, рентгенография, ангиография, манометрия. Диф.диагностика: все этиологии кровотечений из (верхнего отдела) желудочно-кишечного тракта. Лечение: препараты, снижающие давление в воротной вене: неселективные бета-блокаторы (НСББ), терлипрессин.**

5. Хеликобактер-ассоциированные заболевания. Эпидемиология. Патогенез. Принципы диагностики. Оптимальные схемы эрадикационной терапии, их эффективность и безопасность.

Эталон ответа: **Helicobacter pylori – это широко распространенный возбудитель инфекции желудка, который вызывает такие патологии, как гастрит, язвенную болезнь, аденокарциному и низкодифференцируемую лимфому желудка. Согласно данным из различных регионов нашей страны, инфекцию H. pylori обнаруживают у 55–92% взрослых, причем с возрастом процент инфицированности населения увеличивается.**

Патогенез: продуцируемый бактерией H. pylori аммиак позволяет микроорганизму выживать в кислой среде желудка и может разрушать слизистый барьер. Цитотоксины и муколитические ферменты (например, протеаза, липаза), продуцируемые бактерией H. pylori, могут играть роль в повреждении слизистой желудка и последующем развитии ульцерогенеза. Инфекция преимущественно антрального отдела приводит к увеличению продукции гастрина, возможно, за счет местного нарушения секреции соматостатина. В итоге гиперсекреция кислоты предрасполагает к препилорической или дуоденальной язве. Инфекция преимущественно тела желудка приводит к развитию атрофического гастрита и снижению продукции кислоты, возможно, за счет увеличения местной продукции интерлейкина-1 бета. Больные с инфекцией преимущественно тела желудка предрасопложены к язве желудка и аденокарциноме желудка.

Диагностика: неинвазивные тесты диагностики: дыхательный уреазный тест с пероральным приемом определенной дозы мочевины, меченной 13C или 14C. Чувствительность и специфичность составляют > 95%. Антигенный анализ кала имеет сходную чувствительность и специфичность с мочевинным дыхательным тестом, особенно при первоначальной диагностике. Эндоскопия применяется для получения биопсийных образцов слизистой оболочки для быстрого уреазного теста или гистологической окраски. Бактериальный посев имеет ограничения по

использованию из-за сложности получения культуры «привередливого» микроорганизма.

Лечение: трёхкомпонентная терапия: ИПП в «стандартной дозировке» не менее 7 дней; кларитромицин (500 мг 2 раза в день) 7 дней; амоксициллин (1000 мг 2 раза в день) или метронидазол (500 мг 2 раза в день) 7 дней. Четырёхкомпонентная терапия: один из ИПН в «стандартной дозировке» не менее 10 дней + висмута субцитрат (120 мг 4 раза в день) 10 дней + метронидазол (500 мг 3 раза в день) 10 дней + тетрациклин (500 мг 4 раза в день) 10 дней.

6. Доброкачественные опухоли органов ЖКТ. Клинические симптомы. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение.

Эталон ответа: **доброкачественная опухоль желудка – это новообразование, которое не имеет признаков злокачественного процесса. В некоторых случаях остается небольшой риск перерождения при отсутствии соответствующего лечения. Доброкачественные новообразования желудка составляют до 5% от числа всех опухолевых заболеваний желудка, могут развиваться из эпителия, нервной ткани, жировых структур или сосудистых. Доброкачественные заболевания толстой кишки- выделяют множество видов новообразований, чаще всего встречаются полипы, липомы, лейомиомы**

Симптомы опухоли желудка, как правило, слабо выражены. Если новообразование не растет, то практически не проявляется и никак не наблюдается. Очень часто доброкачественные опухоли определяют по косвенным признакам или выявляют случайно при эндоскопическом обследовании. При абсолютно спокойном течении могут наблюдаться боли тупого и ноющего характера, локализованные, как правило, в эпигастрии. Боль нередко возникает после приема пищи. При опухолях достаточно большого размера могут наблюдаться более выраженные проявления. Появляется тяжесть, возникают приступы тошноты, появляется частая

отрыжка. Доброкачественные новообразования толстого кишечника могут протекать бессимптомно или характеризоваться следующими симптомами: Болезненные ощущения в области кишечника, в разных отделах живота; Частые позывы на дефекацию, нередко – ложные; Слизистый стул; Примесь крови в кале (обычно свидетельствует о быстром развитии болезни и значительном размере опухоли).

Диагностика опухолей желудка состоит из трех основных этапов: сбор анамнеза, осмотр, рентгенографическое и эндоскопическое исследование. Для уточнения диагноза используют ВГДС, ВКС, во время которых можно выполнить диагностическую биопсию выявленного образования. Для уточнения распространенности процесса используют также ирригоскопию (рентгенографию толстой кишки).

Лечение доброкачественной опухоли желудка и кишечника бывает только хирургическое (эндоскопическая электроэксцизия, энуклеация). Операцию могут отложить при небольшом размере опухоли и отсутствии опасности озлокачествления.

7. Экзокринная недостаточность поджелудочной железы. Этиология и патогенез. Клинические симптомы. Диагностика. Лечение.

Эталон ответа: **экзокринная недостаточность поджелудочной железы выражается в снижении продукции панкреатических ферментов и/или бикарбонатов. Секреция панкреатических ферментов может быть нарушена как из-за разрушения самой ПЖ — первичная ЭПН, так и вследствие нарушения нервной и/или гуморальной регуляции секреторной функции ПЖ — вторичная ЭПН, что приводит к недостаточности переваривания, всасывания пищевых веществ и в конечном итоге — к трофологической недостаточности.**

Этиология и патогенез: • недостаточная способность ПЖ синтезировать ферменты вследствие разрушения или повреждения ее паренхимы; • нарушение стимуляции секреции ферментов; • асинхронное поступление

ферментов и химуса в тонкую кишку; • нарушение экскреции ферментов в просвет ДПК вследствие обструкции протока ПЖ.

Основное клиническое проявление — стеаторея (увеличение содержания жира в кале), которая в тяжелых случаях характеризуется макроскопическими изменениями: пенистым или плавающим в воде зловонным калом. Среди других проявлений стеатореи могут встречаться боль в животе и его вздутие. При отсутствии лечения нарушение переваривания жира может привести к трофологической недостаточности

Диагностика: микроскопическое исследование кала с целью определения капелек жира может быть использовано в качестве скринингового теста на наличие мальабсорбции; определение активности эластазы-1 в кале с помощью иммуноферментного анализа (ИФА). Этот показатель считается более чувствительным и специфичным в диагностике панкреатической недостаточности; количественное определение жира в 3-дневном кале считают «золотым стандартом» диагностики и количественной стратификации стеатореи, хотя оно не позволяет провести дифференциальный диагноз между стеатореей панкреатической и непанкреатической этиологии.

Лечение: основная цель терапии ЭПН состоит в устранении синдрома мальдигестии/мальабсорбции и поддержании адекватного трофологического статуса. В идеале лечение должно в точности имитировать ритм экзокринной секреции нормальной ПЖ. Заместительная терапия панкреатическими ферментами — основной компонент лечения больных с ЭПН. Важно создать достаточную ферментную активность в просвете ДПК одновременно с поступлением пищи, чтобы восстановить нарушенное переваривание химуса и нормализовать всасывание пищевых веществ. В капсулированных препаратах используют pH-чувствительное покрытие, которое защищает ферменты панкреатина от разрушения кислым содержимым желудка. Таким образом, в ДПК поступают

интактные ферменты, и здесь покрытие быстро растворяется в щелочной среде и ферменты высвобождаются в просвет пищеварительного тракта.

8. Лабораторные методы исследования. Дифференциальный диагноз при основных клинико-лабораторных синдромах, сопровождающих течение заболеваний печени: синдроме цитолиза, холестаза, иммуно-воспалительном синдроме, синдроме печеночно-клеточной функциональной недостаточности.

Эталон ответа: **синдром цитолиза (цитолитический синдром) - неспецифическая реакция клеток печени па действие повреждающих факторов (разрушение клеток печени). В основе его лежит изменение проницаемости мембран клеток и их органел, при этом в плазме крови определяются повышенные уровни билирубина (за счет обеих фракций), АЛТ, АСТ, ЛДГ5, альдолазы, α-глутатион-S-трансферазы, железа, витамина В12, глутамат-дегидрогеназы (ГлДГ), сорбит-дегидрогеназы (СДГ), орнитин-карбамоилтрансферазы (ОКТ).**

Холестаз – это клинико-лабораторный синдром, характеризующийся повышением в крови содержания экскретируемых с желчью веществ вследствие нарушения выработки желчи либо ее оттока. Симптомы включают кожный зуд, желтушность, запоры, привкус горечи во рту, болезненность в правом подреберье, темный цвет мочи и обесцвечивание кала. В результатах общего анализа крови могут отмечаться анемия, лейкоцитоз, повышенная скорость оседания эритроцитов. В биохимическом анализе крови выявляется гипербилирубинемия, гиперлипидемия, превышение уровня активности ферментов (АлАТ, АсАТ и щелочной фосфатазы). Анализ мочи позволяет оценить наличие в ней желчных пигментов. Важным моментом является определение аутоиммунного характера заболевания путем обнаружения маркеров аутоиммунных поражений печени: антимитохондриальных, антинуклеарных антител и антител к гладкомышечным клеткам.

Иммуно-воспалительный синдром (ИВС) представляет собой стойкую реакцию иммунокомпетентной системы на повторяющийся (персистирующий) антигенный стимул - полный набор вирусных антигенов в стадию репликации или аутоантигены. Персистирующая антигенная стимуляция ведѐт к стойким активации и пролиферации лимфо-, моноцитарных ростков и к их перемещению в органы мишени с образованием лимфо-, плазмо-, моно-, гистиоцитарных инфильтратов. Совокупность клинико-лабораторных показателей, отражающих иммуно-воспалительный синдром • Тимоловая проба ↑ • Цинк-сульфатная проба ↑ • Фибриноген ↑ • Гиперглобулинемия • Гипоальбуминемия • Гипераль фаглобулинемия • СОЭ ↑ • Специфические белки плазмы (церулоплазмин и др.) • А/α1+α2↓ • А/α2↓ • Гипербилирубинемия • Билирубин: о связанный↑↑↑ о свободный↑

Выделяют две основные формы ПН – печеночноклеточная (гепатоцеллюлярная, истинная, эндогенная) и печеночно-циркуляторная (шунтовая, порто-системная энцефалопатия, ложная, экзогенная). Печѐночно-клеточная недостаточность (ПКН) является следствием прогрессирующего уменьшения функциональной паренхимы печени (истинная) в результате некроза и дистрофии гепатоцитов. Ее развитию и утяжелению предшествует цитолитический синдром (желтуха, гиперферментемия). Печеночно-циркуляторная недостаточность (ПЦН) развивается за счет шунтирования крови из портального коллектора в систему полых вен (системный кровоток) через расширенные анастомозы. Токсические метаболиты микробного пищеварения в толстой кишке поступают через анастомозы в системный кровоток, оказывая, прежде всего церебротоксическое действие (портосистемная энцефалопатия). Снижение инактивации стероидных гормонов ведѐт к их накоплению и появлению соответствующих клинических симптомов: - прогестеронов с сосудистыми звѐздочками и печѐночными ладонями; - изменение вторичных половых

признаков за счѐт эстрогенемии у мужчин (выпадение волос, геникомастия, импотенция) и андрогенемии у женщин (гирсутизм, атрофия грудных желез и матки, дис- и аминорея, бесплодие); - развитие отечного синдрома вследствие вторичного гиперальдостеронизма; 3. ↓ захвата свободного билирубина и уробилина с накоплением их в крови и нарастающей уробилинурией. 4. Нарушение депонирования и активации витаминов с последующими полигиповитаминозами. 5. Нарушение обмена: белков – гипоальбуминемия; жиров – гипохолестеринемия; углеводов - гипогликемия натощак с диабетоподобной кривой после нагрузки глюкозой из-за нарушения синтеза и запасов гликогена в печени; 6. Прогрессирующая гипокалиемия и гипомагниемия с нарастанием анемии, патологической сонливости, развитием ступора.

9. Дифференциальный диагноз при основных клинических синдромах поражения печени: гепатомегалии, гепатолиенальном синдроме, желтухе, портальной гипертензии, асците, геморрагическом синдроме, синдроме печеночной энцефалопатии, гепаторенальном синдроме.

Эталон ответа: **гепатомегалия – патологический синдром, заключающийся в истинном увеличении печени (размер по правой среднеключичной линии превышает 12 см или левая доля пальпируется в эпигастральной области). В норме печень мягкой консистенции, легко прощупывается под реберной дугой. При различных заболеваниях размеры органа могут значительно увеличиваться, структура становиться более плотной.**

Асцит – это вторичное состояние, характеризующееся накоплением экссудата или транссудата в свободной брюшной полости. Клинически проявляется увеличением объема живота, тяжестью, чувством распирания и болями в брюшной полости, одышкой. При целом ряде заболеваний секреторная, резорбтивная и барьерная функции брюшины нарушаются, что приводит к возникновению асцита. Таким образом, в основе патогенеза асцита может лежать сложный комплекс воспалительных,

гемодинамических, гидростатических, водно-электролитных, метаболических нарушений, вследствие чего происходит пропотевание интерстициальной жидкости и ее скопление в брюшной полости.

Желтухой называется синдром, развивающийся вследствие накопления в крови избыточного количества билирубина и последующего его отложения в подкожных тканях. В клинике синдром диагностируется по окрашиванию кожи и слизистой в различные оттенки желтого цвета. Гепатолиенальный синдром - сочетанное увеличение печени и селе-зенки, обусловленное общей связью с воротной веной, общим лимфооттоком, общей иннервацией, а также принадлежностью к единой системе мононуклеарных фагоцитов. Развитие этого синдрома наблюдается при острых и хронических диффузных поражениях печени; врожденных и приобретенных дефектах сосудов портальной системы, системных заболеваниях крови, хронических инфекциях. Синдром портальной гипертензии • Портальной гипертензией считается повышение давления 100 мм водяного столба (норма 40-60 мм вод.ст. или 3-5 мм рт.ст.), определяемого методом спленопортометрии. В зависимости от локализации препятствия оттоку крови из портальной системы в нижнюю полую вену различают следующие уровни портальной гипертензии: • внутрипечѐночный блок (85%) обусловлен в основном циррозом печени и значительно реже обширными опухолями, кистами, болезнями крови; • подпечѐночный блок (12-13%) связан с нарушением оттока крови по воротной вене вследствие сдавления (опухоли поджелудочной железы, кисты, метастазы), тромбозы, облитерация; • надпечѐночныѐ блок (2-3%) является следствием нарушения оттока по печѐночной вене и встречается при синдроме Бадда-Киари, констриктивном перкардите, пороках трѐхстворки, прежде всего стеноза. Осложнения портальной гипертензии • Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода, желудка или

других органов (редко) • Застойная гастропатия • Гиперспленизм • Асцит • Почечная недостаточность • Печеночная энцефалопатия

Геморрагический синдром-физиология системы гемостаза тесно связана с функцией печени, потому что паренхиматозные клетки вырабатывают большинство факторов свертывающей и фибринолитической систем. Кроме того, печень производит тромбопоэтин, который отвечает за продукцию тромбоцитов из мегакариоцитов. Компенсаторные способности системы свертывания крови заметно ослаблены болезнью печени. Это приводит, в конце концов, свертывающую систему к кровотечению или тромбозу

Печеночная энцефалопатия - одно из наиболее тяжелых осложнений печеночной недостаточности, заключающееся в токсическом поражении ЦНС и проявляющееся изменениями личности, снижением интеллекта, депрессией, неврологическими и эндокринными расстройствами. Патогенез и механизмы развития ПЭ на сегодняшний день до конца не изучены, исследованием этой проблемы занимаются ведущие специалисты в области гастроэнтерологии. Раскрытие механизмов развития печеночной энцефалопатии приведет к разработке патогенетического лечения и позволит снизить смертность от этого грозного осложнения печеночной недостаточности.

Гепаторенальный синдром — это нарушение работы почек, которое развивается на фоне тяжелой патологии печени с портальной гипертензией и связано с уменьшением эффективной фильтрации в клубочковом аппарате. Основными этиологическими факторами являются цирроз, острые вирусные гепатиты, опухолевое поражение печени. Симптомы неспецифичны: олигурия, слабость, тошнота в сочетании с признаками основного заболевания.

10. Синдром диспепсии. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.

Эталон ответа: диспепсия – **это нарушение пищеварения, обусловленное причинами органического и функционального характера. Органическая диспепсия возникает на фоне различной патологии органов пищеварения. О функциональной диспепсии говорят в том случае, когда при наличии симптомов нарушения деятельности желудка не выявляется никакой органической патологии, которая могла бы эти жалобы вызвать. Этиология: Патологию принято считать психосоциальным заболеванием, при котором в результате различных стрессовых факторов нарушается регуляция функций желудка и начальных отделов кишечника. Кроме эмоционального перенапряжения, причинами развития функциональной диспепсии могут быть нарушения питания, прием некоторых лекарственных препаратов, повышение секреции соляной кислоты, хеликобактерное обсеменение слизистой оболочки желудка, дискинезия начальных отделов пищеварительного тракта, нарушение переваривания сложных сахаров и др.**

Патогенез: в результате воздействия перечисленных факторов на стенку желудка повышается чувствительность висцеральных рецепторов, возникает дискоординация моторики желудка и тонкого кишечника, нарушается нормальная секреция пищеварительных соков. Проявлениями данных расстройств служат гастропарез, повышенная висцеральная восприимчивость к растяжению, неполное расслабление мышечного слоя органа (чувство раннего насыщения), замедление продвижения пищевых масс из желудка в кишечник. Симптомы диспепсии: диагноз функционального расстройства устанавливается при наличии трех обязательных критериев. Первый из них – жалобы на боли и дискомфорт в верхней половине живота по срединной линии в течение одной недели ежемесячно, либо 12 недель в году. Второй - отсутствие органических изменений ЖКТ при физикальном, эндоскопическом и ультразвуковом обследовании верхних отделов пищеварительного тракта. Третьим критерием является отсутствие признаков синдрома раздраженного

кишечника (облегчение симптомов после дефекации или изменения характера и частоты стула).

Диагностика: Обязательными являются следующие исследования: консультация врача-эндоскописта для проведения эзофагогастродуоденоскопии, УЗИ органов брюшной полости, исследования крови (общеклинический и биохимический анализы крови), исследование кала для оценки пищеварительной деятельности, выявления скрытой крови. При функциональной диспепсии во время ЭГДС изменения слизистой не визуализируются.

Лечение: модификация образа жизни и отказ от вредных привычек. Медикаментозное лечение назначается в зависимости от формы диспепсии. При язвенноподобном варианте основная группа препаратов – антациды и антисекреторные средства: гидроксид алюминия в сочетании с гидроксидом магния, ингибиторы протонной помпы, блокаторы Н2-рецепторов и другие. При дискинетической форме диспепсии используют прокинетики: домперидон или метоклопрамид. Большей продуктивности терапии можно достигнуть при назначении седативных препаратов (трава валерианы, пустырника), антидепрессантов (флувоксамин, флуоксетин).

<u>УК-2</u>

1. Под конкретной потребностью, противоречием, проблемой участников конфликта понимают _____ конфликта

1. объект

2. мотив

3. предмет

4. субъект

Правильный ответ: 3 предмет

2. Модель взаимоотношений, предполагающая безличное отношение врача к пациенту, называется

1. коллегиальной

2. контрактной (договорной)

3. патерналистской

4. инженерной (технократической)

Правильный ответ: 4 инженерной (технократической)

3. Конфликт между руководителями двух медицинских организаций относят к

_____ типу

1. вертикальному

2. горизонтальному

3. административному

4. смешанному

Правильный ответ: 2 горизонтальному

4. Отсутствие активного участия руководителя в управлении коллективом,

возможность у сотрудников принимать самостоятельные решения по основным задачам

характерны для _____ стиля руководства

1. наставнического

2. демократического

3. либерального

4. авторитарного

Правильный ответ: 3 либерального

5. Какой вид разрешения конфликта основан на достижении временного результата?

1.сотрудничество

2.избегание

3. компромисс

4. подавление

5. сглаживание

Правильный ответ: 3 компромисс

6. Оптимальным способом управления конфликтом является

1. предотвращение конфликта

2. избежание конфликта

3. компромисс

4. обострение конфликта

Правильный ответ: 1 предотвращение конфликта

7. Стиль руководства, характеризующийся централизацией власти, единоначалием,

чрезмерной требовательностью, методами принуждения, называется

1. авторитарным

2. либеральным

3. диктаторским

4. демократическим

Правильный ответ: 1 авторитарным

8. В каком состоянии находятся близкие пациента перед коммуникацией с врачом?

1. состоянии безысходности

2. состояние покоя и удовлетворения

3. им самим нужна поддержка

4. состоянии агрессии

Правильный ответ: 3 им самим нужна поддержка

9. Источник конфликта врача и близких пациента

1. несоответствие их ожиданий в допустимости событий

2. выгорание врача

3. разные политические взгляды

4. стоимость услуг

Правильный ответ: 1 несоответствие их ожиданий в допустимости событий

10. Какую роль играет эмпатия при разжигании конфликта?

1. через понимание друг друга

2. эмпатия в конфликте роли не играет

3. по механизму «отзеркаливания» эмоций сторон друг другу

4.через невербальные знаки доверия

Правильный ответ: 3 по механизму «отзеркаливания» эмоций сторон друг другу

11. Что вызывает напряжение во время коммуникации?

1. отсутствие регламента коммуникации

2. подбор слов для упрощения языка диалога

3. выбор слов в юридическом плане

4. исходно благостное настроение сторон

5. ощущение правовой опасности

Правильный ответ: 2, 3, 5

12. Вставьте пропущенное слово, чтобы получилось целостное представление. Для формирования и поддержания этнической . . . необходимо искать пути взаимопонимания и тождественности культур на основе общих для всего человечества нравственных ценностей. Слова для выбора:

1. идентичность;

2. толерантность;

3.самооценка;

4. совместимость.

Правильный ответ: 2 толерантность

13. Какие основные стратегии разрешения этнических конфликтов на макроуровне (исключить неверный ответ):

1. правовые механизмы;

2. боевые действия;

3. переговоры;

4. информационный путь.

Правильный ответ: 2. боевые действия;

14. Крайняя форма межэтнического взаимодействия:

1. ассимиляция;

2. дискриминация;

3. геноцид;

4. детерминация.

Правильный ответ 3. геноцид;

15. Приписывание причин поведения или результата деятельности при восприятии людьми друг друга называется:

1. интеграция;

2. каузальная атрибуция;

3. этническая идентичность;

4. проекция.

Правильный ответ 2. каузальная атрибуция;

16. Приспособление людей к жизни в новой этнической среде.

1. интеграция;

2. миграция;

3. ассимиляция;

4. адаптация.

Правильный ответ: 4. адаптация.

17. Что из перечисленного является наименее эффективным способом формирования толерантной среды в коллективе?

1. регулярное обсуждение в коллектив того, как различия влияют на рабочие процессы

2. открытая политика, когда руководитель всегда доступен для обсуждения любых конфликтов

3. создание неформальных правил команды, запрещающих публичное обсуждение культурных или религиозных тем

4. Проведение тренингов, направленных на лучшее узнавание руг друга

Правильный ответ: 3 создание неформальных правил команды, запрещающих публичное обсуждение культурных или религиозных тем

18. Позитивный социально-психологический климат в медицинском коллективе способствует:

1. конфликтному поведению;

2. изолированности некоторых сотрудников;

3. повышается эффективность труда.
4. формированию единой политической идеологии

Правильный ответ 3. повышается эффективность труда.

19. Один из наиболее важных видов отношений в коллективе, который способствует доброжелательности и групповой ответственности — это:

1. авторитарный;

2. перфекционистический;

3. гуманистический.
4. либеральный

Правильный ответ: 3. гуманистический.

20. Какой принцип лежит в основе эффективного управления разнородным коллективом?

1. единые, строгие правила для всех, без исключений

2. стремление нивелировать различия между сотрудниками для создания единой корпоративной культуры

3. признание и использования различий между сотрудниками для создания единой корпоративной культуры

4. делегирование решения всех конфликтов на уровень неформального лидера коллектива

Правильный ответ 3 признание и использования различий между сотрудниками для создания единой корпоративной культуры

21. Что из перечисленного является наименее эффективным способом формирования толерантной среды в коллективе?

1. регулярное обсуждение в команде того, как различия влияют на рабочие процессы и результаты

2. открытая политика, когда руководитель всегда доступен для обсуждения любых конфликтов или дискомфорта

3. создание неформальных правил команды, запрещающих публичное обсуждение культурных и религиозных тем

4. проведение тимбилдингов, направленных на улучшение коммуникации между членами коллектива,

Правильный ответ: 3 создание неформальных правил команды, запрещающих публичное обсуждение культурных и религиозных тем

22. Сотрудник вашего коллектива сообщает, что чувствует себя исключенным из неформального общения коллег из-за своего этнического происхождения. Ваши действия?

1. организация тренинга по межкультурному общению

2. индивидуальная беседа с сотрудником для оценки ситуации

3. считать это личным конфликтом и предложить сотруднику самостоятельно наладить отношения с коллегами

4. созвать общее собрание и публично осудить подобное поведение, не называя имен

Правильный ответ: 2 индивидуальная беседа с сотрудником для оценки ситуации

23. Сотрудник попросил предоставить дополнительный отпуск по религиозным соображениям. Ваши действия?

1. отказать, сославшись на принцип единообразия и невозможность создания прецедентов

2. предложить оформить отпуск за свой счет

3. по возможности согласовать изменение графика

4. передать решение вопроса в отдел кадров

Правильный ответ: 3 по возможности согласовать изменение графика

24. Межконфессиональная толерантность в целом – это все, кроме:

1. признание права на свободу самоопределения верующих,

2. уважительное отношение граждан к этому праву, к культурно – религиозному плюрализму общества.

3. отделение церкви от государства

4. преимущество одной религии над другими.

Правильный ответ: 4. преимущество одной религии над другими.

25. Толерантность к сексуальным различиям – это все, кроме:

1. Уважение прав пациентов

2. Уважение прав коллег (врачей, медсестер, других работников)

3. Уважение прав только определенных групп меньшинств

4.Уважение прав всех людей, независимо от места проживания и профессии

Правильный ответ: 3. Уважение прав только определенных групп меньшинств

Задания открытого типа:

1. Согласие пациента на медицинское вмешательство, данное после того, как он был информирован о его целях, методах, связанном с ним риске, возможных вариантах и последствиях, называется _____.

(Ответ: информированным добровольным согласием)

2. Врач, назначающий пациенту с функциональной диспепсией дорогостоящий препарат без доказанной эффективности, руководствуясь лишь договоренностью с фармкомпанией, нарушает этический принцип _____.

(Ответ: непричинения вреда / non-maleficence)

3. Нравственное и профессиональное обязательство врача не разглашать сведения о пациенте, полученные в ходе обследования и лечения, составляет содержание понятия _____.

(Ответ: врачебная тайна)

4. Способ разрешения этической дилеммы, при котором решение принимается коллегиально с участием врачей, юристов, представителей этического комитета, а иногда и самого пациента или его родственников, называется _____.

(Ответ: этическая консультация)

5. Основным директивным документом, определяющим права пациента в системе российского здравоохранения, является _____.

(Ответ: Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" № 323-ФЗ)*

6. Ситуация, когда врач-гастроэнтеролог лично участвует в проведении клинического исследования нового препарата для лечения ВЗК, является конфликтом интересов, так как его личная заинтересованность может повлиять на _____ пациента.

(Ответ: наилучшие интересы)

7. Способность врача понимать и разделять чувства пациента, оставаясь при этом профессионально объективным, определяется как _____.

(Ответ: эмпатия)

8. Документ, в котором гражданин выражает свою волю на случай, если он будет находиться в состоянии, не позволяющем ему выразить желание относительно медицинского вмешательства, называется _____.

(Ответ: заранее выраженное волеизъявление)

9. Принцип, обязывающий врача оказывать медицинскую помощь независимо от пола, расы, социального статуса, религиозных убеждений и иных немедицинских факторов, называется принципом _____.

(Ответ: справедливости)

10. Врач, который систематически изучает новые публикации по гастроэнтерологии, посещает профильные конференции и внедряет в свою практику доказательные методы, демонстрирует качество _____.

(Ответ: непрерывного профессионального развития)

11. Юридический документ, регламентирующий порядок и условия оказания медицинской помощи в конкретном медицинском учреждении, — это _____.

(Ответ: устав медицинской организации)

12. Способность врача осознавать границы своих профессиональных компетенций и при необходимости направлять пациента к более квалифицированному специалисту является проявлением _____.

(Ответ: профессиональной рефлексии или осознанной практики)

13. Врач, который при общении с пациентом использует простой и понятный язык, избегая излишней терминологии, и проверяет, правильно ли пациент его понял, демонстрирует навык _____.

(Ответ: эффективной коммуникации)

14. Совокупность моральных норм и принципов, которыми должен руководствоваться медицинский работник при выполнении своих профессиональных обязанностей, — это _____.

(Ответ: медицинская этика)

15. Документ, устанавливающий обязательные для исполнения требования к проведению конкретной медицинской процедуры или лечению определенного заболевания, — это _____.

(Ответ: стандарт медицинской помощи)

16. Врач, который при установлении диагноза "цирроз печени" учитывает не только данные биопсии, но и психологическое состояние пациента, его социальные обстоятельства и семейный анамнез, реализует _____ подход.

(Ответ: биопсихосоциальный)

17. Принцип, согласно которому благо пациента является высшим законом для врача, в этике называется _____.

(Ответ: принцип патернализма (в его мягкой, обоснованной форме) или принцип благодеяния / beneficence)

18. Учение о должном поведении медицинского работника, его обязанностях по отношению к пациенту, коллегам и обществу в целом, — это _____.

(Ответ: медицинская деонтология)

19. Способность врача сохранять самообладание и принимать взвешенные решения в условиях острой стрессовой ситуации (например, при желудочно-кишечном кровотечении) является ключевым компонентом _____.

(Ответ: эмоционального интеллекта или профессиональной устойчивости)

20. Врач, который при обсуждении рисков плановой холецистэктомии честно рассказывает о возможности интра- и послеоперационных осложнений, демонстрирует принцип _____.

(Ответ: правдивости / veracity)

21. Совокупность знаний, умений и личностных качеств, позволяющих успешно выполнять профессиональную деятельность, определяется как _____.

(Ответ: компетентность)

22. Юридическая обязанность врача отвечать за вред, причиненный здоровью пациента вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей, — это _____ ответственность.

(Ответ: гражданско-правовая или материальная)

23. Ситуация, при которой личная заинтересованность врача (материальная или иная) может повлиять на процесс принятия медицинского решения в ущерб интересам пациента, представляет собой конфликт _____.

(Ответ: интересов)

24. Непрерывный процесс совершенствования знаний, умений и личностных качеств в течение всей профессиональной жизни врача определяется как _____ образование.

(**Ответ: непрерывное медицинское образование / НМО)**

25. Способ разрешения сложной этической ситуации путем коллективного обсуждения с участием врачей, юристов, биоэтиков и других специалистов — это _____ консилиум.

26. Способность руководителя понимать и учитывать культурные особенности пациентов и членов коллектива для повышения эффективности работы учреждения — это культурная _____.

(Ответ: компетентность)

27. Стиль руководства, при котором заведующий отделением предоставляет коллективу максимальную самостоятельность в принятии решений в рамках установленных целей, называется _____.

(Ответ: делегирующий)

28. Умение руководителя медицинского учреждения конструктивно вести переговоры и разрешать спорные ситуации между сотрудниками — это навык _____.

(Ответ: медиации)

29. Принцип, запрещающий дискриминацию пациентов и сотрудников по признаку пола, расы, национальности, религии или социального положения, отражает ценность _____.

(Ответ: толерантности)

30. Процесс определения целей медицинской организации или ее подразделения и путей их достижения — это _____.

(Ответ: планирование)

31. Способность руководителя вдохновлять коллектив на достижение общих целей, формируя видение будущего, — это _____.

(Ответ: лидерство)

32. Принцип управления, предполагающий предоставление подчиненным свободы действий в выполнении задач при сохранении контроля над конечным результатом, — это _____.

(Ответ: автономия)

33. Уважительное отношение к системе убеждений, ценностей и традиций пациента, даже если они отличаются от собственных, является проявлением религиозной _____.

(Ответ: толерантности)

34. Совокупность методов и средств распространения идей, ценностей и информации для формирования общественного мнения в медицинской организации — это внутренняя _____.

(Ответ: коммуникация)

10. Коллегиальная форма принятия управленческих решений в сложных или конфликтных ситуациях в медицинском коллективе — это _____ консилиум.

(Ответ: этический)

35. Умение руководителя адекватно воспринимать критику, извлекать из нее конструктивные предложения и признавать свои ошибки — это признак _____.

(Ответ: стрессоустойчивости или эмоционального интеллекта)

36. Процесс обеспечения функционирования медицинского учреждения в соответствии с установленными нормативами и стандартами — это _____.

(Ответ: контроль)

37. Распределение ресурсов, полномочий и ответственности между структурными подразделениями и сотрудниками медицинской организации — это организационная _____.

(Ответ: структура)

38. Способность руководителя создать в коллективе такую атмосферу, когда различные мнения и идеи не подавляются, а рассматриваются как ресурс развития, — это поощрение _____.

(Ответ: инноваций или плюрализма мнений)

39. Принцип, согласно которому решения руководителя должны быть обоснованы, прозрачны и понятны для коллектива, — это принцип _____.

(Ответ: справедливости)

40. Процесс мотивирования сотрудников на достижение личных и организационных целей через удовлетворение их высших потребностей — это _____.

(Ответ: стимулирование)

41. Умение руководителя эффективно выстраивать коммуникацию с представителями разных социальных слоев и этнических групп — это социально-коммуникативная _____.

(Ответ: компетентность)

42. Формальное право руководителя отдавать распоряжения и ожидать их выполнения в рамках должностных обязанностей сотрудников — это _____ власть.

(Ответ: законная / легитимная)

43. Неформальное влияние руководителя на коллектив, основанное на его личных качествах, опыте и знаниях, — это _____ власть.

(Ответ: экспертная / референтная)

44. Создание в коллективе условий, при которых каждый сотрудник чувствует свою ценность и вовлеченность в общее дело, — это формирование _____.

(Ответ: корпоративной культуры или команды)

45. Способ разрешения конфликта, при котором руководитель находит решение, максимально удовлетворяющее интересы всех сторон, — это _____.

(Ответ: сотрудничество)

46. Процесс адаптации новых сотрудников к правилам, нормам и ценностям медицинского коллектива — это _____.

(Ответ: адаптация / онбординг)

47. Умение руководителя публично отстаивать позицию своей организации, представлять ее интересы во внешней среде — это навык _____.

(Ответ: публичных выступлений или представительства)

48. Принцип управления, требующий от руководителя последовательности в действиях и предсказуемости решений, — это принцип _____.

(Ответ: последовательности)

49 Способность руководителя медицинского учреждения эффективно действовать в условиях неопределенности и дефицита ресурсов — это управленческая _____.

(Ответ: гибкость / адаптивность)

50. Процесс оценки профессиональных и личностных качеств сотрудников для принятия кадровых решений — это _____.

(Ответ: аттестация)

51. Уважение права пациента на сохранение его культурной идентичности и оказание помощи с учетом культурных особенностей — это _____ подход.

(Ответ: культурно-чувствительный)

52 Способность руководителя воспринимать многообразие команды как ресурс для развития, а не как источник проблем, — это управление _____.

(Ответ: разнообразием / диверсификацией)

53. Система материального и нематериального поощрения сотрудников за достижение поставленных целей — это _____.

(Ответ: мотивация)

54. Умение руководителя медицинского учреждения эффективно распределять свое рабочее время и время сотрудников для достижения максимальных результатов — это тайм-_____.

(Ответ: менеджмент)

55. Способность врача определять порядок выполнения задач в течение рабочего дня в зависимости от их срочности и важности лежит в основе навыка _____ времени.

(Ответ: тайм-менеджмента или рационального распределения)

56. Документ, в котором врач-гастроэнтеролог фиксирует этапы динамического наблюдения за пациентом с язвенной болезнью, результаты осмотров и коррекцию терапии, — это _____ карта.

(Ответ: амбулаторная или медицинская)

57. Умение врача определить, какие задачи на смене являются первоочередными, а какие могут быть отложены, характеризует его навык расстановки _____.

(Ответ: приоритетов)

58. Процесс обучения ординаторов и среднего медицинского персонала, основанный на совместном разборе клинических случаев, относится к _____ методам в педагогике.

(Ответ: активным)

59. Основной учетно-отчетный документ, заполняемый при выписке пациента из стационара, который содержит окончательный диагноз, описание проведенного лечения и рекомендации, — это _____ эпикриз.

(Ответ: выпиской)

60. Способность врача понять эмоциональное состояние тревожного пациента и снизить его уровень стресса перед эндоскопическим исследованием относится к области медицинской _____.

(Ответ: психологии)

61. Составление графика дежурств, консультаций и плановых манипуляций на месяц вперед является примером _____ планирования.

(Ответ: среднесрочного)

62. Умение врача четко и грамотно заполнять медицинскую документацию, не допуская исправлений и неточностей, является залогом его юридической _____.

(Ответ: защищенности или безопасности)

63. Метод обучения, при котором опытный врач на собственном примере демонстрирует ординаторам технику пальпации живота, называется _____.

(Ответ: показом или демонстрацией)

64. Способность врача осознанно управлять своим временем, выделяя периоды для работы, отдыха и профессионального развития, характеризует его личную _____.

(Ответ: организованность)

65. Умение врача донести до пациента сложную информацию о его заболевании (например, о циррозе печени) в доступной и деликатной форме основано на навыках _____ коммуникации.

(Ответ: эффективной или терапевтической)

66. Использование электронных планировщиков и календарей для структурирования рабочего дня является элементом современного _____.

(Ответ: тайм-менеджмента)

67. Способность врача установить доверительный контакт с пациентом, учитывая его личностные особенности и психологическое состояние, определяется как _____ компетентность.

(Ответ: коммуникативная)

68. Сводная запись в амбулаторной карте, которую врач заполняет при закрытии листа нетрудоспособности, — это _____ эпикриз.

(Ответ: заключительный)

69.В первые 2 недели работы нового сотрудника с иным культурным бэкграундом, вы, как организатор лечебного процесса в отделении проведете с сотрудником _____ ?

(Ответ: личная беседа)

70. В ситуации, когда шутка одного сотрудника обидела другого из-за культурных различий, заведующий отделением _____?

(Ответ: совместное обсуждение сложившейся ситуации)

71. Для создания толерантной атмосферы в коллективе необходимо _____

72. В качестве меры мотивации для сотрудника, для которого материальный стимул не главное_____

(Ответ: публичное признание заслуг)

73. Что скажите команде, если потребуется ввести правило, уменьшающее привычки меньшинства

(Ответ: обоснование данной меры)

74. При внедрении системы поощрения в многонациональном коллективе необходимо учитывать _____ особенности

(ответ: культурные)

75. В случае затруднения общения в коллективе с сотрудником с ограниченными возможностями здоровья необходимо провести _____ по этике общения

(ответ: беседа).

ПК-1

Инструкция: Выберите один правильный ответ.

1. FEMALE, FAT, FORTY, FERTILE, FAIR – факторы риска для:

а) Дисфункции жёлчного пузыря
б) Дисфункции сфинктера Одди
в) Хронического калькулёзного холецистита
г) Хроническиго панкреатита
д) Все перечисленное
Эталон ответа: **в) Хронического калькулёзного холецистита**

2. При диффузных болезнях печени стойкая утрата трудоспособности может иметь место при:

а) вирусном гепатите В
б) аутоиммунном гепатите
в) алкогольном циррозе печени в стадии субкомпенсации
г) циррозе печени, осложненном рецидивирующей печеночной энцефалопатией
д) вирусном гепатите С
Эталон ответа: **г) циррозе печени, осложненном рецидивирующей печеночной энцефалопатией**

3. При холецистолитиазе с рецидивирующим холедохолитиазом показано:

а) санаторно-курортное лечение
б) оперативное лечение
в) направление в Бюро МСЭ для определения группы инвалидности
г) амбулаторное лечение с временным освобождением от работы на 3 недели
д) стационарное лечение в терапевтическом стационаре
Эталон ответа: **б) оперативное лечение**

4. При старении в поджелудочной железе отмечают следующие изменения:

а) гипертрофию ацинозных клеток, развитие фиброза и повышение активности амилазы
б) гипертрофию ацинозных клеток и развитие фиброза
в) развитие фиброза и атрофию ацинозных клеток
г) атрофию ацинозных клеток
д) гипертрофию ацинозных клеток, развитие фиброза, повышение активности амилазы, атрофию ацинозных клеток и накопление жира в клетках
Эталон ответа: **в) развитие фиброза и атрофию ацинозных клеток**

5. Возрастные изменения печени включают:

а) уменьшение числа гепатоцитов, снижение экскреторной функции органа и снижение регенерации гепатоцитов
б) уменьшение числа гепатоцитов и снижение экскреторной функции органа

в) снижение экскреторной функции органа и увеличение синтеза желчных кислот
г) увеличение синтеза желчных кислот
д) уменьшение числа гепатоцитов, снижение экскреторной функции органа, снижение регенерации гепатоцитов, увеличение синтеза желчных кислот и стеатоз
Эталон ответа: **а) уменьшение числа гепатоцитов, снижение экскреторной функции органа и снижение регенерации гепатоцитов**

6. Всасывание жира в кишечнике нарушается в следующих случаях:

а) при дефиците витаминов группы В, при дефиците желчных кислот и при травмах
б) при дефиците витаминов группы В и при дефиците желчных кислот
в) при дефиците желчных кислот и при белковом голодании
г) при белковом голодании
д) при дефиците витаминов группы В, при дефиците желчных кислот, при травмах, при белковом голодании и при избытке углеводов в рационе
Эталон ответа: **в) при дефиците желчных кислот и при белковом голодании**

7. Концентрация гастрина в крови достигает значительных степеней при:

а) аутоиммунном гастрите, синдроме Золингера-Эллисона и язвенной болезни желудка
б) аутоиммунном гастрите и синдроме Золингера-Эллисона
в) синдроме Золингера-Эллисона и язвенной болезни ДПК
г) язвенной болезни ДПК
д) аутоиммунном гастрите, синдроме Золингера-Эллисона, язвенной болезни желудка, язвенной болезни ДПК и хроническом панкреатите
Эталон ответа: **б) аутоиммунном гастрите и синдроме Золингера-Эллисона**

8. Инфицирование гастродуоденальной слизистой оболочки Helicobacter pylori сопровождается:

а) снижением секреции гастрина
б) ахлоргидрией
в) диффузной атрофией главных желез желудка
г) развитием антрального гастрита
д) недостаточностью кардии
Эталон ответа: **г) развитием антрального гастрита**

9. Активность трипсина сыворотки крови повышается при:

а) остром панкреатите, обострении хронического панкреатита и язвенной болезни

б) остром панкреатите и обострении хронического панкреатита
в) обострении хронического панкреатита и перитоните
г) перитоните
д) остром панкреатите, обострении хронического панкреатита, язвенной болезни, перитоните и хроническом гепатите
Эталон ответа: **б) остром панкреатите и обострении хронического панкреатита**

10. Гипонатриемия наступает при следующих состояниях

а) бессолевой диете, рвоте и диарее
б) бессолевой диете и рвоте
в) рвоте и запоре
г) запоре
д) бессолевой диете, рвоте, диарее, запоре и безбелковой диете
Эталон ответа: **а) бессолевой диете, рвоте и диарее**

11. Признаками пищевода Барретта являются:

а) язва пищевода
б) цилиндрическая метаплазия эпителия в нижней части
в) врожденный короткий пищевод
г) отсутствие перистальтики пищевода
д) щелочной пищевод
Эталон ответа: **б) цилиндрическая метаплазия эпителия в нижней части**

12. Наиболее частыми ранними осложнениями пептической язвы является:

а) кровотечение
б) стенозы
в) малигнизация
г) пенетрация
д) перфорация
Эталон ответа: **а) кровотечение**

13. Пептическую язву пищевода следует дифференцировать с:

а) изъязвленным раком
б) лейомиомой
в) лейкоплакией
г) саркомой
д) дивертикулом пищевода
Эталон ответа: **а) изъязвленным раком**

14. Развитию гастроэзофагиальной рефлюксной болезни способствует:

а) алкоголь, курение и жирная пища
б) алкоголь и курение
в) курение и нитраты
г) нитраты
д) алкоголь, курение, жирная пища, нитраты и бифосфонаты
Эталон ответа:

15. Развитие пищевода Барретта обусловлено забросом:

а) соляной кислоты, пепсина и желчи
б) соляной кислоты и пепсина
в) пепсина и панкреатического сока
г) панкреатического сока
д) соляной кислоты, пепсина, желчи, панкреатического сока и кишечного сока
Эталон ответа: **д) соляной кислоты, пепсина, желчи, панкреатического сока и кишечного сока**

16. Острый эрозивный эзофагит возникает при:

а) химических ожогах, острых инфекционных заболеваниях и травмах
б) химических ожогах и острых инфекционных заболеваниях
в) острых инфекционных заболеваниях и аллергических заболеваниях
г) аллергических заболеваниях
д) химических ожогах, острых инфекционных заболеваниях, травмах, аллергических заболеваниях и лучевом поражении
Эталон ответа: **д) химических ожогах, острых инфекционных заболеваниях, травмах, аллергических заболеваниях и лучевом поражении**

17. При рефлюкс-эзофагите рекомендуется:

а) блокаторы протонового насоса, прокинетики и подъем головного конца кровати на 15 см
б) блокаторы протонового насоса и прокинетики
в) прокинетики и частое дробное питание
г) частое дробное питание
д) блокаторы протонового насоса, прокинетики, подъем головного конца кровати на 15 см, частое дробное питание и гелевые антациды
Эталон ответа: **д) блокаторы протонового насоса, прокинетики, подъем головного конца кровати на 15 см, частое дробное питание и гелевые антациды**

18. Частыми осложнениями при ахалазии кардии являются:

а) эзофагит, дивертикулы пищевода и хронические пневмонии

б) эзофагит и дивертикулы пищевода
в) дивертикулы пищевода и ларингиты
г) ларингиты
д) эзофагит, дивертикулы пищевода, хронические пневмонии, ларингиты и хронический бронхит
Эталон ответа: **д) эзофагит, дивертикулы пищевода, хронические пневмонии, ларингиты и хронический бронхит**

19. Пневматоз желудка может быть следствием:

а) истерии, неврозов и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
б) истерии и неврозов
в) неврозов и гипотонии желудка
г) гипотонии желудка
д) истерии, неврозов, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, гипотонии желудка и быстрой еды
Эталон ответа: **д) истерии, неврозов, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, гипотонии желудка и быстрой еды**

20. К предраковым заболеваниям и изменениям слизистой оболочки желудка относят:

а) хронический хеликобактерный гастрит, полипы желудка на широком основании и хронический атрофический гастрит с кишечной метаплазией
б) хронический хеликобактерный гастрит и полипы желудка на широком основании
в) полипы желудка на широком основании и аутоиммунный гастрит
г) аутоиммунный гастрит
д) хронический хеликобактерный гастрит, полипы желудка на широком основании, хронический атрофический гастрит с кишечной метаплазией, аутоиммунный гастрит и хроническую язву желудка
Эталон ответа: **д) хронический хеликобактерный гастрит, полипы желудка на широком основании, хронический атрофический гастрит с кишечной метаплазией, аутоиммунный гастрит и хроническую язву желудка**

21. Возникновение дивертикулов ДПК связано с:

а) слабостью мышечного слоя, повышением давления в ДПК и воспалением в окружающих тканях
б) слабостью мышечного слоя и повышением давления в ДПК
в) повышением давления в ДПК и образованием спаек с соседними органами
г) образованием спаек с соседними органами
д) слабостью мышечного слоя, повышением давления в ДПК, воспалением в окружающих тканях, образованием спаек с соседними органами и дуоденостазом

Эталон ответа: **д) слабостью мышечного слоя, повышением давления в ДПК, воспалением в окружающих тканях, образованием спаек с соседними органами и дуоденостазом**

22. Приобретенный гастроптоз возможен при:

а) снижении массы тела, операциях на брюшной полости и удалении асцита
б) снижении массы тела и операциях на брюшной полости
в) операциях на брюшной полости и язвенной болезни
г) язвенной болезни
д) снижении массы тела, операциях на брюшной полости, удалении асцита, язвенной болезни и хроническом панкреатите
Эталон ответа: **а) снижении массы тела, операциях на брюшной полости и удалении асцита**

23. Что такое рациональное питание?
а) питание, распределенное по времени принятия пищи
б) питание с учетом потребностей организма
в) питание набором определенных продуктов
г) питание с определенным соотношением питательных веществ
Эталон ответа: **б) питание с учетом потребностей организма**

24. Абдоминальное ожирение диагностируется у мужчин, имеющих окружность талии более:
а) 54 см
б) 64 см
в) 74 см
г) 84 см
д) 94 см
Эталон ответа: **д) 94 см.**

25. К биологическим факторам риска развития неинфекционных заболеваний относится:
а) Гиперхолестеринемия
б) Артериальная гипертензия
в) Гиподинамия
г) Верно 1, 2
д) Верно все перечисленное
Эталон ответа: **г) Верно 1, 2**

Ситуационные задачи:

Задача №1.

Пациентка П., 40 лет, обратилась к врачу с жалобами на изжогу, отрыжку

кислым, усиливающиеся в горизонтальном положении после приема пищи и при наклоне вперед. Данные симптомы появились около трех месяцев назад, по поводу чего ранее не обследовалась, лекарственных препаратов не принимала. Курит по 10 сигарет в день, алкоголь употребляет в минимальных количествах. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ=24 кг/м^2. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких 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 селезенка 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 ВГДС, при которой выявлены множественные участки гиперемии слизистой оболочки и отдельные несливающиеся эрозии дистального отдела пищевода размером до 5 мм.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назовите группы лекарственных препаратов и 1–2 их представителей в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
5. Какие рекомендации по изменению образа жизни необходимо дать пациентке?

Эталон ответа:

1. ГЭРБ: эрозивный рефлюкс-эзофагит.

2. На основание анамнестических (жалобами на изжогу, отрыжку кислым, усиливающиеся в горизонтальном положении после приема пищи и при наклоне вперед) данных и данных обследования (данные ВГДС, при которой выявлены множественные участки гиперемии слизистой оболочки и отдельные несливающиеся эрозии дистального отдела пищевода размером до 5 мм).

3. ОАК, ОАМ, БАК (АЛТ, АСТ, глюкоза), УЗИ ОБП.

4. Рабепразол 20мг по 1т за 30 минут до еды 1 раз в день 8 недель, Ганатон 50мг по 1т 3 раза в день 8 недель, Маалокс по 1т перед сном в течение 1месяца и при изжоге.

5. Антирефлюксный режим.

Задача №2

Пациентка Н., 50 лет 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 20 лет. Не обследовалась. Последние 2 месяца появились боли за грудиной. При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ - 38 кг/м^2. Кожные покровы обычной окраски, чистые. В легких – 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 реберной дуги. Размеры - 10×9×8 см. Селезенка не пальпируется. Данные ВГДС: в нижней трети пищевода выявлены эрозии, занимающие около 40% окружности пищевода

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Дайте немедикаментозные рекомендации больному
5. Какое медикаментозное лечение Вы бы рекомендовали пациентке? Обоснуйте свой выбор.

Эталон ответа:

1. ГЭРБ: эрозивный рефлюкс-эзофагит.

2. На основание анамнестических (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 20 лет), и данных обследования (в нижней трети

пищевода выявлены эрозии, занимающие около 40% окружности пищевода).

3. Рентгенография пищевода и желудка с контрастированием, суточная внтурпипищеводна ph-метрия, ЭКГ с пробами.

4. Антирефлюкный режим.

5. Рабепрзол 20 мг по 1т за 30 минут до еды 1 раз в день 8 недель, Ганатон 50 мг по 1т 3 раза в день 8 недель, Маалокс по 1т перед сном в течение 1 месяца и при изжоге.

Задача №3

Пациентка В., 55 лет отмечет жалобы на приступообразный, преимущественно сухой мучительный кашель, сопровождающийся ощущением нехватки воздуха, преимущественно в ночное время и в горизонтальном положении, периодически боли за грудиной при физической нагрузке, наиболее выраженные во время работы, связанной с наклонами туловища вперед. Была обследована амбулаторно. Выставлен диагноз «Бронхиальная астма тяжелая персистирующая. ИБС: стенокардия напряжения. Ожирение II ст.». Назначенное лечение - преднизолон, ингаляционные глюкокортикоиды, бронхолитики с незначительным эффектом. Прием нитратов, со слов больной, был эффективен, приводя к купированию загрудинной боли в течение получаса. В течение последних 2-3 недель отмечает появление загрудинной боли в ночное время в первой половине ночи, особенно после плотного позднего ужина, что стало поводом для обращения за медицинской помощью. Бригадой скорой помощи по данным клинической картины, а также по данным ЭКГ и высокочувствительного тропонин-теста, диагноз ОКС отвергнут. При аускультации дыхание жесткое, хрипов нет. Рентгенография органов грудной клетки – без патологии.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Какие осложнения возможны при данном заболевании?
3. Какие специальные методы исследования применяются при данном заболевании?

4. Какие рекомендации по изменению образа жизни и питания необходимо дать пациентке?

5. Какие препараты применяются для лечения данного заболевания (указать группу и название препарата)?

Эталон ответа:

1. ГЭРБ: рефлюкс-эзофагит.

2. Изъязвление, кровотечение, пептические стриктуры, пищевод Баррета, малигнизация.

3. Рентгенография пищевода и желудка с контрастированием, суточная внтурпипищеводна ph-метрия, ЭКГ с пробами.

4. Антирефлюксный режим.

5. Ингибиторы протонной помпы (рабепразол) антациды (маалокс), прокинетки (ганатон).

Задача №4.

Пациент Д. 52 лет жалуется на изжогу после еды, усиливающуюся при наклонах туловища и в положении лежа; кислую отрыжку и избыточную саливацию во время сна. Анамнез заболевания: указанные симптомы испытывает в течение четырех-пяти лет, вначале появилась изжога после погрешности в питании, особенно при наклонах туловища; затем появились боли в эпигастрии и за грудиной жгучего характера, сопровождающиеся кислой отрыжкой. В последующем изжога стала возникать 3-4 раза в неделю независимо от качества пищи, появилась отрыжка кислым и горьким. В последний месяц состояние больного значительно ухудшилось: усилились боли, особенно ночью, появилась избыточная саливация во время сна, сон нарушился. Для снятия изжоги и болей использовал соду, антациды (алмагель, маалокс). В последний месяц эти препараты перестали действовать. Пытался снять боль за грудиной нитроглицерином, однако существенного эффекта не было. Наблюдается с гипертонической болезнью с 50 лет, постоянно принимает кордипин-ретард 20 мг в день. Курит. Объективно: общее состояние удовлетворительное.

Повышенного питания, масса тела - 106 кг. (ИМТ – 37 кг/м^2). Кожные покровы обычного цвета. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 17 в минуту. Область сердца без особенностей, перкуторно левая граница сердца по среднеключичной линии. Сердечные тоны ритмичные, частота 66 в минуту. АД - 130/90 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот увеличен за счет подкожной клетчатки, мягкий, безболезненный. Пальпация внутренних органов затруднена из-за абдоминального ожирения. Печень по краю реберной дуги. Пузырные симптомы отрицательные. Зоны Шоффара, Губергрица - Скульского безболезненные. При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин - 139 г/л, СОЭ - 4 мм/час, эритроциты - $4{,}2\times10^{12}$/л, лейкоциты - $8{,}6\times10^{9}$/л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные - 5%, сегментоядерные - 56%, лимфоциты - 37%. Биохимический анализ крови: общий белок - 76 г/л, альбумины - 38 г/л, фракции глобулинов в пределах нормы, глюкоза - 5,2 ммоль/л, билирубин общий - 16,3 мкмоль/л; прямой – 3,6 ммоль/л; АЛТ - 21 ед/л (норма 4-42 ед/л); АСТ - 17 ед/л (5-37 ед/л); амилаза крови - 16 г/л (12-32 г/л в час). ВГДС: слизистая нижней трети пищевода несколько отечна, умеренно гиперемирована, кардия зияет, при натуживании в грудную полость пролабирует слизистая желудка; в желудке умеренное количество жидкости, слизь; слизистая желудка и ДПК без особенностей. Рентгенография пищевода и желудка: пищевод свободно проходим, прослеживаются продольные складки на всем протяжении. Желудок в форме крючка, газовый пузырь небольшой. В положение Тренделенбурга дно желудка выступает в грудную полость в виде округлого образования, вертикально желудок занимает обычное положение, складки слизистой желудка обычного калибра, перистальтика желудка и эвакуация своевременно, луковица ДПК без особенностей.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы для патогенетической терапии вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой

выбор

5. Через 2 месяца рекомендуемой терапии, а также соблюдения диеты, режима труда и отдыха исчезли клинические проявления болезни, и в последние 2 недели никаких проявлений рефлюкса и болевого синдрома не было. При ВГДС исчезли гиперемия и отек слизистой. Какова Ваша дальнейшая тактика? Обоснуйте ваш выбор.

Эталон ответа:

1. Неэрозивная форма ГЭРБ. Скользящая грыжа пищеводного отверстия.

2. На основание анамнестических (изжогу после еды, усиливающуюся при наклонах туловища и в положении лежа; кислую отрыжку и избыточную саливацию во время сна). Анамнез заболевания: указанные симптомы испытывает в течение четырех-пяти лет, вначале появилась изжога после погрешности в питании, особенно при наклонах туловища; затем появились боли в эпигастрии и за грудиной жгучего характера, сопровождающиеся кислой отрыжкой. В последующем изжога стала возникать 3-4 раза в неделю независимо от качества пищи, появилась отрыжка кислым и горьким. В последний месяц состояние больного значительно ухудшилось: усилились боли, особенно ночью, появилась избыточная саливация во время сна, сон нарушился. Для снятия изжоги и болей использовал соду, антациды (алмагель, маалокс). В последний месяц эти препараты перестали действовать. Пытался снять боль за грудиной нитроглицерином, однако существенного эффекта не было) и данных обледования (ВГДС: слизистая нижней трети пищевода несколько отечна, умеренно гиперемирована, кардия зияет, при натуживании в грудную полость пролабирует слизистая желудка; в желудке умеренное количество жидкости, слизь; слизистая желудка и ДПК без особенностей. Рентгенография пищевода и желудка: пищевод свободно проходим, прослеживаются продольные складки на всем протяжении. Желудок в форме крючка, газовый пузырь небольшой. В положение Тренделенбурга дно желудка выступает в грудную полость в виде округлого образования, вертикально желудок занимает обычное

положение, складки слизистой желудка обычного калибра, перистальтика желудка и эвакуация своевременно, луковица ДПК без особенностей).

3. Исследование на хеликобактерную инфекцию, ЭКГ, импедансометрия, ph-метрия.

4. Рабепрзол 20мг по 1т за 30 минут до еды 1 раз в день 8 недель, Ганатон 50мг по 1т 3 раза в день 8 недель, Маалокс по 1т перед сном в течение 1месяца и при изжоге.

5. Диспансерное наблюдение, продолжить прием рабепразола 20мг по 1т на ночь до исчезновения симптоматики. Антирефлюксный режим

Задача №5.

Пациент Л., 44 года обратился к гастроэнтерологу с жалобами на боли в подложечной области, преимущественно натощак, тяжесть в эпигастральной области, чувство переполнения в животе после приема 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 24,5 кг/м^2. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура тела нормальная. В легких 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. ВГДС: 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 ДПК не деформирована, 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. Постбульбарные отделы без патологии. Уреазный тест на наличие H. pylori – положительный.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какое лечение Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
5. Необходимо ли взять пациента на диспансерный учет? Что нужно рекомендовать пациенту в качестве профилактической терапии?

Эталон ответа:

1. Язвенная болезнь с локализацией язвы на задней стенке луковицы ДПК, фаза обострения. Рубцово-язвенная деформация луковицы ДПК.

2. На основании анамнестических данных (жалобами на боли в подложечной области, преимущественно натощак, тяжесть в эпигастральной области, чувство переполнения в животе после приема пищи) и данных обследовния (ВГДС: 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 ДПК не деформирована, 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. Постбульбарные отделы без патологии. Уреазный тест на наличие H. pylori – положительный).

3. ВГДС с биопсией 6-8 фрагментов, рентгеноскопия с барием, ОАК, общетерапевтичекий биохимическийанализ крови.

4. Трехкомпонентная схема эрадикации хеликобактерной инфекции. ИПП, кларитромицин 500мг, амоксициллин 1000мг – 2 раза в день 14 дней.

5. Отказ от курения.

Задача №6.

Пациентка 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 легких 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. Пузырные симптомы отрицательные. Печень не изменена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул 1 раз в день, оформленный, без патологических примесей. На ВГДС: 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.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какое лечение Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
5. Необходимо ли взять пациента на диспансерный учет? Что нужно рекомендовать пациенту в качестве профилактической терапии?

Эталон ответа:

1. Хронический атрофический гастрит, ассоциированные с хеликобактером. Функциональная диспепсия: постпрандиальный дистресс-синдром.

2. На основания анамнестических данных (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) и данных обследовния (ВГДС: 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).

3. ОАК, УЗИ ОБП, ОАМ, биохимический анализ крови, ph-метрия желудка.

4. Эрадикационная терапия: рабепразол 20мг +кларитромицин500мг+амоксициллин 1000мг по 1т 2 раза в день 14 дней

5. Диспансерне наблюдение1 раз в год с ФГДС 1 раз в год. Щадящая диета.

Задача №7.

Пациентка Н., 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 около 8 лет, возникают периодически, в основном, весной и осенью. Самостоятельно принимает соду, антациды (Маалокс), вызывающие положительный эффект. Настоящее обострение связывает с приемом 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 – $5,8\times10^9$/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. ВГДС: 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 ДПК деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой оболочки до 0,8 см в диаметре. Края дефекта имеют четкие границы, гиперемированы, отечны. 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 (+).

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Перечислите экзогенные и эндогенные предрасполагающие факторы, приводящие к развитию данного заболевания.
3. Перечислите показания к госпитализации.
4. Перечислите осложнения данного заболевания.
5. Назначьте лечение.

Эталон ответа:

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

2. 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 Helicobacterpylori. Эндогенные факторы: наследственная предрасположенность; первая группа крови; конституциональный статус; пол и возраст; заболевания внутренних органов; дисбактериоз гастродуоденальной зоны.

3. 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. 4. Осложнения: кровотечение, перфорация, пенетрация, стеноз, малигнизация.

5. Лечение: трёхкомпонентная схема: Омез 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 дней). При неэффективности - четырёхкомпонентная схема: Омез 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 дней).

Задача №8

Пациент Д., 58 лет, жалобы на боли в эпигастрии через 20 минут после еды, рвоту, приносящую облегчение, похудел за месяц на 6 кг. Боли в эпигастрии беспокоят около 1,5 месяцев. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, чистые. В легких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные ритмичные, ЧСС – 72 удара в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень по краю реберной дуги. Размеры - 10×9×8 см. Селезенка не пальпируется.

Проведена ВГДС: в средней трети желудка язвенный дефект 3 см в диаметре, взята биопсия.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дифференциального диагноза.
4. Составьте план дополнительного обследования.
5. Какое медикаментозное лечение Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.

Эталон ответа:

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

2. Диагноз установлен на основании жалоб больного, данных осмотра и ВФГДС.

3. Язвенная болезнь, рак желудка.

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

5. Ингибиторы протонной помпы - базисная группа препаратов для лечения кислотозависимых заболеваний (Омепразол, Лансопразол, Эзомепразол, Пантопразол, Рабепразол), антациды (Маалокс, Алмагель, Фосфалюгель и т. п.) - симптоматическая терапия, прокинетики (Итаприд) влияет на тонус нижнего пищеводного сфинктера, улучшают антродуоденальную координацию. При выявлении H.Pylori эрадикационная терапия (Амоксициллин + Кларитромицин). При подтверждении рака желудка - консультация врача-онколога.

Задача №9.

Пациент Е., 40 лет обратился к врачу с жалобами на тупые ноющие боли в области правого подреберья, общую слабость, повышенную утомляемость, тошноту, отрыжку воздухом, снижение аппетита, периодически возникающий кожный зуд. Из анамнеза известно, что пациент употребляет алкоголь (более 60

г этанола в сутки) в течение 15 лет. Два года назад появились боли ноющего характера в области правого подреберья, общая слабость, тошнота, периодически возникающий кожный зуд, усиливающийся в вечернее время. За медицинской помощью пациент не обращался. Периодически принимал баралгин, антигистаминные средства, ферментные препараты: креон по 25000 ЕД два раза в сутки - эффекта от принимаемых препаратов не отметил. Настоящее обострение в течение последних трех недель, когда после употребления алкоголя появились слабость, почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошнота, отрыжка воздухом, снижение аппетита. Операций, гемотрансфузий не было. При осмотре: состояние удовлетворительное; рост 178 см, вес 79 кг, ИМТ 24,9 кг/м^2. Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны; выявляются телеангиэктазии на груди, спине, плечах, «пальмарная» эритема. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 70 в 1 мин; АД 130/80 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом у корня. Живот мягкий, при поверхностной пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 13×8×7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность. Селезенка не пальпируется. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Результаты исследований: Общий анализ крови: эритроциты – 4,4×10^{12}/л; лейкоциты – 6,3×10^9/л; нейтрофилы сегментоядерные – 64%; нейтрофилы палочкоядерные – 1%; лимфоциты – 28%; моноциты – 4%; эозинофилы – 2%; базофилы – 1%; Hb – 148 г/л; тромбоциты – 217×109/л; СОЭ – 18 мм/ч. Биохимия крови: общий билирубин – 27 мкмоль/л; непрямой билирубин – 22,5 мкмоль/л; АЛТ – 200 ед/л; АСТ – 204 ед/л; ГГТП – 99 ед/л; ЩФ – 301 ед/л; альбумин – 43 г/л; общий белок – 71,5 г/л; альфа-1-глобулины – 3,2 г/л; альфа-2-глобулины – 5,7 г/л; бета-глобулины – 7,1 г/л; γ-глобулины – 12,5 г/л; альфа-фетопротеин – 3,1 ед/л; ферритин – 54 мкг/л; трансферрин – 2,6 г/л; железо – 21,5 мкмоль/л; амилаза – 44 ед/л; ХС – 5,3 ммоль/л. ПТИ - 84%. Иммуноферментный анализ (исследование крови на

маркеры гепатитов В, С): HBsAg (-); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (-);
HBeAg (-); анти-HBe (-); анти-HBcIgM (-); анти-HCV – отриц.
Эластометрия печени: определена стадия F2 (по шкалеMetavir)
Предположите наиболее вероятный диагноз.

1. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента.

Эталон ответа:

1. Цирроз печени алкогольной этиологии, класс В по Чайлду-Пью.

2. Алкогольный анамнез свидетельствует о наиболее вероятной этиологии цирроза печени. Пальмарная эритема.

3. УЗИ ОБП, ОАМ, ЭКГ, ФГДС. 4. 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 эндтоксинемии. Лактулоза - 15-45 мл 2-3 раза в сутки (стул до 2-3 раз в сутки). Уменьшение токсического действия аммиака. Орнитин-аспартат - 5 г по 1 -2 пакетика гранул, растворённых в воде х 3 раза в день после еды. Гепатопротекторы, ферменты.

Задача №10.

Больной М. 39 лет госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на слабость, сонливость в дневное время, желтушность кожных покровов, чувство тяжести в правом подреберье, периодические носовые кровотечения после физической работы, увеличение живота в 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 минимум по 300 мл 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 легких 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 лежа 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 селезенки - 15×12 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча темно-желтая. Общий анализ крови: эритроциты – $4{,}2\times10^{12}$/л; Нв – 124 г/л; цветовой показатель – 0,9%; тромбоциты – 96×10^{9}/л, лейкоциты – $3{,}4\times10^{9}$/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, альбумин – 28 г/л. ВГДС: варикозное расширение вен пищевода I ст. УЗИ органов брюшной полости: переднезадний размер правой доли печени – 170 мм, контуры четкие и неровные. Паренхима неравномерно диффузно-повышенной эхогенности. Диаметр портальной вены – 17 мм. Желчный пузырь нормальных размеров, содержимое – желчь. Холедох не расширен. Селезенка расположена обычно, структура однородная, паренхима средней эхогенности. Площадь селезенки – 36,1 $см^2$. Свободная жидкость в брюшной полости.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.

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

5. Какие возможны осложнения данного заболевания?

Эталон ответа:

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

2. У больного выявлены желтуха, цитолиз, «печеночные знаки»: малиновые ладони, «сосудистые звёздочки», синдром портальной гипертензии (гепатоспленомегалия, асцит, варикозное расширение вен пищевода, передней брюшной стенки, расширение портальной вены), признаки печеночной 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 печеночной энцефалопатии. Тромбоцитопения в данной ситуации связана с гиперспленизмом.

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

4. 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 эндтоксинемии. 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. Орнитин-аспартат - 5 г по 1-2 пакетика гранул, растворѐнных в воде × 3 раза в день после еды. Мочегонная терапия. Спиронолактон -

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 вене. Анаприлин - 40 мг 1 раза в сутки.

Задача №11.

Пациент Г., 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 25,2 кг/м^2. Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны, выявляются телеангиэктазии на груди, плечах и спине. В легких 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 налетом. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 12×8×7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность при пальпации. Селезенка не увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Результаты исследований: общий анализ крови: эритроциты – 4,4×10^{12}/л; лейкоциты – 6,4×10^9/л; нейтрофилы – 4,5×10^9/л; лимфоциты – 1,3×10^9/л; моноциты – 0,44×10^9/л; эозинофилы – 0,2×10^9/л;

базофилы – 0,06×10^9/л; Hb – 144 г/л; тромбоциты – 230×10^9/л; СОЭ – 20 мм/ч. Биохимия крови: общий билирубин – 36 мкмоль/л; непрямой билирубин – 29,5 мкмоль/л; прямой билирубин – 6,5 мкмоль/л; АЛТ – 225 ед/л; АСТ – 150 ед/л; ГГТП – 83 ед/л; ЩФ – 143 ед/л; глюкоза – 5,1 ммоль/л; креатинин – 72 мкмоль/л; мочевина – 3,2 ммоль/л; альбумин – 39 г/л; общий белок – 71 г/л; альфа-1-глобулины – 3,0 г/л; альфа-2-глобулины – 5,5 г/л; бета-глобулины – 6,0 г/л; γ-глобулины – 17,5 г/л; ТТГ – 0,94 МЕ/л; альфа-фетопротеин – 3,2 ед/л; ферритин – 53 мкг/л; трансферрин – 2,5 г/л; калий – 3,9 ммоль/л; Na–138 ммоль/л; амилаза – 43 ед/л; железо – 21,3 мкмоль/л; ХС – 5,0 ммоль/л; церулоплазмин – 185 мг/л. ПТИ – 55%. Иммуноферментный анализ (определение маркеров гепатитов В, С, Dв сыворотке крови): HBsAg (+); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (+); HBeAg (-); анти-HBe (+); анти-HBcIgM (-); анти-HDV (-); анти-HCV (-); анти-ВИЧ – отрицательный. Иммунологическое исследование: концентрация Ig класса G в сыворотке крови-7,0 г/л; - молекулярно-биологические исследования: ПЦР ДНК ВГВ – положительный; количественный анализ ДНК ВГВ – 61000 МЕ/мл. Кал на скрытую кровь – отриц. Общий анализ мочи: в пределах нормы. Эластометрия печени: определена стадия F4 (по шкале METAVIR). При УЗИ органов брюшной полости выявлены гепатомегалия, диффузные дистрофические изменения паренхимы печени. Рентгенологическое исследование легких: без патологических изменений; ЭКГ – без патологических изменений.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента.

Эталон ответа:

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

2. 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, прием гепатотоксичных лекарственных средств. Класс А ЦП установлен на основании классификации Child-Pugh. Согласно классификационным критериям (печеночная 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.

3. ВГДС – 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.

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

Рекомендована противовирусная терапия (ПВТ), так как у больных циррозом печени 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 мониторирование уровня ДНК HBV должно проводиться 1 раз в 3 месяца как минимум в течение первого года лечения.

Задача №12.

Пациент Т., 42 лет, жалуется на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошноту, нарушение сна. Из анамнеза: считает себя больным в течение двух лет, когда впервые появились общая слабость, повышенная утомляемость, чувство тяжести в области правого подреберья, периодическое повышение температуры до субфебрильных цифр. За медицинской помощью не обращался. При появлении болевого синдрома принимал фосфоглив по 2 капсуле три раза в день, ферментные препараты: креон по 10000 ЕД два раза в сутки, но-шпу; улучшения самочувствия не отметил. Настоящее обострение в течение месяца, когда после перенесенного вируса гриппа усилились боли в области правого подреберья, увеличилась общая слабость. Операций, гемотрансфузий не было. Алкоголем не злоупотребляет, гепатотоксичные лекарственные средства не принимал. При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост – 165 см, вес – 70 кг, ИМТ – 25,7 кг/м^2. Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны, выявляются телеангиэктазии на груди, плечах и спине. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД=16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС = 72 в 1 мин; АД = 125/80 мм

рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову:

12×8×7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность при пальпации. Селезенка не увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Результаты исследований: общий анализ крови: эритроциты – $4{,}1\times10^{12}$/л; лейкоциты – $6{,}3\times x10^{9}$/л; нейтрофилы – $4{,}4\times10^{9}$/л; лимфоциты – $1{,}5\times10^{9}$/л; моноциты – $0{,}46\times10^{9}$/л; эозинофилы – $0{,}28\times10^{9}$/л; базофилы – $0{,}06\times10^{9}$/л; Hb – 144 г/л; тромбоциты – 242×10^{9}/л; СОЭ – 22 мм/ч. Биохимия крови: общий билирубин – 35 мкмоль/л; непрямой билирубин – 30,5 мкмоль/л; прямой билирубин – 4,5 мкмоль/л; АЛТ – 220 ед/л; АСТ – 160 ед/л; ГГТП – 82 ед/л; ЩФ – 142 ед/л; глюкоза – 5,1 ммоль/л; креатинин – 64 мкмоль/л; мочевина – 3,2 ммоль/л; альбумин – 38 г/л; общий белок – 70,2 г/л; альфа-1-глобулины – 2,8 г/л; альфа-2-глобулины – 5,7 г/л; бета-глобулины – 6,7 г/л; γ-глобулины – 17 г/л; ТТГ – 0,94 МЕ/л; альфа-фетопротеин – 3,3 ед/л; ферритин – 55 мкг/л; трансферрин – 2,4 г/л; калий – 3,6 ммоль/л; Na–137 ммоль/л; амилаза – 42 ед/л; железо – 20,7 мкмоль/л; ХС – 5,2 ммоль/л; церулоплазмин – 188 мг/л. ПТИ – 57%. Иммуноферментный анализ (исследование крови на маркеры гепатитов В, С): анти-HCV– положительный; HBsAg (-); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (-); HBeAg (-); анти-HBe (-); анти-HBcIgM (-); анти-ВИЧ – отрицательный. Генотипирование HCV: генотип 1 – положительный. Иммунологическое исследование: концентрация Ig класса G в сыворотке крови -7,2 г/л. Молекулярно-биологические исследования: ПЦР РНК ВГС – положительный; количественный анализ РНК ВГС – 32000 МЕ/мл. Эластометрия печени: определена стадия F4 (по шкале METAVIR). При УЗИ органов брюшной полости выявлены гепатомегалия, диффузные дистрофические изменения паренхимы печени. Анализ кала на скрытую кровь – отрицательный. Общий анализ мочи: в пределах нормы. Рентгенологическое исследование легких: без патологических изменений. ЭКГ – без патологических изменений.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента

Эталон ответа:

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

2. Диагноз «цирроз печени, ассоциированный с HCV-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 диагноз «цирроз печени С» данные исследований (выявление анти-HCV; ПЦР: РНКHCV - положительный, уровень РНК ВГС (31000 МЕ/мл). Исключена другая этиология цирроза печени: (исследование крови на маркеры гепатита В: HBsAg (-); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (-); HBeAg (-); анти-HBe (-); анти-HBcIgM (-)), а также исключено злоупотребление алкоголем, приём гепатотоксичных лекарственных средств. Класс А ЦП установлен на основании классификации Child-Pugh. Согласно классификационным критериям (печѐночная энцефалопатия, асцит не выявлены, общий билирубин – 36 мкмоль/л, альбумин – 38 г/л, ПТИ – 57%) определено 5 баллов, что соответствует классу А по Child-Pugh. Диагноз «цирроз 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.

3. ЭГДС – для выявления и/или определения состояния вен пищевода и /или желудка; дуплексное сканирование сосудов печеночно-селезеночного бассейна для выявления портальной гипертензии.

4. Рекомендовано соблюдение диеты: исключить алкоголь, жирное, жареное, острое, копченое, соленое, кофе, газированные напитки, какао. Пациенту с циррозом печени HCV-этиологии класс А по Child-Pugh, генотип 1 рекомендовано назначение тройной схемы противовирусной терапии (ПВТ) с включением ингибитора протеазы второй волны Симепревира. Симепревир назначают в дозе 150 мг 1 раз в сутки внутрь в комбинации с пегилированным интерфероном (ПЕГ/ИФН) альфа2а в дозе 180 мкг 1 раз в неделю подкожно и рибавирином в дозе 1000 мг в сутки ежедневно внутрь (при массе тела пациента 73 кг) в течение 12 недель; затем терапия ПЕГ/ИФН альфа2а и рибавирином должна быть продолжена в течение 12 недель (общая продолжительность терапии – 24 недели). Для оценки эффективности ПВТ используется определение уровня РНК ВГС после 4, 12, 24 недели терапии, а также через 24 недели после ее окончания.

Задача №13.

Пациентка Ж., 45 лет, 15 лет страдает желчнокаменной болезнью. Заболевание манифестировало приступом жёлчной колики, развившимся через 1,5 месяца после родов. Приступ купирован консервативными методами лечения. В последующие годы за медицинской помощью не обращалась. Регулярно проводила недельные курсы голодания, в течение которых худела 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.

1. Действие каких факторов могло способствовать развитию ЖКБ у данной пациентки?
2. 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?

3. Какова оптимальная лечебная тактика в данной ситуации?

4. Сформулируйте диагноз.

5. В рамках предоперационной подготовке разработайте тактику медикаментозной терапии пациентки.

Эталон ответа:

1. Развитию ЖКБ у данной пациентки способствовало регулярные курсы голодания, предшествующая беременность и курение, как факторы риска развития данного состояния.

2. Желчный пузырь называют фарфоровым, когда его стенки кальцинировались, т. е. покрылись слоем кальция. Фарфоровый желчный пузырь связан с очень высоким риском развития рака.

3. Оптимальная лечебная тактика в данной ситуации - хирургическое вмешательство.

4. ЖКБ, множественные камни желчного пузыря. Острый холецистит.

5. Подготовка к оперативному вмешательству включает: Легкая пища в день перед операцией с последним приемом пищи до 19.00. Очистительная клизма (возможно применение препарата Нормакол) вечером и утром перед операцией. Эспумизан по 1таблетке 3 раза в день два дня перед операцией (по показаниям).

Задача №14

Пациентка А. 36 лет, жалобы на горечь во рту, возникающую преимущественно в утренние часы, ощущение дискомфорта в области эпигастрия, чувство быстрого насыщения; после погрешностей в диете беспокоит тошнота, метеоризм. Из анамнеза известно, что 1,5 года назад перенесла эндоскопическую

холецистэктомию по поводу хронического калькулезного холецистита. Подобные жалобы беспокоят в течение года. При объективном осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, чистые. Со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной систем без особенностей. Язык влажный, обложен белым налетом у корня. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, слегка болезненный в эпигастральной области. В клиническом анализе крови: эритроциты - $4{,}2\times10^{12}$/л, гемоглобин - 135 г/л, цветовой показатель - 0,96, тромбоциты - 347×10^{9}, лейкоциты - $8{,}7\times10^{9}$, СОЭ - 12 мм/ч. В биохимическом анализе крови: АЛТ - 28 Ед/л, АСТ - 25 Ед/л, амилаза - 77 Ед/л, щелочная фосфатаза - 80 Ед/л. Выполнено ВГДС: слизистая желудка умеренно отечная, гиперемированая в антральном отделе. Перистальтика активная. Желудок хорошо расправляется воздухом. Привратник зияет. В просвете желудка определяется небольшое количество желчи.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Каков патогенез описанных проявлений?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?
5. Сформулируйте план лечения.

Эталон ответа:

1. Хронический реактивный гастрит (рефлюкс-гастрит, тип С); дуодено-гастральный рефлюкс; ЖКБ, состояние после холецистэктомии.
2. В патогенезе формирования дуодено-гастрального рефлюкса имеет значение холецистэктомия, которая может приводить к нарушению сократительной функции желчного, гастродуоденальной моторики, развитию дуоденостаза. Это, в свою очередь, приводит к повышению давления в просвете двенадцатиперстной кишки и забросу ее содержимого в желудок. Изменение химического состава желчи и хаотическое еѐ

поступление в ДПК нарушают переваривание и всасывание жира и других веществ липидной природы, уменьшают бактерицидность дуоденального содержимого, что приводит к микробному обсеменению ДПК. При синдроме избыточного бактериального роста в кишке накапливаются продукты жизнедеятельности бактерий, гниения и брожения, т. е. развиваются метеоризм и дистензионные боли, усугубляется дуодено-гастральный рефлюкс.

3. Холедохолитиаз, хронический панкреатит, хронический гастрит другой этиологии.

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

5. - Соблюдение щадящей диеты; - употребление варёной , полужидкой пищи; - отказ от белого и ржаного хлеба; - жареной, копченой, жирной, острой и соленой пищи;- маринадов и консервации; - сахара, меда и варенья; - сдобных изделий и шоколада; - алкогольных напитков; - ингибиторы протонной помпы (Омепразол 20 мг 2 р\сут.); - прокинетики (Домперидон, Мотилиум - 10 мг 3-4 р\сут.); - препараты УДХК (Урсофальк, Урсосан 250 мг - 1 раз в сутки перед сном 3-5 дней с увеличением дозы до 15 мг/кг); Висмута трикалия дицитрат (120 мг 4 раза/сут. или 240 мг 2 раза/сут. в течение 28 дней).

Задача №15

Пациентка В., 38 лет, жалобы на общую слабость, тупую, ноющую боль в правом подреберье, усиливающуюся после приема жирной, жареной пищи, физической нагрузки; боль иррадиирует 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 3 лет, когда впервые появились общая слабость, боль ноющего характера в области правого подреберья, усиливающаяся после погрешностей в диете, физической нагрузки,

горечь во рту, отрыжка воздухом, неустойчивый стул (с тенденцией к запорам). За медицинской помощью не обращалась. При появлении болевого синдрома принимала аллохол, панкреатин, анальгин; отмечала временное улучшение самочувствия. Настоящее обострение в течение месяца, когда после употребления большого количества жирной пищи появились боли в области правого подреберья, горечь во рту, отрыжка воздухом. Операций, гемотрансфузий не было. Алкоголем не злоупотребляет. Из семейного анамнеза известно, что мать пациентки страдала желчнокаменной болезнью. При осмотре: состояние удовлетворительное, рост 170 см, вес – 72 кг; ИМТ 24,9 кг/м^2. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких 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 налетом 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. Селезенка не пальпируется. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Результаты исследований: Общий анализ крови: эритроциты – 4,4×10^{12}/л; лейкоциты – 11,3×10^9/л; нейтрофилы сегментоядерные – 75%; нейтрофилы палочкоядерные – 2%; лимфоциты – 19%; моноциты – 3%; эозинофилы – 1%; базофилы – 0%; Hb – 141г/л; тромбоциты – 215×10^9/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; мочевина – 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. Ductus choledochus 7 мм. Поджелудочная железа нормальных размеров и формы, эхогенность не повышена. Панкреатический проток не расширен. Общий анализ мочи: в пределах нормы. ЭКГ - без патологических изменений; ВГДС – без патологических изменений; иммуноферментный анализ на выявление гельминтов: описторхоз, лямблиоз, аскаридоз, токсакароз – отрицательный. Кал на яйца глист (трижды) – отрицательный.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента.
5. 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?

Эталон ответа:

1. Хронический бескаменный холецистит бактериальной этиологии, фаза обострения.

2. 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 11,2×109/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, наличие «застойной» желчи, 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).

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

4. Рекомендовано соблюдение диеты. Исключить алкоголь, жирное, жареное, острое, копченое, соленое, кофе, газированные напитки, какао, орехи. 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 антибиотику. Для

купирования болевого синдрома показано назначение селективного миотропного спазмалитика Мебеверина гидрохлорида (Дюспаталин) в дозе 200 мг 2 раза в сутки в течение 2-4 недель. С целью устранения диспепсических явлений рекомендовано назначение Домперидона (Мотилиум) в дозе 10 мг за 30 мин до еды 3 раза в сутки в течение 14 дней. Показано назначение холекинетиков, которые усиливают мышечное сокращение желчного пузыря и поступление желчи в 12-перстную кишку (Сорбит, Ксилит, Сульфат магния, Карловарская соль, Холецистокинин, Холосас); - Холосас по 1 чайной ложке (5 мл) за 15 минут до еды 3 раза в сутки в течение 1 месяца.

5. 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.). 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 №16.

Пациент И., 44 лет, менеджер. Жалобы на боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошноту, однократно рвоту съеденной пищей, не приносящую облегчения, умеренное вздутие живота, общую слабость, отсутствие аппетита на момент осмотра. Начало заболевания связывает с тем, что накануне вечером была погрешность в диете – прием жирной пищи, алкоголя. Подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приема дротоверина. В настоящее время мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 3 раза в течение последних суток. Диурез не нарушен. Со слов жены – злоупотребляет алкоголем на протяжении последних 5 лет. Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Телосложение нормостеническое, пониженного питания. Кожные покровы верхней половины туловища гиперемированы, чистые. Язык суховат, обложен желтоватым налетом. В легких дыхание жестковатое, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 90 удара в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Печень при пальпации плотная, безболезненная, около края реберной дуги. Размер по Курлову - 10×9×8 см. Селезенка не пальпируется. Живот несколько вздут, участвует в акте дыхания, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области. Симптомы раздражения брюшины - отрицательные. Лабораторные данные. Общий анализ крови: лейкоциты - $8{,}6\times10^9$/л, СОЭ – 16 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность – 1022, белок – 0,033%, анализ кала – стеаторея, креаторея, амилорея. УЗИ ОБП: печень увеличена, с перипортальными уплотнениями, желчный пузырь 75×35 мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой, стенка уплотнена до 4-5 мм. Поджелудочная железа неоднородной структуры за счет гипо- и гиперэхогенных очагов, немногочисленных кальцификатов, неравномерное расширение главного панкреатического протока, размеры головки увеличены до 5 см. Свободной жидкости в брюшной полости нет. От ВГДС больной отказался.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. С какими заболевания необходимо провести дифференциальный диагноз.
5. План лечения.

Эталон ответа:

1. Хронический алкогольный панкреатит, обострение. Алкогольный стеатоз печени. ЖКБ, латентное течение.

2. Диагноз «хронический алкогольный панкреатит, ст. обострения» выставлен на основании жалоб (резкая боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошнота, рвота съеденной пищей, не приносящая облегчения, умеренное вздутие живота, общая слабость, отсутствие аппетита, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 2-3 раза в день); анамнеза (накануне были погрешности в диете – приём острой пищи, алкоголя; подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приёма «Но- шпы», злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет); объективного обследования (живот несколько вздут, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области); лабораторных данных (общий анализ крови: лейкоциты - 9,6×109/л, СОЭ - 16 мм/ч; анализ кала: стеаторея, креаторея, амилорея).

Диагноз «алкогольный стеатоз печени» выставлен на основании объективного обследования (печень при пальпации плотная, безболезненная, около края рёберной дуги, размер по Курлову 10×9×8 см); УЗИ ОБП (печень увеличена, с перипортальными уплотнениями).

Диагноз «ЖКБ, латентное течение» выставлен на основании: УЗИ ОБП – желчный пузырь 75×35 мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой.

3. Биохимический анализ крови (глюкоза, липаза, трипсин, амилаза, АЛТ, АСТ, ГГТП). Консультация врача-хирурга. Копрограмма, анализ кала на D-эластазу для подтверждения внешнесекреторной недостаточности

поджелудочной железы. Биохимический анализ крови: билирубин и его фракции, щелочная фосфатаза для исключения холестаза. Повторный анализ крови на наличие повышения глюкозы, при необходимости - гликемический профиль, гликированный гемоглобин (исключить сахарный диабет). КТ брюшной полости (исключить наличие кисты панкреас, опухоли панкреас). ФГДС (исключить язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки).

4. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки - свойственны язвенный анамнез, чередование светлых промежутков с периодами обострения, отсутствие поносов, сезонность боли, связь боли с приѐмом пищи, «голодные» боли. Заболевание характеризуется гиперсекрецией, повышенной кислотностью желудочного сока, рентгенологически - наличием ниши, при фиброгастроскопии - наличием язвенного дефекта. Дисфункция сфинктера Одди - характеризуется болью тупого характера в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, лопатку. При обследовании больных обнаруживают болезненность в точке Кера, иногда - напряжение мышц в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского. В биохимических пробах печени наблюдается увеличение содержания холестерина, β-липопротеинов, ЩФ. Характерные изменения желчного пузыря на УЗИ (утолщение и уплотнение стенок, увеличение размеров).

5. Показана госпитализация. 1) Полный отказ от алкоголя. 2) Диета. 3) Спазмолитический препарат (например, Дротаверин 4 мл (80 мг) 2 раза в сутки в/м). 4) Анальгетики (например, Баралгин 250 мг внутрь 2 раза в сутки, Парацетамол) при болях. 5) Вне обострения: ферментные препараты с заместительной целью. 6) Коррекция гликемии в случае еѐ выявления.

Задача №17.

Пациент С. 50 лет, злоупотребляющий алкоголем, курильщик, с жалобами на

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

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Перечислите возможные осложнения данного заболевания.
3. Какие методы обследования используются для подтверждения и уточнения диагноза?
4. Каковы основные задачи консервативного ведения/лечения пациентов с данным заболеванием?
5. Перечислите основные медикаментозные и немедикаментозные лечебные мероприятия, показанные для данного больного.

Эталон ответа:

1. Хронический алкогольный панкреатит средней степени тяжести с внешнесекреторной недостаточностью поджелудочной железы.
2. Псевдокисты, подпеченочная желтуха, вторичный билиарный цирроз печени, сдавление и тромбоз верхней брыжеечной и воротной вен, портальная гипертензия, эрозивный эзофагит, синдром Мэлори-Вейса, гастродуоденальные язвы, хроническая непроходимость двенадцатиперстной кишки, рак поджелудочной железы, инфекционные осложнения: воспалительные инфильтраты, гнойные холангиты, септические состояния, дефицит жирорастворимых витаминов, остеопороз, эндокринная недостаточность.
3. Определение уровня амилазы в крови и моче, копрологическое исследование, определение уровня эластазы-1 в кале, рентгенография живота, КТ, МРТ/МРХПГ, ЭРХПГ, УЗИ, эндо-УЗИ,

4. 1. Прекращение употребления алкоголя, курения. 2. Определение причины боли и попытка снижения ее интенсивности. 3. Лечение внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы. 4. Выявление и лечение эндокринной недостаточности поджелудочной железы. 5. Нутритивная поддержка. 6. Скрининг по поводу аденокарциномы. 5. Отказ от употребления алкоголя. Диета с низким содержанием жира, высоким содержанием белка и углеводов 5-10 раз в день НПВС (Парацетамол) за 30 минут до еды. При неэффективности – Трамадол. Заместительная ферментная терапия Липазой (20-45000 на основной приём ищи и 10-25 на промежуточный). При сохранении симптомов – добавить ингибиторы протонной помпы.

Задача №18

Пациент Д., 50 лет, жалобы на боли в эпигастральной области постоянного характера, усиливающиеся после приема еды и иррадиирующие в подлопаточное пространство, беспокоит постоянное подташнивание, отрыжка воздухом, снижение аппетита, быстрое насыщение, вздутие живота, после отхождения газов боли уменьшаются на короткое время. В последние полгода периодически стул со склонностью к поносам. Анамнез заболевания: в течение 25 лет часто употребляет алкоголь, за это время перенес острый панкреатит, сопровождавшийся интенсивными болями, повторной рвотой. При обследовании в хирургическом отделении выявлено увеличение поджелудочной железы в размерах, жидкость в сальниковой сумке. Лечился консервативно в течение месяца, за время болезни похудел на 10 кг. Выписан с рекомендациями, которые больной не соблюдал. Также принимал алкоголь, но в небольших количествах. Боли возникали часто, а в дальнейшем стали постоянными. Стал снижаться аппетит, периодически возникала тошнота, отрыжка, быстрое насыщение, вследствие чего больной снизил объем потребляемой пищи. Постепенно стул стал со склонностью к кашицеобразному, плохо смывался со стенок унитаза. Исходную массу тела полностью не набрал. Периодически

принимал Мезим с частичным эффектом, при усилении боли использовал Но-шпу. Последнее ухудшение 2 недели назад после четырехдневного приема алкоголя (водка 250 грамм ежедневно). Диету не соблюдал. Боль значительно усилилась, появилась отчетливая тошнота, позывы на рвоту, вздутие живота. Госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение. Объективно: кожа чистая, тургор нормальный. Вес - 73 кг, ИМТ - 18,5 кг/м^2. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Легкие и сердце без патологических изменений. Пульс - 90 ударов в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот участвует в дыхании, немного подвздут, перитонеальные симптомы отрицательные. При пальпации отмечает значительную болезненность в зоне Шоффара, точке Дежардена; в зоне Губергрица - Скульского, точках Губергрица, передней и задней точках Мейо – Робсона. При пальпации отделов кишечника болезненности, объемных образований не выявлено. Печень по краю реберной дуги, пузырные симптомы (Кера, Мерфи. Ортнера) отрицательны. Селезенка не пальпируется. При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин - 157 г/л, СОЭ - 4 мм/час, эритроциты - $5{,}2\times10^{12}$/л, лейкоциты - $11{,}2\times10^{9}$/л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 56%, лимфоциты - 35%.

Биохимический анализ крови: общий белок - 60 г/л, общий билирубин - 16,4 (прямой - 6,1; свободный - 10,3) ммоль/л, амилаза - 37 ед/л (5-32); глюкоза - 8,5 ммоль/л. мочевина - 4,7 ммоль/л. Копрограмма: объем утренней порции – 400 грамм, консистенция в виде жидкой каши. Нейтральный жир +++, жирные кислоты, мыла жирных кислот ++, мышечные волокна с утраченной поперечной исчерченностью +++, бактерии – большое количество. Фекальная эластаза – 100 мкг/г испражнений. ВГДС: пищевод проходим, розетка кардии плотно смыкается. Слизистая пищевода без изменений. Слизистая желудка в теле розовая, ровная, в антральном отделе с очагами яркой гиперемии. Луковица ДПК обычной формы. Слизистая постбульбарного отдела ДПК несколько отечна. УЗИ брюшной полости: жидкости брюшной полости нет. Пневматизация

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

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Обозначьте цели патогенетической терапии. Препараты какой группы для патогенетической терапии вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Укажите меры профилактики обострения заболевания.

Эталон ответа:

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

2. У больного, длительно употребляющего алкогольные напитки, развился панкреатит (был эпизод острого панкреатита). Затем процесс принял хронический характер и сопровождался болью, вначале периодической, затем постоянной, усилением боли после приема пищи, диспептическими явлениями в виде подташнивания, снижением аппетита, быстрым насыщением, а в последующем изменением стула в виде кашицеобразного, а затем и жидкого. Несмотря на имеющуюся патологию поджелудочной железы, больной продолжал употреблять алкоголь, не соблюдал диету, не принимал рекомендуемые препараты. При обследовании имеется

умеренный лейкоцитоз с незначительным сдвигом влево – воспалительный синдром, снижение общего белка, незначительная амилаземия, увеличение глюкозы натощак, что может свидетельствовать о внутрисекреторной недостаточности. В копрограмме имеется стеаторея, креаторея, что свидетельствует о внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы. Снижена фекальная эластаза (100 мкг и менее – критерий тяжѐлой степени).

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

4. 1. Снять спазм сфинктера Одди, расслабить протоки поджелудочной железы на всѐм протяжении (снятие спазма сфинктера Одди улучшит отток панкреатического сока, и уменьшит протоковую гипертензию, что клинически снизит боль): М-холиноблокаторы: Бускопан в свечах ректально по 1-2 свечи до 5 раз в сутки – обеспечит быстрый спазмолитический эффект и уменьшит или устранит боль. В дальнейшем можно перейти на таблетированную форму в той же дозе. Из этой же группы возможно назначение Платифиллина п/к 0,2% 1-2 мл 2 раза в день. Блокаторы Na – каналов: Мебеверин 200 мг в капсулах 2 раза в день; блокаторы фосфодиэстеразы: Но-шпа, Папаверин парентерально или внутрь (возможно комбинировать с платифиллином). Снизить секрецию ПЖ: ингибитор протоновой помпы (Омепразол, Эзомепразол, Рабепразол, Пантопразол) в стандартной дозе 2 раза в день. Ингибиторы протонной помпы, блокируя соляную кислоту, снижают выделение секретина клетками APUD – системы, которой стимулирует в поджелудочной железе

объѐм секреции, уменьшение объѐма снижает внутрипротоковую гипертензию, и уменьшают боль. Дезинтоксикационная терапия: Ремаксол, Реамбирин в/в капельно. Улучшение микроциркуляции в ПЖ: Пентоксифиллин в/в капельно. Заместительная ферментная терапия: микрогранулированные ферменты (Креон 25000 ЕД) 3 раза в день во время еды; дражжерованные ферменты: Мезим форте по 2-4 капсулы после еды. Ферменты назначаются, когда больной начинает принимать пищу. 5. При хроническом алкогольном панкреатите основной мерой вторичной профилактики является алкогольная абстиненция.

Задача №19.

Пациент А., 46 лет, жалобы на давящие боли в эпигастральной области, периодически – опоясывающие, возникают примерно через 40 минут после употребления жирной и жареной пищи, сопровождаются вздутием живота; а также на рвоту, не приносящую облегчение и на отрыжку воздухом. Анамнез заболевания: больным себя считает около двух лет, когда появилась боль в левом подреберье после приема жирной и жареной пищи. За медицинской помощью не обращался. 3 дня назад после погрешности в диете боли возобновились, появилось вздутие живота, отрыжка воздухом, тошнота, рвота, не приносящая облегчения. Объективно: состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 72 удара в минуту. Язык влажный, обложен бело-желтым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Печень не пальпируется, размеры по Курлову - 9×8×7 см, симптом поколачивания отрицательный билатерально. Общий анализ крови: эритроциты – $4{,}3\times10^{12}$/л, гемоглобин – 132 г/л, цветной показатель – 1,0; СОЭ – 16 мм/ч, тромбоциты – 320×10^{9}/л, лейкоциты – $10{,}3\times10^{9}$/л, эозинофилы – 3%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 51%, лимфоциты – 32%, моноциты – 10%. Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, кислая, удельный вес - 1016,

лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эпителий - 1-2 в поле зрения, оксалаты – небольшое количество. Биохимическое исследование крови: АСТ – 28 Ед/л; АЛТ – 36 Ед/л; холестерин – 3,5 ммоль/л; общий билирубин – 19,0 мкмоль/л; прямой – 3,9 мкмоль/л; амилаза – 250 ед/л; креатинин – 85 ммоль/л; общий белок – 75 г/л. Копрограмма: цвет – серовато-белый, консистенция – плотная, запах – специфический, мышечные волокна +++, нейтральный жир +++, жирные кислоты и мыла +++, крахмал ++, соединительная ткань – нет, слизь – нет. ВГДС: пищевод и кардиальный отдел желудка без особенностей. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая розовая, с участками атрофии. Складки хорошо выражены. Луковица двенадцатиперстной кишки без особенностей. УЗИ органов брюшной полости: печень нормальных размеров, структура однородная, нормальной эхогенности, протоки не расширены, общий желчный проток – 6 мм, желчный пузырь нормальных размеров, стенка – 2 мм, конкременты не визуализируются. Поджелудочная железа повышенной эхогенности, неоднородная, проток – 2 мм, головка увеличена в объеме (33 мм), неоднородная, повышенной эхогенности.

1. Выделите основные синдромы.
2. Оцените данные копрограммы.
3. Сформулируйте диагноз.
4. Какие дополнительные исследования необходимо назначить больному?
5. Какова Ваша тактика лечения данного заболевания?

Эталон ответа:

1. Болевой абдоминальный синдром, синдром желудочной и кишечной диспепсии, синдром экзокринной недостаточности поджелудочной железы.

2. Признаки стеатореи, креатореи, амилореи – внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы.

3. Хронический панкреатит, с нарушением внешнесекреторной функции поджелудочной железы, стадия обострения.

4. КТ органов брюшной полости, эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография, анализ на онкомаркеры (Са-19 – 9) для

дифференциальной диагностики с ЗНО поджелудочной железы.
5. Диета; купирование болевого синдрома (Платифиллин, Баралгин, Глюкозо- новокаиновая смесь), препараты, снижающие активность поджелудочной железы (Октреотид или Сандостатин); ингибиторы протеолитических ферментов (Трасилол, Контрикал, Гордокс); ИПП (Омепразол, Эзомепразол внутривенно капельно); панкреатические ферменты (Креон, Эрмиталь, Микрозим, Мезим-форте), инфузионная терапия (Реамберин, Физиологический раствор).

Задача №20

Пациент О., 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 и внутривенную наркоманию отрицает. У родственников заболеваний желудочно-кишечного тракта нет. Работает бухгалтером, профессиональных вредностей нет. Объективно: состояние удовлетворительное. Температура 36,6°С. Кожные покровы бледные, влажные. Рост – 170 см, вес – 57 кг. В легких 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 фланке и левой подвздошной области. Печень по Курлову – 9×8×7 см. Размеры селезенки – 6×4 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Общий анализ крови: эритроциты – $2,7\times10^{12}$/л, Hb - 108 г/л, цветовой показатель – 0,6, тромбоциты – 270×10^{12}/л, лейкоциты – $7,0\times10^{9}$/л, 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 ВКС: 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.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты каких групп показаны для лечения пациента в данной ситуации? Обоснуйте свой выбор.
5. Через 2 недели терапии отмечено уменьшение частоты стула до 2 раз в сутки, нет примесей крови в кале. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Эталон ответа:

1. Язвенный колит, острое течение, левостороннее поражение, среднетяжелая атака, умеренная активность. Постгеморрагическая анемия легкой степени тяжести.

2. Диагноз поставлен на основании жалоб пациента (на жидкий стул с примесью крови до 12 раз в сутки, схваткообразные боли внизу живота перед дефекацией, похудание на 8 кг за 3 месяца); анамнеза заболевания (примеси крови в кале и неоформленный стул беспокоят в течение 3-4 месяцев); данных пальпации (живот мягкий, болезненный в левой фланке и левой подвздошной области); лабораторных исследований (эритроциты – $2,7\times10^{12}$/л, Hb - 108 г/л, цветовой показатель – 0,6); инструментальных данных (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.)

3. 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.

4. Для лечения пациента с предполагаемым диагнозом язвенного колита показаны препараты из группы противовоспалительных средств, таких как аминосалицилаты (месалазин, сульфасалазин) или глюкокортикостероиды (преднизолон). Эти препараты помогают уменьшить воспаление в толстой кишке и снизить частоту симптомов.

5. В данной ситуации, учитывая уменьшение частоты стула и отсутствие примесей крови после 2 недель терапии, можно сделать вывод о положительном динамике лечения. В таком случае, дальнейшая лечебная тактика требует продолжения терапии препаратами, которые показали хороший эффект. Продолжить прием глюкокортикостероидов (преднизолон) с последующим снижением дозы препарата. Продолжительность приема должна не превышать 12 недель. При снижении дозы преднизолона ниже 30-40мг следует продолжить прием месалазина до 3г/сут. Далее поддерживающая терапия месалазином 1,5 г-2г.

Задача №21

Пациент Э., 24 года, предъявляет жалобы на частый (до 10-12 раз в сутки) жидкий стул с примесью крови и слизи, боли в левой подвздошной области, повышение температуры тела до 38,3°С, резкую общую слабость, похудание. Нарушение стула отмечает в течение месяца, 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 - $14{,}0\times10^9$/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.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Перечислите предрасполагающие факторы, приводящие к развитию данного заболевания.
3. Какие внекишечные проявления возможны при данной патологии?
4. Какие антицитокины необходимы, и в каких ситуациях они назначаются при данном заболевании?
5. Какие антибактериальные препараты показаны при данном заболевании?

Эталоны ответа:

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

2. Генетическая предрасположенность («повышенная кишечная проницаемость» - ген NOD2/CARD15); вирусные инфекции - вирус кори; бактериальные инфекции - Chlamydiae, Listeriamonocytogenes, Pseudomonassp., Mycobacteriumparatuberculosis; 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.

3. 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, остеомаляция; псориаз; обусловленные длительным воспалением и метаболическими нарушениями: холелитиаз, стеатогепатоз, стеатогепатит; тромбоз периферических вен, ТЭЛА, амилиодоз.

4. Ингибиторы ФНО-альфа, ведолизумаб, устекинумаб - лечение больных, страдающих язвенным колитом, у которых традиционная терапия (Сульфасалазин, Салофальк, Преднизолон, Азатиоприн) была недостаточно эффективна.

5. 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 №22

Пациент М., 33 лет, обратился с жалобами на жидкий стул с примесью крови до 8 раз в сутки, повышение температуры тела до 37,5°С, 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 реберной дуги. Размеры печени по Курлову - 9×8×7 см.

Селезенка не пальпируется. В общем анализе крови: эритроциты - $3,2\times10^{12}$/л, гемоглобин - 61 г/л, лейкоциты - 11×10^{9}/л, тромбоциты - 350×10^{9}/л, СОЭ - 30 мм/ч.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дифференциального диагноза.
4. Составьте план дополнительного обследования.
5. Сформулируйте и обоснуйте план лечения.

Эталоны ответа:

1. Язвенный колит, средней степени тяжести. Постгеморрагическая анемия тяжелой степени тяжести.

2. Диагноз установлен на основании жалоб больного (на жидкий стул с примесью до 8 раз в сутки, повышение температуры тела до 37,5°С, слабость, головокружение, боли в голеностопных, локтевых, плечевых суставах); осмотра, лабораторных данных (анемия, лейкоцитоз, ускорение СОЭ).

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

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

5. 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 №23.

Пациент В., 22 года, жалобы на выделение большого количества алой крови из прямой кишки при дефекации, учащенный стул до 5-6 раз в сутки, повышение температуры тела до 38°С, общую слабость. Появление крови в стуле отмечает в течение последних 2 месяцев, постепенно стал учащаться стул, изменилась консистенция до кашицеобразной, появилась общая слабость, субфебрильная

температура, ухудшение в течение трех дней. При осмотре кожные покровы бледные. АД - 110/70 мм рт. ст. Пульс - 96 в минуту, ритмичный. Язык обложен белым налетом. 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.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие исследования необходимо выполнить данному больному?
4. Какие группы препаратов могут быть использованы для лечения данного больного?
5. Каковы возможные осложнения у данного заболевания?

Эталон ответа:

1. Язвенный колит, проктосигмоидит, среднетяжелая атака.

2. Иерсиниоз, псевдотуберкулѐз, болезнь Крона, дисбактериоз, псевдомембранозный колит.

3. Общий анализ крови, биохимический анализ крови (глюкоза, ХС, липиды, К, Na, Ca, белок и фракции, СРБ, ЩФ, ГГТП, билирубин, амилаза, креатинин), копрограмма, общий анализ мочи, фекальный кальпротектин, АНЦА, ASCA, токсин A/B, посев кала на дизбиоз, РНГА с псевдотуберкулезным антигеном, иерсиниозным антигеном, УЗИ брюшной полости,
ВГДС, фиброколоноскопия + биопсия кишечника.

4. В зависимости от степени активности воспаления: препараты 5-Аск системные и местные - ректально, гормоны (Преднизолон, Будесонид) системные и местные - ректально, цитостатики (Метатрексат, Азатиоприн). Генно-инженерная биологическая терапия. Симптоматическое: спазмолитики, кишечные

антисептики, пробиотики.

5. Перфорация кишки, сепсис, анемия, в дальнейшем рак толстого кишечника.

Задача №24.

Пациент П., 48 лет предъявляет жалобы на десневые и носовые кровотечения, увеличение живота в объеме, кожный зуд, слабость, постоянную сонливость, похудание на 6 кг за 6 месяцев. В анамнезе длительное злоупотребление алкоголем. Состояние средней тяжести. При осмотре выявляется желтушность кожи, слизистых, склер, сосудистые звездочки в области шеи, груди, пальмарная эритема, контрактура Дюпюитрена. Имеется атрофия мышц верхнего плечевого пояса, дефицит веса (вес 58 кг при росте 177 см, ИМТ – 17 кг/м^2). Определяются подкожные гематомы на руках и ногах. Живот увеличен в объеме. При перкуссии выявляется жидкость в брюшной полости. Печень пальпируется на 4 см ниже уровня реберной дуги, край острый, плотный. Перкуторные размеры - 13×11×6 см. Увеличены перкуторные размеры селезенки 17×12 см. Белок общий - 59 г/л, альбумины - 48%, глобулины - 52%, гамма-глобулины – 28,5%.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Назовите синдромы поражения внутренних органов.
3. Обоснуйте, почему выделили указанные синдромы.
4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
5. Какие группы препаратов следует назначить больному?

Эталон ответа:

1. Цциррoз печени (алиментарно-токсического генеза), активность II, класс «В» по Child-Pugh. Портальная гипертензия. Асцит.

2. Синдром портальной гипертензии, синдром печёночно-клеточной недостаточности, синдром паренхиматозной желтухи, мезенхимально-воспалительный синдром.

3. О синдроме портальной гипертонии свидетельствуют увеличение живота в объёме, наличие выпота в брюшной полости при перкуссии живота,

увеличение размеров селезёнки. О синдроме печёночно-клеточной недостаточности свидетельствует кровоточивость слизистых, гематомы на конечностях, наличие сосудистых звёздочек на верхней половине туловища, пальмарная эритема, снижение уровня альбумина до 28,5 г/л. Синдром паренхиматозной желтухи проявляется наличием зуда, желтушностью кожи, склер, слизистых. О наличии мезенхимально-воспалительного синдрома свидетельствуют диспротеинемия, гипергаммаглобулинемия, увеличение селезёнки.

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

5. Неселективные бета-блокаторы. Диуретики. Альбумин. Гепатопротекторы. Ферменты. Профилактическое назначение антибиотиков.

Задача №25.

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

аппетита, повышение температуры тела до 37,5°С, боли в суставах рук, снижение массы тела за последние недели на 5-6 кг. Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы и слизистые бледные. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Узловатая эритема на медиальной поверхности левого предплечья - 1,5×1,5 см. Суставы не изменены, функция сохранена. Со стороны легких - без особенностей. Пульс - 96 в минуту, ритмичный, АД – 100/70 мм рт. ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца звучные. Язык обложен у корня белым налетом, суховат. Живот вздут, при пальпации чувствительный в левом нижнем квадранте. Урчание при пальпации в области сигмовидной кишки. Печень, селезенка не увеличены. Анализ крови: эритроциты - $3,4\times10^{12}$/л, гемоглобин – 85 г/л, лейкоциты - $10,0\times10^{9}$/л, СОЭ - 25 мм/час. Анализ мочи - без патологии. Рентгенологическое исследование: в левых отделах толстого кишечника (до селезеночного изгиба) отмечается потеря гаустрации, уменьшение просвета и ригидность кишки, неравномерность рисунка слизистой оболочки.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
5. Определите тактику лечения больной.

Эталон ответа:

1. Язвенный колит, левосторонняя форма, среднетяжелая атака. Узловатая эритема. Постгеморрагическая анемия средней степени тяжести.

2. В пользу неспецифического язвенного колита (ЯК) свидетельствует частый жидкий стул с патологическими примесями, боли при дефекации, сопровождающиеся анемическим синдромом (снижение эритроцитов, гемоглобина в крови, слабость) и интоксикационно-воспалительным синдромом (лейкоцитоз, повышение СОЭ, повышение температуры тела).

При ЯК также встречается узловатая эритема. Рентгенологическая картина характерна для ЯК.

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

4. Инфекционные колиты; болезнь Крона; опухоли кишечника; туберкулёз кишечника; поражение кишечника при системных заболеваниях (васкулиты, склеродермия); ишемический колит.

5. - Диета

- Месалазин (3,0), при неэффективности - глюкокортикоиды (40 мг).

- Ректально Гидрокортизон.

-Лечение диареи (обволакивающие, спазмолитики, вяжущие).

- Лечение обменных нарушений.

-Лечение дисбактериоза.

-Полиферментные препараты.

-Лечение анемии.

Задача №26

Пациент Б., 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°С ежедневно, особенно к вечеру. Анамнез заболевания: заболел 9 месяцев назад, когда внезапно, среди полного здоровья появились интенсивные боли в правой подвздошной области, повышение температуры до 38,0°С. 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 неизменен. Произведена аппендектомия. В послеоперационном периоде появилась гипертермия до 38,5°С, 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 - $3,2\times10^{12}$/л, лейкоциты - $12,8\times10^{9}$/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. Имеется неравномерные сужения дистального отдела подвздошной кишки и неровные контуры, отсутствие гаустр в слепой и восходящей кишках.

1. Сформулируйте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы для патогенетической терапии Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Каков прогноз при данном заболевании?

Эталон ответа:

1. Болезнь Крона, илеоколит с поражением терминального отдела подвздошной кишки, хроническое рецидивирующее течение, среднетяжелая форма, осложненная перианальным поражением (свищ).

2. Диагноз поставлен на основании анамнеза: на операции выявлена утолщенная подвздошная кишка с рыхлой отечной стенкой, увеличение брыжеечных лимфоузлов, неизмененным 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 среднетяжелой степени.

3. 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; ВГДС: исключение проксимального поражения при болезни Крона, эрозивно-язвенных изменений; фиброколоноскопия с биопсией для

обнаружения гранулем, а также массивной лимфоидной инфильтрации всех слоев стенки кишки – вид булыжной мостовой при фиброколоноскопии; кал на микобактерии туберкулеза для дифференциальной диагностики с туберкулезным 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).

4. 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.

5. 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.

Задача №27.

Пациентка Г., 24 лет, поступила гастроэнтерологическое отделение с жалобами на выраженную слабость, диарею до 6 раз в сутки, стул кашицеобразный, без патологических примесей, снижение массы тела на 8 кг за 6 месяцев, боли в околопупочной области, сухость во рту, постоянную жажду. Пациентка считает себя больной в течение 5 лет, когда впервые появилась диарея до 4 раз в сутки, начал снижаться вес, появились отеки на ногах. На фоне приема противодиарейных препаратов (лоперамид) периодически происходила нормализация стула. Пациентка отмечает, что нарушения стула появлялись после употребления в пищу молочных продуктов, хлебобулочных изделий, макарон, каш. Обследовалась у инфекционистов – инфекционная патология исключена. Общий осмотр. Состояние средней степени тяжести за счет выраженной слабости, сознание ясное. Рост – 162 см, вес – 44 кг. Кожные покровы бледные, чистые, слизистые бледно-розовые. Лимфоузлы безболезненные, не увеличены. Язык влажный, чистый. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. АД – 100/70 мм рт. ст., ЧСС – 75 ударов в минуту, пульс ритмичный. Живот при пальпации мягкий, участвует в акте дыхания, болезненный в эпигастральной, околопупочной областях. Печень, селезенка не увеличены. Определяются небольшие отеки голеней до 1/3. Лабораторные исследования: гемоглобин – 88 г/л, эритроциты – $3{,}72\times10^{12}$/л, лейкоциты – $6{,}1\times10^{9}$/л, тромбоциты – 266×10^{9}/л, СОЭ – 34 мм/ч. Анализ мочи – без особенностей. Реакция кала на скрытую кровь – отрицательная. Биохимические показатели: билирубин общий – 23,8 мкмоль/л, биллирубин прямой – 2,8 мкмоль/л, АЛТ – 69 Е/л, АСТ – 45 Е/л, γ-ГТП – 25 Е/л, щелочная фосфотаза – 118 Е/л, натрий – 137 мкмоль/л, калий – 4,3 мкмоль/л, креатинин – 44 мкмоль/л, мочевина – 4,3 мкмоль/л, общий белок – 51 г/л, антитела к глиадину (IgG) - 135 Ед/мл. ВГДС: пищевод: слизистая оболочка гиперемирована, в нижней трети множественные поверхностные эрозии, покрытые желтым фибрином в виде «творожных масс», кардиальный жом смыкается полностью. Желудок:

содержимое – слизь в большом количестве. Слизистая умеренно гиперемирована, складки не утолщены. Привратник проходим. Луковица двенадцатиперстной кишки – слизистая гладкая, отсутствуют кишечные ворсинки, гиперемирована, отечная, в просвете желчь. Консультация проктолога: проведена ректороманоскопия. Патологических изменений не выявлено.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальный диагноз?
5. Составьте план лечения пациентки.

Эталон ответа:

1. Целиакия. Кандидозный эзофагит. Постгеморрагическая анемия средней степени тяжести.

2. Диагноз «целиакия» выставлен на основании: - синдрома мальабсорбции: диарея, боли в животе, похудание, анемия (гемоглобин - 89 г/л, эритроциты - 3,72х1012/л),

- результатов лабораторных исследований: Anti-gliadinIgG - 135 Ед/мл.

Диагноз «кандидозный эзофагит» выставлен на основании:

- данных ФГДС: пищевод - слизистая оболочка гиперемирована, в средней и нижней трети множественные поверхностные эрозии, покрытые жёлтым фибрином в виде «творожных масс», кардиальный жом смыкается полностью. Желудок: содержимое - слизь с примесью светлой желчи в большом количестве. Слизистая умеренно гиперемирована, складки не утолщены. Привратник проходим. Луковица двенадцатиперстной кишки - слизистая гладкая, отсутствуют кишечные ворсинки, гиперемирована, отёчная, в просвете желчь.

Диагноз «Постгеморрагическая анемия средней степени тяжести» выставлен на основании: гемоглобин - 89 г/л.

3. - Антитела к тканевой трансглутаминазе - подтвердить целиакию.

-Биопсия слизистой двенадцатиперстной кишки - подтвердить целиакию и определить прогноз.

-Колоноскопия - исключение НЯК.

- МРТ - холангиография.

-Кал на скрытую кровь - исключить кровотечение.

- Определить ферритин сыворотки - для уточнения генеза анемии.

4. 1) Воспалительные заболевания кишечника - можно исключить с помощью колоноскопии (воспаление в прямой кишке исключено результатами ректороманоскопии) и результатами ФГДС. Причину диареи, болей в животе и похудания объясняет анамнез - клиника появляется при употреблении в пищу глютеновых продуктов и подтверждает повышение уровня АТ к глиадину и данные ФГДС: атрофия слизистой 12-перстной кишки.

2) Лимфома кишечника - по результатам биопсии ДПК.

5. Питание при целиакии не должно содержать глютен. Диета при целиакии требует полного исключения хлеба и мучных изделий. Придерживаться диеты следует всю жизнь. Через три - шесть месяцев диетических ограничений у 85% пациентов полностью восстанавливается нормальный пищеварительный процесс, исчезают симптомы болезни. Лечение кандидозного эзофагита противогрибковыми препаратами (Флуконазол, Клотримазол). Лечение анемии препаратами железа и фолиевой кислоты, по показаниям - переливания эритроцитарной массы.

Задача №28

Пациент З., 60 лет, жалобы на периодические боли в эпигастрии через 1,5-2 часа после еды, иногда ночью, изжогу, кислую отрыжку. Боли носят локальный характер, не иррадиируют, уменьшаются после молочной пищи. Анамнез заболевания: в течение 2 лет периодически возникали боли и изжога, которые снимал приемом молока, иногда антацидов (Маалокс и Алмагель). Полгода тому назад обследовался, выявлен гастродуоденит, принимал Омез 20 мг 2 раза и

Маалокс. В течение трех месяцев клинические проявления отсутствовали, в последнее время вновь появились и усилились боли, особенно ночные, изжога и отрыжка возникали ежедневно. Накануне госпитализации была двукратная рвота содержимым желудка, а затем желчью. Больной курит, последние 3 года по 2 пачки сигарет в день. Отец оперирован по поводу желудочного кровотечения (причину не знает). Объективно: кожа нормальной окраски, тургор сохранен. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Легкие без патологических изменений. Расширена левая граница сердца до левой среднеключичной линии. Уплотнены стенки лучевых артерий (пальпируются в виде плотных тяжей). Пульс 66 уд в минуту, высокий, АД - 125/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот участвует в дыхании. При пальпации отмечает незначительную болезненность в правом подреберье и в эпигастрии.

При пальпации отделы кишечника не изменены. Печень по краю реберной дуги, пузырные симптомы (Кера, Мерфи. Ортнера) отрицательные. Селезенка не пальпируется. При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин - 147 г/л, СОЭ 4 мм/час, эритроциты $5{,}2\times10^{12}$/л, лейкоциты $7{,}6\times10^{9}$/л, эозинофилы 2%, палочкоядерные нейтрофилы 5%, сегментоядерные нейтрофилы 56%, лимфоциты 37%. Биохимический анализ крови: общий белок 82 г/л, общий билирубин 16,4 (прямой 3,1; свободный 13,3) ммоль/л, холестерин 3,9 ммоль/л, калий 4,4 ммоль/л, натрий 142 ммоль/л, сахар 4,5 ммоль/л. ВГДС: пищевод проходим, розетка кардии плотно смыкается, складки слизистой пищевода нормальные. В антральном отделе желудка определяются очаги отека и яркой гиперемии, а также единичные подслизистые кровоизлияния. Луковица ДПК деформирована, на задней стенке луковицы – послеязвенный рубец звездчатого характера, на передней стенке глубокий язвенный дефект (до мышечного слоя) размером 10×12 мм, над дефектом нависает значительно увеличенные гиперемированные складки слизистой, образующие воспалительный вал. На остальном протяжении слизистая ДПК с очагами гиперемии.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

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

5. Через 2 месяца поддерживающей терапии клинические явления болезни исчезли полностью, при ФЭГДС на месте язвы белый рубец, из очагов отека и гиперемии в желудке взят материал для цитологического исследования, выявлен Н. р. в большом количестве. Какова Ваша дальнейшая тактика? Обоснуйте ваш выбор.

Эталон ответа:

1. Язвенная болезнь ДПК, впервые выявленная тяжелой степени, с локализацией язвы на передней стенке луковицы ДПК. Послеязвенный рубец задней стенки луковицы. Хронический антральный активный гастрит (Н.р.?), дуоденит.

2. Диагноз «язвенная болезнь ДПК» поставлен на основании наличия поздних и ночных болей, снимающихся антацидами и молочной пищей; диспептических явлений: кислая отрыжка, изжога. Усиление указанных симптомов и появление рвоты, которые характерны для тяжелой степени заболевания. Наличие язвенного дефекта в ДПК, язвенный рубец на задней стенке свидетельствуют о длительном течении язвенной болезни, однако она выявлена только в настоящее время, поэтому шифруется как впервые выявленная. Имеются признаки хронического активного гастрита – очаги отека и яркой гиперемии, а также дуоденита – очаги гиперемии.

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

брюшной полости. Кал на скрытую кровь для исключения микрокровотечения из язвы.

4. Для язвозаживляющей терапии следует назначить ИПП (Эзомепразол, Рабепразол, Омепразол). Учитывая тяжелую степень болезни, следует назначить наиболее эффективные препараты (Нексиум 20 мг 2 раза, Париет 20 мг 2 раза, Лосек мапс 20 мг 2 раза), в тех случаях если ночная симптоматика на фоне ИПП будет сохраняться, следует подключить на несколько дней Н2 -гистаминоблокаторы – Фамотидин 40 мг на ночь. ИПП в стандартной дозе назначаются до полного заживления язвы (4-6 недель), следует учитывать, что язва заживает вначале красным рубцом, который отличается нестойкостью и может разрушиться при прекращении противокислотной терапии. При заживлении язвы красным рубцом назначается поддерживающая терапия – ИПП в половине от лечебной дозы на 1-2 месяца (время формирования белого рубца, лишенного сосудов).

5. Пациенту следует провести эрадикационную терапию: ИПП + Кларитромицин + Амоксициллин, курс - 10 дней. ИПП для эрадикационной терапии назначается по 20 мг 2 раза в день за 30 минут до еды, следует назначить препараты группы ИПП: эзомепразола, рабепразола, омепразола. Это обстоятельство связано с тем, что агрессивность Н.р. обусловлена разностью pH на мембране бактериальной клетки (pH - 1) и pH внутри клетки (pH - 7). ИПП имеют наилучший клинический эффект, активно защелачивают пространство вокруг бактерии и снижают разницу pH. Бактерии при этом теряют свою агрессивность и становятся чувствительными к антибиотикам. В группе кларитромицинов следует выбрать Клацид, как препарат, имеющий наилучшую очистку, наименьшее количество примесей и более высокий эффект. Из амоксициллинов следует выбрать Флемоксин-Солютаб, поскольку растворимая форма препарата обладает наибольшей биодоступностью – 93% против 70% у других амоксициллинов. После

проведения эрадикации, через 4-6 недель следует определить эффективность лечения - исследование кала на антиген H.p. методом ИФА. При отрицательном результате на H.p. - больной должен находиться на диспансерном учете, и при каждой ФЭГДС проводить забор материала на H.p. При неэффективной эрадикации – рекомендуется квадротерапия: ИПП + Де-нол + Тетрациклин + Фуразолидон.

Задача №29

Пациент В. 42 лет, жалобы на периодические боли в эпигастрии, больше справа, которые возникают через 20-30 минут после еды, и значительно уменьшаются или исчезают через 1,5-2 часа. Отмечает изжогу, иногда горечь во рту, аппетит сохранен, стул нормальный 1 раз в сутки. Анамнез заболевания: в течение нескольких лет отмечал дискомфорт в эпигастрии после погрешности в диете. Принимал ферменты, указанные явления исчезали. В последние месяцы на работе стрессы. Стал отмечать боли вначале тупые умеренные, которые снимались антацидами (Алмагель, маалокс). В дальнейшем боли усилились, особенно после приема пищи, независимо от ее качества. Появилась изжога, которая часто сопровождалась горечью во рту. Снизил объем принимаемой пищи, однако боль прогрессировала, госпитализирован в отделение. Курил по 1 пачки в день, последние 3 года не курит. Объективно: кожа нормальной окраски, тургор сохранен. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Легкие без патологических изменений. Границы сердца в норме. ЧСС - 68 ударов в минуту, АД - 130/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот участвует в дыхании. При пальпации отмечает незначительную болезненность в эпигастрии.

При пальпации отделов кишечника болезненности, объемных образований не выявлено. Печень по краю реберной дуги, пузырные симптомы (Кера, Мерфи. Ортнера) отрицательные. Селезенка не пальпируется. При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин - 142 г/л, СОЭ - 4 мм/час, эритроциты - $5,0\times10^{12}$/л, лейкоциты - $7,6\times10^{9}$/л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 5%,

сегментоядерные нейтрофилы - 56%, лимфоциты - 37%. Биохимический анализ крови: общий белок - 82 г/л, общий билирубин - 16,1 (прямой - 3,1; свободный - 13,0) ммоль/л, холестерин - 3,8 ммоль/л, калий - 4,4 ммоль/л, натрий - 144 ммоль/л, глюкоза - 4,5 ммоль/л. ВГДС: пищевод проходим, розетка кардии плотно смыкается. Слизистая в пищеводе без изменений. В средней трети желудка по малой кривизне имеется язвенный дефект стенки (слизистая и подслизистая) до 1,1 см, дно дефекта выполнено фибрином, края дефекта приподняты, отечные. На остальном протяжении в желудке имеются очаг неяркой гиперемии. ДПК без изменений. Взята биопсия. При взятии биопсии из краев язвы отмечается умеренная нейтрофильная инфильтрация и отек.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы для патогенетической терапии вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Какие рекомендации необходимо дать пациенту для профилактики обострения заболевания?

Эталон ответа:

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

2. Диагноз поставлен на основании жалоб на: наличие у пациента ранних болей через 20-30 минут после еды, уменьшение или исчезновение болей через 1,5-2 часа, диспептических явлений в виде изжоги и горечи во рту, свидетельствующих о забросе содержимого желудка и желчи в пищевод вследствие увеличения давления в желудке, а также наличие дефекта слизистой и подслизистого слоя с воспалительным валом вокруг. О хроническом неактивном гастрите Н.р. – ассоциированном, говорит наличие очагов неяркой гиперемии во всех отделах желудка.

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

4. Для язвозаживляющей терапии следует выбрать ИПП (Омепразол, Эзомепразол, Рабепразол) 20 мг 2 раза в день за 30 минут до еды. Возможно назначение Н2 – гистаминоблокаторов: Ранитидин 150 мг 2 раза в сутки, Фамотидин 20 мг 2 раза или 40 мг 1 раз до полного заживления язвы с формированием красного рубца. Вследствие того, что красный рубец без кислотосупрессивной терапии способен разрушаться, и язвенный дефект может открыться вновь, следует назначить поддерживающую терапию: ИПП 20 мг 1 раз в день на 4-8 недель – сроки формирования белого рубца, не содержащего сосудов, поэтому более стойкого. При формировании белого рубца, что следует оценить при ФЭГДС, назначается терапия по требованию – при появлении признаков поражения желудка в течение 1-2 дней принимать ИПП.

5. Профилактика обострений заболевания включает рекомендации по диете (регулярный дробный прием пищи, запрет на алкоголь, курение, запрет на употребление ряда лекарственных средств)

Задача №30

Пациентка Л., 45 лет, жалобы на постоянные, усиливающихся после погрешностей в диете боли в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину, похудание. В 38-летнем возрасте перенесла холецистэктомию по поводу калькулезного холецистита. Через полгода после операции появились почти постоянные, усиливающиеся после погрешностей в диете боли в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину. При применении спазмолитиков и при соблюдении диеты самочувствие улучшалось. Последние год присоединился практически постоянный неоформленный стул, стала терять вес (похудела на 7 кг за 2 года). При осмотре состояние больной

удовлетворительное. Телосложение правильное, незначительно повышенного питания. Рост – 174 см, вес – 90 кг, ИМТ – 29 кг/м^2. При сравнительной перкуссии легких определяется легочный звук. Аускультативно везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС=78 уд/мин, АД - 150/80 мм рт. ст. Язык влажный, у корня обложен белым налетом. При поверхностной пальпации живота отмечается некоторая болезненность в эпигастрии и в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. При глубокой пальпации пальпируется сигмовидная кишка в виде умеренно подвижного безболезненного цилиндра, диаметром 1,5 см. Имеется болезненность в зоне Шоффара. Положительный симптом Кера, симптом Мейо-Робсона. При перкуссии живота — тимпанит. Размеры печени по Курлову – 15х13х11 см. Печень выступает из-под реберной дуги на 3-4 см, край умеренной плотности, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Поражение какого органа, можно предположить, и с чем это связано?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациентке.
4. Определите тактику лечения больной.
5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

Эталон ответа:

1. Хронический билиарнозависимый панкреатит.

2. Поджелудочная железа, постхолецистэктомический синдром, погрешности в диете

3. ЭРХПГ, КТ,УЗИ ОБП, амилаза в крови, эластаза и липаза в кале

4. Диетотерапия, нутритивная поддержка, отказ от курения и алкоголя, антидепрессанты, заместительная ферментная терапия (Креон 10000), парацетамол 1000мг 3 р в сутки, длительность не более 3х месяцев, далее по требованию.

5.Хронический панкреатит необходимо дифференцировать с: • язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки; • хроническим энтеритом и колитом; • хроническим абдоминальным ишемическим синдромом; • раком поджелудочной железы.

Задача №31

Пациент П., 44 лет, жалобы на частую, выраженную изжогу после еды и в ночное время, особенно, при употреблении острой, жирной или обильной пищи, частую тошноту по утрам, отрыжку пищей после еды, особенно при наклонах туловища и в горизонтальном положении, плохой сон из-за изжоги. Из анамнеза: со школьного возраста отмечал боли в животе, плохой аппетит. Лечился самостоятельно, по советам родственников периодически принимая но-шпу и ферментные препараты с незначительным эффектом. Во время службы в армии лечился в госпитале по поводу гастрита. В дальнейшем длительное время жалоб со стороны органов пищеварения не имел. Питается нерегулярно, на работе имеет ночные смены. Курит с 15 лет по 20 сигарет в день. Алкоголь практически не употребляет. Описанные жалобы появились около года назад после длительного периода значительных физических нагрузок и эпизода тяжелого психоэмоционального стресса. Самостоятельно принимал альмагель, омез в течение 10-14 дней с хорошим эффектом, последнее ухудшение – в течение месяца после погрешности в диете и приема алкоголя; на фоне приема привычного набора препаратов в течение недели самочувствие с положительной динамикой, в связи с чем, лечение прекратил. Через 7 дней симптомы возобновились. Три дня назад имел место однократный эпизод черного неоформленного стула. В дальнейшем стул без особенностей. При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост: 174 см, вес: 63 кг. Кожа физиологической окраски, умеренной влажности, чистая. В легких везикулярное дыхание. ЧД 18 в мин. Тоны сердца умеренно приглушены, ритм правильный. ЧСС – 78 в мин., АД – 130/85 мм рт. ст. Язык густо обложен серым налетом, влажный. Живот мягкий, умеренно болезненный высоко в эпигастрии слева от средней линии и в

пилородуоденальной зоне. Пальпация других отделов живота практически безболезненна. Печень 11×8×7 см. Край закруглен, эластичной консистенции, безболезненный. Пузырные симптомы отрицательные. Селезенка не пальпируется, перкуторно 7×5 см. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: эритроциты – 4,1 × 10^{12}/л. НЬ – 123 г/л, МСН – 26 p/g, МСНС–346 g/l, лейкоциты – 5,2 × 10^{9}/л: базофилы – 0, эозофилы -1, палочкоядерные – 2, сегментоядерные – 68; лимфоциты – 23, моноциты – 6. СОЭ = 5 мм/час Анализ кала на скрытую кровь положительный. ВГДС – пищевод проходим. Слизистая нижней трети пищевода ярко гиперемирована с множественными мелкими эрозиями, занимающими до половины диаметра пищевода. Кардиальный жом смыкается не полностью. В пищевод пролабирует слизистая оболочка желудка. Желудок содержит значительное количество секрета с примесью желчи. Слизистая тела желудка слегка отечна, розовая, складки магистрального типа. Слизистая антрума очагово гиперемирова с множественными плоскими эрозиями. Пилорус зияет. Луковица ДПК не деформирована. Слизистая оболочка розовая, блестящая. Постбульбарный отдел без особенностей.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Определите план ведения пациента с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов.
5. Составьте конкретную схему медикаментозного лечения данного пациента с указанием доз, продолжительности приема. Выберите схему поддерживающей терапии. Выберите схему эрадикационной терапии. Обоснуйте Ваш выбор. Определите сроки проведения контрольного эндоскопического исследования.

Эталон ответа:

1. Наиболее вероятный диагноз - эрозивная форма ГЭРБ, сочетанная с язвой желудка.

2. Данные из анамнеза (боли в животе с школьного возраста, лечение по

поводу гастрита в армии), клинические проявления (частая изжога, тошнота, отрыжка пищей, ухудшение после ошибок в диете и приема алкоголя, черный неоформленный стул) и результаты обследований (гиперемия и эрозии на слизистый пищевода и желудка) свидетельствуют о наличии эрозивных поражений слизистой пищевода и желудка.

3. План дополнительного обследования пациента:

- Гастроскопия с биопсией для подтверждения диагноза и исключения злокачественных изменений слизистой пищевода и желудка;

- Контрольный анализ кала на скрытую кровь через 2-3 недели;

- УЗИ органов брюшной полости для оценки состояния печени и желчного пузыря.

4. План ведения пациента:

- Коррекция образа жизни: регулярное питание, отказ от острой, жирной и обильной пищи, отказ от курения, уменьшение физической нагрузки, нормализация сна;

- Избегание факторов, способствующих ухудшению - алкоголь, некоторые лекарственные препараты;

- Медикаментозная терапия для снижения кислотности желудочного сока и улучшения защитных свойств слизистой пищевода и желудка.

5. Конкретная схема медикаментозного лечения:

- Препараты протонной помпы (ППП) - рабепразол (20 мг) 2 раза в день на 4-6 недель для снижения кислотности желудочного сока и заживления эрозий;

- суспензия альмагеля (10 мл) 2 часа после еды и перед сном для защиты слизистой;

- Препараты, снижающие секрецию желудочного сока - ранитидин (150 мг) 2 раза в день перед едой для дополнительного снижения кислотности.

Выбор схемы поддерживающей терапии:

- Рабепразол (20 мг) 1 раз в день в течение 4-6 месяцев для поддержания нормализации кислотности желудочного сока и предотвращения

рецидивов.

Выбор схемы эрадикационной терапии:

- Комбинация препаратов для эрадикации Helicobacter pylori: рабепразол (20 мг) + амоксициллин (1 г) + кларитромицин (500 мг), все 2 раза в день, продолжительность 10-14 дней. Обоснование выбора: стандартная схема терапии, другую можно подобрать лишь определив антибиотикочувствительность

Сроки проведения контрольного эндоскопического исследования:

- Через 3 месяца после начала лечения для оценки эффективности терапии и заживления эрозий.

Задача №32

Пациент Х., 65 лет, жалобы на тупые, ноющие малоинтенсивные боли и ощущение тяжести в подложечной области через 15-20 минут после еды, тошноту, изжогу. Болевые ощущения усиливаются при погрешностях в питании. Из анамнеза: боли в подложечной области беспокоят последние 4 недели, несколько уменьшаются после приема дротаверина, антацидов. Около недели назад пациент отметил эпизод появления черного стула в течение 2–х суток. В возрасте 45 лет диагностировали язвенную болезнь ДПК, лечился в стационаре, в последующем обострений заболевания никогда не фиксировалось. Последние 10 лет к врачам по этому поводу пациент не обращался. Пациент получает медикаментозное лечение по поводу ИБС, в том числе, тромбо асс и клопидогрел, последние 5 месяцев прекратил прием крестора. При осмотре: состояние удовлетворительное, ИМТ – 27 кг/м^2, кожный покров и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Голени пастозны. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 мин. Сердце – тоны приглушены, акцент 2 тона на аорте, ритм правильный. ЧСС – 92 в 1 мин. АД – 130/85 мм рт. ст. Живот участвует в дыхании, при пальпации мягкий, определяется умеренная болезненность в эпигастрии по средней линии тела и в пилоро-дуоденальной зоне, остальные отделы живота безболезненны. Пузырные симптомы

отрицательные. Размеры печени по Курлову и селезенки: 11х9х8 см и 6×4 см соответственно. Край печени плотноэластической консистенции определяется на 2 см ниже реберной дуги, безболезненный. Пальпация отделов толстой кишки безболезненна. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный. В анализах: эритроциты $3,2\times10^{12}$/л, Hb 103 г/л, МСН - 22p/g, МСНС– 300 g/l, лейкоциты $5,6\times10^{9}$/л. СОЭ 8 мм/час. Общий холестерин 7,9 ммоль/л, триглицериды 2,6 ммоль/л.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные методы исследования Вы назначили бы данному пациенту?
4. Определите план ведения пациента с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов лечения.
5. Укажите препараты из группы ИПП, которые Вы выбрали бы в данном случае. Обоснуйте Ваш выбор. Укажите дозы препаратов. Выберите схему эрадикационной терапии.

Эталон ответа:

1. Язва желудка и ДПК. Обострение язвы желудка

2. Диагноз поставлен на основании чёрного стула, болей после приёма пищи, изжога.

3. Гастроскопия, анализ кала, уреазный тест

4. Диетотерапия, отказ от алкоголя и курения, эрадикационная терапия, исключить тромбоасс.

5. Рабепразол 20мг, 2 раза в день натощак т.к.надёжнее подавляет секрецию желудочного сока. Схема эрадикациационной терапии: Амоксиклав 1000мг 2 р в день; Кларитромицин 500мг 2 раза в день

Задача №33

Пациент Ф., 27 лет, жалобы на тупые, ноющие малоинтенсивные боли в нижних отделах живота ближе к левому фланку, возникающие перед дефекацией, либо

усиливающиеся сразу после опорожнения кишечника, длящиеся около 30-40 минут, неоформленный стул с примесью слизи и небольших количеств алой крови, частота стула до 5-6 раз в сутки, в том числе, в ночное время, ложные позывы на дефекацию с выделением из прямой кишки только слизи с примесью алой крови, ощущение урчания, бурления в животе в течение дня, снижение веса на 6 кг за прошедшие 5 месяцев. Из анамнеза: нарушение стула впервые отметил 5 месяцев назад после поездки на юг в летнее время и связал указанный симптом с особенностями питания (употребление больших количеств овощей и фруктов). Диарея сохранялась и прогрессировала и после возвращения из отпуска. Самостоятельно принимал смекту, мезим с незначительным и нестойким эффектом. Через 1,5 месяца отметил появление в кале слизи и прожилок крови, затем появились слабые боли по левому фланку живота. Начал прием но-шпы. По совету родственницы 2 недели назад в течение 5 дней принимал левомицетин по 3 таблетки в день, на этом фоне значительно усилились диарея и боли в животе, увеличилась примесь крови в кале, что и послужило поводом для обращения к участковому врачу. Обращение за медицинской помощью откладывал, поскольку считал, что у него имеет место какое-то инфекционное заболевание кишечника и опасался госпитализации в инфекционное отделение, предпочитая лечиться самостоятельно. В прошлом в период студенчества имели место неоднократные эпизоды жидкого стула, появление которых пациент связывал с употреблением якобы недоброкачественных продуктов. Лечился, как правило, самостоятельно, употреблял отвары вяжущих средств. При осмотре: состояние удовлетворительное, t – 36,8°С, рост 178 см, вес 61 кг, кожный покров и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 мин. Сердце – тоны звучные, ритм правильный. ЧСС – 90 в 1 мин. АД – 120/75 мм рт. ст. Язык умеренно диффузно обложен сероватым налетом, влажный. Живот участвует в дыхании, умеренно равномерно вздут, при поверхностной пальпации мягкий, определяется умеренная болезненность по левому фланку живота, при глубокой пальпации отчетливая болезненность в левой подвздошной области, где пальпируется

спазмированная, плотноэластическая, болезненная сигмовидная кишка; остальные отделы толстой кишки безболезненны. Пальпация эпигастральной и подреберных областей безболезненна Пузырные симптомы отрицательные. Размеры печени по Курлову и селезенки: 10х8х7 см и 6×4 см соответственно. Край печени не определяется. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный. В анализах: эритроциты = 3,02 $\times 10^{12}$/л, Hb = 102 г/л, МСН – 23 p/g, МСНС– 300 g/l, лейкоциты = 12,4$\times 10^{9}$/л. СОЭ = 36 мм/час. Копрограмма: кал разжиженный, неоформленный, мышечные волокна, крахмал внутриклеточный в небольшом количестве, лейкоциты до 30-40 в поле зрения, эритроциты в значительном количестве, слизь в большом количестве. Фекальный кальпротектин 532 мкг/г. Общий белок сыворотки 62,3 г/л, альбумины – 49,3%, глобулины 50,7%, СРП – 95мг/л. Ректороманоскопия без подготовки: аппарат введен до 18 см. Слизистая оболочка прямой кишки диффузно гиперемирована, отечна, выраженная контактная кровоточивость, множественные эрозии, местами, сливные, покрытые фибрином. В просвете кишки слизь, окрашенная кровью, и жидкие каловые массы в небольшом количестве.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Определите план ведения пациента с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов.
5. Проведите экспертизу трудоспособности пациента.

Эталон ответа:

1. Наиболее вероятный диагноз: не специфический язвенный колит.
2. Обоснование диагноза:

- Характерные клинические симптомы: тупые, ноющие боли в нижних отделах живота, особенно в левом фланке, перед дефекацией или после нее, наличие слизи и примеси алой крови в стуле, частые ночные стулы и ложные позывы на дефекацию;

- Продолжительность симптомов - 5 месяцев;
- Умеренная болезненность при пальпации левого фланка живота и спазмированная сигмовидная кишка;
- Ректороманоскопия показала гиперемию, отек, контактную кровоточивость, эрозии и наличие слизи и крови в кишечном просвете;
- Повышенный уровень фекального кальпротектина, что свидетельствует о воспалительном процессе в кишечнике.
3. План дополнительного обследования:
- Колоноскопия с биопсией для подтверждения диагноза и оценки степени поражения кишечника;
- общий анализ крови, биохимический анализ (сывороточный белок, СРП), определение уровня железа, витамина B12 и фолиевой кислоты для оценки наличия анемии и дефицита питательных веществ;
- анализы кала на наличие инфекций и паразитов;
- УЗИ органов брюшной полости для исключения других причин болей в животе.
4. План ведения пациента:
- Медикаментозное лечение: прописать препараты из группы 5-аминосалициловой кислоты (мезалазин) для уменьшения воспаления и снижения симптомов; при неэффективности - препараты глюкокортикостероидов (преднизолон);
- Диетотерапия: рекомендовать пациенту исключить острые, жирные, пряные продукты, алкоголь, кофе, молочные продукты и увеличить потребление пищевых волокон;
- Режим активности: рекомендовать пациенту умеренную физическую активность, такую как ежедневные прогулки;
- При необходимости контроля симптомов и выявления обострений - рекомендовать пациенту вести дневник питания и состояния.
5. Экспертиза трудоспособности:
Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности :32-40 дней, далее,

если после проведённого лечения и при наличии поддерживающей терапии рецидивы будут чаще 3 раз в год, ставится вопрос об инвалидности

Задача №34.

Пациент Б., 40 лет, жалобы на ноющие боли в эпигастральной области, которые возникают через 20-30 минут после приема пищи; на тошноту и рвоту желудочным содержимым, возникающую на высоте болей и приносящую облегчение; на снижение аппетита. Из анамнеза заболевания: впервые подобные жалобы возникли около 7 лет назад, но боли купировались приемом Алмагеля и Но-шпы. За медицинской помощью ранее не обращался. Отмечает весенне-осенние обострения заболевания. Ухудшение самочувствия около двух дней, после употребления алкоголя и жареной пищи. Работает водителем маршрутки. Питается нерегулярно, часто употребляет алкоголь. Курит в течение 23 лет до двух пачек сигарет в день. Наследственный анамнез: у отца – язвенная болезнь желудка. Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Астеник, пониженного питания. Кожа и видимые слизистые бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в мин. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 74 удара в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 74 удара в минуту. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, симптом Менделя положительный, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул ежедневно, без патологических примесей. Данные дополнительных методов исследования. Общий анализ крови: гемоглобин – 132 г/л, эритроциты – $4,4\times10^{12}$/л, лейкоциты – $6,4\times10^{9}$/л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 60%, лимфоциты – 30%, моноциты – 8%, СОЭ – 10 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность – 1018, эпителий – 2-4 в поле зрения, белок, цилиндры, соли - не определяются. Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,5 ммоль/л, фибриноген – 2,9 г/л, общий белок – 68 г/л. ВГДС:

пищевод свободно проходим, слизистая не изменена, кардиальный жом смыкается. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая гиперемирована, складки обычной формы и размеров, в кардиальном отделе по большой кривизне определяется язвенный дефект 1,0-1,5 см, с ровными краями, неглубокий, дно прикрыто фибрином. Луковица двенадцатиперстной кишки обычной формы и размеров, слизистая бледно-розового цвета. Выявлен Helicobacter pylori.

1. Выделите основные синдромы.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Обоснуйте диагноз.
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
5. Перечислите основные принципы лечения.

Эталон ответа:

1. Основные синдромы: болевой, диспептический.

2. Диагноз: Язвенная болезнь желудка, обострение.

3. Обоснование диагноза:

- Пациент имеет жалобы на ноющие боли в эпигастральной области, которые возникают после приема пищи. Это типичный симптом язвенной болезни желудка.

- Наличие тошноты и рвоты желудочным содержимым, которая приносит облегчение, также характерно для язвенной болезни.

- Язвенный дефект обнаруженный при вгдс

4. Заболевания, с которыми необходимо дифференцировать данную патологию:

- Симптоматические язвы

- Рак желудка

5. Основные принципы лечения:

- Устранение Helicobacter pylori с помощью эрадикационной терапии .

- Применение антисекреторных препаратов.

- Регулярное прием пищи и исключение острой, жареной, жирной пищи.

- Отказ от курения и употребления алкоголя.

- Соблюдение диеты, исключающей раздражающие продукты и напитки.

- При необходимости применение препаратов для облегчения боли и симптомов диспепсии.

Задача №35.

Пациент Н., 33 лет, жалобы на боли в эпигастральной области, преимущественно натощак, через 2 часа после еды, ночью, купируются приемом пищи. Беспокоит отрыжка кислым, стул регулярный, оформленный. У отца и деда по отцовской линии — язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Курит с 16 лет до 20 сигарет в день. Объективно: астенического телосложения, умеренного питания. Кожа чистая. Со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы патологии не выявлено. ЧСС — 72 уд. в мин. АД 120/75 мм рт. ст. При поверхностной пальпации живота болезненность в пилородуоденальной области. Печень не увеличена, безболезненная при пальпации. Физиологические отправления в норме. Общий анализ крови: Hb – 126 г/л, цв. показ. – 0,91, эритроциты – $4,1*10^{12}$/л; лейкоциты– $7,0*10^{9}$/л; п/я – 3%, с/я – 51%, э – 3%, л – 36%, м – 7%, СОЭ – 6 мм/час. ВГДС: в желудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией. Слизистая луковицы дуоденум очагово гиперемирована, отечная, на задней стенке язвенный дефект 0,6 х 0,5 см, округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Взята биопсия. УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь грушевидной формы 73х35 мм, с перегибом на дне, содержимое с осадком, стенки 2 мм. Поджелудочная железа: не увеличены, эхогенность головки и хвоста снижена. рН – метрия желудка: натощак – рН в теле 2,4; в антральном отделе – 4.2, через 30 мин после стимуляции 0,1% раствором гистамина в дозе 0,008 мг/кг – рН в теле 1,4; в антруме – 2,8. Дыхательный уреазный тест: положительный. Биопсийный тест на НР-инфекцию: положительный (++).

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Перечислите основные методы и способы диагностики HP-инфекции.
4. Предложите схему лечения данному больному.
5. Прогноз, диспансеризация, профилактика заболевания.

Эталон ответа:

1. Наиболее вероятный диагноз: язвенная болезнь ДПК.
2. Обоснование диагноза:
- Жалобы пациента на боли в эпигастральной области, преимущественно натощак, через 2 часа после еды, которые купируются приемом пищи, указывают на характерные симптомы язвенной болезни.
- Отрыжка кислым также является характерным симптомом язвенной болезни.
- Наличие родственников (отца и деда по отцовской линии) с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки может указывать на наследственную предрасположенность к данному заболеванию.
- При проведении ВГДС выявлены характерные изменения слизистой оболочки дуоденума, такие как очаговая гиперемия, язвенный дефект.
3. Основные методы и способы диагностики HP-инфекции:
- Дыхательный уреазный тест.
- Биопсийный тест на наличие HP-инфекции.
- Серологические методы (определение антител IgG к H. pylori).
- Методы молекулярной биологии (полимеразная цепная реакция, гибридизация).
4. Схема лечения данного больного:
- Эрадикационная терапия для лечения HP-инфекции, включающая комбинацию препаратов: ингибитор протонной помпы (например, Рабепразол 20сг 2р в день), антибиотики (амоксициллин 1г 2 раза в день, кларитромицин или метронидазол 500мг 2 р в день) и висмут дицитрат (Де-нол 120г 4 р в день)
- Симптоматическое лечение для облегчения болей и снижения кислотности желудка (например, антациды, прокинетики).

5. Прогноз, диспансеризация, профилактика заболевания:
- Прогноз зависит от своевременности и эффективности лечения. При своевременном и полноценном лечении прогноз обычно благоприятный.
- Диспансеризация включает регулярное наблюдение у врача для контроля состояния и эффективности лечения, а также проведение необходимых диагностических исследований в течение 5 лет.
- Профилактика заболевания включает соблюдение здорового образа жизни, отказ от курения, регулярное питание, избегание стрессовых ситуаций, а также своевременное обращение к врачу при появлении симптомов. В случае выявления HP-инфекции у близких родственников рекомендуется проведение скрининга и лечение, если необходимо.

Задача №36.

Пациент С., 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 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.

1. Какой вариант хронического панкреатита по этиологическому фактору наиболее вероятен?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие признаки характерны для наследственного панкреатита?
4. Каков патогенетический механизм развития панкреатита при мутации гена катионического трипсиногена?

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

Эталон ответа:

1. Наиболее вероятным вариантом хронического панкреатита по этиологическому фактору является наследственный панкреатит.
2. Диагноз обострение хронического панкреатита обосновывается наличием характерных симптомов, таких как интенсивная боль в эпигастрии с иррадиацией в левое подреберье, тошнота, непереносимость жирной пищи, а также наличием изменений поджелудочной железы и билиарного сладжа на ультразвуковом исследовании,есть семейный анамнез, ввиду которого поставлен диагноз наследственного панкреатита.
3. Признаки, характерные для наследственного панкреатита, включают:
- Раннее начало симптомов панкреатита (обычно до 30 лет);
- Семейный анамнез панкреатита у близких родственников;
- Рецидивирующие эпизоды панкреатита с тяжелым течением и возможными осложнениями;
- Высокий риск развития рака поджелудочной железы.
4. Патогенетический механизм развития панкреатита при мутации гена катионического трипсиногена заключается в нарушении нормального метаболизма трипсина. Мутации в гене приводят к повышенной активности трипсина, что может привести к повреждению тканей поджелудочной железы и развитию воспалительного процесса.
5. Относительная частота наследственного панкреатита с аутосомно-доминантным наследованием в этиологической структуре хронических панкреатитов составляет около 5-10%.

Задача №37.

Пациентка В., 25 лет, обратилась к гастроэнтерологу с жалобами на изжогу и чувство тяжести в области нижней трети грудины, возникавшие через 15–30 мин

после еды, употребления соков и газированных напитков. Указанные симптомы несколько лет купировала приемом антацидов. Однако в течение последнего месяца их эффективность значительно снизилась. Выполнена ВГДС - пищевод свободно проходим, перистальтирует, слизистая не изменена, Z-линия на 1,0 см выше кардии, ровная. Кардия в 40 см от резцов, перистальтирует, полностью смыкается, свободно проходима. Желудок хорошо расправляется воздухом, перистальтика активная. В просвете умеренное количество слизи. Складки слизистой обычной высоты. Слизистая на большем протяжении пятнисто гиперемирована, истончена. Привратник симметричен, перистальтирует, смыкается, свободно проходим. Луковица ДПК не деформирована, слизистая отечна, гиперемирована. Верхне-горизонтальная, нисходящая часть ДПК не изменены. В просвете кишки желчи нет. При осмотре БДС желчь не поступает в луковицу ДПК.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Позволяет ли отсутствие эндоскопических изменений пищевода исключить диагноз ГЭРБ?
3. У какой части не леченных или неадекватно леченных больных неэрозивной ГЭРБ развивается рефлюкс эзофагит (в среднем)?
4. Какой метод с наибольшей достоверностью позволяет дифференцировать неэрозивную ГЭРБ и «функциональную» изжогу?
5. Какие рекомендации по изменению образа жизни необходимо дать пациентке?

Эталон ответа:

1. Наиболее вероятный диагноз - гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ).

2. Отсутствие эндоскопических изменений пищевода не исключает диагноз ГЭРБ. Наличие этих изменений является характерным, но не обязательным признаком ГЭРБ.

3. Рефлюкс эзофагит развивается в среднем у 25-30% не леченных или неадекватно леченных больных с неэрозивной ГЭРБ.

4. Метод с наибольшей достоверностью для дифференциации неэрозивной ГЭРБ и "функциональной" изжоги является проведение 24-часовой pH-метрии пищевода.

5. Рекомендации по изменению образа жизни для пациентки включают следующее:

- Избегать употребления пищи и напитков, которые могут способствовать рефлюксу, таких как острые и жирные продукты, шоколад, кофе, алкоголь, газированные напитки.

- Избегать приема больших порций пищи, особенно перед сном.

- Поддерживать здоровый вес и избегать избыточного давления на желудок.

- Поднять голову кровати на 15-20 см при сне и спать на левом боку, чтобы уменьшить рефлюкс во время ночного сна.

- Прием антацидов может быть рекомендован для снятия симптомов изжоги, но не является долгосрочным решением.

- Приём антисекреторной терапии.

Задача №38.

Пациент К., 22 лет, жалобы на «кислую» отрыжку, изжогу, чувство тяжести после приема пищи, осиплость голоса по утрам и ощущения «кома в горле». Рос и развивался в соответствии с возрастом. Мама: 46 лет, хронический гастродуоденит. Отец: 48 лет, язвенная болезнь ДПК. Вредных привычек нет. 4-5 раз в неделю питается в пунктах быстрого питания. Первые симптомы: отрыжка воздухом или кислым, изжога появилась 4 месяца назад; последние 3-4 недели изжога после каждого приема пищи, усиливающаяся при наклонах, особенно во время игры в боулинг; утром на подушке отмечает следы мокрых пятен. При осмотре: кожа чистая, питание удовлетворительное. Язык обложен белым налетом. В легких без патологии. Тоны сердца звучные, экстрасистолия. Живот доступен пальпации. Болезненность при глубокой пальпации в пилородуоденальной зоне. Симптом Мендаля отрицательный. Печень и селезенка не пальпируется. Стул со склонностью к задержке до 36 часов.

Дизурических симптомов нет.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту?
5. Составьте план лечения больного.

Эталон ответа:

1. Наиболее вероятный диагноз - гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ).

2. Обоснование диагноза:

- Пациент имеет типичные симптомы ГЭРБ, такие как изжога, отрыжка, чувство тяжести после приема пищи.

- Семейный анамнез, наличие гастродуоденита у матери и язвенной болезни ДПК у отца, что увеличивает риск развития ГЭРБ у пациента.

- Потребление пищи в пунктах быстрого питания может способствовать развитию ГЭРБ из-за высокого содержания жировой и пряной пищи, а также большого количества съедаемой пищи за короткий промежуток времени.

- У пациента также есть другие симптомы ГЭРБ, такие как осиплость голоса по утрам, мокрые пятна на подушке с утра и ощущение «кома в горле».

3. План дополнительного обследования:

- Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) для оценки состояния пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, исключения органических изменений и оценки степени эрозивного повреждения слизистой оболочки.

- pH-метрия пищевода для измерения уровня кислотности в пищеводе и подтверждения наличия рефлюкса.

- Манометрия пищевода для оценки функционального состояния сфинктера пищевода.

4. Препараты ингибиторов протонной помпы рекомендуются для лечения ГЭРБ.

5. План лечения:

- Изменение образа жизни: снижение потребления жирной и пряной пищи, уменьшение размера порций, избегание приема пищи за 2-3 часа до сна, поднятие головы при сне, борьба с избыточным весом.

- Назначение ингибиторов протонной помпы для снижения выделения желудочной кислоты и улучшения симптомов.

- При необходимости может быть рекомендовано добавление антацидов для симптоматического облегчения изжоги.

- При отсутствии эффекта от медикаментозного лечения или наличии осложнений, таких как эзофагит, может потребоваться хирургическое вмешательство.

Задача №39.

Пациентка М., 22 лет жалобы на «голодные» боли в эпигастрии в течение года, появляются утром натощак, через 1,5-2 часа после еды, ночью, купируются приемом пищи. У матери язвенная болезнь ДПК, у отца гастрит. Учится в хореографическом колледже, питается не регулярно. Осмотр: рост – 178 см, масса – 64 кг, кожа бледно-розовая, чистая. Живот: симптом Менделя положителен в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области. Печень не пальпируется. По другим органам без патологии. Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, цветной показатель – 0,9, эритроциты – 4,2×1012/л; лейкоциты – 7,2×109/л; палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 51%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 36%, моноциты – 7%, СОЭ – 6 мм/час. Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачная, pH – 6,0; плотность – 1017; белок – нет; сахар – нет; эпителиальные клетки – 1-2-3 в п/з; лейкоциты – 2-3 в п/з. Биохимический анализ крови: общий белок – 74 г/л, АлАТ – 22 Ед/л, АсАТ – 24 Ед/л, ЩФ – 136 Ед/л (норма 7-140), амилаза 90 Ед/л

(норма 10-120), билирубин – 14 мкмоль/л, их них связ. – 3 мкмоль/л. ВГДС: слизистая пищевода розовая, кардия – смыкается. В желудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией, в антруме – на стенках – множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая луковицы дуоденум – очагово гиперемирована, отечная, на задней стенке язвенный дефект 0,9-0,6мм округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Взята биопсия. УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь грушевидной формы 55×21 мм с перегибом в дне, содержимое его гомогенное, стенки 1 мм. В желудке большое количество гетерогенного содержимого, стенки его утолщены. Поджелудочная железа: головка 17 мм (норма 18), тело 15 мм (норма 15), хвост 16мм (норма 18), эхогенность головки и хвоста нормальная. Биопсийный тест на HP-инфекцию: положительный (++).

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. На основе каких, препаратов Вы бы рекомендовали схему первой линии эрадикационной терапии?
5. Необходимо ли взять пациента на диспансерный учет? Что нужно рекомендовать пациенту в качестве профилактической терапии?

Эталон ответа:

1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ассоциированная с Helicobacter pylori, одиночная малая (0,9 см) язва задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки впервые выявленная, рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки Диагноз подтверждают данные ВГДС: слизистая пищевода розовая, кардия – смыкается. В желудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией, в антруме – на стенках – множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая луковицы дуоденум – очагово гиперемирована, отечная, на задней стенке язвенный дефект 0,9-0,6мм округлой формы с гиперемированным

валиком, дно покрыто фибрином. Ассоциация язвенной болезни с Helicobacter pylori определена по положительному биопсийному тесту.

3. Пациенту с целью исключения осложнений рекомендовано следующее обследование: полный гематологический анализ крови, трансаминазы (АЛТ, АСТ), сахар крови, креатинин крови. Проведение ЭКГ для дифференциального диагноза с ИБС; УЗИ брюшной полости для исключения сопутствующей патологии; для уточнения степени воспаления и выявления метаплазии – цитологическое и гистологическое исследование биоптата краѐв язвы и слизистой в месте поражения пищевода, суточная внутрипищеводная pH-метрия для уточнения характера рефлюктата. Консультация врача хирурга - по показаниям (при наличии осложнения язвенной болезни), врача-онколога – при подозрении на злокачественный характер изъязвления.

4. Трѐхкомпонентная схема эрадикации Helicobacterpylori: ИПП в стандартной дозе (Омепразол – 20 мг, Лансопразол – 30 мг, Рабепразол – 20 мг или Эзомепрозол – 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. Через 14 дней продолжить прием ИПП в стандартной дозе ещѐ 2-5 недель для эффективного заживления язвы под контролем ВГДС. 5. Все пациенты с язвенной болезнью и ГЭРБ должны состоять на диспансерном учѐте. Рекомендуется немедикаментозная терапия

1) избегать обильного приѐма пищи;

2) после приѐма пищи избегать наклонов вперѐд и горизонтального положения; последний приѐм пищи не позднее, чем за 3 часа до сна;

3) ограничить приѐм продуктов, снижающих давление нижнего пищеводного сфинктера и оказывающих раздражающее действие на

слизистую оболочку пищевода: богатых жирами (цельного молока, сливок, тортов, пирожных), жирной рыбы и мяса, алкоголя, кофе, крепкого чая, шоколада, цитрусовых, томатов, лука, чеснока, жаренных блюд; отказаться от газированных напитков;

4) спать с приподнятым головным концом кровати;

5) исключить нагрузки, повышающие внутрибрюшное давление – не носить тесную одежду и тугие пояса, корсеты, не поднимать тяжести более 8-10 кг на обе руки, избегать физических нагрузок, связанных с перенапряжением брюшного пресса; 6) отказаться от курения; нормализовать и поддерживать массу тела в норме. Профилактическую терапию «по требованию» назначают при появлении симптомов, характерных для обострения язвенной болезни.

5. Пациента необходимо взять на д-учет. Рекомендовано – профилактические обследования не реже 2 раз в год.

Задача №40.

На приеме пациентка 24 лет с жалобами на боли в животе, в области эпигастрия, возникающие натощак, через 2 часа после приема пищи, ночные, изжогу, отрыжку воздухом. Из анамнеза: учится в университете с интенсивным изучением иностранных языков, регулярно посещает спортзал. У отца - язвенная болезнь ДПК. Первые симптомы заболевания появились 5 месяцев назад, постепенно участились, приняли интенсивный характер. Амбулаторно получала лечение алмагель, мезим форте с непродолжительным положительным эффектом. При осмотре: рост 170 см, масса 60 кг. Кожные покровы чистые. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Дыхание над легкими везикулярное. Хрипов нет. ЧДД - 20 в 1 минуту. Тоны сердца средней звучности, ясные, ритмичные. ЧСС - 68 в 1 минуту. АД - 115/60 мм рт. ст. Язык обложен неплотным налетом белого цвета. Живот не вздут, мягкий, болезненный в области эпигастрия, проекции пилородуоденальной зоны. Печень у края реберной дуги. Стул 1 раз в день,

оформленный. По другим органам – без патологии. Общий анализ крови - эритроциты - 4,5×1012/л, Нв - 135 г/л, Ht - 37,6, лейкоциты - 6,3×109/л, эозинофилы - 3%, п/я - 2%, с/я - 48%, лимфоциты - 40%, моноциты - 7%, СОЭ - 7мм/ч. Биохимический анализ крови – АлТ - 13 Ед/л, АсТ - 16 Ед/л, об. белок - 70 г/л, α-амилаза – 24 е/л, об. билирубин - 13,2 мкмоль/л, пр. билирубин - 1,4 мкмоль/л, ЩФ - 340 ед. (норма 380 ед.). Общий анализ мочи - кол-во - 40,0 мл, цвет - св. желтый, прозрачность полная, уд. вес - 1007, белок - нет, эп. клетки 1-0-1 в п/зр., лейкоциты 1-2 в п/зр., эр. - 0, соли - оксалаты, слизь - отр., бактерии - отр. ВГДС: слизистая пищевода розовая. Слизистая желудка во всех отделах и слизистая луковицы гиперемирована, гипертрофирована, в просвете желудка умеренное количество мутной желчи. Слизистая ДПК гиперемирована, гипертрофирована, на передней стенке луковицы ДПК язвенный дефект 0,6×0,5см, покрытый грязно-серым фибриновым налетом, окруженный венчиком гиперемии, Нр (+++). УЗИ: печень - контур ровный, четкий, нормальных размеров, эхоструктура паренхимы однородная, сосуды не расширены. Желчный пузырь - 50×20 мм (норма 53×22 мм), деформирован перегибом в средней трети тела, стенки не уплотнены, содержимое неоднородное, взвесь. Поджелудочная железа - контур ровный, четкий, размеры – головка – 18 мм (норма), тело - 15 мм (норма), хвост - 19 мм (норма), эхоструктура паренхимы однородная, селезенка - контур ровный, четкий, нормальных размеров, эхоструктура паренхимы однородная.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте выставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Какое лечение необходимо назначить?
5. Необходимо ли взять пациента на диспансерный учет? Что нужно рекомендовать пациенту в качестве профилактической терапии?

Эталон ответа:

1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки с локализацией в луковице, НР - позитивная, впервые выявленная, фаза обострения.

Хронический гастродуоденит. Дуодено-гастральный рефлюкс.
Хронический холецистит, латентное течение.
2. Анамнез: молодой возраст, эмоциональные перегрузки, отягощенная наследственность.
Осмотр: Язык обложен белым налётом. Живот болезненный в эпигастрии и правом подреберье. Диагноз поставлен, опираясь на данные УЗИ и ВГДС.
3. Копрограмма, кал на скрытую кровь, сывороточное железо, ферритин, внутрижелудочная pH-метрия.
4. -ограничение физ. и эмоциональной нагрузки.
-частое питание с механическим и физическим щажением приготовления еды.
-стандартная тройная терапия: ИПП + амоксициллин 50 мг/кг/сут
+ кларитромицин 20 мг/кг/сут или
ИПП + кларитромицин + джозамицин
Продолжительность терапии 10-14 дней. При неэффективности - квадротерапия с добавлением коллоидного субцитрата висмута.
контроль лечения через 6 нед. неинвазивными методами (уреазный дыхательный тест, например).
-возможно антациды и прикинетики.
5. Диспансерный учет, обследование 2 раза в год

Задача №41.

Пациентка У., 25 лет, обратилась с жалобами на ноющие боли в эпигастрии, усиливающиеся утром натощак, отрыжку воздухом. Анамнез заболевания: жалобы на боли в животе беспокоят в течение 1 года. Мать страдает язвенной болезнью ДПК, у отца – гастрит. Осмотр: состояние среднетяжелое. Рост – 168 см, масса – 64 кг. Кожа бледно-розовая, чистая. Дыхание в легких везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ясные. При поверхностной и глубокой пальпации живота небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии

и пилородуоденальной области, синдром Менделя положителен. Печень не увеличена. Стул и диурез не нарушены. В условиях поликлиники были выполнены следующие исследования: В анализе крови: RBC – 4,4x1012/l, Hb – 129 g/l, MCV – 90 fl, MCH – 30 pg, MCHC – 35 g/l, WBC – 6,9×109/l, RDW – 12,5%, NEU – 51%, EOZ – 3%, LYM – 36%, MON – 7%, BAZ – 3, PLT – 250x109/l, СОЭ – 5 мм/ч. В общем анализе мочи: светло-желтая, прозрачная, уд. вес – 1015, реакция кислая, белок (–), сахар (–), лейкоциты – 2-3 п/зр, ацетон (–), слизь ед. Биохимический анализ крови: общий белок – 75 г/л, АЛТ – 22 Ед/л, АСТ – 28 Ед/л, ЩФ – 120 Ед/л (норма 70-140), амилаза – 80 Ед/л, тимоловая проба – 3 Ед, билирубин общий – 16 мкмоль/л. ВГДС: слизистая пищевода гиперемирована, кардия смыкается не полностью. В желудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией, в антруме на стенках множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая луковицы 12-перстной кишки очагово гиперемирована, отечная. Тест на H. pylori отрицательный. УЗИ органов брюшной полости: контуры печени ровные, паренхима гомогенная, эхогенность не усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Желчный пузырь грушевидной формы 45x28 мм (норма 50x30) с перегибом в области дна. Поджелудочная железа: головка 18 мм, тело 15 мм, хвост 20 мм. Эхогенность головки и хвоста нормальная.

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Обоснуйте выставленный Вами диагноз.
3. Оцените лабораторные показатели этой пациентки.
4. Опишите принципы лечения данного больного в поликлинических условиях.
5. Принципы реабилитации в амбулаторных условиях.

Эталон ответа:

1) Диагноз: хронический поверхностный гастродуоденит, фаза обострения.

2) Поставлен на основании: жалоб на ноющие боли в эпигастрии, усиливающиеся утром натощак, отрыжку воздухом;

Анамнеза заболевания: жалобы на боли в животе беспокоят в течение 1

года, состояние среднетяжѐлое. При поверхностной и глубокой пальпации живота небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области, синдром Менделя положителен, лабораторных и инструментальных методов исследования: щелочная фосфатаза 140 (норма 70-140), ФЭГДС. УЗИ органов брюшной полости.
3) ОАК – норма, ОАМ – норма, Б/Х крови – ЩФ 140 – увеличена, что говорит о патологии ЖВП.
4) Диетотерапия (механически, термически и химически щадящая),
Ферменты (панзинорм, пепсидил, креон)
Антациды (альмагель, фосфалюгель)
Спазмолитики (дюспаталин, но-шпа)
Ингибиторы протонового насоса (лосек, омепразол)
Минеральные воды (ессентуки 4 и 17)
Физиолечение при упорном болевом синдроме)
5) Противорецидивное лечение раза в год (весной и осенью)
Соблюдение диеты (стол №2)
ферментотерапия (3-4 недели 2 раза в год)
антациды (2 -6 недель)
витамины
физиолечение
минеральные воды.

Задача №42.

Пациентка О., 27 лет, обратилась к врачу с жалобами на запоры (стул 1 раз в неделю, плотной консистенции), периодическое вздутие живота; боли в животе, уменьшающиеся при опорожнении. Данные жалобы появились год назад после того, как переболела кишечной инфекцией (лечение в стационаре). При осмотре: состояние удовлетворительное. Телосложение гиперстенического типа. Кожные покровы и слизистые зева чистые, обычной окраски. Мышечный тонус в норме. Язык влажный обычной окраски. Подкожно-жировой слой

выражен умеренно. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, 72 в минуту. Живот равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, пальпируется заполненная сигмовидная кишка, слепая кишка «урчание под рукой». Печень - у края реберной дуги. Обследование: ОАК и ОАМ - патологии не обнаружено. Копрограмма: нейтральный жир (+), клетчатка внеклеточно. УЗИ органов брюшной полости: печень обычной эхоплотности, нормальных размеров, желчный пузырь без особенностей, на стимуляцию сократился на 50%, поджелудочная железа обычно эхоплотности и нормальных размеров.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие группы препаратов Вы назначите этой пациентки? Обоснуйте свой выбор. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика и режимные мероприятия? Обоснуйте Ваш выбор.

Эталон ответа:

1) Функциональный запор

2) Диагноз поставлен на основании данных анамнеза - стул 1 раз в неделю, плотной консистенции), периодическое вздутие живота; боли в животе, уменьшающиеся при опорожнении. Данные жалобы появились год назад после того, как переболела кишечной инфекцией (лечение в стационаре). На основании данных осмотра и лабораторных данных.

3) Пациентам с запорами с целью исключения анемии как следствия скрытой кровопотери рекомендуется проведение клинического анализа крови.

Пациентам с хроническим запором старше 50 лет, а также имеющим «симптомы тревоги» и наследственную отягощенность по колоректальному раку, с целью исключения органических заболеваний кишечника рекомендуется проведение колоноскопии

Пациентам с хроническим запором с целью уточнения механизмов его возникновения рекомендуется проведение исследования времени транзита содержимого по толстой кишке методом рентгеноконтрастных маркеров

Пациентам с хроническим запором с подозрением на диссинергию мышц тазового дна с целью подтверждения данных нарушений рекомендуется проведение теста изгнания баллона

Пациентам с подозрением на диссинергию мышц тазового дна с целью подтверждения диагноза рекомендуется проведение электромиографии для диагностики структурных и функциональных нарушений

4) Лечение хронического запора должно быть комплексным и включать в себя изменение образа жизни (увеличение физической нагрузки), характера питания, прием лекарственных препаратов.

Диетотерапия - пациентам с запором с целью его лечения рекомендуется увеличение содержания в пищевом рационе пищевых волокон (в частности, пшеничных отрубей), задерживающих воду в кишечнике и делающих его содержимое более жидким, до 20-25 г. в сутки. Пациентам с запором при недостаточной эффективности диетических мер с целью увеличения объема кишечного содержимого и стимуляции моторики кишечника рекомендуется применение псиллиума.

Консервативное лечение - пациентам с запором, у которых диетические мероприятия и назначение псиллиума оказываются неэффективными, с целью нормализации стула в качестве препаратов первой линии рекомендуется назначение макрогола (полиэтиленгликоль, ПЭГ), лактулозы и лактитола, способствующих размягчению кишечного содержимого и увеличению его объема.

Пациентам с запором с целью нормализации стула на короткий период времени (2 недели) рекомендуется назначение стимулирующих слабительных. Пациентам, у которых применение слабительных препаратов оказывается недостаточно эффективным, с целью достижения опорожнения кишечника рекомендуется назначение прокинетиков.

Задача №43.

Пациентка П., 37 лет, обратилась с жалобами на загрудинные боли, жгучего характера, связанные с приемом пищи, усиливающиеся в горизонтальном положении и при наклоне, иррадиирущие в спину, сопровождающиеся потливостью, дрожью в теле. Неоднократно обращалась к кардиологу, эндокринологу. По результатам обследования патологии со стороны сердечно-сосудистой и эндокринной системы не выявлено.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Назовите классификацию ГЭРБ.
3. Пациентке выполнена ВГДС - в режиме ZUM видеоэзофагоскопия отчетливо виден «виллезный», рисунок, характеризующий пищевода Барретта, подтвержденный гистологически. Какова тактика ведения пациентки при пищеводе Барретта с отсутствием дисплазии?
4. Тактика ведения пациентки при пищеводе Барретта с низкой степенью дисплазии
5. Тактика ведения пациентки при пищеводе Барретта с высокой степенью дисплазии.

Эталон ответа:

1) ГЭРБ, атипичная форма.

2) Эрозивный рефлюкс-эзофагит

3) Необходимо помнить, что стандартное медикаментозное и хирургическое лечение в большинстве случаев не приводит к регрессии кишечной метаплазии. В связи с чем, основой терапии ПБ на сегодняшний день являются эндоскопические методы аблации патологически-измененной слизистой.

В комбинации с терапией ингибиторами протонной помпы эти методики обеспечивают реэпителизацию пищевода нормальным многослойным плоским эпителием.

Важной задачей выполнения эндоскопического лечения больных с неосложненным ПБ является, помимо элиминации самого метаплазированного эпителия в пищеводе, разрушающее воздействие на клетки-предшественники метаплазированного эпителия, то есть на стволовые клетки, уже приобретшие черты кишечной дифференцировки. Данные клеточные элементы расположены на базальной мембране эпителия и их удаление возможно только при адекватной глубине аблации.
4) Наиболее эффективной в лечении пищевода Баррета без фокусов тяжелой дисплазии и аденокарциномы in situ является аргон-плазменная коагуляция. Благодаря возможности регулировки формы, размера и энергии плазменной дуги АПК обеспечивает прецизионную аблацию даже очень небольших участков метаплазированного эпителия в пищеводе без значительного повреждающего воздействия на окружающие ткани. Последовательную АПК с перекрывающимися полями возможно применять и при достаточно протяженных сегментах метаплазии.
Крайне важной представляется необходимость назначения или продолжения терапии ИПП у больных, которым выполнена эндоскопическая аблация слизистой оболочки ПБ. Адекватный подход к терапии позволяет значительно снизить частоту рецидивов ПБ после эндоскопического лечения.
5) На первый план в лечении таких больных выходят методы органосохраняющие методы внутрипросветного эндоскопического лечения и традиционные хирургические вмешательства, что обеспечивающие, в сравнении с хирургическим лечением, низкую послеоперационную летальность и сравнительно небольшое количеств осложнений при сравнимой эффективности.
При больших (более 2 см) по плоскости размерах поражения, инвазии опухоли не только в пределах слизистой оболочки, но и фокусов начальной инвазии в подслизистый слой стенки пищевода, в настоящее время рекомендуется использовать эндоскопическую электрорезекцию с

диссекцией в подслизистом слое с использованием различных эндоскопических ножей. После наложения гидравлической подушки под образование производится поэтапное сепарирование слизистой оболочки с подслизистым слоем в зоне неопластических изменений от мышечного с применением различных эндоскопических ножей.

Задача №44.

Пациент М., 22 лет, предъявляет жалобы на боли в верхней половине живота ноющего характера, возникающие сразу после еды, особенно обильной, жирной пищи, иногда на голодный желудок. Обычно боли проходят самостоятельно. Часто беспокоит чувство тяжести, переполнения в эпигастральной области, быстрое насыщение. Иногда бывает отрыжка воздухом, тошнота, редко рвота съеденной пищей, приносящая облегчение. Указанные признаки появились около года назад и первоначально отмечались редко, а в течение последних 3 месяцев беспокоят постоянно и стали более выраженными. Из анамнеза у отца язвенная болезнь, у деда по линии отца рак желудка. При клиническом обследовании состояние удовлетворительное. Астенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски, чистые. Язык влажный. На спинке языка налет белого цвета. Рост 178 см, масса тела 65 кг. АД 110/70 мм рт. ст., пульс 72 удара в минуту. Тоны сердца звучные, чистые. В легких выслушивается везикулярное дыхание. Живот округлой формы, активно участвует в акте дыхания, умеренно болезненный в эпигастральной области и пилородуоденальной зоне. Печень и селезенка не пальпируются. Пузырные симптомы отрицательные. Мочеиспускание безболезненное. Стул ежедневно, оформленный, коричневой окраски. Щитовидная железа не увеличена.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Сформулируйте план лечения.
5. Составьте программу противорецидивного лечения.

Эталон ответа:

1) Постпрандиальный дистресс синдром

2) Диагноз выставлен на основании данных анамнеза, а также физикального обследования

3) Лабораторная диагностика выполняется с целью дифференциальной диагностики и включает в себя клинический и биохимический анализ крови (в частности содержание эритроцитов, лейкоцитов, показатели СОЭ, уровень АСТ, АЛТ, ГГТ, ЩФ, глюкозы, креатинина), общий анализ кала и анализ кала на скрытую кровь.

4) Антациды, ИПП, прокинетики.

Задача №45.

Пациентка Д., 23 года, жалобы на постоянные, тупые, ноющие боли и чувство тяжести в правом подреберье. Часто бывает отрыжка воздухом, тошнота. Периодически отмечаются боли в эпигастрии. Указанные жалобы беспокоят более 6 месяцев. Ведет малоподвижный образ жизни, очень любит чипсы, бутерброды, жареное, острые приправы. Из анамнеза жизни известно, что мама пациентки страдает холециститом, у бабушки по линии матери хронический панкреатит и желчнокаменная болезнь. При клиническом обследовании состояние пациентки средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски, умеренной влажности, чистые. Слизистая полости рта бледно-розовой окраски Язык влажный, незначительно обложен беловато-желтым налетом у корня. Правильного телосложения, подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца звучные, чистые. Живот округлой формы, участвует в акте дыхания. При пальпации живота отмечается умеренная болезненность в эпигастральной, околопупочной областях. Печень не выступает из-под края реберной дуги, край печени округлый, мягко-эластической консистенции. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание безболезненное. Стул 1 раз в 2-3 дня, крутой, иногда типа «овечьего». Выполнена ВГДС: слизистая оболочка

желудка и двенадцатиперстной кишки слабо отечна и гиперемирована. Гистологическое исследование биоптата желудка: активность воспалительного процесса умеренная, в цитологических мазках обнаружен Нр.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назовите методы исследования, необходимые для верификации данной патологии, дайте их обоснование.
4. Назовите группы препаратов для лечения данной патологии.
5. Назовите факторы риска развития данной патологии у пациентки.

Эталон ответа:

1) Хронический поверхностный гастродуоденит в стадии обострения, ассоциированная с хеликобатер пилори.

2) Диагноз поставлен на основании анамнеза, физикального обследования и лабораторных данных.

3) ВГДС, биопсия слизистой желудка и ДПК, уреазный тест.

4) Трехкомпонетная терапия по эрадикации хеликобактер пилори, антациды.

5) Факторы риска – наследственная отягощенность, несоблюдение режима дня и питания.

Задача №46.

Пациент Т., 24 года, жалобы на повышение температуры до 37,4 °С, жидкий стул с прожилками крови до 6 раз в сутки. Из анамнеза заболевания: 3 недели назад с жалобами на повышение температуры до фебрильных цифр, боли в животе, жидкий стул с примесью слизи и крови до 8 раз в сутки был госпитализирован в инфекционное отделение стационара. Обследование на шигеллез, сальмонеллез, кампилобактериоз – отрицательные, в копрограмме простейшие и яйца глистов не обнаружены. Пальцевое ректальное исследование патологии не выявило. По данным ректороманоскопии: слизистая прямой и сигмовидной кишки гиперемирована, отечна, с множественными

эрозиями, сосудистый рисунок смазан. На фоне эмпирически назначенной антибактериальной терапии отмечалось незначительное улучшение, в связи с чем был выписан домой. В общем анализе крови при выписке: RBC – 3,7×1012/л, HGB – 98 г/л. Через 3 дня после выписки вновь отмечено повышение температуры тела, кашицеобразный стул с прожилками крови, что заставило обратиться к врачу. Из анамнеза жизни: у деда по линии матери – колоректальный рак. Объективно: состояние средней степени тяжести. Рост 174 см, масса 62 кг (за 4 месяца похудел на 2 кг). Кожные покровы чистые, бледные, влажность снижена. Язык густо обложен у корня белым налетом. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД - 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 84 в минуту. Живот мягкий, болезненный в левой подвздошной области. Сигмовидная кишка пальпируется в виде плотного болезненного урчащего тяжа диаметром 2,5 см. Печень – по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие препараты используются для патогенетической терапии данного заболевания у детей и подростков?
5. Назовите принципы диетотерапии данного пациента.

Эталон ответа:

1) Болезнь Крона

2) Диагноз поставлен на основании данных анамнеза, физикального обследования и лабораторных данных.

3) Рентгенография кишечника с бариевой смесью. Можно получить снимки как тонкого, так и толстого кишечника – контрастная бариевая смесь заполняет полость кишки и выявляет сужения просвета и язвенные дефекты стенки, свищи.

Лабораторные методы исследования: общий анализ крови, в котором отмечаются воспалительные изменения, возможна анемия, как следствие регулярных внутренних кровотечений; копрограмма, исследование кала на скрытую кровь. Иногда применяют капсульную эндоскопию пищеварительного тракта – пациент глотает капсулу с мини-видеокамерой и передатчиком. Камера фиксирует картину в пищеварительном тракте по мере продвижения.

Задача №47

Пациент М., 33 лет, обратился по поводу выявления у него в процессе обследования при подготовке к пластической операции антител к вирусу гепатита С. Из анамнеза выяснено, что в возрасте 20–25 лет регулярно употреблял внутривенные наркотики, в настоящее время достигнута стойкая наркологическая ремиссия. Злоупотребление алкоголем отрицает. В общем анализе крови отмечены незначительный лейкоцитоз – 10,4×109/л, повышение СОЭ до 30 мм/ч. В биохимическом анализе крови активность АлАТ увеличена до 125 ед./л (норма до 40 ед./л), АсАТ до 172 ед./л (норма до 40 ед./л), ГГТП до 152 ед./л (норма до 50 ед./л). Обнаружена сывороточная HCV РНК в количестве 2×105 копий/мл, генотип 3а.

1. Какие изменения в анализах крови не характерны для типичного течения хронического гепатита С?
2. Что в первую очередь необходимо выполнить для уточнения диагноза? Обоснуйте.
3. Многократные беседы с пациентом, его женой и матерью позволили выяснить, что на протяжении последних 8 лет он употреблял в среднем по 500 мл водки 3–4 раза в неделю. Употребление алкоголя прекратил после выявления анти HCV, т. е. приблизительно за месяц до консультации. С целью подтверждения диагноза и определения стадии болезни выполнена пункционная биопсия печени. Заключение: утолщенный портальный тракт с выраженной лимфоидной инфильтрацией, лимфоидным узелком, фиброзными

изменениями, переходящими в фиброзную септу. В окружающих гепатоцитах преимущественно гидропическая дистрофия. Сформулируйте диагноз.

4. Целесообразно ли проведение противовирусной терапии этому пациенту?

5. Кому рекомендуется скрининговое обследование на гепатит С?

Эталон ответа:

1) Лейкоцитоз, увеличение СОЭ, коэффициент де Ритиса >1 (преобладание активности АсАТ над таковой у АлАТ), повышение активности ГГТП не характерны для типичного течения хронического гепатит

2) Уточнение алкогольного анамнеза. Выявленные изменения показателей крови наиболее характерны для алкогольного гепатита. Следует принимать во внимание, что для облегчения наркотической абстиненции многие больные начинают злоупотреблять спиртными напитками, что нередко ведет к формированию алкогольной зависимости. Поэтому у данного пациента следует более тщательно собрать алкогольный анамнез, включая расспрос родственников и использование специальных анкет. В установлении точного диагноза помогает также биопсия печени.

3) Хронический гепатит смешанной этиологии (HCV РНК генотип 3а + алкоголь) с низкой гистологической активностью и умеренным фиброзом

4) Да. У пациента хорошие шансы на достижение устойчивого вирусологического ответа. Целесообразно убедить его в необходимости прекращения злоупотребления алкоголем, возможно, при помощи нарколога

5) • Реципиентам крови и ее компонентов, органов и тканей (при подозрении на инфицирование ВГС и в течение 6 месяцев после переливания компонентов крови). Беременным (в I и III триместрах беременности).

• Персоналу медицинских организаций (при приеме на работу и далее1 раз в год, дополнительно - по показаниям).

• Пациентам центров и отделений гемодиализа, пересадки почки, сердечно-сосудистой и легочной хирургии, гематологии (при поступлении и при необходимости по клиническим и эпидемиологическим показаниям).
• Пациентам перед поступлением на плановые хирургические вмешательства, перед проведением химиотерапии (не ранее 30 дней до поступления или начала терапии).
• Больным хроническими заболеваниями, в том числе с поражением печени (в процессе первичного клинико-лабораторного обследования, дополнительно — по показаниям).
• Пациентам наркологических и кожно-венерологических диспансеров, кабинетов, стационаров, исключая больных дерматомикозами и чесоткой (при постановке на учет и далее не реже 1 раза в год, дополнительно — по показаниям).
• Опекаемым и персоналу учреждений с круглосуточным пребыванием детей или взрослых (при поступлении и далее не реже 1 раза в год, дополнительно — по показаниям).
• Контактным лицам в очагах острого и хронического гепатита С (не реже 1 раза в год; через 6 месяцев после разобщения или выздоровления (смерти) больного ХГС).
• Лицам, относящимся к группам риска по заражению ВГС (при выявлении факторов риска): - потребителям инъекционных наркотиков и их половым партнерам; - лицам, оказывающим услуги сексуального характера, и их половым партнерам; - мужчинам, практикующим секс с мужчинами; - лицам с большим количеством случайных половых партнеров.
• Лицам, находящимся в местах лишения свободы (при поступлении в учреждение, дополнительно - по показаниям).
• Донорам крови (ее компонентов), органов и тканей, спермы (при каждой донации или каждом взятии донорского материала).

• Детям в возрасте до 12 мес, рожденным от инфицированных ВГС матерей, в возрасте 2, 6 (при отсутствии РНК ВГС в возрасте 2 мес и12 мес);

• Больным с иммунодефицитом (больные онкологическими заболеваниями, пациенты на гемодиализе, пациенты на лечении иммунодепрессантами и др.)

Задача №48

У мужчины 40 лет появился ахоличный стул и темная моча, а через несколько дней – желтушное окрашивание кожи и склер. Из анамнеза известно, что шесть месяцев назад пациенту произведен остеосинтез в связи с переломом бедра. Объективно: живот обычной формы, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья, печень увеличена на 3-4 см ниже реберной дуги. Симптом Ортнера слабо положительный, симптом Щеткина-Блюмберга, Курвуазье отрицательные.

Отмечается желтушное окрашивание кожи и склер.

Лабораторные показатели: общий билирубин 68,4 мкмоль/л; прямой билирубин 51,3 мкмоль/л; АлТ 75 МЕ/л; амилаза крови 32 МЕ/л; АТ к HBS-Agотрицательный.

УЗИ: холедох расширен до 1 см, умеренное растяжение желчного пузыря, содержащего осадок. Печень увеличена, с явлениями гепатоза, незначительно расширенными внутрипеченочными протоками. Головка поджелудочной железы обычных размеров.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Дифференциальная диагностика.
3. Нужны ли дополнительные методы исследования? Если да, то какие?
4. Тактика и план лечения?

Эталон ответа:

1. У больного не исключается механическая желтуха.

2. Необходима дифференциальная диагностика с гепатитом, с опухолью панкреато-дуоденальной зоны.

3. В плане уточнения диагноза и причины механической желтухи необходимо ЭРПХГ или чрезкожная, чрезпупочная холеграфия.

4. При наличии механической желтухи показано срочное хирургическое лечение (холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха или эндоскопическая папиелотомия, удаление конкрементов, вторым этапом – холецистэктомия; при опухоли панкреато-дуоденальной зоны – били-дигестивный анастомоз).

Задача №49

Больная 59 лет поступила в клинику с умеренно выраженными болями в области правого подреберья. Из анамнеза известно, что заболела 3 дня назад, кода внезапно появились сильные боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую лопатку, тошнота, рвота.

Приступ болей продолжался около 3 часов, его удалось купировать введением спазмолитиков. После приступа сохранялись ноющие боли в области правого подреберья.

Ранее у больной отмечались подобные приступы болей, но они были менее продолжительными.

Объективно: кожа и склеры глаз обычной окраски, температура тела 36,70С, пульс 76 в минуту, ритмичный, хорошего наполнения. АД 150/80 мм рт. ст. Язык влажный. Живот обычной формы, участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, напряжения брюшной стенки не отмечается, в области правого подреберья определяется умеренно болезненное опухолевидное образование размерами 11х5 см с четкими контурами, эластичной консистенции, смещаемость его ограничена. Симптомы Ортнера, Мерфи выражены слабо, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Анализы крови и мочи без отклонений от нормы.

УЗИ: печень не увеличена, желчный пузырь размерами 12х5 см, контуры его четкие, толщина стенки 4 мм, полость гомогенная, в области шейки определяется акустическая тень (конкремент) 0,8х0,9 см.

Вопросы:

1. Какие причины могут привести к появлению опухолевидного образования в правом подреберье?
2. Ваш предполагаемый диагноз?
3. План лечения?

Эталон ответа:

К появлению опухолевидного образования в правом подреберье привели обструктивный холецистит, далее возникла водянка желчного пузыря. Больной показано оперативное лечение – холецистэктомия.

Задача №50

Больная 55 лет поступила в клинику с жалобами на желтушное окрашивание кожи и склер, кожный зуд, чувство тяжести в правом подреберье и подложечной области, общую слабость, потемнение мочи.

Заболела 3 дня назад, когда впервые внезапно появились сильные боли в правом подреберье и эпигастрии, иррадиирующие в правое надплечье. Приступ продолжался около 2 часов, купировался после внутривенного введения спазмолитиков. Подобный приступ повторился сутки назад. Отмечались тошнота, рвота, повышение температуры тела до 380С. Приступ продолжался около 8 часов. На следующий день появилось желтушное окрашивание кожи и склер, кожный зуд; был обесцвеченный кал.

Объективно: кожа и склеры глаз желтушной окраски. Пульс 78 в минуту удовлетворительных качеств. АД 140/80 мм рт. ст. Язык влажный. Живот при пальпации мягкий безболезненный. Печень и желчный пузырь не пальпируются. Симптомы Мерфи, Ортнера, Георгиевского-Мюсси, Щеткина-Блюмберга отрицательные.

Лабораторные показатели: общий билирубин 149 мкмоль/л, прямой билирубин 97 мкмоль/л, непрямой билирубин 52 мкмоль/л; АлАТ 415,3 ед. акт./л, АсАТ 162,2 ед. акт./л; щелочная фосфатаза 109,6 ед. акт./л.

УЗИ: малоинформативно.

Вопросы:

1. Предполагаемая причина желтухи?
2. Дифференциальная диагностика?
3. Как уточнить диагноз?

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз: механическая желтуха. Причина – желчнокаменная болезнь.

2. Дифференциальная диагностика: гепатит, рак панкреато-дуоденальной зоны.

3. Уточнить диагноз можно методом ЭРХПГ.

Задача №51

Больной 78 лет поступил в клинику на 6 сутки от начала заболевания с жалобами на боли в области правого подреберья, рвоту, общую слабость. Заболевание началось с приступа сильных болей в области правого подреберья, затем появились тошнота, рвота. Через несколько часов интенсивность болей уменьшилась, появилась общая слабость, повышение температуры тела до 380С. Из анамнеза известно, что больной страдает гипертонической болезнью и сахарным диабетом.

Объективно: общее состояние больного средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Температура тела 38,00С. Пульс 90 в мин. удовлетворительных качеств. АД 180/100 мм рт. ст. Язык суховат, обложен сероватым налетом. Живот обычной формы, при пальпации выраженная болезненность в области правого подреберья, здесь же напряжение брюшной стенки. В области правого подреберья пальпаторно определяется болезненное

опухолевидное образование 6х5 см, плотной консистенции, с четкими контурами. Симптомы Ортнера, Мерфи, Щеткина-Блюмберга положительные.

Анализ крови: лейкоцитов $14,5x10^9$/л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 30 мм/ч.

УЗИ: печень не увеличена, желчный пузырь размерами 12х5 см, толщина его стенки 8 мм, в просвете его множественные конкременты размерами от 0,5х0,7 см до 0,2х0,2 см.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какую тактику следует избрать врачу?
3. Назначьте лечение (если консервативное, то какими препаратами; если оперативное, то какая операция более целесообразна).

Эталон ответа:

1. Острый калькулезный холецистит, эмпиема желчного пузыря.

2. Больному, после предоперационной подготовки показана холецистэктомия, дренирование брюшной полости.

3. Антибиотикотерапия, спазмолитики, НПВС.

Задача №52

Домохозяйка 50 лет доставлена в хирургическую клинику с жалобами на сильные боли в правом подреберье и эпигастрии, тошноту и многократную рвоту, озноб, повышение температуры тела.

Болеет сутки, приступ начался постепенно, через 2 часа после приема жирной пищи.

Ранее у больной дважды были аналогичные приступы.

Объективно: больная повышенного питания, частота дыхания 20 в мин., АД 130/80 мм рт. ст., пульс 100 уд. в минуту, ритмичный; температура тела 37,80С. Кожа и слизистые оболочки обычного цвета. Легкие – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, при пальпации

болезненный в правом подреберье, здесь же определяется опухолевидное образование 5х7 см, резко болезненное. Печень у края
реберной дуги, при пальпации безболезненна. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.
УЗИ: желчный пузырь увеличен в размерах, толщина стенки 0,4 см, в просвете множественные конкременты 0,3-0,5 см в диаметре. Холедох – 1 см. Печень и поджелудочная железа не изменены.
Анализ крови: лейкоцитов 10,5х109/л, лейкоцитарная формула не изменена, СОЭ 25 мм/час, гемоглобин и эритроциты в пределах нормы. Анализ мочи без отклонений от нормы. Содержание трансаминаз в сыворотке крови в пределах нормы.
Вопросы:
1. Какие причины могут привести к появлению опухолевидного образования в правом подреберье? Ваш предполагаемый диагноз?
3. Какую лечебную тактику следует избрать хирургу?
Назначьте лечение (если консервативное, то какими препаратами; если оперативное, то какая операция показана).
Эталон ответа:
1. К появлению опухолевидного образования в правом подреберье привел обструктивный калькулезный холецистит.
2. Больному показано оперативное лечение в экстренном порядке – холецистэктомия.

Задача №53
Женщина 45 лет перенесла обычную холецистэктомию по поводу хронического калькулезного холецистита. Из холедоха было удалено 2 конкремента, в общий желчный проток был установлен Т-образный дренаж. На 7-й день после операции содержание билирубина в сыворотке крови повышено, был приступ спастических болей в области правого подреберья, иррадиирующих в спину. По дренажу оттекает до 800 мл обычного цвета желчи в сутки.

Вопросы:

1. Какова причина болей, возникших на 7-й день после операции?

3. Каков следующий шаг в ведении больной?

Эталон ответа:

1. Причина появления болей, возникших на 7 день после операции препятствие в холедохе (конкремент), ниже места нахождения дренажа.

2. Необходимо произвести фистулохолангиографию, которая выявит препятствие в холедохе. Можно произвести попытку удаления конкремента через дренаж, если она неудачна, то показано оперативное лечение – релапаротомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха.

Задача №54.

Пациентка А, 38 лет. Общее состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы бледные, ИМТ=17,5. Обратилась с жалобами на похудение за 3 месяца на 8 кг без причины, дискомфорт при глотании полужидкой пищи, неприятный запах из ротовой полости, ощущение «царапания» в горле, периодическую изжогу. Семейный анамнез: у матери был рак молочной железы. Изменения по ОАК: СОЭ 24 мм/ч, Hb=103.

1. Дифференциальный диагноз?

2. Какие методы инструментальных исследований предпочтительнее и почему?

3. Составить план ведения пациента.

Эталон ответа:

1. Рак пищевода, можно предположить, как основной. При дифференцированной диагностике необходимо иметь в виду такие болезни пищевода как кардиоспазм, доброкачественные опухоли, язвы, туберкулез, сифилис, актиномикоз, сужение пищевода при рефлюкс-эзофагите и при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы, рубцовой стриктуре после термических и химических ожогов, дивертикулы пищевода.

2. Эндоскопическое исследование

- эзофагоскопия с биопсией или взятием пунктата, мазков-соскобов из

поверхности опухоли для гистологического и цитологического исследования.

Рентгенологическое исследование

- для уточнения степени распространения рака пищевода применяется:

- трахеобронхоскопия,

- пневмомедиастинотомография,

- медиастиноскопия,

- компьютерная томография.

- Радиоизотопное исследование

Ультразвуковое исследование (на наличие метастазирования)

3. Пациентку необходимо направить на ВГДС с биопсией. По результатам морфологического исследования, определять дальнейшую тактику и направить на консультацию к врачу онкологу.

Задача №55

Больной К., 53 лет, предъявляет жалобы на упорные изжоги, возникающие многократно в течение дня вскоре после приема пищи, а также в вечернее время перед сном. Изжога длится более 30 минут, в связи с чем принимает Альмагель. В последнее время отмечает при глотании горячих напитков и пищи дискомфорт и жгучие боли за грудиной. Ранее приступы изжоги были кратковременные и редкие, в основном, возникали после употребления солений, жареной и жирной пищи. Известно, что пациент курит длительное время по 1 пачке в день. Снижение веса и подъема температуры не отмечает у себя. Отправлен на ВГДС.

Вопросы:

1. Предположите какие изменения на ВГДС в слизистых оболочках верхних отделов пищеварительного тракта могут быть обнаружены?
2. Предварительный диагноз?
3. Назовите степени рефлюкс-эзофагита по Лос-Анджельской классификации

4. План лечения.

Эталон ответа:

1. При проведении ВГДС у больной с большой вероятностью следует ожидать обнаружения рефлюкс-эзофагита (слизистая оболочка пищевода в нижней его трети должна быть отечной, ярко гиперемированной с множественными эрозиями, захватывающими существенную часть ее поверхности). Скорей всего, в заключении эндоскопического исследования будет отмечено зияние или неплотное смыкание кардии.

2. ГЭРБ

3. Выделяют 4 степени: A – один или несколько участков поражения слизистой оболочки в виде эрозии или изъязвления менее 5 мм, не выходящий за пределы складки слизистой; B – один или несколько участков поражения слизистой более 5 мм, не выходящий за пределы складки слизистой оболочки; C – поражение двух и более складок слизистой оболочки, в общем занимающее менее 75 % окружности пищевода; D – поражение более 75 % слизистой оболочки окружности пищевода.

4. ИПП (рабепразол, омепразол 20 мг х2р\д); прокинетики (Ганатон 50 мг х3р\д); антациды и альгинаты. Немедикаментозное: отказ от курения, питание дробное.

Задача №56.

Больной В. 65 лет, водитель. Обратился с жалобами на изжогу после еды, усиливающуюся при наклонах туловища и в положении лѐжа; кислую отрыжку и избыточную саливацию во время сна. Около 10 лет страдает Гипертонической болезнью, с приступами стенокардии, препараты принимает регулярно

Анамнез заболевания: жалобы испытывает в течение двух лет, вначале появилась изжога после погрешности в питании; затем присоединилась боль в эпигастрии, сопровождающиеся кислой отрыжкой. В последующем изжога

стала возникать 3-4 раза в неделю независимо от качества пищи, появилась отрыжка кислым и горьким. Для снятия изжоги и болей использовал соду, молоко, Маалокс. В последние 2-3 недели препарат перестал действовать. Пытался снять боль за грудиной нитроглицерином, однако существенного эффекта не было.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Повышенного питания, ИМТ – 37 кг/м^2. Кожные покровы телесного цвета. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 17 в минуту. Область сердца без особенностей, перкуторно левая граница сердца по среднеключичной линии. Сердечные тоны ритмичные, частотой 66 в минуту. АД - 130/90 мм рт. ст. Язык у корня обложен белым налетом. Живот увеличен за счет подкожной клетчатки, мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Пузырные симптомы отрицательные.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин - 137 г/л, СОЭ - 7 мм/час, эритроциты - 4,7×1012/л, лейкоциты - 7,6×109/л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные - 5%, сегментоядерные - 56%, лимфоциты - 32%. Биохимический анализ крови: общий белок - 66 г/л, глюкоза - 5,2 ммоль/л, билирубин общий - 15,3 мкмоль/л; прямой – 4,6 ммоль/л; АЛТ - 18 U/L (норма 4-42 U/L); АСТ - 20 U/L (5-37 U/L); амилаза крови - 17 г/л (12-32 г/л в час).

ВГДС: слизистая нижней трети пищевода несколько отечна, умеренно гиперемирована, кардия зияет, при натуживании в грудную полость пролабирует слизистая желудка; в желудке умеренное количество жидкости, слизь; слизистая желудка и ДПК без особенностей.

Rg – графия пищевода и желудка: пищевод свободно проходим, прослеживаются продольные складки на всем протяжении. Желудок в форме крючка, газовый пузырь небольшой. В положение Тренделенбурга дно желудка выступает в грудную полость в виде округлого образования, вертикально желудок занимает обычное положение, складки слизистой желудка обычного

калибра, перистальтика желудка и эвакуация своевременно, луковица ДПК без особенностей.

Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы для патогенетической терапии вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Через 2 месяца рекомендуемой терапии, а также соблюдения диеты, режима труда и отдыха исчезли клинические проявления болезни, и в последние 2 недели никаких проявлений рефлюкса и болевого синдрома не было. При ВГДС исчезли гиперемия и отёк слизистой. Какова Ваша дальнейшая тактика? Обоснуйте ваш выбор.

Эталон ответов:

1. Диагноз: Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. ГЭРБ, неэрозивная форма. Ожирение II ст.

2. У пациента имеется совокупность клинических и инструментальных данных, указывающих на сочетание ГПОД и ГЭРБ:

Факторы риска: Ожирение, курение.

Характерные жалобы больного: на изжогу после еды, усиливающуюся при наклонах туловища и в положении лёжа; кислую отрыжку и избыточную саливацию во время сна.

Анамнез заболевания: указанные симптомы испытывает в течение трёх лет, вначале появилась изжога после погрешности в питании, особенно при наклонах туловища; затем появились боли в собственно эпигастрии и за грудиной жгучего характера, сопровождающиеся кислой отрыжкой. В последующем изжога стала возникать 3-4 раза в неделю независимо от качества пищи, появилась отрыжка кислым и горьким.

Отсутствие эффекта при применении нитратов, что не подразумевает коронарогенный характер болей: пытался снять боль за грудиной

нитроглицерином, однако существенного эффекта не было.
Особенности ФГДС, указывающие на ГПОД и эзофагит: слизистая нижней трети пищевода несколько отёчна, умеренно гиперемирована, кардия зияет, при натуживании в грудную полость пролабирует слизистая желудка; слизистая желудка и ДПК без особенностей.
Данные Rg – графия пищевода и желудка окончательно доказывают ГПОД: В положение Тренделенбурга дно желудка выступает в грудную полость в виде округлого образования, вертикально желудок занимает обычное положение, складки слизистой желудка обычного калибра, перистальтика желудка и эвакуация своевременно, луковица ДПК без особенностей.
3. ЭКГ и нагрузочная проба для исключения коронарогенныхкардиалгий. Оценка характера (кислые или щелочные) рефлюксов и их продолжительности – необходимо выполнить 24-часовую pH метрию. Анализ кала на скрытую кровь.
4. В качестве главного звена патогенетически обоснованной антисекреторной терапии требуется назначение блокаторов протонной помпы, на срок не менее 8 недель. Для купирования острых приступов изжоги по требованию и на ночь следует применять альгинаты (Гевискон). С целью предотвращения регургитацийсожержимого желудка в пищевод терапию целесообразно дополнить прокинетическими средствами (Итоприд).
5. Продолжить соблюдения диеты, режима труда и отдыха, динамическое наблюдение гастроэнтеролога. Допустимо в случае появления редких эпизодов изжоги ситуационное применение альгинатов; терапия ИПП может быть продолжена в курсовом режиме или режиме по требованию.

Задача №57.

Больной С., 34 года, жалуется на дисфагию, повышенную саливацию, чувство першения в горле, после начала еды на шее появляется опухоль, которая при

надавливании исчезает, а больной чувствует возврат пищи в глотку. В связи с неприятными ощущениями и «выпячиванием на шее» после еды, больной стал отказываться от приемов пищи, в связи с чем похудел.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. Как подтвердить диагноз?
3. Лечение данного заболевания?
4. Возможные осложнения заболевания?

Эталон ответов:

1. Дивертикул пищевода -слепо оканчивающиеся мешковидные выпячивания ограниченного участка, сообщающееся с просветом пищевода.

2. Основным методом диагностики дивертикулов пищевода является контрастное рентгенологическое исследование, устанавливающее наличие дивертикула, ширину шейки, длительность задержки в нем бария, степень нарушения проходимости пищевода. ЭФГДС не рекомендуется из-за возможности повреждения дивертикула.

3. Динамическое наблюдение и оперативное лечение. Показания:

1. большие дивертикулы (более 2 см) и хотя бы с кратковременной задержкой контрастной взвеси в мешке; 2. небольшие дивертикулы (менее 2 см), но с длительной задержкой контраста в мешке; 3. наличие дивертикулита; 4. выраженная клиническая картина заболевания независимо от размеров дивертикула; 5. осложнения дивертикула.

4. Возможные осложнения заболевания? 1) кровотечение; 2) перфорация с развитием перитонита, плеврита, медиастинита; 3) дивертикулит; 4) пищеводно-трахеальные и пищеводно-бронхиальные свищи; 5)развитие злокачественной опухоли пищевода; 6) развитие различных легочных осложнений (повторные пневмонии, абсцессы легкого, хронические бронхиты).

Задача №58

Больная 67 лет, длительно страдает СД 2 типа, постоянно принимает таблетированные препараты, есть погрешности в питании. В последние 2-3 года начали появляться различные осложнения на органы и системы организма. Обратилась на приём к гастроэнтерологу с жалобами на боль при приеме пищи, дискомфорт за грудиной. ОАК: без особых изменений, глюкоза крови -8,4, общий белок-55, АСТ-26, АЛТ-21, креатинин -67.

На ВГДС: множественные приподнятые белесоватые бляшки размерами более чем 2 мм в диаметре с гиперемией вокруг, но без отека или язв. ЭКГ с нагрузкой: возрастная норма.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Какие основные факторы риска есть у данной пациентки?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?4
4. План лечения?

Эталоны ответов:

1. **Кандидоз пищевода 2 степени**
2. **Сахарный диабет длительно существующий и повышенная глюкоза (не достигается целевого уровня глюкозы крови)**
3. **Герпетический эзофагит, ЦМВ эзофагит, лекарственный и эозинофильный.**
4. **Флуконазол 200-400 мг в первые сутки, 100-200 мг 4-6 недель; консультация эндокринолога для коррекции гипогликемической терапии.**

Задача №59

Больной, 38 лет, администратор, обратился на прием с жалобами на периодическую изжогу (более 4 раз в неделю), возникающую после еды, периодические жгучие боли за грудиной в том числе ночные, без иррадиации, кисло-горький вкус во рту, отрыжку воздухом. Считает себя больным с 30 лет, когда периодически стала беспокоить изжога, особенно после употребления

теплой выпечки, лука и чеснока. За медицинской помощью не обращался, периодически принимал «боржоми». В течение последних 10 лет отмечает выраженную прибавку массы тела (более 15 кг). Носит тугой ремень чуть ниже талии.

При осмотре*:* состояние удовлетворительное. Питание повышено, ИМТ – 34 кг/м^2. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, АД – 110/70 мм рт. ст., пульс – 64 уд/мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. Язык влажный с густым белым налетом. Живот увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, мягкий, чувствительный в эпигастрии. Симптомы холецистита, панкреатита и симптом Менделя отрицательные. Печень, селезенка не увеличены. Анализ крови*:* эритроциты – 5,35х10^{12}/л, гемоглобин – 132 г/л, лейкоциты – 8х10^9/л, формула без особенностей. Анализ кала на скрытую кровь: отрицательный. При эзофагогастродуоденоскопии*:* пищевод проходим, в нижней трети гиперемирован, кардия зияет. Желудок содержит значительное количество жидкости и слизи, слизистая гиперемирована, складки слизистой антрального отдела гиперемированы. Луковица ДПК не деформирована, слизистая розовая.

Вопросы:

1. Проведите диагностический поиск.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Составьте план обследования больного, укажите какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза.
4. Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические критерии.
5. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Эталон ответа:

1. На первом этапе диагностического поиска анализ жалоб больного и анамнеза болезни (длительная и частая, более трех раз в неделю, изжога) позволяет уже на предварительном этапе диагностировать наличие ГЭРБ. Однако болевой синдром с локализацией за грудиной требует проведение диагностического поиска, проведения дифференциального диагноза ГЭРБ,

ИБС и торакалгии. Отсутствие эффекта от нитроглицерина указывает на малую вероятность стенокардии, а связь болевого синдрома с приемом пищи, сопровождение изжогой и отрыжкой, а также купирование симптомов содой говорит больше в пользу ГЭРБ, а не торакалгии. Для окончательной верификации причины болевого синдрома требуется дообследование, а именно проведение суточной pH-метрии желудка и нижней трети пищевода с определением индекса симптома.

2. ГЭРБ

3. Для окончательной верификации причины болевого синдрома требуется дообследование, а именно проведение суточной pH-метрии желудка и нижней трети пищевода. Рентгенологическое исследование для исключения ГПОД.

4. ГЭРБ, эндоскопически позитивная, неэрозивная. Катаральный рефлюкс-эзофагит I ст.

5. Лечение включает рекомендации по лечебному питанию (диета №1) и модификации образа жизни (снижение массы тела, вертикальное положение тела в течение 2-х часов после еды, не поднимать тяжелое и не работать в наклон, спать с приподнятым головным концом кровати), длительная адекватная антисекреторная терапия: ИПП – эзомерпазол 20 мг по 1 табл. 2 раза в день за 40 мин до еды – 4 недели, затем по 1 табл. в стуки, 4 недели, затем терапия «по требованию». Дополнительно: прокинетики (итоприда гидрохлорид 50 мг 3 раза в день перед едой, 4 недели) и алгинаты (гевискон).

Задача №60

Мужчина 46 лет, водитель, поступил в приемное отделение стационара самостоятельно. Жалобы на резкую боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошноту, однократно рвоту съеденной пищей, не приносящую облегчения, умеренное вздутие живота, общую слабость, отсутствие аппетита на момент

осмотра. Начало заболевания связывает с тем, что накануне вечером отмечал с друзьями праздник, были погрешности в диете – прием острой и жирной пищи, алкоголя. Подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приема Но-шпы. Часто ранее отмечал ощущение тяжести и вздутия в животе после приема жирной пищи. В настоящее время отмечает тяжесть и ощущение «распирания» в животе, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 3 раза в течение последних суток. Диурез не нарушен. Со слов жены – злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет. Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Телосложение нормостеническое, пониженного питания. Кожные покровы верхней половины туловища гиперемированы, чистые. Язык суховат, обложен желтоватым налетом. В легких дыхание жестковатое, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 92 удара в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Печень при пальпации плотная, безболезненная, около края реберной дуги. Размер по Курлову - 10×9×8 см. Селезенка не пальпируется. Живот несколько вздут, участвует в акте дыхания, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области. Симптомы раздражения брюшины - отрицательные. Лабораторные данные. Общий анализ крови: лейкоциты - $9{,}6\times10^9$ /л, СОЭ – 16 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность – 1022, белок – 0,033%, анализ кала – стеаторея, креаторея, амилорея. УЗИ ОБП: печень увеличена, с перипортальными уплотнениями, желчный пузырь 75×35 мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой. Поджелудочная железа неоднородной структуры за счет гипо- и гиперэхогенных очагов, немногочисленных кальцификатов, неравномерное расширение главного панкреатического протока, размеры головки увеличены до 5 см. Свободной жидкости в брюшной полости нет. От ВГДС больной отказался.

Вопросы: 1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования.

4. Проведите дифференциальный диагноз.

5. Составьте план лечения

Эталон ответа:

1. Хронический алкогольный панкреатит, обострение. Алкогольный стеатоз печени. ЖКБ, латентное течение.

2. Диагноз «хронический алкогольный панкреатит, ст. обострения» выставлен на основании жалоб (резкая боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошнота, рвота съеденной пищей, не приносящая облегчения, умеренное вздутие живота, общая слабость, отсутствие аппетита, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 2-3 раза в день); анамнеза (накануне были погрешности в диете - приём острой пищи, алкоголя; подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приёма «Но-шпы», злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет); объективного обследования (живот несколько вздут, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области); лабораторных данных (общий анализ крови: лейкоциты - 9,6*109 /л, СОЭ - 16 мм/ч; анализ кала: стеаторея, креаторея, амилорея). Диагноз «алкогольный стеатоз печени» выставлен на основании объективного обследования (печень при пальпации плотная, безболезненная, около края рёберной дуги, размер по Курлову 10*9*8 см); УЗИ ОБП (печень увеличена, с перипортальными уплотнениями). Диагноз «ЖКБ, латентное течение» выставлен на основании: УЗИ ОБП - желчный пузырь 75*35 мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой.

3. Биохимический анализ крови (глюкоза, липаза, трипсин, амилаза, АЛТ, АСТ, ГГТП). Консультация врача-хирурга. Копрограмма, анализ кала на D-эластазу для подтверждения внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы. Биохимический анализ крови: билирубин и его фракции, щелочная фосфатаза для исключения холестаза. Повторный анализ крови на наличие повышения глюкозы, при необходимости -

гликемический профиль, гликированный гемоглобин (исключить сахарный диабет). КТ брюшной полости (исключить наличие кисты панкреас, опухоли панкреас). ВГДС (исключить язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки).

4. 1) Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки - свойственны язвенный анамнез, чередование светлых промежутков с периодами обострения, отсутствие поносов, сезонность боли, связь боли с приёмом пищи, «голодные» боли. Заболевание характеризуется гиперсекрецией, повышенной кислотностью желудочного сока, рентгенологически - наличием ниши, при фиброгастроскопии - наличием язвенного дефекта. 2) Дисфункция сфинктера Одди - характеризуется болью тупого характера в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, лопатку. При обследовании больных обнаруживают болезненность в точке Кера, иногда - напряжение мышц в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского. В биохимических пробах печени наблюдается увеличение содержания холестерина, Р- липопротеинов, ЩФ. Характерные изменения желчного пузыря на УЗИ (утолщение и уплотнение стенок, увеличение размеров).

5. Показана госпитализация. 1) Полный отказ от алкоголя. 2) Диета: стол № 5п по Певзнеру. 3) Спазмолитический препарат (например, Дротаверин 4 мл (80 мг) 2 раза в сутки в/м). 4) Анальгетики (например, Баралгин 250 мг внутрь 2 раза в сутки, Парацетамол) при болях. 5) Вне обострения: ферментные препараты с заместительной целью. 6) Коррекция гликемии в случае её выявления.

Задача №61

Больной К. 45 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на давящие боли в эпигастральной области, периодически – опоясывающие, возникают через 40 минут после употребления жирной и жареной пищи, сопровождаются вздутием живота; на рвоту, не приносящую облегчение, на

отрыжку воздухом. Анамнез заболевания: больным себя считает около двух лет, когда появилась боль в левом подреберье после приема жирной и жареной пищи. За медицинской помощью не обращался. 3 дня назад после погрешности в диете боли возобновились, появилось вздутие живота, отрыжка воздухом, тошнота, рвота, не приносящая облегчения. Объективно: состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 72 удара в минуту. Язык влажный, обложен беложелтым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Печень не пальпируется, размеры по Курлову - 9×8×7 см, симптом поколачивания отрицательный билатерально. Общий анализ крови: эритроциты – $4,3\times10^{12}$/л, гемоглобин – 136 г/л, цветной показатель – 1,0; СОЭ – 18 мм/ч, тромбоциты – 320×10^{9} /л, лейкоциты – $10,3\times10^{9}$ /л, эозинофилы – 3%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 51%, лимфоциты – 32%, моноциты – 10%. Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, кислая, удельный вес - 1016, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эпителий – 1-2 в поле зрения, оксалаты – небольшое количество. Биохимическое исследование крови: АСТ – 30 Ед/л; АЛТ – 38 Ед/л; холестерин – 3,5 ммоль/л; общий билирубин – 19,0 мкмоль/л; прямой – 3,9 мкмоль/л; амилаза – 250 ед/л; креатинин – 85 ммоль/л; общий белок – 75 г/л. Копрограмма: цвет – серовато-белый, консистенция – плотная, запах – специфический, мышечные волокна +++, нейтральный жир +++, жирные кислоты и мыла +++, крахмал ++, соединительная ткань – нет, слизь – нет. ФГДС: пищевод и кардиальный отдел желудка без особенностей. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая розовая, с участками атрофии. Складки хорошо выражены. Луковица ДПК без особенностей. УЗИ органов брюшной полости: печень нормальных размеров, структура однородная, нормальной эхогенности, протоки не расширены, общий желчный проток – 6 мм, желчный пузырь нормальных размеров, стенка – 2 мм, конкременты не визуализируются. Поджелудочная железа повышенной эхогенности, неоднородная, проток – 2

мм, головка увеличена в объеме (33 мм), неоднородная, повышенной эхогенности.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Оцените данные копрограммы.
3. Сформулируйте диагноз.
4. Какие дополнительные исследования необходимо назначить больному?
5. Какова Ваша тактика лечения данного заболевания?

Эталон ответа:

1. Болевой абдоминальный синдром, синдром желудочной и кишечной диспепсии, синдром экзокринной недостаточности поджелудочной железы.

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

3. Хронический панкреатит, с нарушением внешнесекреторной функции поджелудочной железы, стадия обострения.

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

5. Диета № 5; купирование болевого синдрома (Платифиллин, Баралгин, Глюкозоновокаиновая смесь), препараты, снижающие активность поджелудочной железы (Октреотид или Сандостатин); ингибиторы протеолитических ферментов (Трасилол, Контрикал, Гордокс); ИПП (Омепразол, Эзомепразол внутривенно капельно); панкреатические ферменты (Креон, Эрмиталь, Микрозим, Мезим-форте), инфузионная терапия (Реамберин, Физиологический раствор).

Задача №62

Больной П. 54 лет, слесарь, жалуется на боли в эпигастральной области постоянного характера, усиливающиеся после приема еды и иррадиирующие в

подлопаточное пространство, беспокоит постоянное подташнивание, отрыжка воздухом, снижение аппетита, быстрое насыщение, вздутие живота, после отхождения газов боли уменьшаются на короткое время. В последние полгода периодически стул со склонностью к поносам. Анамнез заболевания: в течение 25 лет часто употребляет алкоголь, за это время перенес острый панкреатит, сопровождавшийся интенсивными болями, повторной рвотой. При обследовании в хирургическом отделении выявлено увеличение поджелудочной железы в размерах, жидкость в сальниковой сумке. Лечился консервативно в течение месяца, за время болезни похудел на 10 кг. Выписан с рекомендациями, которые больной не соблюдал. Также принимал алкоголь, но в небольших количествах. Боли возникали часто, а в дальнейшем стали постоянными. Стал снижаться аппетит, возникло периодическое подташнивание, отрыжка, быстрое насыщение, вследствие чего больной снизил объем потребляемой пищи. Постепенно стул стал со склонностью к кашицеобразному, плохо смывался со стенок унитаза. Исходную массу тела полностью не набрал. Периодически принимал Мезим, Микразим с частичным эффектом, при усилении боли использовал Ношпу. Последнее ухудшение 2 недели назад после четырехдневного приема алкоголя (водка 200 грамм ежедневно). Диету не соблюдал. Боль значительно усилилась, появилась отчетливая тошнота, позывы на рвоту, вздутие живота. Госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение. Объективно: кожа чистая, тургор нормальный. Вес - 73 кг, ИМТ - 18,5. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Легкие и сердце без патологических изменений. Пульс - 90 ударов в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот участвует в дыхании, немного подвздут, перитонеальные симптомы отр. При пальпации отмечает значительную болезненность в зоне Шоффара, точке Дежардена; в зоне Губергрица - Скульского, точках Губергрица, передней и задней точках Мейо – Робсона. При пальпации отделов кишечника болезненности, объемных образований не выявлено. Печень по краю реберной дуги, пузырные симптомы (Кера, Мерфи. Ортнера) отрицательны. Селезенка не

пальпируется. При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин - 157 г/л, СОЭ - 4 мм/час, эритроциты - $5,2\times10^{12}$/л, лейкоциты - $11,2\times10^{9}$/л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 56%, лимфоциты - 35%. Биохимический анализ крови: общий белок - 60 г/л, общий билирубин - 16,4 (прямой - 6,1; свободный - 10,3) ммоль/л, амилаза - 37 ед/л (5-32); глюкоза - 8,5 ммоль/л. мочевина - 4,7 ммоль/л. Копрограмма: объем утренней порции – 400 грамм, консистенция в виде жидкой каши. Нейтральный жир +++, жирные кислоты, мыла жирных кислот ++, мышечные волокна с утраченной поперечной исчерченностью +++, бактерии – большое количество. Фекальная эластаза – 100 мкг/г испражнений. ВГДС: пищевод проходим, розетка кардии плотно смыкается. Слизистая пищевода без изменений. Слизистая желудка в теле розовая, ровная, в антральном отделе с очагами яркой гиперемии. Луковица ДПК обычной формы. Слизистая постбульбарного отдела ДПК несколько отечна. УЗИ брюшной полости: жидкости брюшной полости нет. Пневматизация кишечника повышена. Печень не увеличена, структура неоднородная, повышенной эхогенности. Желчный пузырь обычной формы, содержимое эхонегативное. ОЖП - 6 мм. Поджелудочная железа: головка - 35 мм (до 30), тело - 32 мм (до 17), хвост - 37 мм (до 20). Структура диффузно неоднородная, пониженной эхогенности. В структуре железы определяются кальцинаты, наиболее крупный из них в проекции головки поджелудочной железы. Вирсунгов проток определяется в области хвоста, размером 3 мм. Селезенка нормальных размеров.

Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Обозначьте цели патогенетической терапии. Препараты какой группы для патогенетической терапии вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

5. Укажите меры профилактики обострения заболевания.

Эталон ответа:

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

2. У больного, длительно употребляющего алкогольные напитки, развился панкреатит (был эпизод острого панкреатита). Затем процесс принял хронический характер и сопровождался болью, вначале периодической, затем постоянной, усилением боли после приема пищи, диспептическими явлениями в виде подташнивания, снижением аппетита, быстрым насыщением, а в последующем изменением стула в виде кашицеобразного, а затем и жидкого. Несмотря на имеющуюся патологию поджелудочной железы, больной продолжал употреблять алкоголь, не соблюдал диету, не принимал рекомендуемые препараты. При обследовании имеется умеренный лейкоцитоз с незначительным сдвигом влево – воспалительный синдром, снижение общего белка, незначительная амилаземия, увеличение глюкозы натощак, что может свидетельствовать о внутрисекреторной недостаточности. В копрограмме имеется стеаторея, креаторея, что свидетельствует о внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы. Снижена фекальная эластаза (100 мкг и менее – критерий тяжелой степени).

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

4. Снять спазм сфинктера Одди, расслабить протоки поджелудочной железы на всем протяжении (снятие спазма сфинктера Одди улучшит отток панкреатического сока, уменьшит протоковую гипертензию, что клинически снизит боль): М-холиноблокаторы: бускопан в свечах ректально по 1-2 свечи до 5 раз в сутки – обеспечит быстрый спазмолитический эффект и уменьшит или устранит боль. В дальнейшем можно перейти на таблетированную форму в той же дозе. Из этой же группы возможно назначение Платифиллина п/к 0,2% 1-2 мл 2 раза в день. Блокаторы Na–каналов: Мебеверин 200 мг в капсулах 2 раза в день; блокаторы фосфодиэстеразы: Но-шпа, Папаверин парентерально или внутрь (возможно комбинировать с платифиллином). Снизить секрецию ПЖ: ингибитор протоновой помпы (Омепразол, Эзомепразол, Рабепразол, Пантопразол) в стандартной дозе 2 раза в день. Ингибиторы протонной помпы, блокируя соляную кислоту, снижают выделение секретина клетками APUD – системы, которой стимулирует в поджелудочной железе объем секреции, уменьшение объема снижает внутрипротоковую гипертензию, и уменьшают боль. Дезинтоксикационная терапия: Ремаксол, Реамбирин в/в капельно. Улучшение микроциркуляции в ПЖ: Пентоксифиллин в/в капельно. Заместительная ферментная терапия: микрогранулированные ферменты (Креон 25000 ЕД) 3 раза в день во время еды; дражжерованные ферменты: Мезим форте по 2-4 капсулы после еды. Ферменты назначаются, когда больной начинает принимать пищу.

5. При хроническом алкогольном панкреатите основной мерой вторичной профилактики является алкогольная абстиненция.

Задача №63

Больная С. 47 лет на приеме врача-терапевта участкового по поводу постоянных, усиливающихся после погрешностей в диете болей в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину, похудание. В 40-летнем

возрасте перенесла холецистэктомию по поводу калькулезного холецистита. Через полгода после операции появились почти постоянные, усиливающиеся после погрешностей в диете боли в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину. При применении спазмолитиков и при соблюдении диеты самочувствие улучшалось. Последние 1,5-2 года присоединился практически постоянный неоформленный стул, стала терять вес (похудела на 8 кг за 2 года). На протяжении этого же времени возникал зуд промежности, стала больше пить жидкости, участились мочеиспускания. При осмотре состояние больной удовлетворительное. Телосложение правильное, незначительно повышенного питания. Рост – 175 см, вес – 90 кг, ИМТ – 29 кг/м^2. Голени пастозны. При сравнительной перкуссии легких определяется легочный звук. Аускультативно дыхание жесткое, проводится во все отделы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС - 80 ударов в минуту, АД - 156/85 мм рт. ст. Язык влажный, у корня обложен белым налетом. При поверхностной пальпации живота отмечается некоторая болезненность в эпигастрии и в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. При глубокой пальпации пальпируется сигмовидная кишка в виде умеренно подвижного безболезненного цилиндра, диаметром 1,5 см. Имеется болезненность в зоне Шоффара. Положительный симптом Керте, симптом Мейо-Робсона. При перкуссии живота — тимпанит. Размеры печени по Курлову – 15×13×11 см. Печень выступает из-под реберной дуги на 3-4 см, край умеренной плотности, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Поражение какого органа можно предположить, и с чем это связано?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту?
4. Определите тактику лечения больного.
5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

Эталон ответа:

1. Вторичный хронический панкреатит, билиарозависимый, болевая форма, средней тяжести, часто рецидивирующего течения в стадии обострения. Хронический реактивный персистирующий гепатит. Состояние после холецистоэктомии (7 лет назад). Вторичный (панкреатогенный) сахарный диабет.

2. Поражение поджелудочной железы связано с операцией на желчном пузыре и желчевыводящих путях.

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

4. Госпитализация в гастроэнтерологическое отделение; голодная диета, диета № 16 панкреатическая, жидкая и полужидкая пища, 6-разовое питание на протяжении 3-6 дней; Н2-блокаторы (Ранитидин, Фамотидин) или ингибиторы протонной помпы (Омепразол); холинолитики (Платифиллин); спазмолитики (Дротаверин); обезболивающие; полиферментные препараты; лечение сахарного диабета (препараты Сульфанилмочевины).

5. Основные заболевания, с которыми проводят дифференциальную диагностику хронического панкреатита: язвенная болезнь желудка и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки; хронический холецистит; хронический энтерит и колит; хронический абдоминальный ишемический синдром; рак поджелудочной железы.

Задача №64

Больная 39 лет поступила с жалобами на боли в эпигастрии, правом

подреберье, тошноту. Из анамнеза известно, что 6 месяцев назад выполнена холецистэктомия по поводу ЖКБ. При осмотре кожа и видимые слизистые иктеричны, температура тела 36,8. В легких дыхание везикулярное. PS 82 уд. в мин., АД 110/70 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом, живот мягкий болезненный в правом подреберье. Перитонеальные симптомы отрицательные.

При УЗИ имеется умеренное расширение ОЖП, подозрение на конкремент в их просвете. С целью уточнения патологии ОЖП выполнена ЭРПХГ. Контрастированы частично ГППЖ и ОЖП, в просветекоторого определяется конкремент. Выполнена ЭПТ с литоэкстракцией. К вечеру у больной появились резкие опоясывающие боли, вздутие живота, многократная рвота, показатели амилазы крови- 72г/л, мочи- 240г/л.

1. Какое заболевание развилось у больной и чем оно было вызвано?
2. Какие имеются анатомические предпосылки для развития этого осложнения при манипуляциях на БСДК?
3. Какими доступными инструментальными методами можно подтвердить диагноз и ожидаемые результаты?
4. Составьте программу лечения острого панкреатита?
5. Какие возможны исходы заболевания?

Эталон ответа:

1. У больной развился острый панкреатит, как результат осложнений РПХГ и ЭПТ.

2. Общий желчный проток и ОППЖ в более чем 85% случаев открываются в общую ампулу БСДК. На слизистой ампулы БСДК имеются в различной степени развиты поперечные, продольные, косые складки, которые всегда направлены к отверстию БСДК, что может создавать значительные препятствия при выполнении РПХГ, травмировать устье ОППЖ, способствовать попаданию контрастного вещества в проток. При выполнении ЭПТ возможен ожог устья ОППЖ. Все это приводит к развитию острого панкреатита.

3. УЗИ. Для острого панкреатита характерно: увеличение размеров поджелудочной железы, смазанность контуров, снижение эхогенности из-за отека. Может наблюдаться скопление жидкости в сальниковой сумке, забрюшинном пространстве.

4. -устранение этиологического фактора

-борьба с болевым синдромом (баралгин, анальгин, катетеризация перидурального пространства и др.)

-спазмолитики (папаверин, платифиллин, но-шпа и др.)

-создание функционального покоя железе (голод, сандостатин, аспирация желудочного содержимого, квамател и др.)

-устранение водно-электролитных нарушений (кристаллоиды, коллоиды)

-экстракорпоральные методы детоксикации (плазмаферез, гемосорбция)

-профилактика септических осложнений (антибиотики широкого спектра действия)

-лапароскопическое дренирование брюшной полости, так как имеется ферментативный перитонит.

5. Абортирование процесса, выздоровление. При значительных масштабах панкреонекроза возможно развитие:

-парапанкреатического инфильтрата

-парапанкрентического абсцесса

-перитонита

-септической флегмоны забрюшинной клетчатки

-арозивных кровотечений

-дигестивных свищей.

Задача №65

Больной 45 лет, жалуется на боли в эпигастральной области и левом подреберье, иррадиирующие в спину. Боли периодически носят опоясывающий характер. Кроме того больного беспокоит тошнота, рвота. Рвота неоднократная, не приносит облегчения. Положение тела вынужденное, больной находится на

спине в полусогнутом состоянии. Температура нормальная. Боли появились после приема алкоголя и обильной еды. В жизни алкоголем не злоупотребляет.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Какие симптомы Вы можете выявить при данном заболевании и опишите их?
3. Какие доступные лабораторные исследования могут подтвердить диагноз?

Эталон ответа:

1. Острый алиментарный панкреатит.

2. Симптомы острого панкреатита: симптом Грея- Турнера- цианоз боковых отделов живота; симптом Куллена - цианоз в области пупка; симптом Керте- напряжение мышц в эпигастральной области и болезненность по ходу поджелудочной железы; симптом Воскресенского- исчезновение пульсации брюшной аорты в эпигастральной области; симптом Мейо-Робсона- болезненность в левом реберно-позвоночном углу.

3. Повышение показателей амилазы, диастазы мочи и крови.

Задача №66

Пациент В. 38 лет предъявляет жалобы на выраженные боли и жжения в эпигастральной области, не связанные с приемом пищи и не уменьшающиеся после акта дефекации. На чувство переполнения желудка после употребления пищи в обычном объёме. Из анамнеза известно, что в детстве подвергался регулярному физическому насилию. Объективно: ЧДД – 18 в мин. При аускультации тоны сердца ритмичные, шумов нет. ЧСС – 78 ударов в минуту. АД – 125/85 мм рт. ст. Результаты исследований: Общий анализ крови: эритроциты – $4,9\times10^{12}$/л; Нв – 140 г/л; цветовой показатель – 0,9%; тромбоциты – 200×109/л, лейкоциты – 4×10^{9}/л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 47%, лимфоциты – 29%, моноциты – 3%, СОЭ – 10 мм/ч. Биохимические анализы: общий билирубин – 15 мкмоль/л, АЛТ – 43 Ед/л, АСТ – 35 Ед/л, альбумин – 40 г/л. Анализ кала: без

патологических изменений. УЗИ ОБП: без патологических изменений. ВГДС: без патологических изменений.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте лечение.

Эталон ответа

1. Функциональная диспепсия. СБЭ в сочетании с ППДС.

2. Диагноз ставим на основании клинических проявлений (выраженные боли и жжения в эпигастральной области, не связанные с приемом пищи и не уменьшающиеся после акта дефекации. На чувство переполнения желудка после употребления пищи в обычном объёме), анамнеза (физическое насилие), результатах исследования(норма), поскольку функциональная диспепсия является диагнозом исключением.

3. Дополнительно можно провести ЭКГ с целью выявления патологий сердечно-сосудистой системы; дыхательный тест с 13С-меченной мочевиной для выявления H.pylori.

4. Психотерапия (КПТ); антидепрессанты (амитриптилин); ИПП (рабепразол); Прокинетики (итоприд), или Омез ДСР (омепразол+домперидон).

Задача №67

Больной М. 48 лет предъявляет жалобы на боль в подложечной области, которая может иррадиировать в левую половину грудной клетки и левую лопатку, снижение массы тела. Боли обычно возникают через 30 минут после приёма пищи, кроме того, беспокоят постоянная изжога, тошнота, может отмечаться рвота кислым желудочным содержимым. Из анамнеза известно, что пациент много курит, злоупотребляет кофе, питается нерегулярно. При объективном исследовании: болезненность в эпигастральной области при

пальпации, сочетающаяся с умеренной резистентностью мышц передней брюшной стенки, симптом Менделя положительный. ИМТ 32,0 кг/м2. ЧДД – 18 в мин. При аускультации тоны сердца ритмичные, шумов нет. ЧСС – 78 ударов в минуту. АД – 125/85 мм рт. ст. Результаты исследований: при ВГДС: желудок содержит значительное количество жидкости и слизи, слизистая гиперемирована, выявляется дефект слизистой до 0,5 см в диаметре. Края дефекта имеют чёткие границы. Уреазный тест на наличие H. pylori – положительный.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования пациента.
3. Какое лечение Вы бы рекомендовали пациенту?

Эталон ответа:

1. Язвенная болезнь тела желудка, ассоциированная с Helicobacter pylori, одиночная малая (0,5 см).

2. Проведение ЭКГ для дифференциального диагноза с ИБС; УЗИ брюшной полости для исключения сопутствующей патологии; для уточнения степени воспаления и выявления метаплазии – цитологическое и гистологическое исследование биоптата краев язвы, ОАК, биохимический анализ крови, анализ кала на скрытую кровь.

3. Лечение ЯБ должно быть комплексным и включать в себя не только назначение лекарственных препаратов, но и проведение широкого круга различных мероприятий: - диетическое питание; - прекращение курения и злоупотребления алкоголем; - отказ от приема препаратов, обладающих ульцерогенным действием; - нормализацию режима труда и отдыха; - санаторно-курортное лечение. Трехкомпонентная схема эрадикации Helicobacter pylori: ИПП в стандартной дозе (Омепразол – 20 мг, Лансопразол – 30 мг, Рабепразол – 20 мг или Эзомепрозол – 20 мг); Кларитромицин - 500 мг; Амоксициллин - 1000 мг или Метронидазол

(МТР) - 500 мг. Все препараты назначить 2 раза в день, длительностью не менее 14 дней. Висмута трикалия дицитрат 240мг х2р/д; пробиотики.

Задача №68

Больная Н. 37 лет, из анамнеза известно, что месяц назад пациентка перенесла резекцию желудка. На приеме предъявляет жалобы на слабость, потливость, сердцебиение, головокружение, иногда обморочное состояние, урчание в животе, понос, тошноту, рвоту, которые возникают после 10-15 минут после еды. Из анамнеза известно, что месяц назад пациентка перенесла резекцию желудка.

1. Поставьте диагноз и объясните патогенез данного состояния.
2. Какие методы диагностики необходимы?
3. Назначьте лечение.

Эталон ответа:

1. Постгастрорезекционные расстройства. Демпинг-синдром. Данное состояние развивается в связи с ускоренной эвакуацией содержимого желудка и стремительного пассажа пищевых масс по тонкой кишке.

2. R-исследование с бариевой взвесью, гликемическая нагрузка.

3. Дробное питание, исключить наиболее непереносимые пищевые продукты, нельзя принимать жидкость вместе с остальными блюдами, ложиться за 20 минут до еды. Для улучшения эвакуации желудочного содержимого- прокинетики (итоприд). Для замедления кишечной пропульсии и повышения тонуса сфинктеров - лоперамид по 1-2 капсулы 1-2 раза в день.

Задача №69.

Больная С. 48, лет обратилась к врачу с жалобами на чувство тяжести, переполнения в животе, возникающее через 30-35 минут после еды, периодическую тошноту. На протяжении 10 лет страдает хроническим гастритом, обострения 1-2 раза в год. Чувствует ухудшение состояния около

последней недели. При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост 160 см, вес 60 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 72 уд. в мин., АД – 125/75 мм рт.ст. Симптомы холецистита отрицательные. Печень не изменена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул 1 раз в день, оформленный, без патологических примесей. Результаты исследований: ВГДС - 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 двенадцатиперстной кишки не изменена. Взят биоптат из антрального отделе желудка: быстрый уреазный тест положительный. Результат гистологического исследования биоптата: слизистая желудка с атрофией и хронической полиморфноклеточной инфильтрацией.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте медикаментозное лечение.

Эталон ответа:

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

2. Диагноз «хронический гастрит» поставлен на основании данных анамнеза (страдает хроническим гастритом в течение 10 лет), данных фиброгастроскопии (гиперемия слизистой желудка), гистологического исследования (полиморфноклеточная инфильтрация слизистой). Атрофический гастрит ставится на основании данных эндоскопии, подтвержденных 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.
3. Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, анализ кала, pH-метрия желудка, УЗИ органов брюшной полости.
4. Рекомендована эрадикационная терапия. Применение терапии первой линии: ингибитор протонной помпы 2 раза в день (например, Рабепразол 20 мг 2 раза в день) 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 и Saccharomyces boulardii (по 250 мг 2 раза в сутки) для повышения эффективности эрадикации. Для купирования симптомов постпрандиального дистресс-синдрома назначают прокинетики, например, Итоприд 50 мг.

Задача №70.

Пациентка Н. 24 года поступила в приемное отделение БСМП с жалобами на боли в животе, потливость, ухудшение аппетита, отрыжку, интенсивную рвоту до 6 раз в час на протяжении суток. Объективно: пациентка замкнута, бледная, повышено слюноотделение, плохо переносит шум и яркий свет. Из анамнеза: на протяжении 10 лет 1-2 раза в год возникают подобные приступы. Проходила обследования, однако никакой органической патологии обнаружено не было. Между эпизодами пациентка возвращается к исходному состоянию здоровья и не предъявляет никаких жалоб.

Вопросы:

1. Предположите диагноз.
2. Назначьте лечение.

Эталон ответа:

1. Синдром циклической рвоты.
2. Определить и избегать триггеры, гигиена сна, здоровое питание,

снижение стресса. Медикаментозная терапия: триптаны, антигистаминные, ондансетрон, антидепрессанты/бензодиазепины.

Вопросы для собеседования.

1. Полипы и полипоз толстой кишки. Этиология. Семейные виды. Патогенез. Классификация. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия.

Эталон ответа: **кишечный полип - представляет собой тканевое образование, растущее из стенки кишечника в его просвет. Как правило, клинические проявления отсутствуют, за исключением небольшой, как правило скрытой, кровоточивости.**

Виды и классификация: аденоматозные (неопластические) полипы имеют самое важное значение. По гистологическим признакам они классифицируются на тубулярные аденомы, трубчато-ворсинчатые аденомы (ворсинчато-железистые полипы) и ворсинчатые аденомы. Вероятность злокачественной трансформации аденоматозного полипа во время его выявления зависит от размера, гистологического типа и выраженности дисплазии; при тубулярной аденоме размером 1,5 см риск обнаружения фокуса злокачественного роста составляет 2%, при ворсинчатой аденоме размером 3 см – 35%. Зубчатые аденомы – тип с наиболее агрессивным течением – могут развиваться из гиперпластического полипа. К неаденоматозным (не-неопластическим) полипам относятся гиперпластические полипы, гамартомы (Синдром Пейтца-Йегерса), ювенильные полипы, псевдополипы, липомы, лейомиомы и другие редкие виды опухолей. Ювенильные полипы определяются у детей, как правило, рост полипа опережает рост сосудистой сети, и они подвергаются самоампутации в период полового созревания или несколько позже.

Диагностика: как правило, диагноз полипы толстой кишки устанавливают при колоноскопии. Ирригоскопия, особенно в режиме двойного контрастирования, – также информативный метод, однако колоноскопия предпочтительнее, т. к. позволяет одновременно проводить удаление полипов во время процедуры. При дифференциальном диагнозе решающую роль играет морфологическое исследование.

Лечение: полное удаление полипа при колоноскопии, иногда с последующей хирургической резекцией. Полипы должны быть полностью удалены с помощью петли или щипцов для биопсии во время обширной колоноскопии. Если удалить полип при колоноскопии не удалось, показана лапаротомия. Последующая тактика зависит от гистологической характеристики полипа. Если участок дисплазии эпителия не проникает за пределы мышечной пластинки слизистой, линия резекции ствола полипа определяется ясно, а образование характеризуется как высокодифференцированное, можно прибегнуть к эндоскопической эксцизии с последующим регулярным эндоскопическим контролем. Пациентам с более глубокой инфильтрацией и отсутствием ясной линии резекции, низкодифференцированном характере образования следует проводить сегментарную резекцию толстой кишки.

2. Предраковые состояния органов пищеварения. Этиология. Патогенез. Морфология. Клинические проявления. Диагностика. Принципы наблюдения больных.

Эталон ответа: **предраковые заболевания — это состояния с большей или меньшей частотой, предшествующие злокачественным новообразованиям. При этих заболеваниях происходят определенные изменения в строении клеток. А при продолжающемся воздействии вредных факторов эти клетки могут трансформироваться в атипичные. Этиологические факторы - Наследственная предрасположенность. Синдрома Линча и семейный аденоматозный полипоз передаются по наследству по аутосомно-**

доминантному типу. Это значит, что, если эти болезни есть у одного из родителей, каждый ребёнок может унаследовать их с вероятностью 50 %. Предшествующие воспалительные заболевания: эзофагит (воспаление пищевода), связанный с ГЭРБ; язвенный колит; болезнь Крона; атрофический гастрит и др. Воспаление — это защитная реакция организма на повреждение клеток. Однако постоянное воспаление увеличивает количество мутаций в клетках и может вызвать метаплазию. Инфекции: бактерия Helicobacter pylori приводит к развитию хронического гастрита. Ультрафиолетовое излучение: естественный (солнечный) и искусственный свет (например, солярий) увеличивают риск развития предрака и его перехода в онкологическое заболевание. Табакокурение: вероятность возникновения опухоли у курильщиков по сравнению с теми, кто никогда в жизни не курил, выше в 10–30 раз. Кроме рака лёгкого, курение может стать причиной рака полости рта и пищевода.

Предраковые заболевания пищевода: состояние после ожога щелочью, пишевод Барретта, ахалазия кардии, синдром Пламмера–Винсона (атрофия слизистой оболочки полости рта, глотки и пищевода).

Предраковые заболевания желудка: аденоматозные полипы, хронический атрофический гастрит, кишечная метаплазия желудка, хронический гастрит типа В (с наличием Helicobacter pylori), ксантомы желудка (доброкачественное образование желудка), синдром Пейтца–Егерса (наследственное заболевание, при котором повышается риск образования полипов в желудочно-кишечном тракте), болезнь Менетрие (переразвитие слизистой оболочки желудка с последующим развитием в ней аденом и кист), состояние после резекции желудка.

Предраковые заболевания тонкой кишки: единичные полипы (истинные доброкачественные полипы, липома, доброкачественная аденома, лейомиома), множественные полипы.

Предраковые заболевания печени: хронические прогрессирующие гепатиты В и С, циррозы печени любой этиологии, кисты (одиночные, множественные печеночные кисты), аденома (часто выявляют у молодых женщин, принимающих оральные контрацептивы).

Предраковые заболевания желчного пузыря: аденоматозные полипы, диффузно-дистрофическая кальцификация стенки желчного пузыря (фарфоровый пузырь).

Предраковые заболевания поджелудочной железы: хронический прогрессирующий панкреатит, панкреатические кистозные повреждения.

Предраковые заболевания толстой кишки: аденомы, аденоматозные полипы, семейный аденоматозный полипоз, ворсинчатые аденомы, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, синдром Линча (наследственный неполипозный колоректальный рак), семейный юношеский полипоз, наследственный синдром плоских аденом, семейный анамнез по колоректальному раку, состояние после резекции толстой кишки.

Диагностика предраковых заболеваний желудочно-кишечного тракта: комплексная диагностика предраковых заболеваний позволяет выявить опухоли на ранних стадиях развития. Наиболее информативными оказываются следующие диагностические методики:

- **Исследование крови на выявление онкомаркеров.**
- **Эзофагогастродуоденоскопия.**
- **Двухбалоннная энтероскопия.**
- **Колоноскопия.**
- **Ректороманоскопия.**
- **Биопсия – при диагностике предраковых заболеваний желудочно-кишечного тракта материал для гистологического исследования может быть получен при проведении эзофагогастродуоденоскопии, колоноскопии, ректороманоскопии. После микроскопического исследования появляется возможность для проведения дифференциальной диагностики между**

доброкачественными процессами и злокачественными опухолями.

- **pH-метрия пищевода и желудка.**
- **Импеданс-pH-метрия.**
- **Манометрия пищевода.**
- **Антродуоденальная манометрия.**
- **Аноректальная манометрия.**
- **Исследование кала – современное развитие медицины позволяет исследовать кал не только на предмет наличия скрытой крови, но и выявить ДНК раковых и предраковых клеток. Таким образом, появляется возможность раннего распознавания атипичного роста в различных отделах ЖКТ.**

Прогноз. Профилактика: дисплазия не всегда превращается в злокачественную опухоль. Умеренная дисплазия затрагивает не все слои эпителия и может быть обратимой, если устранить причину повреждения клеток. Однако вероятность рака при дисплазии увеличивается по сравнению с обычными клетками.

Лечение предрака: лечение каждого случая предрака прежде всего зависит от степени дисплазии (изменения клеток) и от того, в каком органе есть предопухолевые изменения. Например, при атрофическом гастрите, который вызван инфекцией Helicobacter pylori, проводится антибактериальная терапия. При воспалительных заболеваниях кишечника, синдроме Линча, семейном аденоматозном полипозе может потребоваться профилактическая операция, которая существенно снижает риск возникновения колоректального рака. Тактику лечения определяет команда специалистов, в которую входят онкологи, хирурги и другие врачи.

3. Медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики заболеваний желудочно-кишечного тракта у пациентов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи,

клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.

Эталон ответа: **заболевания ЖКТ встречаются у всех групп населения, и являются одними из наиболее распространенных в сравнении с патологиями других органов. Статистические данные свидетельствуют о том, что около 95% населения в той или иной степени нуждается в регулярных консультациях гастроэнтеролога. Основные причины, которые провоцируют развитие патологий ЖКТ: избыточный вес, курение, злоупотребление алкоголем, неправильное питание и нарушение его режима, стрессы, заболевание сахарным диабетом, злоупотребление газированными напитками и кофе, низкая физическая активность, инфекционные поражения организма.**

1. Соблюдение питьевого режима. Человек должен употреблять не менее 1,5-2 л воды в сутки.

2. Употребление теплой еды и напитков. Пища не должна быть чересчур горячей или холодной.

3. Соблюдение режима питания, который включает: · количество приемов пищи в течение суток (кратность питания), · распределение суточного рациона по его энергоценности, химическому составу, продуктовому набору и массе на отдельные приемы пищи, · время приемов пищи в течение суток, · интервалы между приемами пищи.

4. Тщательное пережевывание.

5. Ограничение употребления острого, соленого, консервированного, копченого, маринованного. Перечисленные продукты активизируют выработку желудочного сока, что ведет к раздражению и поражению слизистых оболочек.

6. Проведение щадящей кулинарной обработки – отваривание, приготовление на пару. Не рекомендуется жареная пища.

7. Добавление в рацион клетчатки. Пищевые волокна должны присутствовать в меню на постоянной основе. Они ускоряют прохождение

пищи, нормализуют холестерин и вес. ВОЗ рекомендует несколько раз в день есть овощи и фрукты - 500 грамм овощей и 250 грамм фруктов.

8. Ограничение употребления газированных напитков и кофе.

9. Соблюдение правил гигиены. Перед едой и приготовлением пищи необходимо тщательно мыть руки. Правильно хранить и обрабатывать продукты.

10. Нормализацию веса. Ожирение пагубно сказывается не только на внешности, но и на состоянии внутренних органов. Избыточный вес провоцирует заболевания поджелудочной железы и печени, запускает процессы образования камней, снижает моторику кишечника.

11. Повышение физической активности. Систематические физические нагрузки повышают обмен веществ и энергии, увеличивают потребность организма в питательных веществах, стимулируют выделение пищевых соков, активизируют перистальтику кишечника, повышают эффективность процессов пищеварения.

12. Отказ от потребления табака. Негативное воздействие на органы ЖКТ обусловлено механическим, термическим и химическим влиянием дыма. По информации ВОЗ, даже рак пищевода и желудка среди курильщиков встречается в четыре раза чаще, чем у некурящих людей.

13. Отказ от алкоголя или снижение его употребления до минимума. Этанол и продукты распада плохо влияют на слизистые оболочки, вызывают развитие язвенных дефектов и поражение других органов.

14. Умение справляться со стрессом. Механизмы стресса работают на клеточном уровне, оказывая влияние на процессы секреции и всасывания в пищеварительном тракте.

15. Своевременное прохождение диспансеризации и профилактических осмотров.

4. Основы здорового образа жизни, методы его формирования.

Эталон ответа: **здоровый образ жизни (ЗОЖ) — это образ жизни человека, помогающий сохранить здоровье и снизить риск неинфекционных заболеваний (НИЗ) путём контроля над поведенческими факторами риска. Основными компонентами здорового образа жизни являются: 1) физическая активность; 2) рациональное питание; 3) личная гигиена; 4) закаливание организма; 5) отказ от вредных привычек; 6) психоэмоциональная культура; 7) оптимальный режим труда и отдыха.**

Основные пути формирования здорового образа жизни базируются на рекомендациях ВОЗ, которые выглядят следующим образом: сбалансированное и рациональное питание; сокращение количества. потребляемой соли; сокращение количества потребляемого сахара до уровня безлопастной для здоровья нормы; сокращение потребления алкогольных напитков; поддержание нормальной массы тела и регулярные физические упражнения; снижение уровня стрессов; закаливание организма; социальная активность.

5. Порядок организации диспансерного наблюдения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.

Эталон ответа: **диспансерное наблюдение представляет собой проводимое с определенной периодичностью необходимое обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц. Диспансерному наблюдению подлежат лица, страдающие отдельными хроническими неинфекционными и инфекционными заболеваниями или имеющие высокий риск их развития, а также лица, находящиеся в**

восстановительном периоде после перенесенных острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений).

МКБ	Минимальная периодичность диспансерных приемов	Контролируемые показатели состояния здоровья в рамках проведения диспансерного наблюдения	Длительность диспансер. наблюдения	
K20 Эзофагит	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в 6 месяцев	Отсутствие рецидивов эрозивного процесса по данным эзофагогастродуоденоскопии <10>	В течение 3 лет с момента последнего обострения	Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога по медицинским показаниям
K21.0 Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом	не реже 1 раза в 6 месяцев или по рекомендации врача-гастроэнтеролога	При гастроэзофагеальном рефлюксе с эзофагитом (без цилиндроклеточной метаплазии - без пищевода Баррета) - отсутствие рецидивов эрозивного процесса по данным ЭГДС; при гастроэзофагеальном рефлюксе с эзофагитом и цилиндроклеточной метаплазией - пищевод Барретта - отсутствие прогрессирования эндоскопических и морфологических изменений по данным ЭГДС с биопсией	В течение 5 лет с момента последнего обострения	При гастроэзофагеальном рефлюксе с эзофагитом и цилиндроклеточной метаплазией - пищевод Барретта - прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога 1 раз в год. Прием врача-онколога по медицинским показаниям, прием врача-хирурга по медицинским показаниям
K25 Язва желудка	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в 6 месяцев	Отсутствие или уменьшение частоты рецидивов	В течение всей жизни с момента установления диагноза (или до выявления малигнизации)	Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога 1 раз в год. Прием (осмотр, консультация)

				врача-онколога по медицинским показаниям
K26 Язва двенадцатиперстной кишки	**В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год**	**Отсутствие или уменьшение частоты рецидивов**	**В течение 5 лет с момента последнего обострения**	**Прием врача-гастроэнтеролога по медицинским показаниям**
K31.7 Полип желудка	**В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год**	**Отсутствие прогрессирования и морфологических изменений по данным ЭГДС с биопсией**	**В течение всей жизни с момента установления диагноза (или до выявления малигнизации)**	**Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога 1 раз в год. Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям**
K86 Хронический панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью	**В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 2 раз в год**	**Отсутствие прогрессирования белково-энергетической недостаточности**	**Пожизненно**	**Прием врача-гастроэнтеролога 1 раз в год. Прием врача-хирурга по медицинским показаниям**

ПК-5

Инструкция: Выберите один правильный ответ.

1. Диарея является частым симптомом при:

а) язвенной болезни двенадцатиперстной кишки;
б) хроническом панкреатите;
в) желчнокаменной болезни;
г) опухоли дистального отдела толстого кишечника.
д) функциональной диспепсии
Эталон ответа: **б) хроническом панкреатите**

2. Запоры характерны для:

а) хронического гастрита со сниженной секреторной функцией;
б) болезни оперированного желудка;
в) хронического энтерита;
г) болезни Уиппла;

д) язвенной болезни двенадцатиперстной кишки;
Эталон ответа: **д) язвенной болезни двенадцатиперстной кишки**

3. Серовато-желтая окраска кала возникает:

а) при прекращении поступления желчи в кишечник;
б) за счет билирубина у грудных детей;
в) за счет билирубина при гипермоторике тонкой кишки;
г) при панкреатитах;
д) при энтерите с ускоренной перистальтикой.
Эталон ответа: **г) при панкреатитах**

4. Рецидивирующие схваткообразные боли преимущественно в левом квадранте живота, выделение при приступе боли большого количества слизи при неизмененной слизистой оболочке кишечника характерны для:

а) хронического колита;
б) болезни Крона
в) раздраженного кишечника;
г) неспецифического язвенного колита;
д) всех перечисленных заболеваний
Эталон ответа: **в) раздраженного кишечника**

5. Укажите на симптом, не характерный для бродильной диспепсии:

а) вздутие и распирание живота;
б) ухудшение после белковой пищи;
в) схваткообразные боли, уменьшающиеся после отхождения газов или стула;
г) поносы.
д) отрыжка
Эталон ответа: **б) ухудшение после белковой пищи**

6. Какая анемия не характерна для хронического энтерита:

а) железодефицитная;
б) В12-дефицитная;
в) гемолитическая.
г) талласемия
д) фолиево-дефицитная анемия
Эталон ответа: **в) гемолитическая**

7. Дефицит массы тела характерен для:

а) хронического энтерита;
б) хронического колита

в) функциональная диспепсия
г) СРК
д) синдром Жильбера
Эталон ответа: **а) хронического энтерита**

8. Черно-коричневый, плотный кал:

а) характерен для мясной диеты;
б) появляется после употребления в пищу черники, черной смородины;
в) появляется при приеме карболена, висмута;
г) может появляться при гнилостной диспепсии.
д) все верно
Эталон ответа: **д) все верно**

9. Жидкий с плотными кусочками, свернувшейся слизью, кровью и гноем кал характерен для:

а) синдрома раздраженного кишечника;
б) некротически-язвенного процесса в ректо-сигмоидальном отделе;
в) аллергического колита;
г) энтерита с ускоренной перистальтикой;
д) некроза правого отдела толстой кишки.
Эталон ответа: **б) некротически-язвенного процесса в ректо-сигмоидальном отделе**

10. Паренхиматозная желтуха не наблюдается при:

а) вирусном гепатите;
б) раке печени;
в) болезни Минковского — Шоффара;
г) циррозе печени;
д) всех перечисленных заболеваниях.
Эталон ответа: **в) болезни Минковского — Шоффара**

11. Какой из перечисленных симптомов является основным клиническим признаком холестаза:

а) «печеночные» ладони;
б) кожный зуд;
в) сосудистые звездочки;
г) астенизация
д) диспепсия.
Эталон ответа: **б) кожный зуд**

12. Всасывание железа в кишечнике наиболее интенсивно происходит из:

а) мясных продуктов и печени;
б) фруктов;
в) яблок;
г) моркови;
д) сыра.
Эталон ответа: **а) мясных продуктов и печени**

13. Снижение синтетической функции печени проявляется:

а) гипоальбуминемией;
б) гипопротромбинемией;
в) гипохолестеринемией;
г) гаптоглобулинемией;
д) верно а, б, в.
Эталон ответа**: д) верно а, б, в**

14. Обилие стекловидной слизи в кале характерно для:

а) синдрома раздраженного кишечника;
б) некротически-язвенного процесса в ректо-сигмоидальном отделе;
в) аллергического колита;
г) энтерита с ускоренной перистальтикой;
д) некроза правого отдела толстой кишки.
Эталон ответа: **а) синдрома раздраженного кишечника**

15. Ценкеровские дивертикулы имеют характерную локализацию в:

а) задней стенке глотки и пищевода;
б) средней трети пищевода;
в) нижней трети пищевода;
г) абдоминальной части пищевода;
д) поддиафрагмальной части пищевода.
Эталон ответа: **а) задней стенке глотки и пищевода**

16. Жгучие боли у основания мечевидного отростка с иррадиацией в область сердца, возникающие и усиливающиеся через полчаса после еды, при физической нагрузке и наклоне туловища, не купируются полностью при приеме алгелдрата + магния гидроксида, отмечаются также отрыжка воздухом, приступы удушья, кашель. При рентгенологическом исследовании с барием отмечается рефлюкс контрастной массы из желудка в пищевод. Все это позволяет заподозрить:

а) аксиальную грыжу пищеводного отверстия диафрагмы и рефлюкс-эзофагит;
б) рак пищевода;

в) бронхиальную астму;
г) хронический гастрит;
д) ахалазию пищевода.
Эталон ответа: **а) аксиальную грыжу пищеводного отверстия диафрагмы и рефлюкс-эзофагит**

17. Острый катаральный эзофагит может дать:

а) острое кровотечение;
б) микрокровотечение (диапедезное);
в) перфорацию;
г) стенозы;
д) пневмонии.
Эталон ответа: **б) микрокровотечение (диапедезное)**

18. Для эзофагоспазма характерны:

а) дисфагия непостоянная на жидкую пищу;
б) боли за грудиной при волнении;
в) регургитация;
г) жжение за грудиной;
д) гиперсаливация.
Эталон ответа: **а) дисфагия непостоянная на жидкую пищу**

19. Признаком желудочной диспепсии НЕ является:

а) изжога;
б) тошнота;
в) отрыжка;
г) диарея;
д) рвота.
Эталон ответа: **г) диарея**

20. Патогенез функциональной диспепсии:

а) Нарушение опорожнения
б) H. Pylori-ассоциированный гастрит
в) Нарушение аккомодации фундального отдела
г) Расширение антрального отдела
д) Все перечисленное верно
Эталон ответа: **д) Все перечисленное верно**

21. Рвота пищей, съеденной накануне, с большим количеством рвотных масс, является признаком:

а) хронического гастрита;
б) язвы желудка;
в) стеноза пилорического отдела желудка;
г) язвы 12-перстной кишки;
д) дуодено-гастрального рефлюкса.
Эталон ответа: **в) стеноза пилорического отдела желудка**

22. Какой признак, как правило, свидетельствует о пенетрации язвы?

а) Преобладание ночных болей
б) Усиление рвоты
в) Увеличение метеоризма
г) Постоянный характер боли и повышение интенсивности боли
д) Скрытая кровь в кале
Эталон ответа: **г) Постоянный характер боли и повышение интенсивности боли**

23. Характеристика болевого синдрома при синдроме раздраженной кишки включает все, КРОМЕ:

а) Боль связана с приемом пищи
б) Боль связана с расстройствами функции кишки
в) Боль связана с психоэмоциональным напряжением
г) Интенсивность боли варьирует от дискомфорта до кишечной колики
д) Боль возникает преимущественно в ночное время
Эталон ответа: **д) Боль возникает преимущественно в ночное время**

24. Характеристика нормального стула по Бристольской шкале кала представлена следующими параметрами:

а) Колбасовидный, гладкий, мягкий
б) Отдельные плотные комки
в) Мягкие кусочки с ровными краями
г) Колбасовидный, с трещинами
д) Правильно а и г
Эталон ответа: **д) Правильно а и г**

25. Основной патогенетический механизм развития синдрома раздраженной кишки
а) Висцеральная гиперчувствительность
б) Предшествующее воспаление кишечника
в) Кишечные инфекции
г) Травма брюшной полости
д) Сопутствующая патология органов пищеварения
Эталон ответа: **а) Висцеральная гиперчувствительность**

Ситуационные задачи:

Задача № 1.

Пациент мужчина 32 лет, водитель по профессии, обратился к врачу с жалобами на боль жгучего характера в эпигастральной области с иррадиацией под правую лопатку, появляющуюся через 2 часа после приема пищи, а также в ночное время, стихающую после приема соды, кроме того, беспокоит изжога, тошнота, общая слабость, головокружение, сердцебиение.

Объективно: состояние средней тяжести, больной пониженного питания, кожные покровы бледные. Со стороны легких патологии не выявлено. Пульс 112 ударов в минуту, слабого наполнения, АД 100/65 мм рт.ст. Живот обычной конфигурации, при пальпации отмечается болезненность в эпигастральной области справа от срединной линии. Печень у края реберной дуги. При уточнении особенностей физиологических отправлений, пациент отметил потемнение стула в течение последних суток.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Какие осложнения встречаются при данном заболевании?
3. Составьте план обследования и лечения пациента.

Эталон ответа:

1. Язвенная болезнь ДПК, осложненная кровотечением.

2. Кровотечение, перфорация, пенетрация, малигнизация, стенозирование/деформация.

3. Обследование: ОАК, биохимическое исследование крови, коагулограмма, определение группы крови и резус-фактора, ВГДС, ЭКГ, обзорный рентген ОБП, УЗИ ОБП, пальцевой осмотр прямой кишки, консультация хирурга. Лечение: восстановление ОЦК, гемотрансфузия, эндоскопическая остановка кровотечения, ИПП, Н2-гистаминоблокаторы, симптоматическая терапия.

Задача № 2.

Пациент мужчина 75 лет, пенсионер на первичном приеме предъявляет жалобы на прогрессирующее похудение, полное отсутствие аппетита, отвращение к мясным и рыбным блюдам. Вышеперечисленные симптомы беспокоят около 6 месяцев. Объективно: состояние средней тяжести, больной пониженного питания ИМТ 17,2 кг/м^2, кожные покровы бледные. Со стороны легких патологии не выявлено. Пульс 96 ударов в минуту, умеренного наполнения, АД 120/75 мм рт.ст. Живот обычной конфигурации, при пальпации отмечается выраженная болезненность при пальпации живота в эпигастрии. Печень у края реберной дуги. При уточнении особенностей физиологических отправлений, пациент отметил тенденцию к запорам.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Что такое синдром «малых признаков»? Для какого заболевания характерен данный синдром?
3. Что такое «железа Вирхова»?

Эталон ответа:

1. Рак желудка.

2. Немотивированная слабость, снижение трудоспособности, депрессия, снижение аппетита, желудочный дискомфорт. Для рака желудка.

3. Увеличенный лимфатический узел в левой надключичной области (метастаз рака пищевода/желудка).

Задача №3.

Пациент мужчина 53 лет, инженер по профессии, поступил в многопрофильную клинику по направлению врача поликлиники с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, отсутствие аппетита, чувство тяжести в подложечной области. Из анамнеза выяснили, что в течение многих лет наблюдался у гастроэнтеролога по поводу хронического гастрита. За последние 6 месяцев боли приняли постоянный характер, пациент потерял в весе 6 кг. Объективно - состояние средней тяжести, ИМТ 21,3 кг/м^2, кожные покровы

бледные. Со стороны легких патологии не выявлено. Пульс 102 удара в минуту, умеренного наполнения, АД 115/75 мм рт.ст. Живот обычной конфигурации, отмечается болезненность и напряжение брюшной стенки в эпигастральной области. Печень у края реберной дуги. При уточнении особенностей физиологических отправлений, пациент отметил тенденцию к запорам.

1. О какой патологии следует думать?
2. Где пальпируется привратник желудка? Что можно получить при пальпации привратника в данном случае?
3. Составьте план обследования пациента.

Эталон ответа:

1. Рак желудка.

2. По биссектрисе угла, образованного белой линией живота и горизонтальной линией, проходящей по нижней границе желудка.

3. ОАК, биохимическое исследование крови, коагулограмма, определение группы крови и резус-фактора, ВГДС, ЭКГ, УЗИ ОБП.

Задача №4

Пациент мужчина 47 лет, предприниматель, обратился в поликлинику по месту жительства с жалобами на отрыжку, тошноту, рвоту, боли в эпигастральной области примерно через час после приема пищи. Рвота приносит облегчение (после рвоты боли уменьшаются). В анамнезе примечательных фактов нет. При пальпации живота обращает на себя внимание болезненность в эпигастрии.

1) С каким органом пищеварительной системы могут быть связаны жалобы и при поражении каких структур могут быть боли в эпигастрии?
2) Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения характера и локализации патологического процесса?
3) Каков временной интервал появления болей при поражении верхних отделов пищеварительной трубки?

Эталон ответа:

1) Желудок или ДПК, еще может быть при заболеваниях диафрагмы, поджелудочной железы, поперечной ободочной кишки, при грыжах белой линии живота.

2) ВГДС, СКТ ОБП, УЗИ ОБП.

3) Боли при поражениях пищевода - во время еды. Боли при заболеваниях желудка через 15-30 мин после приема пищи. Боли при заболеваниях ДПК через 1-2 часа после приема пищи, в т.ч. голодные и ночные боли.

Задача №5

Пациентка женщина 22 лет, студентка, жалуется на схваткообразные боли по всему животу, но в большей степени в левой подвздошной области, усиливающиеся перед актом дефекации, стул до 15 раз в сутки необильный, с гнилостным запахом, содержит много слизи и гноя, а также частые тенезмы. Объективно: живот вздутый, при пальпации - мягкий, умеренно болезненный, в области ободочной и сигмовидной кишки определяется урчание.

1) Какова вероятность локализации патологического процесса и при поражении каких органов может еще быть боль в левой подвздошной области?
2) Дифференциально-диагностический поиск?
3) Составьте план обследования пациентки.

Эталон ответа:

1) Толстый кишечник, может быть при поражении левой почки, мочеточника, левого яичника.

2) ВЗК, инфекционный колит, при наличии в анамнезе факта употребления антибиотиков незадолго до появления жалоб – антибиотик-ассоциированная диарея/псевдомембранозный колит.

3) ОАК, биохимическое исследование крови, коагулограмма, определение группы крови и резус-фактора, фекальный кальпротектин, кал на токсины A/B Clostridioides difficile, ВКС, ЭКГ, УЗИ ОБП.

Задача № 6.

Пациент мужчина 47 лет, работает охранником, известно, что с двадцатилетнего возраста страдает гастритом, 12 лет назад впервые выявлена язва желудка. Обострения были почти ежегодными, обычно в осенне-зимнее время, длительностью не более 3-4 недель. Настоящее обострение началось более 4 месяцев назад, причем больной отмечает постоянный характер болей, прием любой пищи боли усиливает, появляется иррадиация их в спину. Резко ухудшился аппетит, хотя ранее даже во время обострений аппетит был хорошим, в весе не терял, а сейчас из-за боязни усиления болей и плохого аппетита ест мало, испытывает отвращение к мясной пище, похудел за последние месяцы на 12 кг. В течение месяца стала беспокоить отрыжка "тухлым яйцом", икота. Объективно - состояние средней тяжести, ИМТ 16,7 кг/м^2, кожные покровы землисто-бледные. Язык обложен белым налетом. В углах рта заеды. Живот обычной конфигурации мягкий, болезнен в эпигастрии. Со стороны органов дыхания патологии не выявлено. Пульс 88 ударов в минуту, умеренного наполнения, АД 120/75 мм рт.ст. Печень у края реберной дуги. При уточнении особенностей физиологических отправлений, пациент отметил тенденцию к запорам.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Что можно найти при обследовании лимфатических узлов при данной патологии?
3. О чем свидетельствует отрыжка «тухлым»? Что такое симптом Менделя?

Эталон ответа:

1. Рак желудка, сопровождающийся стенозом привратника.

2. Увеличение левого надключичного узла («железа Вирхова»).

3. Гниение белков в результате нарушения эвакуации пищи из желудка в 12-ти перстную кишку. Болезненные ощущения при нанесении отрывистых ударов пальцем по эпигастральной области.

Задача №7.

Пациент мужчина 45 лет, инженер-электрик по профессии, обратился к врачу с жалобами на боль в эпигастральной области через 40-60 минут после приема пищи, тошноту, иногда рвоту на высоте боли, после которой больному становится легче. Возникновению боли предшествует чувство жжения в эпигастрии и за грудиной. Считает себя больным в течение 6 месяцев, когда впервые во время длительной командировки появилась боль в эпигастрии. За медицинской помощью не обращался. В последующем аналогичная боль повторялась после употребления грубой пищи. Данное обострение наступило 4 дня назад, связывает с психической нагрузкой и нерегулярностью питания.

Объективно: состояние удовлетворительное. Язык влажный, слегка обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии слева от срединной линии, умеренная локальная напряженность мышц передней брюшной стенки. Печень не увеличена. Со стороны других органов и систем патологии не выявлено.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Назовите возможные осложнения данного заболевания?
3. Составьте план обследования и лечения пациента.

Эталон ответа:

1. Язвенная болезнь желудка в фазе обострения.

2. Кровотечение, перфорация, пенетрация, малигнизация, стенозирование/деформация.

3. Обследование: ОАК, биохимическое исследование крови, коагулограмма, ВГДС с определением статуса носительства хеликобактерной инфекции, УЗИ ОБП. Лечение: ИПП, эрадикация хеликобактерной инфекции.

Задача №8

Пациент мужчина 46 лет, архитектор по специальности, поступил в многопрофильную клинику с жалобами на боли в эпигастрии, которые возникают через 20-30 минут после приема пищи, отрыжку воздухом, снижение массы тела на 3 кг за последний месяц. Из анамнеза установлено, что впервые

вышеперечисленные жалобы появились 3 месяца назад (осенью), самостоятельно принимал но-шпу и гастал с кратковременным эффектом. Появилась тревога, когда на высоте болей присоединилась рвота типа «кофейной гущи». При осмотре - живот правильной формы, при поверхностной пальпации - мягкий, умеренное напряжение мышц в эпигастрии, там же локальная болезненность.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Какие осложнения встречаются при данном заболевании?
3. Составьте план обследования и лечения пациента.

Эталон ответа:

1. Язвенная болезнь желудка, осложненная кровотечением.

2. Кровотечение, перфорация, пенетрация, малигнизация, стенозирование/деформация.

3. Обследование: ОАК, биохимическое исследование крови, коагулограмма, определение группы крови и резус-фактора, ВГДС, ЭКГ, обзорный рентген ОБП, УЗИ ОБП, пальцевой осмотр прямой кишки, консультация хирурга. Лечение: восстановление ОЦК, гемотрансфузия, эндоскопическая остановка кровотечения, ИПП, Н2-гистаминоблокаторы, симптоматическая терапия.

Задача №9

Пациент мужчина 47 лет, водитель по профессии, жалуется на боли в эпигастрии постоянного характера, прием любой пищи приводит к усилению боли и их иррадиацией в спину. Резко ухудшился аппетит, хотя ранее даже во время обострений аппетит был хорошим, в весе не терял, а сейчас из-за боязни усиления болей и плохого аппетита ест мало, испытывает отвращение к мясной пище, похудел за последние месяцы на 10 кг. За последние недели стала беспокоить отрыжка «тухлым яйцом», икота. Из анамнеза известно, что с двадцатилетнего возраста страдает хроническим гастритом. Обострения были ежегодными, обычно в осенне-зимнее время, длительностью не более 3-4 недель.

Настоящее обострение началось более около 3 месяцев назад. При объективном обследовании в левой надключичной области пальпируется плотный безболезненный лимфатический узел размером около 2 см в диаметре. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Размеры печени по Курлову 13 см х 11 см х 8 см. При пальпации край печени неровный, болезненный, плотный.

1. Сформулируйте предварительный диагноз?
2. Составьте первоначальный план обследования пациента.

Эталон ответа:

1. Предположительно можно думать о раке желудка, по-видимому, с метастазами в печень и лимфатические узлы.

2. ОАК, биохимическое исследование крови, коагулограмма, ВГДС, СКТ ОБП.

Задача №10

Пациент мужчина 33 лет, работает менеджером, при обращении за медицинской помощью жалуется на частые эпизоды изжоги, особенно усиливающиеся после тренировок в спортивном клубе, отрыжку кислым и воздухом, преимущественно после еды и приема газированных напитков, также беспокоят боли за грудиной и чувство дискомфорта в эпигастрии вскоре после еды. Из анамнеза установлено, что больной был вынужден отказаться от тренировок, чтобы симптомы не усиливались, курит в течение 15 лет по 2 пачки сигарет в день, не соблюдает режим питания. Объективно: при пальпации живота выявляется болезненность в эпигастрии, мышечного напряжения нет, симптомов раздражения брюшины нет. Стул регулярный оформленный.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте первоначальный план обследования пациента.

Эталон ответа:

1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ).

2. ОАК, биохимическое исследование крови, коагулограмма, ВГДС, суточная pH-метрия.

Задача №11

У пациентки приемного отделения многопрофильной больницы при осмотре выявлен увеличенный в размерах живот, в вертикальном и горизонтальном положении равномерно выпячен, округлой формы. Пупок не изменен. При перкуссии в вертикальном и горизонтальном положении над всей поверхностью живота определяется выраженный тимпанит.

1) Ваше заключение о причине увеличения живота.

2) Какие еще причины равномерного увеличения живота Вам известны?

3) Каким образом проводится перкуссия живота стоя и лежа (для определения причины увеличения живота)?

Эталон ответа:

1) Метеоризм.

2) Асцит, ожирение, беременность.

3) Стоя-тихая перкуссия по белой линии живота, лежа-от пупка в сторону боковых фланков тихой перкуссией

Задача №12

Пациент жалуется гастроэнтерологу на чередование диареи и запоров, урчание, вздутие, тенезмы. Объективно: живот увеличен в размерах.

А) Что такое метеоризм и тенезмы?

Б) Каковы внешние отличия увеличенного живота при метеоризме от такового при ожирении и асците?

В) С каким органом пищеварительной системы могут быть связаны жалобы?

Эталон ответа:

А) Метеоризм – вздутие, пучение живота, тенезмы – ложные позывы на дефекацию.

Б) Живот равномерно увеличен, в положении лежа форма его не меняется, выпячивания пупка обычно не наблюдается, при перкуссии над животом тимпанический звук.

В) Кишечник.

Задача №13

Пациент жалуется на боли в левой подвздошной области, урчание, запоры. При пальпации сигмовидная кишка увеличена, болезненна, бугристая, очень плотная («хрящевидной консистенции»), неподвижная.

1) Ваш предварительный диагноз.

2) При поражении каких органов может еще быть боль в левой подвздошной области?

3) Какой дополнительный метод исследования позволит уточнить диагноз у данного пациента?

Эталон ответа:

1) Опухоль сигмовидной кишки.

2) Может быть при поражении левой почки, мочеточника, у женщин - левого яичника

3) Колоноскопия с прицельной биопсией

Задача №14

Пациент на приеме участкового врача жалуется на отсутствие аппетита, отвращение к мясной пище, чувство дискомфорта в эпигастральной области, общую слабость. Из анамнеза известно, что в течение многих лет страдает хроническим гастритом. Последние полгода боли приняли постоянный характер, потерял в весе 10 кг. Объективно: кожные покровы бледные, язык обложен, сухой, пульс 112 в минуту, АД 90/60 мм рт.ст., болезненность при пальпации в эпигастральной области. Поверхность желудка неровная, консистенция плотная.

1) Ваш предварительный диагноз.

2) Имеются ли у пациента симптомы, сопровождающие абдоминальную боль и требующие решения вопроса о неотложном хирургическом вмешательстве? Какие это симптомы конкретно?

Эталон ответа:

1) Рак желудка.

2) Да. Слабость, артериальная гипотония, тахикардия, симптомы кровотечения.

Задача №15

При вызове скорой медицинской помощи домой к пациенту отмечены жалобы на внезапно возникшую 30 минут назад «кинжальную» боль в эпигастрии, головокружение и резкую слабость. Из анамнеза: в течение 5 лет страдает язвенной болезнью ДПК. 2 недели назад появились боли в эпигастрии через 3 часа после приема пищи. За медицинской помощью не обращался. Снимал боли приемом раствора пищевой соды. Объективно: общее состояние тяжелое, лежит на спине, язык сухой, обложен, кожа бледная, пульс нитевидный 150 в минуту. Брюшная стенка резко напряжена, болезненная при пальпации.

1) Ваш предварительный диагноз?

2) Имеются ли у пациента симптомы, сопровождающие абдоминальную боль и требующие решения вопроса о неотложном хирургическом вмешательстве? Какие это симптомы конкретно?

Эталон ответа:

1) Прободная язва, перитонит.

2) Да. Головокружение, слабость, тахикардия, симптомы кровотечения; усиление болей в животе; напряжение мышц брюшной стенки, симптомы раздражения брюшины.

Задача №16

Пациент жалуется на тяжесть в эпигастральной области, отрыжку «тухлым яйцом», рвоту. В рвотных массах пища, съеденная накануне. Из анамнеза

известно: больше 10 лет страдает язвенной болезнью желудка с частыми обострениями. При пальпации определяется «шум плеска», большая кривизна желудка на 2 см ниже пупка.

1) Каковы причины отрыжки тухлым яйцом?

2) Оцените границу большой кривизны желудка.

3) Каков предварительный диагноз?

Эталон ответа:

1) Причина отрыжки «тухлым яйцом» - длительная задержка и гниение пищи в желудке вследствие стеноза привратника или ахилии.

2) Граница большой кривизны желудка опущена.

3) Стеноз привратника.

Задача №17.

Больной С., 36 лет, шофер. Жалуется на кислую отрыжку, изжогу, чувство давления в подложечной области через 20-30 минут после еды, боли чаще возникают при приеме острой, грубой пищи. Объективно: язык влажный, у корня обложен серовато-белым налетом. При пальпации живота незначительная болезненность в эпигастральной области.

1. О каком заболевании следует думать?

2. Как называются боли через 20-30 минут после еды?

3. Что такое отрыжка?

4. Причины возникновения изжоги?

5. С какой целью проводят поверхностную пальпацию?

Эталон ответа:

1. Гастрит с пониженной секреторной функцией.

2. Ранние

3. Звучное выхождение через рот воздуха, скопившегося в желудке или пищеводе, отрыжка пищей.

4. При возникновении изжоги имеет значение повышенная чувствительность слизистой оболочки пищевода, дисфункция кардиальной

части желудка, спастическое состояние привратника и нарушение двигательной функции ДПК и желудка. При этом возникает желудочно-пищеводный рефлюкс, вызывающий изжогу. Чаще всего изжога появляется при повышении кислотности желудочного сока.

5. При поверхностной ориентировочной пальпации можно выявить локализацию болезненности и напряжение мышц брюшной стенки, а также расхождение прямых мышц живота и грыжи белой линии.

Задача №18.

Больной Р., 43 года, фармацевт. Жалуется на голодные, поздние и ночные боли в правом подреберье, изжогу, отрыжку, аппетит сохранен и даже повышен. Боли с юношеских лет, обострения наступают в осеннее время года, много курит, питается нерегулярно. При осмотре, больной пониженного питания, при поверхностной и глубокой пальпации болезненность в эпигастрии, положителен симптом Менделя.

1. О каком заболевании следует думать?
2. Какие боли относят к поздним?
3. Последовательность глубокой пальпации живота?
4. Как определяется симптом Менделя?
5. Что такое изжога?

Эталон ответа:

1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

2. Через 1,5-2 часа после приема пищи.

3. Сигмовидная, слепая, восходящий и нисходящий отдел ободочной кишки, определение нижней границы желудка, поперечно-ободочная кишка, привратник, большая и малая кривизна желудка.

4. Болезненность передней брюшной стенки при перкуссии.

5. Проявляется ощущением жжения в эпигастрии и за грудиной в результате заброса.

Задача № 19.

Больной Н, 18 лет студент. Жалуется на коликообразные боли в животе, усиливающиеся перед дефекацией. Стул жидкий, часто со слизью и кровью. Заболел остро. При пальпации болезненна и спастически сокращенная толстая кишка.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Что такое тенезмы?
3. Причины появления болей при данной патологии?
4. Где пальпируется сигмовидная кишка?
5. Какой симптом при пальпации живота сигнализирует о перитоните?

Эталон ответа:

1. Дизентерия.

2. Тенезмы - ложные болезненные позывы на дефекацию.

3. Боли в кишечнике возникают вследствие спазма кишечной стенки или ее растяжения.

4. В левой подвздошной области.

5. Симптом Щеткина – Блюмберга

Задача №20

Больной Н., 20 лет, студент, обратился с жалобами на боли в эпигастрии через 30-40 минут после еды, изжогу, проявляющуюся чувством жжения за грудиной, отрыжку воздухом. В ходе расспроса выяснилось, что перечисленные симптомы беспокоят около 2 месяцев, за медицинской помощью не обращался, не обследовался, для купирования боли принимал маалокс по совету родственников с положительным эффектом, а за последнюю неделю эффект от приема маалокса отсутствовал, болевой синдром усилился, курит в течение 3 лет по 2 пачки сигарет в день, не соблюдает режим питания. Наследственность отягощена (у отца была язва желудка, осложненная прободением). При пальпации живота выявляется болезненность в эпигастральной области, преимущественно слева,

равномерно участвует в дыхании, мышечного напряжения нет, симптомов раздражения брюшины нет.

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз
2. Как называются боли, возникающие через 30 минут после еды?

Эталон ответа:

1. Хронический гастрит неуточненной этиологии.

2. Боли, возникающие через 30 минут после еды, называются «ранними».

Задача № 21.

Пациентка 18 лет, поступила в отделении гастроэнтерологии с жалобами на слабость, периодические боли в животе.

Из анамнеза: около 2-3 месяцев назад стали беспокоить периодические боли в животе, головные боли, утомляемость, испортился почерк. При обследовании в поликлинике выявлено повышение трансаминаз до 2-3 норм, маркеры гепатитов А, В, С – отрицательные.

При поступлении: состояние средней тяжести, самочувствие удовлетворительное. Телосложение правильное, питание удовлетворительное. Рост 175 см, вес 58 кг. Кожные покровы бледно-розовые, на коже лица и спины единичные элементы угревой сыпи. Видимые слизистые розовые, чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система без особенностей. Носовое дыхание не затруднено. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, безболезненный. Печень + 3 см из-под края реберной дуги, плотно-эластичной консистенции, безболезненная; селезенка не пальпируются. Стул регулярный, оформленный, коричневый. Симптом «поколачивания» отрицательный. Мочеиспускание свободное. Сознание ясное, контакт с окружающими адекватный, психическое развитие по возрасту. Менингеальной и очаговой симптоматики нет.

Результаты лабораторно-инструментальных исследований:

общий анализ крови: эр4,29 х 10^{12}/л, лейкоциты 7,6 х 10^{9}/л, Нв 135 г/л, л п-1, с-49, л-38, эоз-2, баз-1, мон-9, тромбоциты 200х10^{9}/л, СОЭ 3 мм/час.
общий анализ мочи: цвет- желтый, плотность 1024,pH 6.0, белок – отр., глюкоза – отр., уробилиноиды – отр., эпителий плоский немного, переходный – нет, эритроциты измененные 0-1 в п/зр, лейк.0-1 в п/зр, слизь – много, оксалаты – немного.
Б/х крови: общий белок 65 г/л, альбумин 35 г/л, мочевина 4.2 ммоль/л, креатинин 65.9 ммоль/л, билирубин общ. 16.2 мкмоль/л, билирубин прямой 2.7 мкмоль/л, АЛТ 156 Ед/л, АСТ 90.2 Ед/л, ЩФ 154 (норма 42-110) Ед/л, ЛДГ 150 (100-320) Ед/л, ГГТП 56 (норма 5.0-35.0) Ед/л, глюкоза 4.5 ммоль/л.
Уровень альфа-1-антитрипсина: 110 мг/дл (норма 88.0-174.0)
Уровень церулоплазмина в сыворотке 8,50 мг/дл (норма 22.0-58.0).
Суточный объем меди в моче: 209,2 мкг/сут (норма<50 мкг/л).
Проба с Д-пеницилламином: суточный объем меди в моче 799,2 мкг/сут
УЗИ органов брюшной полости: негрубые диффузные изменения паренхимы печени с легкими гемодинамическими нарушениями. Реактивные изменения поджелудочной железы, тутолщение стенок желчного пузыря.
Эластометрия печени: стадия фиброза F1-2 по METAVIR.
1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Перечислите дополнительные лабораторно-инструментальные исследования и предположите результаты.
3. Современные методы лечения.
Эталон ответа:

1. **Болезнь Вильсона-Коновалова, смешанная форма**
2. **молекулярно-генетического тестирования (в т.ч. полное секвенирование гена ATP7B), МРТ головного мозга, консультация окулиста (выявление колец Кайзера-Флэйшера), ЭКГ, Эхо-КГ, пункционная биопсия печени**
3. **Диетотерапия, хелатная терапия, препараты цинка.**

Вопросы для собеседования.

1. Абдоминальная боль: определение понятий, механизмы формирования. Клинико-патофизиологическая стандартизация оценки абдоминальной боли. Принципы терапевтической тактики при абдоминальной боли.

Эталон ответа: **спастическая боль или колика, которая возникает в результате спазма гладкой мускулатуры желудочно-кишечного тракта. Чаще всего такая боль характеризуется резкими спазмами сфинктеров, гладкой мускулатуры, характерных для полых органов, таких как желчный пузырь, желчные протоки. Механизмом абдоминальной боли является висцеральная боль, которая вызывается повышением давления, растяжением, натяжением, расстройством кровообращения во внутренних органах и может быть результатом как органических, так и функциональных заболеваний. Клиника: боль обычно носит характер тупой, спастической, жгучей, не имеет четкой локализации. Нередко сопровождается разнообразными вегетативными проявлениями потливостью, беспокойством, тошнотой, рвотой, бледностью.**

Лечение: спазмолитические, М-холиноблокаторы, блокаторы натриевых каналов, блокаторы фосфодиэстеразы, ИПП.

2. Диарея и запор: определение понятий, механизмы формирования. Клинико-патофизиологическая стандартизация оценки диареи и запора. Принципы терапевтической тактики при диарее и запоре.

Эталон ответа: **диарея-жидкий или кашицеобразный, обязательно каловый стул, суточный объем (масса) которого превышает максимальную физиологическую норму - 250 мл (г). Обычно сопровождается болью, урчанием в животе, метеоризмом, тенезмами. Механизм: кишечная гиперсекреция и повышение скорости транзита кишечного содержимого, вызываемые желчными кислотами.**

Клиника: стул частый, жидкий (водянистый), может содержать слизь и кровянистые прожилки, вздутие живота, боль, тошнота и рвота.
Лечение: диетическое питание, антибиотики, патогенетическое лечение (ферменты, ИПП, прокинетики) лечение последствий длительной диареи (регидратация, восстановление электролитного баланса). Симптоматические средства (адсорбенты, обволакивающие и вяжущие средства, нейтрализующие органические кислоты, противодиарейные).
Запор — это нарушение процесса дефекации, проявляющиеся в отсутствии стула больше 2-3-х суток или неполноценном опорожнении кишечника.
Механизм: повышенное всасывание воды в толстой кишке;
замедленный транзит каловых масс по толстой кишке; неспособность пациента произвести акт дефекации.
Клиника: дефекация при запоре характеризуется выраженной напряженностью, требует значительных усилий. Снижение аппетита, отрыжка воздухом, нарушение сна, снижение настроения, неврастенические расстройства, вздутие живота.
Лечение: Слабительные препараты; Энтеросорбенты; Антибиотики; Спазмолитики; Дезинтоксикационные растворы.

3. Тошнота и рвота определение понятий, механизмы формирования. Клинико-патофизиологическая стандартизация оценки тошноты и рвоты. Принципы терапевтической тактики при тошноте и рвоте.
Эталон ответа: **тошнота представляет собой неприятное ощущение в подложечной области. Она обычно предшествует рвоте, но часто является и самостоятельным симптомом.**
Рвота — извержение желудочного или кишечного содержимого через рот и носовые ходы наружу.
Тошнота и рвота являются важнейшими защитными механизмами, предохраняющими организм человека от попадания в него различных токсичных веществ.

Патогенез: центральная тошнота, рефлекторная тошнота, гематогенно-токсическая тошнота.

Нередко тошнота сопровождается вазомоторными реакциями: слабостью, головокружением, полуобморочным состоянием, бледностью кожных покровов, повышенным потоотделением, слюнотечением.

Лечение: прокинетики, антисекреторные препараты, антибиотики, противорвотные средства, ферментные препараты.

4. Изжога: определение понятий, механизмы формирования. Клинико-патофизиологическая стандартизация оценки изжоги. Принципы терапевтической тактики при изжоге.

Эталон ответа: **изжога – это ощущение дискомфорта или чувства жжения за грудиной, распространяющегося кверху от эпигастральной (подложечной) области по ходу пищевода, так или иначе связанное с забросом желудочного содержимого в пищевод (гастроэзофагеальный рефлюкс).**

Механизм: повышение внутрибрюшного давления, повреждающее воздействие на эзофагеальную слизистую, ослабленный кардиальный сфинктер, недостаточное переваривание пищи, преобладание бродильных процессов.

Клиника: жжение в области проекции желудка и выше по пищеводу; чувство переполнения над эпигастрием; ощущение горечи и кислоты во рту; нарушения аппетита;

усиление дискомфорта при наклонах и в положении лежа.

Лечение: Антациды, прокинетики, ферментные препараты, ИПП.

5. Желудочно-кишечные кровотечения. Классификация. Этиология, патогенез. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Показания к хирургическому лечению.

Эталон ответа: **желудочно-кишечные кровотечения - синдромальный диагноз, объединяющий осложненное кровотечением течение различных**

заболеваний желудочно-кишечного тракта. Классификация ЖКК: продолжающееся, профузное (как правило, с геморрагическим шоком), остановившееся и рецидивное. По степени: легкое, средней степени, тяжелое. Этиология: заболевания верхних и нижних отделов ЖКТ. Патогенез сложен и многогранен. Диагностика эндоскопическая, рентгенологическая, радиоизотопная. Диф.диагностика: легочное кровотечение, носовое кровотечение, кровотечение варикозно расширенных вен. Лечение эндоскопическое, консервативное (ИПП, коллоидные плазмозаменители, ГКС, переливание свежезамороженной плазмы). Показания к хирургичечскому лечению: невозможность эндоскоп. гемостаза, рецидивирующее кровотечения, состояние шока.

6. Синдром мальабсорбции. Определение понятий. Этиология, патогенез. Классификация, морфологические и клинические параллели. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Принципы оценки нутритивного статуса в клинической картине.

Эталон ответа: **синдром мальабсорбции - клинический симптомокомплекс, который возникает вследствие нарушения пищеварительно-транспортной функции тонкой кишки, что приводит к метаболическим расстройствам. Этиология: первичные и вторичные заболевания ЖКТ. Патогенез- нарушение: полостного пищеварения; мембранного (пристеночного) пищеварения; Классификация синдрома мальабсорбции: врожденный, приобретенный. По степени тяжести: I, II, III. Клиника различается в зависимости от степени тяжести. Осложнения: анемия, недостаточность питания, нарушения репродуктивной функции. Диагностика: лабораторная (ОАК, БАК, Копрограмма); Инструментальная (рентгенологическая, аспирационная биопсия). Нутритивный статус в клинической картине: периферические отеки, признаки поливитаминной недостаточности, нарушения эндокринного обмена.**

7. Гастро-эзофагеальная рефлюксная болезнь. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

Эталон ответа: **гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь — это хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное нарушением моторно-эвакуаторной функции органов гастроэзофагеальной зоны, характеризующееся регулярно повторяющимся забросом в пищевод желудочного и в ряде случаев дуоденального содержимого. ГЭРБ-кислотозависимое заболевание. ГЭРБ-заболевание с исходным нарушением двигательной функции верхних отделов ЖКТ. Патогенез: повышенное давление в желудке, брюшной полости; недостаточность "запирательного" механизма кардии; снижение клиренса пищевода; снижение резистентности слизистой оболочки пищевода. Классификация: Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом; Гастроэзофагеальный рефлюкс без эзофагита. И по степени распространенности заболевания: A; B; C; D. Клиника: Пищеводные (типичные, атипичные); Внепищеводные проявления. Осложнения: язвы пищевода, кровотечения, пептическая стриктура, пищевод Барретта. Диагностика: анамнестические данные, инструментальное обследование (эндоскопическое; рентгенологическое; pH- метрия; pH-импедансометрия). Лечение: Антациды, Эзофагопротекторы, прокинетики, ИПП.**

8. Ахалазия. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

Эталон ответа: **Ахалазия кардии-идиопатическое нервно-мышечное заболевание, проявляющееся функциональным нарушением проходимости кардии вследствие дискоординации между глотком, рефлекторным раскрытием нижнего пищеводного сфинктера, и двигательной и тонической активностью гладкой мускулатуры пищевода. Этиология и**

Патогенез: три основные гипотезы: генетическая, аутоиммунная и инфекционная. Классификация: в зависимости от течения 4 стадии. Клиника: прогрессирующая дисфагия, регургитация и загрудинные боли, связанные с неполным опорожнением пищевода и хроническим эзофагитом. Осложнения: перфорацию пищевода, ГЭРБ, застойный эзофагит, вздутие живота. Диагностика: рентгенография пищевода с контрастированием, ЭГДС и манометрия. Диф.диагностика: кардиоэзофагеальным раком, пептической стриктурой, ИБС, врожденными мембранами и кольцами пищевода, неврогенной анорексией. Лечение: блокаторы кальциевых каналов, нитраты. Ступенчатая баллонная пневматическая дилатация.

9. Дивертикулы пищевода. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

Эталон ответа: **Дивертикулы пищевода – это выпячивания стенки пищевода в виде мешка или слепой трубки, сообщающиеся с просветом пищевода. Такое выпячивание может нарушать функцию глотания и продвижения пищи в пищеводе. В полости выпячивания может задерживаться и накапливаться пища, возникать воспалительные процессы. Этиология: врожденные, приобретенные. Патогенез: пульсионное и тракционное выпячивание. Классификация: по месту расположения, по механизму образования, по происхождению и времени, по типу строения. Клиника: клинические проявления дивертикулов пищевода зависят от их локализации. Осложнения: флегмона шеи, медиастинит, образование пищеводно-медиастинального свища, сепсис. Диагностика: эндоскопическая, рентгенологическая, манометрия, КТ ОГК. Диф диагностика с: ГЭРБ, эзофагоспазмом, параэзлфагеальной грыжей, стриктурами пищевода, ахалазией кардии, раком пищевода, кистой средостения, стенокардией, ИБС. Лечение: в случае воспалений**

пищеварительной системы: обезболивающие, противовоспалительные, антибактериальные препараты.

10. Стриктуры пищевода. Определение понятий. Этиология, патогенез. Классификация, морфологические и клинические параллели. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение.
Эталон ответа: **стриктура пищевода — это патологическое сужение просвета пищевода в результате воспаления, фиброзных или диспластических изменений в области собственно сужения. Этиология и патогенез: коррозивный эзофагит, обусловленный химическими и термическими ожогами, инфекционными поражениями, рефлюкс-эзофагит и др. Пролиферативная стадия воспаления приводит к образованию рубцов и разрастаниям соединительной ткани. Классификация: доброкачественные, злокачественные; по протяженности; по степени хим.ожога; по эндоскопическому сужению.**
Клиника: дисфагия, нарушение аппетита и питания, одинофагия, боль в груди, снижение массы тела.
Осложнения: дивертикулит, аспирация пищевыми массами, пневмонии.
Диагностика: эндоскопическая, рентгенологическая, pH-метрия, манометрия.
Диф.диагностика: врожденная и приобретенные заболевания, травмы.
Лечение: баллонная дилатации, местные инъекция стероидов, ИПП.

11. Хронические вирусные гепатиты. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клинические симптомы Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Современная терапия.
Эталон ответа: **хронический гепатит продолжается> 6 месяцев. Распространенные причины включают вирусы гепатита B и C, неалкогольный стеатогепатит (НАСГ), заболевание печени, связанное с злоупотреблением алкоголя и аутоиммунное заболевание печени**

(аутоиммунный гепатит). Многие пациенты не имеют истории острого гепатита, и первым признаком заболевания у них является обнаружение бессимптомного повышения сывороточных аминотрансфераз.

Патогенез: Ведущим патогенетическим механизмом при хроническом вирусном гепатите служит нарушение взаимодействия иммунных клеток с содержащими вирус гепатоцитами. При этом отмечается дефицит Т-системы, депрессия макрофагов, ослабление системы интерфероногенеза, отсутствие специфического антителогенеза в отношении антигенов вирусов, что в конечном итоге нарушает адекватное распознавание и элиминацию иммунной системой антигенов вирусов на поверхности гепатоцитов.

Клиническая картина: у многих пациентов заболевание протекает бессимптомно, независимо от этиологии. Тем не менее общее недомогание, анорексия, усталость являются общими симптомами, иногда с субфебрильной температурой и неспецифическим дискомфортом в верхней части живота, проявление геморрагического синдрома. Желтуха, как правило, отсутствует.

Зачастую, первыми симптомами являются:

- **Признаки цирроза (например, спленомегалия, звёздчатые гемангиомы, ладонная эритема)**
- **Осложнения цирроза (например, портальная гипертензия, варикозное кровотечение, асцит, энцефалопатия, рак печени)**

У некоторых пациентов с хроническим гепатитом развиваются признаки холестаза (например, желтуха, зуд, обесцвеченный стул, стеаторея).

Диагностика: диагностика хронической HBV – инфекции: устанавливают на основании выявления HbsAg; Диагностические маркеры хронической HBV - инфекции - репликативная фаза HbsAg, HbeAg, HBV DNA, анти-HBc IgG. -Нерепликативная фаза HbsAg, анти-HBe, анти-HBc IgG («HBsAg – носитель»). Наличие HbeAg отражает контагиозность, репликацию вируса. Об активности патологического процесса судят по активности АлАТ и

АсАТ, соотношение которых при вирусном гепатите как 1: 1,3 и более. Морфологические признаки хронического гепатита В: Гидропическая дистрофия гепатоцитов вплоть до балонной. Очаги некроза гепатоцитов. Лимфогистоцитарная инфильтрация. Фиброз портальных трактов. «Матовостекловидные» гепатоциты – маркер HbsAg «Песочные» ядра – маркер HBcAg HbsAg

Лечение: лактулоза, пре- и пробиотики: лактобактерин, бифидумбактерин (при наличии клинических симптомов дисбиоза), метионин, урсодеоксихолиевая кислота, эссенциальные фосфолипиды, азатиоприн (имуран), и кортикостероиды (при аутоиммунном гепатите), альбумин и плазма. Этиотропная терапия хронического вирусного гепатита требует назначения противовирусных препаратов: синтетических нуклеозидов, интерферонов и др.

12. Микозы органов пищеварения. Клинические симптомы. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение.

Эталон ответа: **микозы ЖКТ — патологические состояния, развившиеся вследствие поражения пищеварительных органов дрожжеподобными, плесневыми, диморфными грибами. Манифестации микозов часто предшествуют другие патологические состояния, способствующие патологической активации условно-патогенной флоры за счет снижения местной защитной реакции слизистой ЖКТ, угнетения иммунных сил организма. Специалисты в сфере гастроэнтерологии и микологии выделяют следующие предпосылки к развитию желудочно-кишечного микотического заболевания: Физиологическая иммунная недостаточность. Естественное снижение иммунитета наблюдается у беременных, связано с необходимостью поддержания гестации. Незрелость иммунной системы характерна для новорожденных, риск инфицирования возрастает при недоношенности и наличии генитального кандидоза у матери. В пожилом возрасте отмечается инволютивное угасание защитных сил.**

- **Патологический иммунодефицит. Несостоятельность иммунной системы лежит в основе ВИЧ-инфекции и ее клинически выраженной формы — СПИД; сахарном диабете; онкогематология.**
- **Ятрогенные факторы (при использовании кортикостероидов, цитостатиков)**
- **Повреждения слизистой оболочки ЖКТ.**

<u>Клиническая картина</u>: При орофарингеальной локализации микоза у пациента возникают боли во время приема пищи, неприятный привкус во рту, на слизистой оболочке щек и языка появляются белые налеты. Поражение пищевода и желудка характеризуется болью при глотании, дисфагией, изжогой, отрыжкой, тошнотой и рвотой, дискомфортом в эпигастральной области, снижением аппетита. При прогрессировании заболевания в процесс вовлекаются нижележащие отделы ЖКТ, что клинически проявляется диареей с примесями слизи и крови, болезненностью в левой подвздошной области.

Диагностика: Эзофагогастродуоденоскопия. Характерные признаки микозов при эндоскопии — гиперемия, выраженная отечность и контактная ранимость слизистой оболочки, наличие белесоватого налета, язвенных дефектов. Во время исследования производится забор материала (налетов, биоптатов) для гистологического и цитологического анализа. Микробиологическое исследование биоптата. Окраска материала по Грамму, Романовскому-Гимзе позволяет определить грибки в материале, что подтверждает диагноз микоза.

Лечение: Антимикотики. По результатам наблюдений, наиболее эффективной является терапия триазолами. Средства этой группы угнетают систему цитохрома Р-450 и синтез эргостерола клеточных мембран, нарушая рост и репликацию кандид и криптококков. Пробиотики. Препараты, в которых содержатся непатогенные и нетоксигенные микроорганизмы, позволяют восполнить естественную микрофлору.

13. Поражение органов пищеварения при системных заболеваниях соединительной ткани. Клинические симптомы. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение.

Эталон ответа: **системные заболевания соединительной ткани (СЗСТ) — аутоиммунные заболевания неизвестной причины, характеризующиеся повышенной выработкой аутоантител с развитием иммуно-воспалительного повреждения тканей и внутренних органов. СЗСТ относятся к наиболее сложным в плане диагностики и лечения формам патологии среди заболеваний внутренних органов. Склеродермический эзофагит – это неэрозивные или эрозивные изменения пищевода, возникающие на фоне системной склеродермии. Сопровождается загрудинной болью, отрыжкой, изжогой, дисфагией, потерей веса. Основным этиологическим фактором выступает системный склероз, который сопровождается поражением кожи и внутренних органов. Патология ЖКТ при ССД встречается у 90% больных, при этом пищевод является наиболее часто поражаемым органом. Возникновение склеродермического эзофагита связано с рефлюксом агрессивного желудочного содержимого, повреждением стенок пищевода и развитием хронического воспаления.**

При наличии жалоб проводится расширенная диагностика, включающая следующие методы:

- **Рентгеноскопия пищевода: сохранение перистальтики в верхних отделах, снижение тонуса в средней и нижней трети. Типичный признак склеродермического эзофагита – феномен «стеклянного пищевода»: после приема бариевого контраста и его эвакуации часть бария остается на стенках пищевода, как на стеклянной поверхности.**
- **ВГДС. При эзофагоскопии в верхней части пищевода визуализируется неизмененная слизистая оболочка, в нижней части – отечная и гиперемированная слизистая, нередко с эрозиями ярко-розового цвета**

различного размера.

- **Биопсия.**
- **Эндоскопическая ультрасонография. Выявляет значительное утолщение пищеводной стенки в проксимальной части органа, что указывает на увеличение фибриновых волокон в подслизистом и мышечном слое.**
- **Функциональные исследования. Манометрия пищевода позволяет определить низкий тонус НПС, уменьшение частоты и амплитуды перистальтических движений в нижних отделах пищевода. Суточное pH-мониторирование фиксирует большое количество эпизодов гастроэзофагеального рефлюкса, нарушения клиренса пищевода.**

Для оценки степени активности ССД проводятся лабораторные тесты: клинический анализ крови, исследование С-реактивного белка, гамма-глобулинов, антител к антигену SCL-70, оценка экскреции оксипролина в суточной моче. Возможно морфологическое исследование кожного биоптата.

Склеродермические изменения пищевода дифференцируют с другими формами эзофагита: инфекционным; лекарственным; радиационным; эозинофильным; при аутоиммунных заболеваниях (в т. ч. при ревматоидном артрите); при сахарном диабете.

Консервативная терапия: основными направлениями медикаментозного лечения при эзофагите на фоне ССД являются снижение активности основного заболевания и гастроэзофагеального рефлюкса: Терапия ССД. Включает применение вазоактивных (вазодилататоров, антиагрегантов), иммуносупрессивных (цитостатиков, ГКС), антифиброзных (противовоспалительных), биологических препаратов (моноклональных антител). Антирефлюксная терапия. Проводится длительно, иногда постоянно. На сегодняшний день оптимальным подходом признано применение ингибиторов протонного насоса. В меньшей степени эффективны и предпочтительны антациды, блокаторы Н2-гистаминовых

рецепторов, прокинетики. Хирургическое лечение-в случаях низкой эффективности консервативной терапии рефлюкс-эзофагита (при сохранении жалоб, эрозий пищевода) или при его осложненном течении.

14. Язвенная болезнь желудка. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

Эталон ответа: **язвенная болезнь (ЯБ) представляет собой хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии, ведущим проявлением которого служит образование дефекта (язвы) в стенке желудка и двенадцатиперстной кишки.**

Этиология и патогенез: нарушение равновесия между факторами кислотно-пептической агрессии желудочного содержимого и элементами защиты слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

Клиника: боль, отрыжка кислым, запоры, тошнота, рвота.

Осложнения: кровотечение, перфорация и пенетрация язвы, формирование рубцово-язвенного стеноза привратника, малигнизация язвы.

Диагностика: эзофагогастродуоденоскопия, диагностика инфекции H. pylori.

Лечение: ИПП, блокаторы Н2-рецепторов, антациды, эррадикация H. pylori.

15. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

Эталон ответа: **язвенная болезнь (ЯБ) представляет собой хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии, ведущим проявлением которого служит образование дефекта (язвы) в стенке желудка и двенадцатиперстной кишки.**

Этиология и патогенез: нарушение равновесия между факторами кислотно-пептической агрессии желудочного содержимого и элементами защиты слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

Клиника: боль, отрыжка кислым, запоры, тошнота, рвота.

Осложнения: кровотечение, перфорация и пенетрация язвы, формирование рубцово-язвенного стеноза привратника, малигнизация язвы.

Диагностика: эзофагогастродуоденоскопия, диагностика инфекции H. pylori.

Лечение: ИПП, блокаторы Н2-рецепторов, антациды, эррадикация H. pylori.

16. Функциональная диспепсия. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

Эталон ответа: **Определение: комплекс жалоб, включающих в себя боли и чувство жжения в подложечной области, ощущение переполнения в эпигастрии после еды и раннее насыщение, которые отмечаются у больного в течение 3 последних месяцев (при их общей продолжительности не менее 6 месяцев) и которые не могут быть объяснены органическими заболеваниями.**

Этиология: наследственная предрасположенность.

Патогенез: расстройства двигательной функции желудка и ДПК .

Классификация: синдром болей в эпигастрии, постпрандиальный дистресс-синдром — ППДС

Клиника: Боли в эпигастральной области. Чувство жжения в эпигастральной области. Чувство переполнения в эпигастральной области после еды. Раннее насыщение.

Диагностика: ОАК, БХ-крови, анализ кала на скрытую кровь, ФГДС с биопсией, УЗИ ОБП

Лечение: антациды, блокаторы Н2-рецепторов, антациды, эррадикация H. pylori, прокинетики.

17. Хронический хеликобактерный гастрит. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

Эталон ответа: хронический гастрит – группа хронических заболеваний, которые морфологически характеризуются персистирующим воспалительным инфильтратом и нарушением клеточного обновления с развитием кишечной метаплазии, атрофии и эпителиальной дисплазии в слизистой оболочке желудка.

Этиология: H. pylori.

Патогенез: сложен и многогранен.

Клиника: диспепсия, боль.

Диагностика: тесты на хеликобактер пилори, инструментальные и лабораторные исследования.

Лечение: эрадикационная терапия.

18. Атрофический гастрит. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

Эталон ответа: **аутоиммунный гастрит (АИГ) – аутоиммунное заболевание, которое характеризуется выработкой антител к париетальным клеткам и внутреннему фактору с последующей атрофией СО тела и дна желудка**

Этиология неизвестна. Патогенез сложен и многогранен.

Клиника: гастроэнтерологического, гематологического и неврологического синдромов.

Диагностика: эндоскопические и гистологические метод

Лечение: висмута трикалия дицитрат или ребамипид.

19. Болезни оперированного желудка. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

Эталон ответа: **патологические синдромы после операций на желудке – это особый вид осложнений, связанных с перестройкой пищеварения вследствие операции.**

Этиология: изменением физиологических условий функционирования органов ЖКТ, так и врачебными ошибками

Клиника: проявляется диспепсическими расстройствами, болью в эпигастрии, вазомоторными и нейровегетативными реакциями, метаболическими и нутриционными нарушениями.

Диагностика: рентгенографии желудка, эзофагогастродуоденоскопии, общего и биохимического анализа крови.

Лечение: используют серотониновые, симпато- и холиноблокаторы, заместительную ферментную терапию, седативные средства, спазмолитики, прокинетики, антибактериальные препараты.

20. Синдром раздраженной кишки. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

Эталон ответа: **СРК — функциональное расстройство кишечника, проявляющееся рецидивирующей болью в животе, возникающей по меньшей мере 1 раз в неделю, которая характеризуется следующими признаками (двумя и более): связана с дефекацией, сочетается с изменением ее частоты или формы кала. Эти симптомы должны отмечаться у больного в последние 3 месяца при общей продолжительности наблюдения не менее 6 месяцев.**

Этиология и патогенез синдрома раздраженного кишечника изучены недостаточно.

Клиника: кишечные и внекишечные проявления

Классификация: СРК с запором, СРК с диареей, смешанный вариант
Диагностика: инструментальная и лабораторная диагностика.
Лечение: препарат для: купирования боли, купирования диареи, лечения запора, пробиотики, психотропные препарат.

21. НПВП-ассоциированные поражения пищеварительной трубки. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.
Эталон ответа: Определение: это эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки пищеварительной трубки, возникающие в хронологической связи с приемом НПВП и/или препаратов ацетилсалициловой кислоты (АСК)
Этиология: НПВП.
Патогенез: многообразен.
Диагностика: длительный прием НПВП, наличие факторов риска, инструментальные и лабораторные методы исследования.
Лечение: отмена неселективных НПВП; ИПП, рибамипид.

22. Ишемические поражения органов ЖКТ. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.
Эталон ответа: **хроническая ишемическая болезнь органов пищеварения (ХИБОП) – заболевание, возникающее при нарушении кровообращения по непарным висцеральным ветвям брюшной аорты (чревному стволу, верхней и нижней брыжеечной артериям), клинически проявляющееся болями в животе, обычно возникающими после приема пищи, нарушениями моторно–секреторной и абсорбционной функции кишечника и у части больных – прогрессирующим похуданием.**
Этиология: интравазальные и экстравазальные причины.
Патогенез: сложен и многообразен.

Клиническая картина: две основные формы-острая и хроническая.
Диагностика: сбор анамнеза, лабораторные и инструментальные исследования.
Лечение: консервативное и хирургическое.

23. Воспалительные заболевания кишечника. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.
Эталон ответа: **воспалительные заболевания кишечника (ВЗК), к которым относятся язвенный колит (ЯК) и болезнь Крона (БК), были и остаются одной из наиболее серьезных проблем в современной гастроэнтерологии.**
Этиология неизвестна.
Патогенез многообразен и сложен.
Клиническая картина: кишечные и внекишечные проявления.
Диагностика: эндоскопическая, морфологическая, рентгенологическая.

24. Синдром избыточного роста бактерий в кишечнике. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.
Эталон ответа: **синдром избыточного бактериального роста (СИБР) – патологическое состояние первичного или вторичного генеза, характеризующееся повышенным количеством и/или нарушением состава микробиоты в тонкой кишке, проявляющееся нарушением функций кишечной микробиоты, пищеварения и развитием мальабсорбции.**
Этиология: многообразна.
Патогенез: основан на изменении метаболических и иммунологических процессов.
Клиника: болевой и диспепсический синдром.
Диагностика: лабораторная, культуральная, инструментальная.
Лечение: антибиотики, пробиотики, элементарная диета.

25. Эндометриоз кишечника. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

Эталон ответа: эндометриоз кишечника *(Endometriosis of intestine)* — это заболевание, при котором в кишечнике разрастаются ткани внутренней слизистой оболочки матки.

Этиология: имплантационная теория, эбриональная теория, превращение нормальных клеток брюшной полости в эндометрий.

Патогенез: до конца не изучен.

Клиника: кишечное кровотечение, кишечная непроходимость, перфорация кишки, свищ между кишкой и влагалищем.

Диагностика: устанавливается на основании сбора жалоб и анамнеза, осмотра и инструментальных методов.

Лечение: комплексное.

26. Амилоидоз кишечника. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

Эталон ответа: **амилоидоз — группа заболеваний, характеризующихся внеклеточным отложением в тканях и органах фибриллярного белка (амилоида), состоящих из β-складчатых пластин.**

Этиология: до конца не изучена

Патогенез: теория диспротеиноза, локального клеточного генеза, иммунологическая и мутационная теории

Клиника: клинические проявления амилоидоза отличаются многообразием и зависят от выраженности и локализации амилоидных отложений, биохимического состава амилоида, «стажа» заболевания, степени нарушения функции органов.

Диагностика: сбор анамнеза, инструментальная и лабораторная диагностика.

Лечение: проводится иммунодепрессивная и симптоматическая терапия.

27. Туберкулез кишечника. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

Эталон ответа: **туберкулез кишечника – хроническое инфекционное заболевание, вызванное микобактериями; характеризующееся формированием в кишечной стенке специфических гранулем с дальнейшим расплавлением очага, образованием полости и фиброзированием при санации.**

Этиология: микобактерия туберкулеза.

Патогенез: различают первичный и вторичный туберкулез.

Клиника: отсутствие специфических симптомов.

Диагностика: лабораторные, эндоскопические, рентгенологические.

Лечение: проводится в специализированных отделениях противотуберкулезных диспансеров.

28. Функциональный запор. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

Эталон ответа: **первичный (функциональный) запор - заболевание функциональной природы, при котором отсутствуют органические (структурные) изменения.**

Этиология: до конца не изучена.

Патогенез: многогранна.

Клиника: урежение частоты стула до 3 раз в неделю

Диагностика: сбор жалоб и анамнеза, лабораторные и инструментальные исследования.

Лечение: Лечение хронического запора должно быть комплексным и включать в себя изменение образа жизни (увеличение физической нагрузки), характера питания, прием лекарственных препаратов.

29. Функциональная диарея. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.
Эталон ответа: **функциональная диарея - непрерывный или рецидивирующий синдром, характеризующийся отхождением мягкого (кашицеобразного) или водянистого стула не менее чем в 75% случаев дефекации, без наличия боли в животе или дискомфорта, с частотой более 3 раз в сутки.**
Этиология и патогенез функциональной диареи не установлены.
Клиническая картина: утренняя или дневная диарея; частый стул; императивные позывы на дефекацию; вздутие живота.
Диагностика эндоскопическая, рентгенологическая. Дифференциальную диагностику следует проводить заболеваниями функциональной и органической природы. Лечение основано на устранении и/или лечении отягчающих факторов.

30. Болезнь Крона. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия
Эталон ответа: **Болезнь Крона (БК) - хроническое, рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта неясной этиологии, характеризующееся трансмуральным, сегментарным, гранулематозным воспалением с развитием местных и системных осложнений.**
Этиология неизвестна, Патогенез сложен и многогранен. Классификация терминальный илеит, колит или илеоколит. Клиническая картина заболевания: проявления заболевания различаются в зависимости от

сегмента поражения. Диагностика эндоскопическая, морфологическая, рентгенологическая. Лечение: системные ГКС, иммуносупрессоры, 5-АСК, биологические генно-инженерные препараты.

31. Язвенный колит. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

Эталон ответа: **Язвенный колит (ЯК) – хроническое заболевание толстой кишки, характеризующееся иммунным воспалением ее слизистой оболочки.**

Этиология неизвестна, патогенез сложен и многогранен.

Классификация складывается исходя из протяженности поражения, характеру течения, тяжести атаки.

Клиническая картина включает четыре клинических синдрома.

Диагностика включает лабораторные и инструментальные исследования (Эндоскопические и порфологические). Лечебные мероприятия при ЯК включают в себя назначение лекарственных препаратов (ГКС, 5-АСК, иммуносупрессоры), хирургическое лечение и диетические рекомендации.

32. Дивертикулярная болезнь толстой кишки. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

Эталон ответа: **дивертикулярная болезнь (ДБ) – заболевание, характеризующееся клиническими проявлениями, обусловленными наличием дивертикулов, включая воспаление (дивертикулит) и его осложнения (перидивертикулит, абсцесс, перфорация дивертикула, свищ, перитонит, кровотечение).**

Механизм образования дивертикулов толстой кишки до конца не ясен, но известно, что одним из пусковых моментов является малое содержание клетчатки и высокое количество рафинированных углеводов в рационе.

Универсальной классификации ДБ не существует.
Клиническая картина при ДБ существенно варьирует в зависимости от формы заболевания и варианта осложнений.
Диагностика эндоскопическая, ультразвуковая, морфологическая.
Лечение зависит от формы ДБ.

33. Синдром короткой кишки. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.
Эталон ответа: **Синдром короткой кишки (СКК) – патологический синдром, обусловленный уменьшением всасывательной поверхности тонкой кишки, как правило, за счет сокращения ее протяженности в результате обширных резекций. Основная причина СКК - обширные резекции. Основные патофизиологические изменения зависят от объема и уровня резекции. Клиническая картина типична для заболеваний ЖКТ. Диагностика Ультразвуковая, эндоскопическая, морфологическая, рентгенологическая. Лечение: оказание нутритивной поддержки, проведение парентерального и частичного энтерального питания.**

34. Болезнь Уиппла. Спру тропическое. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.
Эталон ответ: **болезнь Уиппла - заболевание тонкой кишки инфекционного происхождения, характеризующееся закупоркой лимфатических сосудов тонкой кишки и других органов глюкозамино-гликановыми (мукополисахаридными) комплексами бактериального происхождения.**
В этиологии основное значение имеет грамположительная бацилла Tropheryma whippelii, патогенез сложен и многогранен. Клиническая картина разнообразна.

Диагностика эндоскопическая, морфологическая, рентгенологическая. Дифференциальная диагностика болезни Уиппла чрезвычайно затруднительна. Осложнения характеризуются кахексией, анемией, энергетической недостаточностью вследствие мальабсорбции.
Лечение: АБ-терапия, ГКС, коррекция дефицита витаминов.

35. Энтеропатии. Дисахаридазодефицитные энтеропатии. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

Эталон ответа: **дисахаридазо-дефицитные энтеропатии — поражение тонкого кишечника врожденного или приобретенного характера, обусловленное снижением активности или полным отсутствием одной или нескольких дисахаридаз.**
Этиология связана с дифицитом лактазы, инвертазы, трегалазы, патогенез сложен и многогранен.
Классификация: врожденная и приобретенная. Клиническая картина одинаковы при обоих типах.
Диагностика многоэтапна.
Лечение связано с коррекцией питания, медикаментозная терапия симптоматическая.

36. Глютеновая энтеропратия. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

Эталон ответа: **целиакия (глютеновая энтеропатия) – это хроническое аутоиммунное Т-клеточно-опосредованное полисиндромное заболевание, поражающее тонкую кишку, возникающая при употреблении глютен-содержащей пищи у генетически предрасположенных лиц с генотипом HLA-DQ2 или HLA-DQ8. Этиологическим фактором является глютен,**

патогенез сложен и многогранен. Классификация: классическая, атипичная, бессимптомная, латентная, птенциальная. Целиакия может проявляться разными клиническими симптомами и синдромами. Диагностика специфична: серологические тесты, эндоскопические, морфологические. Лечение: безглютеновая диета, симптоматическая терапия.

37. Антибиотикоассоциированная диарея. Псевдомембранозный колит. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

Эталон ответа: **антибиотикоассоциированная диарея (ААД) определяется как не связанная с другими причинами диарея (не менее трех эпизодов неоформленного стула в течение двух последовательных дней и более), развившаяся на фоне приема антибактериальных препаратов или в течение 8 недель после окончания их приема. Этиология: прием производных пенициллина и цефалоспорина, патогенез сложен и многранен.**

Клиническая картина ААД может варьировать от легкой преходящей диареи до тяжелых фатальных форм колита. Важным компонентом диагностики и дифференциальной диагностики является тщательная оценка особенностей клинической картины заболевания.

Лечение: отмена антибактериального препарата или снижение его дозы, симптоматическая терапия.

38. Хронический гепатит. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

Эталон ответа: **хронический гепатит — это диффузное воспалительно-дистрофическое поражение печени, характеризующееся гистио-лимфоплазмоцитарной инфильтрацией портальных полей, гиперплазией**

звездчатых ретикулоэндотелиоцитов, умеренным фиброзом в сочетании с дистрофией и некрозом печеночных клеток при сохранении дольковой структуры печени.

Этиология: вирусы гепатитов A, B, C, D, E, F, G, TTV, SENV, патогенез сложен и многогранен.

Классификация хронических гепатитов основана в соответствии с решением Всемирного конгресса гастроэнтерологов (Лос-Анджелес, 1994).

Клиническая картина хронического гепатита многообразна. Диагностика: ПЦР, морфологическое исследование, ультразвуковое. Дифференциальная диагностика хронических гепатитов требует исключения ряда заболеваний, сопровождающихся гепатомегалией и желтухой. В зависимости от вида и этиологии, лечение предусматривает проведение гепатопротекторной, иммуносупрессивной, дезинтоксикационной, противовирусной терапии.

39. Алкогольные поражения печени. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

Эталон ответа: **алкогольная болезнь печени (АБП) — повреждение паренхимы печени под воздействием употребления этанола. Этиология: употребление алкогольсодержащих напитков, патогенез сложен и многоранен. Клинические признаки АБП варьируют от полного отсутствия каких-либо симптомов (в большинстве случаев при алкогольном стеатозе) до классической картины тяжелых форм поражения печени с симптомами печёночной недостаточности и портальной гипертензии (при алкогольном циррозе).**

Диагностика комплексная, с использованием лабораторных и инструментальных методов, а также тестирование. Ведение пациентов, страдающих алкогольной зависимостью, целесообразно осуществлять

совместными усилиями специалистов соматического и наркологического звена.

40. Неалкогольная жировая болезнь печени. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.
Эталон ответа: **неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) – хроническое заболевание печени метаболического генеза у лиц с отсутствием экзогенных факторов токсического поражения печени (напр., этанол), обусловленное накоплением липидов в составляющих печеночную дольку клеточных элементах. Этиопатогенез НАЖБП подразумевает сложные взаимодействия между генетическими предпосылками, факторами внешней среды (характер питания и величина физической активности) и гормональными расстройствами. Классификация: По гистологическим признакам выделяют стеатоз, стеатогепатит (НАСГ) и цирроз печени в исходе НАЖБП. Клиническая картина: астенический, болевой, диспепсический синдромы. Диагностика: ультразвуковое исследование, морфологическое, лабораторное, использование специальных шкал и индексов. Лечение НАЖБП: диета, коррекция метаболических нарушений, лечение окислительного стресса.**

41. Цирроз печени. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.
Эталон ответа: **цирроз печени (ЦП)– это диффузный процесс, характеризующийся фиброзом и трансформацией нормальной структуры печени с образованием узлов. Этиология различна, патогенез сложен и многогранен. По морфологическим признакам ЦП классифицируют: макронодулярный (крупноузловой, микронодулярный (мелкоузловой, микро-макронодулярный (смешанный). Клиническая картина:**

характерно бессимптомное течение либо наличие асцита, портальное гипертенции, Кровотечения из ВВПиЖ, гепаторенальный синдром, печеночная энцефалопатия. Диагноз цирроза печени устанавливается на основании клинических, лабораторно-инструментальных и морфологических признаков внутрипеченочной портальной гипертензии. Лечение: диуретики, АБ-терапия, плазмозамещающие препараты, поддержание КОС, электролитов, НПВС, противоревматические препараты, бета-адреноблокаторы.

42. Цирроз печени. Оптимизация оценки тяжести циррозов и степени тяжести их осложненного течения. Значение градации клинических, биохимических и иммунологических параметров. Оценка прогрессирования циррозов, факторы прогрессирования. Принципы лечения. Градация проявлений циррозов печени и осложнений цирроза печени: синдрома портальной гипертензии, асцит.

Эталон ответа: **оценки активности и стадии фиброза Шкала METAVIR. Тяжесть цирроза печени-критерии Чайлд-Тюркотт-Пью: асцит, энцефалопатия, билирубина, альбумина, ПТВ, ПТИ, МНО. Компенсированный; Субкомпенсированный; Декомпенсированный. Клиника: боли в правом подреберье, похудание, телеангиоэктазии Осложнения: ПЭ, кровотечения из ВРВ пищевода и желудка, асцит, портальная гипертензия. Диагностика: фиброэластометрия, биопсия печени, УЗИ, УЗДГ сосудов портальной системе, ОАК, бх-крови ↑АлАТ, АсАТ, ЩФ, ГГТП, ЛДГ, билирубина, СОЭ; гипопротеинемия, гипоальбуминемия, маркеры гепатитов. Портальная гипертензия-повышение градиента печёночного венозного давления ≥ 6 мм.рт.ст. Признаки: диаметра воротной вены более 13 мм, селезеночной вены более 7 мм; спленомегалия; асцит; ВРВ («голова медузы»). Лечение: b-блокаторы, портокавальные анастомозы. Асцит-скопление жидкости в брюшной полости, обусловлен портальной гипертензией (↑гидростатического давления), гипоальбуминемией (↓онкотического давления). Лечение:**

спироналактон 50-200 мг/сут, Альбумин при дефиците, лечебный парацентез, АБ терапия.

43. Цирроз печени. Градация проявлений циррозов печени и осложнений цирроза печени: кровотечения, мальнутриция. Эффективность и безопасность лечения циррозов печени. Индивидуализация терапии в зависимости от варианта осложненного течения и степени тяжести циррозов. Ургентные ситуации при циррозах печени и медицинская тактика. Формирование групп риска.

Эталон ответа: **осложнения: ПЭ, кровотечения из ВРВ пищевода и желудка, асцит, портальная гипертензия, гепаторенальный синдром. Лечение основного заболевания ПЭ: диета ↓белка, раз в 3 месяца курс деконтоминации кишечника (рифаксимин), дюфалак (15 мг/2р), гепа мерц (10 мл в/в), асцит (сироналактон 50-200мг/сут, альбумин при дефиците, лечебный парацентез), остановка кровотечения из ВРВ (восполнение ОЦК, трансфузия свежезаморож. плазмы, эритромассы, АБ терапия, эндоскопический гемостаз, вазоактивных препаратов терлипрессин, октеротид, соматостатин), ИПП, установка зонда Блэкмора, Линтона-Нахласа на срок не>24ч. Профилактика-неселект b-адреноблокаторы. Портальная гипертензия (b-блокаторы, портокавальные анастомозы) включение в лист ожидания по пересадке печени (если не поддается лечению). Скрининг на ГЦК каждые 6 мес. (УЗИ + α-фетопротеин). Отказ от алкоголя, курения, снижение веса.**

44. Расстройства экскреции билирубина (наследственные гипербилирубинемии; энзимопатии). Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

Эталон ответа: **желтуха - желтое окрашивание кожи, склер и слизистых оболочек в результате пропитывания тканей билирубином.*Надпеченочная*-гемолиз (усиленное разрушение эритроцитов) ↑свободного билирубина.**

Клиника: умеренная желтушность, гепато и спленомегалия незначительные. Диагностика: ↑общий билирубин ↑непрямого билирубина ↑уробилин мочи ↑стеркобилин кала ↑ЛДГ ОАК: анемия, ретикулоцитоз. Печеночная - Поражение гепатоцитовà нарушение экскреции и захвата билирубинаà поступление в кровь прямого билирубина и накопление непрямого (из-за торможения захвата и транспорта при повреждении печеночных клеток). Клиника: кожа бледно-оранжевая или желтая, мочи нормальный или темный, кала-гипохоличный. Диагностика: ↑общий билирубин, прямого и непрямого билир. ↑уробилин мочи ↓стеркобилин кала ↑АлАТ, АсАТ. Подпеченочная - Нарушение оттока желчи по внепеченочным желчным протокамà регургитация в кровь прямого билирубина из межклеточных желчных канальцев и перилобулярных желчных ходов. Клинка: кожа желто-зеленая, кожный зуд, коликообразные боли в правом подреберье с иррадиацией вправо и в спину, повышение температуры, мочи темный,кала ахоличен. Диагностика: ↑общий билирубин и прямого билирубина, ↑ЩФ ↑АлАТ, АсАТ, УЗИ (камни). Аутосомно-наследственные нарушения - связанные с наследственными нарушениями обмена билирубина:

1) синдром Жильбера; лечение: Фенобарбитал для ↓ концетрации билирубина

2) синдром Криглера-Найяра 1 и 2 типов; лечение: Фототерапия, трансплантаци и печени, Фенобарбитал для ↓ концетрации билирубина

3) синдром Дабина-Джонсона; лечение: избегать эстрогенов

4)синдром Ротора.

45. Лекарственные поражения печени. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

Эталон ответа: **ЛПП относится к повреждению печени, вызванному всеми типами отпускаемых по рецепту или без рецепта лекарств (химические**

молекулы, биологические агенты, фитопрепараты, диетические добавки и БАДы, развившееся в период в среднем от 5 до 90 дней от начала приема. Патогенез сложен и многогранен, факторы повышают риск развития лекарственных поражений печени: Возраст ≥ 18 лет, ожирение, беременность, употребление алкоголя. Наиболее частые препараты: аллопуринол, амиодарон, аторвастатин, карбамазепин. Ибупрофен, диклофенак, амоксициллинклавунат Классификация прямое и непрямой повреждающее действие. Гепатоцеллюлярный-повышением АЛТ (АЛТ/ЩФ>5), холестатический-повышение ЩФ, Смешанный- повышение активности АЛТ>2К и соотношение 2<АЛТ/ЩФ и< 5 при хроническом течении. Клиника: неспецифических симптомов, недомогания, тошноты до желтухи, нарушения синтетической функции печени и энцефалопатии. Раннее выявление лекарственного поражения печени улучшает прогноз. Диагностика и дифференциальный диагноз лекарственных поражений печени оценка интервал между началом приема ЛС и развитием поражения печени, оценка конкретных факторов риска; исключение других причин поражения печени особенно вирусную, билиарную, алкогольную, аутоиммунную и метаболические нарушения. Лечение: Ранняя отмена препарата N-ацетил L-цистеин - передозировкой парацетамола, при развитии ЛПП на прием лефлуномида- назначение холестирамина. ГКС-аутоиммуноподобный фенотип ЛПП.

46. Заболевания сосудов печени. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

Эталон ответа: **заболевания кровеносных сосудов- результатом неадекватного кровотока, или в печень или из печени. Если проблемой является кровоток из печени- может привести к увеличению печени. Клетки печени не получают достаточного количества крови (нарушение**

называется ишемией) и таким образом лишаются кислорода и питательных веществ. При ишемической холангиопатии желчные протоки не получают достаточного количества крови. Неадекватный кровоток, в печень или из печени- сердечной недостаточности, которые увеличивают вероятность свертывания крови. При нарушениях свертываемости крови сгусток крови может заблокировать воротную вену или печеночную вену, замедляя или блокируя кровоток. Заболевания с наличием блокады кровотока включают: Синдром Бадда-Киари - в результате блокады кровотока от печени сгустками крови, Тромбоз воротной вены- блокаду или сужение воротной вены. Синдром синусоидальной обструкции- возникает при закупорке мелких кровеносных сосудов в печени. Диагностика: радиологическом подтверждении наличия препятствия венозному оттоку из печени, допплеровское, МРТ, КТ, венографию. Если лучевое исследование не показало закупорку крупной вены, проводится биопсия печени для выявления тромбозов мелких печеночных вен. Лечение осложнений портальной гипертензии начинают, как рекомендовано при циррозе. В отсутствие противопоказаний антикоагулянты назначают всем пациентам с СБК. Осложнения портальной гипертензии при адекватном лечении не являются противопоказанием для антикоагулянтной терапии.

47. Поликистоз и эхинококкоз печени. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

Эталон ответа: **кисты печени-выявляются случайно при УЗИ-ОБП или КТ, бессимптомно и не представляют клинической значимости. Редкий врожденный поликистоз печени. Он вызывает прогрессирующую узловую гепатомегалиюу взрослых. Иногда очень большие кисты вызывают боль или симптомы сдавления других органов. В этих случая- хирургическое вмешательство, такое как марсупиализация или дренирование кисты.**

Эхинококкоз- паразитарное заболевание - ленточных червей Echinococcus granulosus (цистическая форма, гидатидозный эхинококкоз) или Echinococcus multilocularis (альвеолярная форма). Симптомы зависят от пораженного органа-например, желтуха и дискомфорт в абдоминальной области с кистами печени или кашлем, болью в груди и кровохарканьем с кистами легких. Разрыв кисты может вызвать лихорадку, крапивницу и серьезные анафилактические реакции. Диагноз-томография, анализ жидкости кисты или серологические тесты. Лечение-албендазол, хирургическая операция или и то, и другое или аспирация кисты и инстилляция дезинфицирующего препарата.

48. Поражения печени при сердечно-сосудистой недостаточности. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

Эталон ответа: **поражение печени у пациентов с ХСН что связано с формированием ишемической гепатопатии. Показано, что у пациентов с ХСН и ФВ менее 50%, имеющих нарушения функционального состояния печени, повышение уровня общего и прямого билирубина, низкий уровень альбумина определены как независимые факторы риска смерти от ХСН в ближайшие 3 года. Присутствие НАЖБП коррелирует с риском развития дисфункции левого желудочка, гипертрофических изменений, ХСН и частоты встречаемости аритмических осложнений (фибрилляции предсердий). Включение таурина в состав 16-недельной терапии у пациентов с ХСН и СД типа 2 сопровождается значимыми органо-, гепато- и кардиопротективным действием.**

49. Аутоиммунные поражения печени. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

Эталон ответа: **аутоиммунные заболевания печени-гетерогенная группа болезней, при которых иммунные клетки и антитела организма направлены против собственных компонентов ткани печени. Этиология неизвестна, Патогенез сложен и многогранен. Классификация аутоиммунный гепатит, первичный билиарный цирроз и первичный склерозирующий холангит. Диагностика этих заболеваний носит комплексный характер и, как правило, включает развернутое серологическое обследование, несколько аутоантител, которые могут быть использованы в качестве маркеров аутоиммунных заболеваний печени. Лечение иммуносупрессорная терапия - ГКС (преднизолон)+азатиоприна.**

50. Функциональные расстройства желчевыводящих путей. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

Эталон ответа: **дискинезии - нарушениями моторики (развитие преходящей функциональной обструкции) и повышением висцеральной чувствительности. Выделяют дискинезию ЖП и дискинезию СО. Диагноз дискинезии СО считается правомерным устанавливать пациентам, перенесшим холецистэктомию (ХЭ). Патогенез: ключевую роль играет висцеральная гиперчувствительность и дисмотильность ЖП на фоне перенасыщение желчи холестерином, в результате чего происходит инфильтрация стенок желчевыводящих путей кристаллами холестерина, провоцируется воспаление. Классификация: Билиарная боль, Функциональное расстройство желчного пузыря, Функциональное расстройство сфинктера Одди билиарного типа, Функциональное расстройство сфинктера Одди панкреатического типа. Диагностика, римские критерии IV- билиарной боли, ОАК, БХ-крови (печёночные ферменты и ферменты ПЖ), ЭГДС, УЗИ, эндо-УЗИ, МСКТ, МРХПГ, ЭРХПГ, Манометрия сфинктера Одди. Лечение: антидепрессанты, НПВП,**

УДХК. Дифференциальный диагноз: ГЭРБ, СРК, ФД, ЖКБ, острым холециститом. ПХЭС – абдоминальные клинические проявления, возникшие после холецистэктомии. Выделяют: Ранние формы и отсроченные формы. Лечение: т.к. ПХЭС является временным диагнозом, то тактика терапии зависит от окончательного диагноза (органическое или функциональное). Например, при постхолецистэктомической диарее возможно применение Колестирамина, при рецидиве конкрементов – повторное хирургическое вмешательство.

51. Хронический холецистит. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

Эталон ответа: **хроническое рецидивирующее заболевание желчного пузыря, характеризующееся нарушением его моторно-эвакуаторной функции, изменением физико-химических свойств желчи и достаточно частым образованием внутрипузырных конкрементов, что клинически наиболее часто проявляется желчной коликой. Патогенез, почти всегда возникает на фоне камней в желчном пузыре и предыдущих эпизодов (даже умеренной степени выраженности). Характер повреждения варьирует от умеренной хронической инфильтрации воспалительными клетками до фиброзных изменений, что приводит к сморщиванию желчного пузыря. Выраженная кальцификация фиброзно измененных стенок называется фарфоровым желчным пузырем. Классификация, инфекционный, иммуногенный, аллергический, ферментативный, хронический бескаменный холецистит и т.д. Клиника: Болевой синдром, желчная колика, диспептический синдром, воспалительный синдром (↑t). Диагностика: БХ крови (↑прямого билирубина, ЩФ, холестерина, ГГТ), УЗИ (утолщение стенок > 2 мм, ↑размеров, «двойной контур», ФГДС, рентгенологические методы исследования с рентгенконтрастными веществами. Лечение: АБ терапия (Ципрофлоксацин 0.5/2р); НПВС (Ибупрофен); спазмолитики (Дротаверин),**

дезинтоксикационная (5% глюкоза, NaCl, реамберин), антациды (Фосфалюгель), ферменты (панкреатин), хирургическое лечение.

52. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ). Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

Эталон ответа: **хроническое заболевание с генетической предрасположенностью, при котором наблюдается образование камней в жёлчных путях, жёлчном пузыре, общем жёлчном протоке, во внутрипеченочных. Этиология женский пол, беременность, заместительная гормональная терапия, прием эстрагенов, и т.д Причина избыточная концентрация желчи → образование камней. Виды, холестериновые, пигментные, черные и коричневые. Клиника: Желчная колика, диспептический синдром, интоксикационный синдром. КТ, МРТ, ЭРХПГ, УЗИ- довольно точно определять желчные камни. Осложнения: Острый холецистит, Холедохолитиаз, Холецистопанкреатит биллиарный, Острый панкреатит, Желчные перитониты. Лечение: УДХК, УЗИ контроль каждые 3-6 месяцев, спазмолитики: гиосцина бутилбромида, мебеверина гидрохлорид, купирование диспетических явлений - альверин+симетикон (Метеоспазмил), гимекромон (Одестон), прокинетики-донперидон (мотилиум), итоприд (ганатон), тримебутин (тримедат).**

53. Холангиты. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

Эталон ответа: **острое воспаление желчных протоков неспецифического и специфического (чаще всего паразитарного) характера, сопровождающееся при генерализации процесса развитием холангиогенного сепсиса и полиорганной дисфункции. Клиника: желтуха; кожный зуд; (↑t); общую слабость; выделение темной мочи и светлого кала; боли в животе;**

металлический привкус во рту; умеренную гепатомегалию; изменение психического статуса; сосудистую гипотензию; тахикардию. Диагностика: ОАК: Лейкоцитоз, анемия, палочкоядерных нейтрофилов, ↑СОЭ; ↑СРБ; ↑печеночные пробы; ↑гипербилирубинемия; ↑ЩФ бакт. Исследование крови и желчи, ОАМ, иммунологические, паразитологические и молекулярно-биологические методы диагностики, исследования маркеров гепатита, УЗИ (идентификация осложнений-перфорация желчного пузыря, его эмпиему, абсцесс печени), Рентгенологические методы, МРХПГ, Эндо УЗИ, ЭРХПГ. Лечение: Инфузионная терапия, Гепатотропная терапия, Антибактериальная терапия.

54. Хронический панкреатит. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

Эталон ответа: **ХП - прогрессирующий воспалительный процесс ПЖ, приводящий к необратимым морфологическим изменениям, которые вызывают боль и/или стойкое снижение функции. Патогенез активация ферментов ПЖ. Например, алкоголь стимулирует повышение внутрипротокового давления и затруднение оттока поджелудочного сока с ферментами из железы в результате наступает аутолиз ткани ПЖ, участки некроза постепенно замещается фиброзной тканью. Классификация по этиолгии: обструктивный, токсический, метаболический, аутоиммунный и т.д, по морфологии: паренхиматозный, фиброзно-склеротический. Клиника: боль в животе (в эпигастрии с иррадиацией в спину, после приема пищи), симптомы внешнесекреторной недостаточности функции и толерантности к глюкозе.**

Диагностика: УЗИ, Rg (кальцификация в проекции ПЖ), микроскопическое исследование кала, активности эластазы в кале, HbA1c и глюкоза натощак. Лечение НПВП: ибупрофен, парацетамол,

спазмолитики: дротаверин, мебеверин, ИПП, панкреатин 40-50 тыс. МЕ липазы на основной прием пищи.

ПК-6

Инструкция: Выберите один правильный ответ.

1. При рефлюкс-эзофагите рекомендуется:

а) блокаторы протонового насоса, прокинетики и подъем головного конца кровати на 15 см
б) блокаторы протонового насоса и прокинетики
в) прокинетики и частое дробное питание
г) частое дробное питание
д) блокаторы протонового насоса, прокинетики, подъем головного конца кровати на 15 см, частое дробное питание и гелевые антациды
Эталон ответа: **д) блокаторы протонового насоса, прокинетики, подъем головного конца кровати на 15 см, частое дробное питание и гелевые антациды**

2. Лечение пептической язвы пищевода включает

а) щадящую диету, УДХК и блокаторы Н2рецепторов гистамина
б) щадящую диету и УДХК
в) УДХК и прокинетики
г) прокинетики
д) щадящую диету, прокинетики и блокаторы протонового насоса
Эталон ответа: **д) щадящую диету, прокинетики и блокаторы протонового насоса**

3. Лечение больных с пептической язвой анастомоза включает:

а) щадящую диету, альгинаты и блокаторы протоновой помпы
б) щадящую диету и альгинаты
в) альгинаты и гелевые антациды
г) гелевые антациды
д) щадящую диету, альгинаты, блокаторы протоновой помпы, гелевые антациды и цитопротекторы
Эталон ответа: **д) щадящую диету, альгинаты, блокаторы протоновой помпы, гелевые антациды и цитопротекторы**

4. При лечении язвенной болезни желудка, ассоциированной с хеликобактерной инфекции, применяются следующие группы препаратов:

а) М-холиноблокаторы, блокаторы гистаминовых Н2рецепторов и блокаторы протоновой помпы
б) М-холиноблокаторы и блокаторы гистаминовых Н2рецепторов
в) блокаторы гистаминовых Н2рецепторов и антибиотики
г) антибиотики и вяжущие, обволакивающие
д) блокаторы протоновой помпы и антибиотики
Эталон ответа: **д) блокаторы протоновой помпы и антибиотики**

5. К снижающим продукцию соляной кислоты относятся препараты:

а) блокаторы H_2рецепторов гистамина, ингибиторы протонной помпы и ребамапид
б) блокаторы H_2рецепторов гистамина и ингибиторы протонной помпы
в) ингибиторы протонной помпы и домперидон
г) домперидон
д) блокаторы H_2рецепторов гистамина, ингибиторы протонной помпы, ребамапид, домперидон и 5 итоприд
Эталон ответа: **б) блокаторы H_2рецепторов гистамина и ингибиторы протонной помпы**

6. Противопоказаниями к применению антихолинергических средств являются:

а) глаукома, гастростаз и аденома предстательной железы
б) глаукома и гастростаз
в) гастростаз и высокая кислотность желудочного содержимого
г) высокая кислотность желудочного содержимого
д) глаукома, гастростаз, аденома предстательной железы, высокая кислотность желудочного содержимого и гипермоторика желудка
Эталон ответа: **а) глаукома, гастростаз и аденома предстательной железы**

7. Лекарством выбора для лечения болезни ВильсонаКоновалова является:

а) глюкокортикоиды
б) имуран
в) кортизон
г) D-пеницилламин
д) роферон
Эталон ответа: **г) D-пеницилламин**

8. Аутоиммунный гепатит эффективно лечится:

а) преднизолоном
б) азатиоприном
в) рибавирином
г) гепатопротекторами типа эссенциале и др.

д) интерфероном
Эталон ответа: **а) преднизолоном**

9. У больной М., 52 лет, длительно страдающей циррозом печени, появились бессонница ночью и сонливость днем, эйфория. Время выполнения теста связи чисел увеличено. Аммиак крови - 186 мкмоль/л. Какой препарат следует назначить больной в связи с этими симптомами?

а) Рибавирин.
б) Ламивудин.
в) Гепабене.
г) Лактулоза.
д) Адеметионин.
Эталон ответа: **г) Лактулоза.**

10. При остром алкогольном гепатите эффективны лечебные мероприятия:

а) гемодез, эссенциальные фосфолипиды, преднизолон, липотропные препараты и полиферментные средства
б) гемодез и эссенциальные фосфолипиды
в) гемодез, эссенциальные фосфолипиды и липотропные препараты
г) гемодез, липотропные препараты и полиферментные средства
д) преднизолон
Эталон ответа: **д) преднизолон**

11. При первичном билиарном циррозе рекомендуется:

а) урсодезоксихолевая кислота
б) антибиотики и адеметионин
в) адеметионин и эссенциальные фосфолипиды
г) эссенциальные фосфолипиды
д) антибиотики, адеметионин, урсодезоксихолевая кислота, эссенциальные фосфолипиды и кортикостероиды
Эталон ответа: **а) урсодезоксихолевая кислота**

12. Для лечения отечно-асцитического синдрома применяются:

а) верошпирон, фуросемид и триампур
б) верошпирон и фуросемид
в) фуросемид и сульфаниламиды
г) сульфаниламиды
д) верошпирон, фуросемид, триампур, сульфаниламиды и препараты нитрофураного ряда
Эталон ответа: **а) верошпирон, фуросемид и триампур**

13. У больного К., 54 лет, диагностирован алкогольный ЦП с умеренной активностью и явлениями холестаза.
Какой гепатопротектор следует назначить?

а) Гепабене.
б) Галстена.
в) Адеметионин.
г) Силимарин.
д) Липоевая кислота.
Эталон ответа: **в) Адеметионин**

14. При обследовании больной С., 30 лет, страдающей ХГ с выраженной активностью, в крови выявлены анти-HCV IgM, RNA HCV. Какой препарат является этиотропным для этого заболевания?

а) Преднизолон.
б) ПегИнтрон.
в) Азатиоприн.
г) EPL.
д) Урсофальк.
Эталон ответа: **б) ПегИнтрон**

15. У больного Ф., 49 лет, страдающего хроническим алкогольным гепатитом, АЛТ повышена до 3,1 ммоль/ч•л, ЩФ - до 5,2 ммоль/ч•л. Индекс гистологической активности при изучении биоптата печени - 10 баллов, внутриклеточный холестаз. Вирусные маркеры отрицательные. Какой препарат показан больному?

а) Препарат на основе экстракта ткани печени.
б) Урсофальк.
в) Преднизолон.
г) D-пеницилламин.
д) ПегИнтрон.
Эталон ответа: **б) Урсофальк**

16. У больного К., страдающего алкогольным циррозом печени, впервые при УЗИ выявлено небольшое количество свободной жидкости в брюшной полости. С чего следует начать лечение портальной гипертензии?

а) Ограничение соли.
б) Фуросемид per os.
в) Лазикс парентерально.
г) Лапароцентез.
д) Сандостатин.
Эталон ответа: **а) Ограничение соли**

17. Всасывание железа в кишечнике наиболее интенсивно происходит из:

а) мясных продуктов и печени;
б) фруктов;
в) яблок;
г) моркови;
д) сыра.
Эталон ответа: **а) мясных продуктов и печени**

18. Жгучие боли у основания мечевидного отростка с иррадиацией в область сердца, возникающие и усиливающиеся через полчаса после еды, при физической нагрузке и наклоне туловища, не купируются полностью при приеме алгелдрата + магния гидроксида, отмечаются также отрыжка воздухом, приступы удушья, кашель. При рентгенологическом исследовании с барием отмечается рефлюкс контрастной массы из желудка в пищевод. Все это позволяет заподозрить:

а) аксиальную грыжу пищеводного отверстия диафрагмы и рефлюкс-эзофагит;
б) рак пищевода;
в) бронхиальную астму;
г) хронический гастрит;
д) ахалазию пищевода.
Эталон ответа: **а) аксиальную грыжу пищеводного отверстия диафрагмы и рефлюкс-эзофагит**

19. Для кровотечения из сигмовидной кишки характерно все, КРОМЕ:

а) бледность кожных покровов;
б) слабость;
в) головокружение;
г) неизмененная кровь в кале;
д) «мелена».
Эталон ответа: **д) «мелена»**

20. Отдел кишечника, наиболее часто поражаемый при болезни Крона:

а) илеоцекальная область;
б) толстая кишка;
в) пищевод;
г) желудок;
д) анальная область.
Эталон ответа: **а) илеоцекальная область**

21. Характер стула при язвенном колите:

а) большое количество крахмала и непереваренной клетчатки;
б) много жирных кислот и мыл;
в) слизь, кровь, гной.
г) Отдельные плотные комки
д) Мягкие кусочки с ровными краями
Эталон ответа: **в) слизь, кровь, гной**

22. К внепищеводным симптомам ГЭРБ относятся:

а) Боли в области сердца
б) Хронический кашель
в) Ларингит, ринит, фарингит
г) Стоматиты
д) Все перечисленное верно
Эталон ответа: **д) Все перечисленное верно**

23. Симптом Ортнера характерен для:

а) Дисфункции жёлчного пузыря
б) Дисфункции сфинктера Одди
в) Хронического калькулёзного холецистита
г) Хроническиго панкреатита
д) Все перечисленное верно
Эталон ответа: **д) Все перечисленное верно**

24. Боль в сочетании со следующими признаками: начало после приема пищи, появление в ночные часы, тошнота и/или рвота характерны для:

а) Язвенная болезнь желудка и ДПК
б) Почечная колика
в) Дискинезия сфинктера Одди
г) Острый панкреатит
д) Кишечная колика
Эталон ответа: **в) Дискинезия сфинктера Одди**

25. Лечение гастроптоза включает:

а) лечебную физкультуру, дробное питание и ношение бандажа
б) лечебную физкультуру и дробное питание
в) дробное питание и постельный режим
г) постельный режим
д) лечебную физкультуру, дробное питание, ношение бандажа, постельный режим и прием антацидов

Эталон ответа: **а) лечебную физкультуру, дробное питание и ношение бандажа**

Ситуационные задачи:

Задача №1.

Пациентка П., 40 лет, обратилась к врачу с жалобами на изжогу, отрыжку кислым, усиливающиеся в горизонтальном положении после приема пищи и при наклоне вперед. Данные симптомы появились около трех месяцев назад, по поводу чего ранее не обследовалась, лекарственных препаратов не принимала. Курит по 10 сигарет в день, алкоголь употребляет в минимальных количествах. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ=24 кг/м^2. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких 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 селезенка 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 ВГДС, при которой выявлены множественные участки гиперемии слизистой оболочки и отдельные несливающиеся эрозии дистального отдела пищевода размером до 5 мм.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назовите группы лекарственных препаратов и 1–2 их представителей в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
5. Какие рекомендации по изменению образа жизни необходимо дать пациентке?

Эталон ответа:

1. ГЭРБ: эрозивный рефлюкс-эзофагит.

2. На основание анамнестических (жалобами на изжогу, отрыжку кислым,

усиливающиеся в горизонтальном положении после приема пищи и при наклоне вперед) данных и данных обследования (данные ВГДС, при которой выявлены множественные участки гиперемии слизистой оболочки и отдельные несливающиеся эрозии дистального отдела пищевода размером до 5 мм).

3. ОАК, ОАМ, БАК (АЛТ, АСТ, глюкоза), УЗИ ОБП.

4. Рабепразол 20мг по 1т за 30 минут до еды 1 раз в день 8 недель, Ганатон 50мг по 1т 3 раза в день 8 недель, Маалокс по 1т перед сном в течение 1месяца и при изжоге.

5. Антирефлюксный режим.

Задача №2

Пациентка Н., 50 лет 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 20 лет. Не обследовалась. Последние 2 месяца появились боли за грудиной. При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ - 38 кг/м^2. Кожные покровы обычной окраски, чистые. В легких – 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 реберной дуги. Размеры - 10×9×8 см. Селезенка не пальпируется. Данные ВГДС: в нижней трети пищевода выявлены эрозии, занимающие около 40% окружности пищевода

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Дайте немедикаментозные рекомендации больному
5. Какое медикаментозное лечение Вы бы рекомендовали пациентке? Обоснуйте свой выбор.

Эталон ответа:

1. ГЭРБ: эрозивный рефлюкс-эзофагит.

2. На основание анамнестических (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 20 лет), и данных обследования (в нижней трети пищевода выявлены эрозии, занимающие около 40% окружности пищевода).

3. Рентгенография пищевода и желудка с контрастированием, суточная внтурпипищеводна ph-метрия, ЭКГ с пробами.

4. Антирефлюкный режим.

5. Рабепрзол 20 мг по 1т за 30 минут до еды 1 раз в день 8 недель, Ганатон 50 мг по 1т 3 раза в день 8 недель, Маалокс по 1т перед сном в течение 1 месяца и при изжоге.

Задача №3

Пациентка В., 55 лет отмечет жалобы на приступообразный, преимущественно сухой мучительный кашель, сопровождающийся ощущением нехватки воздуха, преимущественно в ночное время и в горизонтальном положении, периодически боли за грудиной при физической нагрузке, наиболее выраженные во время работы, связанной с наклонами туловища вперед. Была обследована амбулаторно. Выставлен диагноз «Бронхиальная астма тяжелая персистирующая. ИБС: стенокардия напряжения. Ожирение II ст.». Назначенное лечение - преднизолон, ингаляционные глюкокортикоиды, бронхолитики с незначительным эффектом. Прием нитратов, со слов больной, был эффективен, приводя к купированию загрудинной боли в течение получаса. В течение последних 2-3 недель отмечает появление загрудинной боли в ночное время в первой половине ночи, особенно после плотного позднего ужина, что стало поводом для обращения за медицинской помощью. Бригадой скорой помощи по данным клинической картины, а также по данным ЭКГ и высокочувствительного тропонин-теста, диагноз ОКС отвергнут. При аускультации дыхание жесткое,

хрипов нет. Рентгенография органов грудной клетки – без патологии.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Какие осложнения возможны при данном заболевании?
3. Какие специальные методы исследования применяются при данном заболевании?
4. Какие рекомендации по изменению образа жизни и питания необходимо дать пациентке?
5. Какие препараты применяются для лечения данного заболевания (указать группу и название препарата)?

Эталон ответа:

1. ГЭРБ: рефлюкс-эзофагит.

2. Изъязвление, кровотечение, пептические стриктуры, пищевод Баррета, малигнизация.

3. Рентгенография пищевода и желудка с контрастированием, суточная внтурпипищеводна ph-метрия, ЭКГ с пробами.

4. Антирефлюксный режим.

5. Ингибиторы протонной помпы (рабепразол) антациды (маалокс), прокинетки (ганатон).

Задача №4.

Пациент Д. 52 лет жалуется на изжогу после еды, усиливающуюся при наклонах туловища и в положении лежа; кислую отрыжку и избыточную саливацию во время сна. Анамнез заболевания: указанные симптомы испытывает в течение четырех-пяти лет, вначале появилась изжога после погрешности в питании, особенно при наклонах туловища; затем появились боли в эпигастрии и за грудиной жгучего характера, сопровождающиеся кислой отрыжкой. В последующем изжога стала возникать 3-4 раза в неделю независимо от качества пищи, появилась отрыжка кислым и горьким. В последний месяц состояние больного значительно ухудшилось: усилились боли, особенно ночью, появилась избыточная саливация во время сна, сон нарушился. Для снятия изжоги и болей

использовал соду, антациды (алмагель, маалокс). В последний месяц эти препараты перестали действовать. Пытался снять боль за грудиной нитроглицерином, однако существенного эффекта не было. Наблюдается с гипертонической болезнью с 50 лет, постоянно принимает кордипин-ретард 20 мг в день. Курит. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Повышенного питания, масса тела - 106 кг. (ИМТ – 37 кг/м^2). Кожные покровы обычного цвета. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 17 в минуту. Область сердца без особенностей, перкуторно левая граница сердца по среднеключичной линии. Сердечные тоны ритмичные, частота 66 в минуту. АД - 130/90 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот увеличен за счет подкожной клетчатки, мягкий, безболезненный. Пальпация внутренних органов затруднена из-за абдоминального ожирения. Печень по краю реберной дуги. Пузырные симптомы отрицательные. Зоны Шоффара, Губергрица - Скульского безболезненные. При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин - 139 г/л, СОЭ - 4 мм/час, эритроциты - $4{,}2\times10^{12}$/л, лейкоциты - $8{,}6\times10^{9}$/л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные - 5%, сегментоядерные - 56%, лимфоциты - 37%. Биохимический анализ крови: общий белок - 76 г/л, альбумины - 38 г/л, фракции глобулинов в пределах нормы, глюкоза - 5,2 ммоль/л, билирубин общий - 16,3 мкмоль/л; прямой – 3,6 ммоль/л; АЛТ - 21 ед/л (норма 4-42 ед/л); АСТ - 17 ед/л (5-37 ед/л); амилаза крови - 16 г/л (12-32 г/л в час). ВГДС: слизистая нижней трети пищевода несколько отечна, умеренно гиперемирована, кардия зияет, при натуживании в грудную полость пролабирует слизистая желудка; в желудке умеренное количество жидкости, слизь; слизистая желудка и ДПК без особенностей. Рентгенография пищевода и желудка: пищевод свободно проходим, прослеживаются продольные складки на всем протяжении. Желудок в форме крючка, газовый пузырь небольшой. В положение Тренделенбурга дно желудка выступает в грудную полость в виде округлого образования, вертикально желудок занимает обычное положение, складки слизистой желудка обычного калибра, перистальтика желудка и эвакуация своевременно, луковица ДПК без особенностей.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы для патогенетической терапии вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор
5. Через 2 месяца рекомендуемой терапии, а также соблюдения диеты, режима труда и отдыха исчезли клинические проявления болезни, и в последние 2 недели никаких проявлений рефлюкса и болевого синдрома не было. При ВГДС исчезли гиперемия и отек слизистой. Какова Ваша дальнейшая тактика? Обоснуйте ваш выбор.

Эталон ответа:

1. Неэрозивная форма ГЭРБ. Скользящая грыжа пищеводного отверстия.

2. На основание анамнестических (изжогу после еды, усиливающуюся при наклонах туловища и в положении лежа; кислую отрыжку и избыточную саливацию во время сна). Анамнез заболевания: указанные симптомы испытывает в течение четырех-пяти лет, вначале появилась изжога после погрешности в питании, особенно при наклонах туловища; затем появились боли в эпигастрии и за грудиной жгучего характера, сопровождающиеся кислой отрыжкой. В последующем изжога стала возникать 3-4 раза в неделю независимо от качества пищи, появилась отрыжка кислым и горьким. В последний месяц состояние больного значительно ухудшилось: усилились боли, особенно ночью, появилась избыточная саливация во время сна, сон нарушился. Для снятия изжоги и болей использовал соду, антациды (алмагель, маалокс). В последний месяц эти препараты перестали действовать. Пытался снять боль за грудиной нитроглицерином, однако существенного эффекта не было) и данных обследования (ВГДС: слизистая нижней трети пищевода несколько отечна, умеренно гиперемирована, кардия зияет, при натуживании в грудную полость пролабирует слизистая желудка; в желудке умеренное количество жидкости, слизь; слизистая желудка и ДПК без особенностей. Рентгенография пищевода и желудка:

пищевод свободно проходим, прослеживаются продольные складки на всем протяжении. Желудок в форме крючка, газовый пузырь небольшой. В положение Тренделенбурга дно желудка выступает в грудную полость в виде округлого образования, вертикально желудок занимает обычное положение, складки слизистой желудка обычного калибра, перистальтика желудка и эвакуация своевременно, луковица ДПК без особенностей).

3. Исследование на хеликобактерную инфекцию, ЭКГ, импедансометрия, ph-метрия.

4. Рабепрзол 20мг по 1т за 30 минут до еды 1 раз в день 8 недель, Ганатон 50мг по 1т 3 раза в день 8 недель, Маалокс по 1т перед сном в течение 1месяца и при изжоге.

5. Диспансерное наблюдение, продолжить прием рабепразола 20мг по 1т на ночь до исчезновения симптоматики. Антирефлюксный режим

Задача №5.

Пациент Л., 44 года обратился к гастроэнтерологу с жалобами на боли в подложечной области, преимущественно натощак, тяжесть в эпигастральной области, чувство переполнения в животе после приема 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 24,5 кг/м^2. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура тела нормальная. В легких 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. ВГДС: 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 ДПК не

деформирована, 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. Постбульбарные отделы без патологии. Уреазный тест на наличие H. pylori – положительный.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какое лечение Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
5. Необходимо ли взять пациента на диспансерный учет? Что нужно рекомендовать пациенту в качестве профилактической терапии?

Эталон ответа:

1. Язвенная болезнь с локализацией язвы на задней стенке луковицы ДПК, фаза обострения. Рубцово-язвенная деформация луковицы ДПК.

2. На основании анамнестических данных (жалобами на боли в подложечной области, преимущественно натощак, тяжесть в эпигастральной области, чувство переполнения в животе после приема пищи) и данных обследовния (ВГДС: 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 ДПК не деформирована, 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. Постбульбарные отделы без патологии. Уреазный тест на наличие H. pylori – положительный).

3. ВГДС с биопсией 6-8 фрагментов, рентгеноскопия с барием, ОАК, общетерапевтичекий биохимическийанализ крови.

4. Трехкомпонентная схема эрадикации хеликобактерной инфекции. ИПП, кларитромицин 500мг, амоксициллин 1000мг – 2 раза в день 14 дней.

5. Отказ от курения.

Задача №6.

Пациентка 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 легких 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. Пузырные симптомы отрицательные. Печень не изменена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул 1 раз в день, оформленный, без патологических примесей. На ВГДС: 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.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какое лечение Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
5. Необходимо ли взять пациента на диспансерный учет? Что нужно

рекомендовать пациенту в качестве профилактической терапии?

Эталон ответа:

1. Хронический атрофический гастрит, ассоциированные с хеликобактером. Функциональная диспепсия: постпрандиальный дистресс-синдром.

2. На основания анамнестических данных (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) и данных обследовния (ВГДС: 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).

3. ОАК, УЗИ ОБП, ОАМ, биохимический анализ крови, ph-метрия желудка.

4. Эрадикационная терапия: рабепразол 20мг +кларитромицин500мг+амоксициллин 1000мг по 1т 2 раза в день 14 дней

5. Диспансерне наблюдение1 раз в год с ФГДС 1 раз в год. Щадящая диета.

Задача №7.

Пациентка Н., 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 около 8 лет, возникают периодически, в основном, весной и осенью. Самостоятельно принимает соду, антациды (Маалокс), вызывающие положительный эффект.

Настоящее обострение связывает с приемом 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 – $5,8\times10^9$/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. ВГДС: 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 ДПК деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой оболочки до 0,8 см в диаметре. Края дефекта имеют четкие границы, гиперемированы, отечны. 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 (+).

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Перечислите экзогенные и эндогенные предрасполагающие факторы, приводящие к развитию данного заболевания.
3. Перечислите показания к госпитализации.
4. Перечислите осложнения данного заболевания.
5. Назначьте лечение.

Эталон ответа:

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

2. 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 Helicobacterpylori. Эндогенные факторы: наследственная предрасположенность; первая группа крови; конституциональный статус; пол и возраст; заболевания внутренних органов; дисбактериоз гастродуоденальной зоны.

3. 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. 4. Осложнения: кровотечение, перфорация, пенетрация, стеноз, малигнизация.

5. Лечение: трёхкомпонентная схема: Омез 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 дней). При неэффективности - четырёхкомпонентная схема: Омез 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 дней).

Задача №8

Пациент Д., 58 лет, жалобы на боли в эпигастрии через 20 минут после еды, рвоту, приносящую облегчение, похудел за месяц на 6 кг. Боли в эпигастрии беспокоят около 1,5 месяцев. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, чистые. В легких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные ритмичные, ЧСС – 72 удара в минуту, АД - 120/80

мм рт. ст. При пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень по краю реберной дуги. Размеры - 10×9×8 см. Селезенка не пальпируется. Проведена ВГДС: в средней трети желудка язвенный дефект 3 см в диаметре, взята биопсия.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дифференциального диагноза.
4. Составьте план дополнительного обследования.
5. Какое медикаментозное лечение Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.

Эталон ответа:

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

2. Диагноз установлен на основании жалоб больного, данных осмотра и ВФГДС.

3. Язвенная болезнь, рак желудка.

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

5. Ингибиторы протонной помпы - базисная группа препаратов для лечения кислотозависимых заболеваний (Омепразол, Лансопразол, Эзомепразол, Пантопразол, Рабепразол), антациды (Маалокс, Алмагель, Фосфалюгель и т. п.) - симптоматическая терапия, прокинетики (Итаприд) влияет на тонус нижнего пищеводного сфинктера, улучшают антродуоденальную координацию. При выявлении H.Pylori эрадикационная терапия (Амоксициллин + Кларитромицин). При подтверждении рака желудка - консультация врача-онколога.

Задача №9.

Пациент Е., 40 лет обратился к врачу с жалобами на тупые ноющие боли в области правого подреберья, общую слабость, повышенную утомляемость,

тошноту, отрыжку воздухом, снижение аппетита, периодически возникающий кожный зуд. Из анамнеза известно, что пациент употребляет алкоголь (более 60 г этанола в сутки) в течение 15 лет. Два года назад появились боли ноющего характера в области правого подреберья, общая слабость, тошнота, периодически возникающий кожный зуд, усиливающийся в вечернее время. За медицинской помощью пациент не обращался. Периодически принимал баралгин, антигистаминные средства, ферментные препараты: креон по 25000 ЕД два раза в сутки - эффекта от принимаемых препаратов не отметил. Настоящее обострение в течение последних трех недель, когда после употребления алкоголя появились слабость, почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошнота, отрыжка воздухом, снижение аппетита. Операций, гемотрансфузий не было. При осмотре: состояние удовлетворительное; рост 178 см, вес 79 кг, ИМТ 24,9 кг/м^2. Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны; выявляются телеангиэктазии на груди, спине, плечах, «пальмарная» эритема. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 70 в 1 мин; АД 130/80 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом у корня. Живот мягкий, при поверхностной пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 13×8×7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность. Селезенка не пальпируется. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Результаты исследований: Общий анализ крови: эритроциты – 4,4×10^{12}/л; лейкоциты – 6,3×10^9/л; нейтрофилы сегментоядерные – 64%; нейтрофилы палочкоядерные – 1%; лимфоциты – 28%; моноциты – 4%; эозинофилы – 2%; базофилы – 1%; Hb – 148 г/л; тромбоциты – 217×109/л; СОЭ – 18 мм/ч. Биохимия крови: общий билирубин – 27 мкмоль/л; непрямой билирубин – 22,5 мкмоль/л; АЛТ – 200 ед/л; АСТ – 204 ед/л; ГГТП – 99 ед/л; ЩФ – 301 ед/л; альбумин – 43 г/л; общий белок – 71,5 г/л; альфа-1-глобулины – 3,2 г/л; альфа-2-глобулины – 5,7 г/л; бета-глобулины – 7,1 г/л; γ-глобулины – 12,5 г/л; альфа-фетопротеин – 3,1 ед/л; ферритин – 54 мкг/л;

трансферрин – 2,6 г/л; железо – 21,5 мкмоль/л; амилаза – 44 ед/л; ХС – 5,3 ммоль/л. ПТИ - 84%. Иммуноферментный анализ (исследование крови на маркеры гепатитов В, С): HBsAg (-); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (-);
HBeAg (-); анти-HBe (-); анти-HBcIgM (-); анти-HCV – отриц.
Эластометрия печени: определена стадия F2 (по шкалеMetavir)
Предположите наиболее вероятный диагноз.

1. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента.

Эталон ответа:

1. Цирроз печени алкогольной этиологии, класс В по Чайлду-Пью.

2. Алкогольный анамнез свидетельствует о наиболее вероятной этиологии цирроза печени. Пальмарная эритема.

3. УЗИ ОБП, ОАМ, ЭКГ, ФГДС. 4. 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 эндтоксинемии. Лактулоза - 15-45 мл 2-3 раза в сутки (стул до 2-3 раз в сутки). Уменьшение токсического действия аммиака. Орнитин-аспартат - 5 г по 1 -2 пакетика гранул, растворённых в воде х 3 раза в день после еды. Гепатопротекторы, ферменты.

Задача №10.

Больной М. 39 лет госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на слабость, сонливость в дневное время, желтушность кожных покровов, чувство тяжести в правом подреберье, периодические носовые кровотечения после физической работы, увеличение живота в 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 минимум по 300 мл 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 легких 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 лежа 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 селезенки - 15×12 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча темно-желтая. Общий анализ крови: эритроциты – $4{,}2\times10^{12}$/л; Нв – 124 г/л; цветовой показатель – 0,9%; тромбоциты – 96×10^{9}/л, лейкоциты – $3{,}4\times10^{9}$/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, альбумин – 28 г/л. ВГДС: варикозное расширение вен пищевода I ст. УЗИ органов брюшной полости: переднезадний размер правой доли печени – 170 мм, контуры четкие и неровные. Паренхима неравномерно диффузно-повышенной эхогенности. Диаметр портальной вены – 17 мм. Желчный пузырь нормальных размеров, содержимое – желчь. Холедох не расширен. Селезенка расположена обычно, структура однородная, паренхима средней эхогенности. Площадь селезенки – 36,1 $см^2$. Свободная жидкость в брюшной полости.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении. Обоснуйте свой выбор.
5. Какие возможны осложнения данного заболевания?

Эталон ответа:

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

2. У больного выявлены желтуха, цитолиз, «печеночные знаки»: малиновые ладони, «сосудистые звёздочки», синдром портальной гипертензии (гепатоспленомегалия, асцит, варикозное расширение вен пищевода, передней брюшной стенки, расширение портальной вены), признаки печеночной 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 печеночной энцефалопатии. Тромбоцитопения в данной ситуации связана с гиперспленизмом.

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

4. 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 эндтоксинемии. 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. Орнитин-аспартат - 5 г по 1-2 пакетика гранул, растворѐнных в воде × 3 раза в день после еды. Мочегонная терапия. Спиронолактон - 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 вене. Анаприлин - 40 мг 1 раза в сутки.

Задача №11.

Пациент Г., 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 25,2 кг/м^2. Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны, выявляются телеангиэктазии на груди, плечах и спине. В легких 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 налетом. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 12×8×7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность при пальпации. Селезенка не увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Результаты исследований: общий анализ

крови: эритроциты – $4,4\times10^{12}$/л; лейкоциты – $6,4\times10^{9}$/л; нейтрофилы – $4,5\times10^{9}$/л; лимфоциты – $1,3\times10^{9}$/л; моноциты – $0,44\times10^{9}$/л; эозинофилы – $0,2\times10^{9}$/л; базофилы – $0,06\times10^{9}$/л; Hb – 144 г/л; тромбоциты – 230×10^{9}/л; СОЭ – 20 мм/ч. Биохимия крови: общий билирубин – 36 мкмоль/л; непрямой билирубин – 29,5 мкмоль/л; прямой билирубин – 6,5 мкмоль/л; АЛТ – 225 ед/л; АСТ – 150 ед/л; ГГТП – 83 ед/л; ЩФ – 143 ед/л; глюкоза – 5,1 ммоль/л; креатинин – 72 мкмоль/л; мочевина – 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 B, C, Dв сыворотке крови): HBsAg (+); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (+); HBeAg (-); анти-HBe (+); анти-HBcIgM (-); анти-HDV (-); анти-HCV (-); анти-ВИЧ – отрицательный. Иммунологическое исследование: концентрация Ig класса G в сыворотке крови-7,0 г/л; - молекулярно-биологические исследования: ПЦР ДНК ВГВ – положительный; количественный анализ ДНК ВГВ – 61000 МЕ/мл. Кал на скрытую кровь – отриц. Общий анализ мочи: в пределах нормы. Эластометрия печени: определена стадия F4 (по шкале METAVIR). При УЗИ органов брюшной полости выявлены гепатомегалия, диффузные дистрофические изменения паренхимы печени. Рентгенологическое исследование легких: без патологических изменений; ЭКГ – без патологических изменений.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента.

Эталон ответа:

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

2. 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, прием гепатотоксичных лекарственных средств. Класс А ЦП установлен на основании классификации Child-Pugh. Согласно классификационным критериям (печеночная 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.

3. ВГДС – 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.

4. Рекомендовано соблюдение диеты: исключить алкоголь, жирное, жареное, острое, копченое, соленое, кофе, газированные напитки, какао. Рекомендована противовирусная терапия (ПВТ), так как у больных циррозом печени 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 мониторирование уровня ДНК HBV должно проводиться 1 раз в 3 месяца как минимум в течение первого года лечения.

Задача №12.

Пациент Т., 42 лет, жалуется на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошноту, нарушение сна. Из анамнеза: считает себя больным в течение двух лет, когда впервые появились общая слабость, повышенная утомляемость, чувство тяжести в области правого подреберья, периодическое повышение температуры до субфебрильных цифр. За медицинской помощью не обращался. При появлении болевого синдрома принимал фосфоглив по 2 капсуле три раза в день, ферментные препараты: креон по 10000 ЕД два раза в сутки, но-шпу; улучшения самочувствия не отметил. Настоящее обострение в течение месяца, когда после перенесенного вируса гриппа усилились боли в области правого подреберья, увеличилась общая слабость. Операций, гемотрансфузий не было. Алкоголем не злоупотребляет, гепатотоксичные лекарственные средства не принимал. При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост – 165 см, вес – 70 кг, ИМТ – 25,7 кг/м^2. Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны, выявляются телеангиэктазии

на груди, плечах и спине. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД=16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС = 72 в 1 мин; АД = 125/80 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову:

12×8×7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность при пальпации. Селезенка не увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Результаты исследований: общий анализ крови: эритроциты – $4{,}1\times10^{12}$/л; лейкоциты – $6{,}3\times x10^{9}$/л; нейтрофилы – $4{,}4\times10^{9}$/л; лимфоциты – $1{,}5\times10^{9}$/л; моноциты – $0{,}46\times10^{9}$/л; эозинофилы – $0{,}28\times10^{9}$/л; базофилы – $0{,}06\times10^{9}$/л; Hb – 144 г/л; тромбоциты – 242×10^{9}/л; СОЭ – 22 мм/ч. Биохимия крови: общий билирубин – 35 мкмоль/л; непрямой билирубин – 30,5 мкмоль/л; прямой билирубин – 4,5 мкмоль/л; АЛТ – 220 ед/л; АСТ – 160 ед/л; ГГТП – 82 ед/л; ЩФ – 142 ед/л; глюкоза – 5,1 ммоль/л; креатинин – 64 мкмоль/л; мочевина – 3,2 ммоль/л; альбумин – 38 г/л; общий белок – 70,2 г/л; альфа-1-глобулины – 2,8 г/л; альфа-2-глобулины – 5,7 г/л; бета-глобулины – 6,7 г/л; γ-глобулины – 17 г/л; ТТГ – 0,94 МЕ/л; альфа-фетопротеин – 3,3 ед/л; ферритин – 55 мкг/л; трансферрин – 2,4 г/л; калий – 3,6 ммоль/л; Na–137 ммоль/л; амилаза – 42 ед/л; железо – 20,7 мкмоль/л; ХС – 5,2 ммоль/л; церулоплазмин – 188 мг/л. ПТИ – 57%. Иммуноферментный анализ (исследование крови на маркеры гепатитов В, С): анти-HCV– положительный; HBsAg (-); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (-); HBeAg (-); анти-HBe (-); анти-HBcIgM (-); анти-ВИЧ – отрицательный. Генотипирование HCV: генотип 1 – положительный. Иммунологическое исследование: концентрация Ig класса G в сыворотке крови -7,2 г/л. Молекулярно-биологические исследования: ПЦР РНК ВГС – положительный; количественный анализ РНК ВГС – 32000 МЕ/мл. Эластометрия печени: определена стадия F4 (по шкале METAVIR). При УЗИ органов брюшной полости выявлены гепатомегалия, диффузные дистрофические изменения паренхимы печени. Анализ кала на скрытую кровь – отрицательный. Общий анализ мочи: в пределах

нормы. Рентгенологическое исследование легких: без патологических изменений. ЭКГ – без патологических изменений.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента

Эталон ответа:

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

2. Диагноз «цирроз печени, ассоциированный с HCV-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 диагноз «цирроз печени С» данные исследований (выявление анти-HCV; ПЦР: РНКНСV - положительный, уровень РНК ВГС (31000 МЕ/мл). Исключена другая этиология цирроза печени: (исследование крови на маркеры гепатита В: HBsAg (-); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (-); HBeAg (-); анти-HBe (-); анти-HBcIgM (-)), а также исключено злоупотребление алкоголем, приём гепатотоксичных лекарственных средств. Класс А ЦП установлен на основании классификации Child-Pugh. Согласно классификационным критериям (печѐночная энцефалопатия, асцит не выявлены, общий билирубин – 36 мкмоль/л, альбумин – 38 г/л, ПТИ – 57%) определено 5 баллов, что соответствует классу А по Child-Pugh. Диагноз «цирроз 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.

3. ЭГДС – для выявления и/или определения состояния вен пищевода и /или желудка; дуплексное сканирование сосудов печеночно-селезеночного бассейна для выявления портальной гипертензии.

4. Рекомендовано соблюдение диеты: исключить алкоголь, жирное, жареное, острое, копченое, соленое, кофе, газированные напитки, какао. Пациенту с циррозом печени С класс А по Child-Pugh, генотип 1 рекомендовано назначение тройной схемы противовирусной терапии (ПВТ) с включением ингибитора протеазы второй волны Симепревира. Симепревир назначают в дозе 150 мг 1 раз в сутки внутрь в комбинации с пегилированным интерфероном (ПЕГ/ИФН) альфа2а в дозе 180 мкг 1 раз в неделю подкожно и рибавирином в дозе 1000 мг в сутки ежедневно внутрь (при массе тела пациента 73 кг) в течение 12 недель; затем терапия ПЕГ/ИФН альфа2а и рибавирином должна быть продолжена в течение 12 недель (общая продолжительность терапии – 24 недели). Для оценки эффективности ПВТ используется определение уровня РНК ВГС после 4, 12, 24 недели терапии, а также через 24 недели после ее окончания.

Задача №13.

Пациентка Ж., 45 лет, 15 лет страдает желчнокаменной болезнью. Заболевание манифестировало приступом жёлчной колики, развившимся через 1,5 месяца после родов. Приступ купирован консервативными методами лечения. В последующие годы за медицинской помощью не обращалась. Регулярно проводила недельные курсы голодания, в течение которых худела 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.

1. Действие каких факторов могло способствовать развитию ЖКБ у данной пациентки?
2. 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?

3. Какова оптимальная лечебная тактика в данной ситуации?
4. Сформулируйте диагноз.
5. В рамках предоперационной подготовке разработайте тактику медикаментозной терапии пациентки.

Эталон ответа:

1. Развитию ЖКБ у данной пациентки способствовало регулярные курсы голодания, предшествующая беременность и курение, как факторы риска развития данного состояния.

2. Желчный пузырь называют фарфоровым, когда его стенки кальцинировались, т. е. покрылись слоем кальция. Фарфоровый желчный пузырь связан с очень высоким риском развития рака.

3. Оптимальная лечебная тактика в данной ситуации - хирургическое вмешательство.

4. ЖКБ, множественные камни желчного пузыря. Острый холецистит.

5. Подготовка к оперативному вмешательству включает: Легкая пища в день перед операцией с последним приемом пищи до 19.00. Очистительная клизма (возможно применение препарата Нормакол) вечером и утром перед операцией. Эспумизан по 1таблетке 3 раза в день два дня перед операцией (по показаниям).

Задача №14

Пациентка А. 36 лет, жалобы на горечь во рту, возникающую преимущественно в утренние часы, ощущение дискомфорта в области эпигастрия, чувство

быстрого насыщения; после погрешностей в диете беспокоит тошнота, метеоризм. Из анамнеза известно, что 1,5 года назад перенесла эндоскопическую холецистэктомию по поводу хронического калькулезного холецистита. Подобные жалобы беспокоят в течение года. При объективном осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, чистые. Со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной систем без особенностей. Язык влажный, обложен белым налетом у корня. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, слегка болезненный в эпигастральной области. В клиническом анализе крови: эритроциты - $4{,}2\times10^{12}$/л, гемоглобин - 135 г/л, цветовой показатель - 0,96, тромбоциты - 347×10^{9}, лейкоциты - $8{,}7\times10^{9}$, СОЭ - 12 мм/ч. В биохимическом анализе крови: АЛТ - 28 Ед/л, АСТ - 25 Ед/л, амилаза - 77 Ед/л, щелочная фосфатаза - 80 Ед/л. Выполнено ВГДС: слизистая желудка умеренно отечная, гиперемированая в антральном отделе. Перистальтика активная. Желудок хорошо расправляется воздухом. Привратник зияет. В просвете желудка определяется небольшое количество желчи.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Каков патогенез описанных проявлений?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?
5. Сформулируйте план лечения.

Эталон ответа:

1. Хронический реактивный гастрит (рефлюкс-гастрит, тип С); дуодено-гастральный рефлюкс; ЖКБ, состояние после холецистэктомии.
2. В патогенезе формирования дуодено-гастрального рефлюкса имеет значение холецистэктомия, которая может приводить к нарушению сократительной функции желчного, гастродуоденальной моторики, развитию дуоденостаза. Это, в свою очередь, приводит к повышению

давления в просвете двенадцатиперстной кишки и забросу ее содержимого в желудок. Изменение химического состава желчи и хаотическое еѐ поступление в ДПК нарушают переваривание и всасывание жира и других веществ липидной природы, уменьшают бактерицидность дуоденального содержимого, что приводит к микробному обсеменению ДПК. При синдроме избыточного бактериального роста в кишке накапливаются продукты жизнедеятельности бактерий, гниения и брожения, т. е. развиваются метеоризм и дистензионные боли, усугубляется дуодено-гастральный рефлюкс.

3. Холедохолитиаз, хронический панкреатит, хронический гастрит другой этиологии.

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

5. - Соблюдение щадящей диеты; - употребление варёной , полужидкой пищи; - отказ от белого и ржаного хлеба; - жареной, копченой, жирной, острой и соленой пищи;- маринадов и консервации; - сахара, меда и варенья; - сдобных изделий и шоколада; - алкогольных напитков; - ингибиторы протонной помпы (Омепразол 20 мг 2 р\сут.); - прокинетики (Домперидон, Мотилиум - 10 мг 3-4 р\сут.); - препараты УДХК (Урсофальк, Урсосан 250 мг - 1 раз в сутки перед сном 3-5 дней с увеличением дозы до 15 мг/кг); Висмута трикалия дицитрат (120 мг 4 раза/сут. или 240 мг 2 раза/сут. в течение 28 дней).

Задача №15

Пациентка В., 38 лет, жалобы на общую слабость, тупую, ноющую боль в правом подреберье, усиливающуюся после приема жирной, жареной пищи, физической нагрузки; боль иррадиирует 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 3 лет, когда

впервые появились общая слабость, боль ноющего характера в области правого подреберья, усиливающаяся после погрешностей в диете, физической нагрузки, горечь во рту, отрыжка воздухом, неустойчивый стул (с тенденцией к запорам). За медицинской помощью не обращалась. При появлении болевого синдрома принимала аллохол, панкреатин, анальгин; отмечала временное улучшение самочувствия. Настоящее обострение в течение месяца, когда после употребления большого количества жирной пищи появились боли в области правого подреберья, горечь во рту, отрыжка воздухом. Операций, гемотрансфузий не было. Алкоголем не злоупотребляет. Из семейного анамнеза известно, что мать пациентки страдала желчнокаменной болезнью. При осмотре: состояние удовлетворительное, рост 170 см, вес – 72 кг; ИМТ 24,9 кг/м^2. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких 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 налетом 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. Селезенка не пальпируется. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Результаты исследований: Общий анализ крови: эритроциты – 4,4×10^{12}/л; лейкоциты – 11,3×10^9/л; нейтрофилы сегментоядерные – 75%; нейтрофилы палочкоядерные – 2%; лимфоциты – 19%; моноциты – 3%; эозинофилы – 1%; базофилы – 0%; Hb – 141г/л; тромбоциты – 215×10^9/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; мочевина – 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. Ductus choledochus 7 мм. Поджелудочная железа нормальных размеров и формы, эхогенность не повышена. Панкреатический проток не расширен. Общий анализ мочи: в пределах нормы. ЭКГ - без патологических изменений; ВГДС – без патологических изменений; иммуноферментный анализ на выявление гельминтов: описторхоз, лямблиоз, аскаридоз, токсакароз – отрицательный. Кал на яйца глист (трижды) – отрицательный.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента.
5. 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?

Эталон ответа:

1. Хронический бескаменный холецистит бактериальной этиологии, фаза обострения.

2. 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 11,2×109/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, наличие «застойной» желчи, 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).

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

4. Рекомендовано соблюдение диеты. Исключить алкоголь, жирное, жареное, острое, копченое, соленое, кофе, газированные напитки, какао, орехи. 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 антибиотику. Для купирования болевого синдрома показано назначение селективного миотропного спазмалитика Мебеверина гидрохлорида (Дюспаталин) в дозе 200 мг 2 раза в сутки в течение 2-4 недель. С целью устранения диспепсических явлений рекомендовано назначение Домперидона (Мотилиум) в дозе 10 мг за 30 мин до еды 3 раза в сутки в течение 14 дней. Показано назначение холекинетиков, которые усиливают мышечное сокращение желчного пузыря и поступление желчи в 12-перстную кишку (Сорбит, Ксилит, Сульфат магния, Карловарская соль, Холецистокинин, Холосас); - Холосас по 1 чайной ложке (5 мл) за 15 минут до еды 3 раза в сутки в течение 1 месяца.

5. 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.). 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 №16.

Пациент И., 44 лет, менеджер. Жалобы на боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошноту, однократно рвоту съеденной пищей, не приносящую облегчения, умеренное вздутие живота, общую слабость, отсутствие аппетита на момент осмотра. Начало заболевания связывает с тем, что накануне вечером была погрешность в диете – прием жирной пищи, алкоголя. Подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приема дротоверина. В настоящее время мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 3 раза в течение последних суток. Диурез не нарушен. Со слов жены – злоупотребляет алкоголем на протяжении последних 5 лет. Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Телосложение нормостеническое, пониженного питания. Кожные покровы верхней половины туловища гиперемированы, чистые. Язык суховат, обложен желтоватым налетом. В легких дыхание жестковатое, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 90 удара в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Печень при пальпации плотная, безболезненная, около края реберной дуги. Размер по Курлову - 10×9×8 см. Селезенка не пальпируется. Живот несколько вздут, участвует в акте дыхания, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области. Симптомы раздражения брюшины - отрицательные. Лабораторные данные. Общий анализ крови: лейкоциты - $8,6\times10^9$/л, СОЭ – 16 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность – 1022, белок – 0,033%, анализ кала – стеаторея, креаторея, амилорея. УЗИ ОБП: печень увеличена, с перипортальными уплотнениями, желчный пузырь 75×35 мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой, стенка уплотнена до 4-5 мм. Поджелудочная железа неоднородной структуры за счет гипо- и гиперэхогенных очагов, немногочисленных кальцификатов, неравномерное

расширение главного панкреатического протока, размеры головки увеличены до 5 см. Свободной жидкости в брюшной полости нет. От ВГДС больной отказался.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. С какими заболевания необходимо провести дифференциальный диагноз.
5. План лечения.

Эталон ответа:

1. Хронический алкогольный панкреатит, обострение. Алкогольный стеатоз печени. ЖКБ, латентное течение.

2. Диагноз «хронический алкогольный панкреатит, ст. обострения» выставлен на основании жалоб (резкая боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошнота, рвота съеденной пищей, не приносящая облегчения, умеренное вздутие живота, общая слабость, отсутствие аппетита, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 2-3 раза в день); анамнеза (накануне были погрешности в диете – приём острой пищи, алкоголя; подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приёма «Но- шпы», злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет); объективного обследования (живот несколько вздут, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области); лабораторных данных (общий анализ крови: лейкоциты - 9,6×109/л, СОЭ - 16 мм/ч; анализ кала: стеаторея, креаторея, амилорея).

Диагноз «алкогольный стеатоз печени» выставлен на основании объективного обследования (печень при пальпации плотная, безболезненная, около края рёберной дуги, размер по Курлову 10×9×8 см); УЗИ ОБП (печень увеличена, с перипортальными уплотнениями).

Диагноз «ЖКБ, латентное течение» выставлен на основании: УЗИ ОБП – желчный пузырь 75×35 мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой.

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

4. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки - свойственны язвенный анамнез, чередование светлых промежутков с периодами обострения, отсутствие поносов, сезонность боли, связь боли с приѐмом пищи, «голодные» боли. Заболевание характеризуется гиперсекрецией, повышенной кислотностью желудочного сока, рентгенологически - наличием ниши, при фиброгастроскопии - наличием язвенного дефекта. Дисфункция сфинктера Одди - характеризуется болью тупого характера в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, лопатку. При обследовании больных обнаруживают болезненность в точке Кера, иногда - напряжение мышц в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского. В биохимических пробах печени наблюдается увеличение содержания холестерина, β-липопротеинов, ЩФ. Характерные изменения желчного пузыря на УЗИ (утолщение и уплотнение стенок, увеличение размеров).

5. Показана госпитализация. 1) Полный отказ от алкоголя. 2) Диета. 3) Спазмолитический препарат (например, Дротаверин 4 мл (80 мг) 2 раза в сутки в/м). 4) Анальгетики (например, Баралгин 250 мг внутрь 2 раза в сутки, Парацетамол) при болях. 5) Вне обострения: ферментные препараты с заместительной целью. 6) Коррекция гликемии в случае еѐ выявления.

Задача №17.

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

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Перечислите возможные осложнения данного заболевания.
3. Какие методы обследования используются для подтверждения и уточнения диагноза?
4. Каковы основные задачи консервативного ведения/лечения пациентов с данным заболеванием?
5. Перечислите основные медикаментозные и немедикаментозные лечебные мероприятия, показанные для данного больного.

Эталон ответа:

1. Хронический алкогольный панкреатит средней степени тяжести с внешнесекреторной недостаточностью поджелудочной железы.
2. Псевдокисты, подпеченочная желтуха, вторичный билиарный цирроз печени, сдавление и тромбоз верхней брыжеечной и воротной вен, портальная гипертензия, эрозивный эзофагит, синдром Мэлори-Вейса, гастродуоденальные язвы, хроническая непроходимость двенадцатиперстной кишки, рак поджелудочной железы, инфекционные осложнения: воспалительные инфильтраты, гнойные холангиты, септические состояния, дефицит жирорастворимых витаминов, остеопороз, эндокринная недостаточность.

3. Определение уровня амилазы в крови и моче, копрологическое исследование, определение уровня эластазы-1 в кале, рентгенография живота, КТ, МРТ/МРХПГ, ЭРХПГ, УЗИ, эндо-УЗИ,
4. 1. Прекращение употребления алкоголя, курения. 2. Определение причины боли и попытка снижения ее интенсивности. 3. Лечение внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы. 4. Выявление и лечение эндокринной недостаточности поджелудочной железы. 5. Нутритивная поддержка. 6. Скрининг по поводу аденокарциномы.
5. Отказ от употребления алкоголя. Диета с низким содержанием жира, высоким содержанием белка и углеводов 5-10 раз в день НПВС (Парацетамол) за 30 минут до еды. При неэффективности – Трамадол. Заместительная ферментная терапия Липазой (20-45000 на основной приём ищи и 10-25 на промежуточный). При сохранении симптомов – добавить ингибиторы протонной помпы.

Задача №18

Пациент Д., 50 лет, жалобы на боли в эпигастральной области постоянного характера, усиливающиеся после приема еды и иррадиирующие в подлопаточное пространство, беспокоит постоянное подташнивание, отрыжка воздухом, снижение аппетита, быстрое насыщение, вздутие живота, после отхождения газов боли уменьшаются на короткое время. В последние полгода периодически стул со склонностью к поносам. Анамнез заболевания: в течение 25 лет часто употребляет алкоголь, за это время перенес острый панкреатит, сопровождавшийся интенсивными болями, повторной рвотой. При обследовании в хирургическом отделении выявлено увеличение поджелудочной железы в размерах, жидкость в сальниковой сумке. Лечился консервативно в течение месяца, за время болезни похудел на 10 кг. Выписан с рекомендациями, которые больной не соблюдал. Также принимал алкоголь, но в небольших количествах. Боли возникали часто, а в дальнейшем стали постоянными. Стал снижаться аппетит, периодически возникала тошнота, отрыжка, быстрое

насыщение, вследствие чего больной снизил объем потребляемой пищи. Постепенно стул стал со склонностью к кашицеобразному, плохо смывался со стенок унитаза. Исходную массу тела полностью не набрал. Периодически принимал Мезим с частичным эффектом, при усилении боли использовал Но-шпу. Последнее ухудшение 2 недели назад после четырехдневного приема алкоголя (водка 250 грамм ежедневно). Диету не соблюдал. Боль значительно усилилась, появилась отчетливая тошнота, позывы на рвоту, вздутие живота. Госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение. Объективно: кожа чистая, тургор нормальный. Вес - 73 кг, ИМТ - 18,5 кг/м^2. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Легкие и сердце без патологических изменений. Пульс - 90 ударов в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот участвует в дыхании, немного подвздут, перитонеальные симптомы отрицательные. При пальпации отмечает значительную болезненность в зоне Шоффара, точке Дежардена; в зоне Губергрица - Скульского, точках Губергрица, передней и задней точках Мейо – Робсона. При пальпации отделов кишечника болезненности, объемных образований не выявлено. Печень по краю реберной дуги, пузырные симптомы (Кера, Мерфи. Ортнера) отрицательны. Селезенка не пальпируется. При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин - 157 г/л, СОЭ - 4 мм/час, эритроциты - $5{,}2\times10^{12}$/л, лейкоциты - $11{,}2\times10^{9}$/л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 56%, лимфоциты - 35%.

Биохимический анализ крови: общий белок - 60 г/л, общий билирубин - 16,4 (прямой - 6,1; свободный - 10,3) ммоль/л, амилаза - 37 ед/л (5-32); глюкоза - 8,5 ммоль/л. мочевина - 4,7 ммоль/л. Копрограмма: объем утренней порции – 400 грамм, консистенция в виде жидкой каши. Нейтральный жир +++, жирные кислоты, мыла жирных кислот ++, мышечные волокна с утраченной поперечной исчерченностью +++, бактерии – большое количество. Фекальная эластаза – 100 мкг/г испражнений. ВГДС: пищевод проходим, розетка кардии плотно смыкается. Слизистая пищевода без изменений. Слизистая желудка в теле

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

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Обозначьте цели патогенетической терапии. Препараты какой группы для патогенетической терапии вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Укажите меры профилактики обострения заболевания.

Эталон ответа:

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

2. У больного, длительно употребляющего алкогольные напитки, развился панкреатит (был эпизод острого панкреатита). Затем процесс принял хронический характер и сопровождался болью, вначале периодической, затем постоянной, усилением боли после приема пищи, диспептическими явлениями в виде подташнивания, снижением аппетита, быстрым насыщением, а в последующем изменением стула в виде кашицеобразного,

а затем и жидкого. Несмотря на имеющуюся патологию поджелудочной железы, больной продолжал употреблять алкоголь, не соблюдал диету, не принимал рекомендуемые препараты. При обследовании имеется умеренный лейкоцитоз с незначительным сдвигом влево – воспалительный синдром, снижение общего белка, незначительная амилаземия, увеличение глюкозы натощак, что может свидетельствовать о внутрисекреторной недостаточности. В копрограмме имеется стеаторея, креаторея, что свидетельствует о внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы. Снижена фекальная эластаза (100 мкг и менее – критерий тяжѐлой степени).

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

4. 1. Снять спазм сфинктера Одди, расслабить протоки поджелудочной железы на всѐм протяжении (снятие спазма сфинктера Одди улучшит отток панкреатического сока, и уменьшит протоковую гипертензию, что клинически снизит боль): М-холиноблокаторы: Бускопан в свечах ректально по 1-2 свечи до 5 раз в сутки – обеспечит быстрый спазмолитический эффект и уменьшит или устранит боль. В дальнейшем можно перейти на таблетированную форму в той же дозе. Из этой же группы возможно назначение Платифиллина п/к 0,2% 1-2 мл 2 раза в день. Блокаторы Na – каналов: Мебеверин 200 мг в капсулах 2 раза в день; блокаторы фосфодиэстеразы: Но-шпа, Папаверин парентерально или внутрь (возможно комбинировать с платифиллином). Снизить секрецию ПЖ: ингибитор протоновой помпы (Омепразол, Эзомепразол, Рабепразол,

Пантопразол) в стандартной дозе 2 раза в день. Ингибиторы протонной помпы, блокируя соляную кислоту, снижают выделение секретина клетками APUD – системы, которой стимулирует в поджелудочной железе объѐм секреции, уменьшение объѐма снижает внутрипротоковую гипертензию, и уменьшают боль. Дезинтоксикационная терапия: Ремаксол, Реамбирин в/в капельно. Улучшение микроциркуляции в ПЖ: Пентоксифиллин в/в капельно. Заместительная ферментная терапия: микрогранулированные ферменты (Креон 25000 ЕД) 3 раза в день во время еды; дражжерованные ферменты: Мезим форте по 2-4 капсулы после еды. Ферменты назначаются, когда больной начинает принимать пищу.
5. При хроническом алкогольном панкреатите основной мерой вторичной профилактики является алкогольная абстиненция.

Задача №19.

Пациент А., 46 лет, жалобы на давящие боли в эпигастральной области, периодически – опоясывающие, возникают примерно через 40 минут после употребления жирной и жареной пищи, сопровождаются вздутием живота; а также на рвоту, не приносящую облегчение и на отрыжку воздухом. Анамнез заболевания: больным себя считает около двух лет, когда появилась боль в левом подреберье после приема жирной и жареной пищи. За медицинской помощью не обращался. 3 дня назад после погрешности в диете боли возобновились, появилось вздутие живота, отрыжка воздухом, тошнота, рвота, не приносящая облегчения. Объективно: состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 72 удара в минуту. Язык влажный, обложен бело-желтым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Печень не пальпируется, размеры по Курлову - 9×8×7 см, симптом поколачивания отрицательный билатерально. Общий анализ крови: эритроциты – $4{,}3\times10^{12}$/л, гемоглобин – 132 г/л, цветной показатель – 1,0; СОЭ – 16 мм/ч, тромбоциты – 320×10^{9}/л,

лейкоциты – $10,3\times10^9$/л, эозинофилы – 3%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 51%, лимфоциты – 32%, моноциты – 10%. Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, кислая, удельный вес - 1016, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эпителий - 1-2 в поле зрения, оксалаты – небольшое количество. Биохимическое исследование крови: АСТ – 28 Ед/л; АЛТ – 36 Ед/л; холестерин – 3,5 ммоль/л; общий билирубин – 19,0 мкмоль/л; прямой – 3,9 мкмоль/л; амилаза – 250 ед/л; креатинин – 85 ммоль/л; общий белок – 75 г/л. Копрограмма: цвет – серовато-белый, консистенция – плотная, запах – специфический, мышечные волокна +++, нейтральный жир +++, жирные кислоты и мыла +++, крахмал ++, соединительная ткань – нет, слизь – нет. ВГДС: пищевод и кардиальный отдел желудка без особенностей. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая розовая, с участками атрофии. Складки хорошо выражены. Луковица двенадцатиперстной кишки без особенностей. УЗИ органов брюшной полости: печень нормальных размеров, структура однородная, нормальной эхогенности, протоки не расширены, общий желчный проток – 6 мм, желчный пузырь нормальных размеров, стенка – 2 мм, конкременты не визуализируются. Поджелудочная железа повышенной эхогенности, неоднородная, проток – 2 мм, головка увеличена в объеме (33 мм), неоднородная, повышенной эхогенности.

1. Выделите основные синдромы.
2. Оцените данные копрограммы.
3. Сформулируйте диагноз.
4. Какие дополнительные исследования необходимо назначить больному?
5. Какова Ваша тактика лечения данного заболевания?

Эталон ответа:

1. Болевой абдоминальный синдром, синдром желудочной и кишечной диспепсии, синдром экзокринной недостаточности поджелудочной железы.

2. Признаки стеатореи, креатореи, амилореи – внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы.

3. Хронический панкреатит, с нарушением внешнесекреторной функции

поджелудочной железы, стадия обострения.

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

5. Диета; купирование болевого синдрома (Платифиллин, Баралгин, Глюкозо- новокаиновая смесь), препараты, снижающие активность поджелудочной железы (Октреотид или Сандостатин); ингибиторы протеолитических ферментов (Трасилол, Контрикал, Гордокс); ИПП (Омепразол, Эзомепразол внутривенно капельно); панкреатические ферменты (Креон, Эрмиталь, Микрозим, Мезим-форте), инфузионная терапия (Реамберин, Физиологический раствор).

Задача №20

Пациент О., 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 и внутривенную наркоманию отрицает. У родственников заболеваний желудочно-кишечного тракта нет. Работает бухгалтером, профессиональных вредностей нет. Объективно: состояние удовлетворительное. Температура 36,6°С. Кожные покровы бледные, влажные. Рост – 170 см, вес – 57 кг. В легких 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 фланке и левой подвздошной области. Печень по Курлову – 9×8×7 см. Размеры селезенки – 6×4 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Общий анализ крови:

эритроциты – $2,7\times10^{12}$/л, Hb - 108 г/л, цветовой показатель – 0,6, тромбоциты – 270×10^{12}/л, лейкоциты – $7,0\times10^{9}$/л, 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 ВКС: 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.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты каких групп показаны для лечения пациента в данной ситуации? Обоснуйте свой выбор.
5. Через 2 недели терапии отмечено уменьшение частоты стула до 2 раз в сутки, нет примесей крови в кале. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Эталон ответа:

1. **Язвенный колит, острое течение, левостороннее поражение, среднетяжелая атака, умеренная активность. Постгеморрагическая анемия легкой степени тяжести.**
2. **Диагноз поставлен на основании жалоб пациента (на жидкий стул с примесью крови до 12 раз в сутки, схваткообразные боли внизу живота перед дефекацией, похудание на 8 кг за 3 месяца); анамнеза заболевания (примеси крови в кале и неоформленный стул беспокоят в течение 3-4 месяцев); данных пальпации (живот мягкий, болезненный в левой фланке и левой подвздошной области); лабораторных исследований (эритроциты – $2,7\times10^{12}$/л, Hb - 108 г/л, цветовой показатель – 0,6); инструментальных данных (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.)

3. 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.

4. Для лечения пациента с предполагаемым диагнозом язвенного колита показаны препараты из группы противовоспалительных средств, таких как аминосалицилаты (месалазин, сульфасалазин) или глюкокортикостероиды (преднизолон). Эти препараты помогают уменьшить воспаление в толстой кишке и снизить частоту симптомов.

5. В данной ситуации, учитывая уменьшение частоты стула и отсутствие примесей крови после 2 недель терапии, можно сделать вывод о положительном динамике лечения. В таком случае, дальнейшая лечебная тактика требует продолжения терапии препаратами, которые показали хороший эффект. Продолжить прием глюкокортикостероидов (преднизолон) с последующим снижением дозы препарата. Продолжительность приема должна не превышать 12 недель. При снижении дозы преднизолона ниже 30-40мг следует продолжить прием месалазина до 3г/сут. Далее поддерживающая терапия месалазином 1,5 г-2г.

Задача №21

Пациент Э., 24 года, предъявляет жалобы на частый (до 10-12 раз в сутки) жидкий стул с примесью крови и слизи, боли в левой подвздошной области, повышение температуры тела до 38,3°С, резкую общую слабость, похудание. Нарушение стула отмечает в течение месяца, 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 - $14{,}0\times10^9$/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.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Перечислите предрасполагающие факторы, приводящие к развитию данного заболевания.
3. Какие внекишечные проявления возможны при данной патологии?
4. Какие антицитокины необходимы, и в каких ситуациях они назначаются при данном заболевании?
5. Какие антибактериальные препараты показаны при данном заболевании?

Эталоны ответа:

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

2. Генетическая предрасположенность («повышенная кишечная

проницаемость» - ген NOD2/CARD15); вирусные инфекции - вирус кори; бактериальные инфекции - Chlamydiae, Listeriamonocytogenes, Pseudomonassp., Mycobacteriumparatuberculosis; 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.

3. 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, остеомаляция; псориаз; обусловленные длительным воспалением и метаболическими нарушениями: холелитиаз, стеатогепатоз, стеатогепатит; тромбоз периферических вен, ТЭЛА, амилиодоз.

4. Ингибиторы ФНО-альфа, ведолизумаб, устекинумаб - лечение больных, страдающих язвенным колитом, у которых традиционная терапия (Сульфасалазин, Салофальк, Преднизолон, Азатиоприн) была недостаточно эффективна.

5. 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 №22

Пациент М., 33 лет, обратился с жалобами на жидкий стул с примесью крови до 8 раз в сутки, повышение температуры тела до 37,5°С, 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 реберной дуги. Размеры печени по Курлову - 9×8×7 см. Селезенка не пальпируется. В общем анализе крови: эритроциты - $3,2\times10^{12}$/л, гемоглобин - 61 г/л, лейкоциты - 11×10^{9}/л, тромбоциты - 350×10^{9}/л, СОЭ - 30 мм/ч.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дифференциального диагноза.
4. Составьте план дополнительного обследования.
5. Сформулируйте и обоснуйте план лечения.

Эталоны ответа:

1. Язвенный колит, средней степени тяжести. Постгеморрагическая анемия тяжелой степени тяжести.

2. Диагноз установлен на основании жалоб больного (на жидкий стул с примесью до 8 раз в сутки, повышение температуры тела до 37,5°С, слабость, головокружение, боли в голеностопных, локтевых, плечевых суставах); осмотра, лабораторных данных (анемия, лейкоцитоз, ускорение СОЭ).

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

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

5. 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 №23.

Пациент В., 22 года, жалобы на выделение большого количества алой крови из прямой кишки при дефекации, учащенный стул до 5-6 раз в сутки, повышение

температуры тела до 38°С, общую слабость. Появление крови в стуле отмечает в течение последних 2 месяцев, постепенно стал учащаться стул, изменилась консистенция до кашицеобразной, появилась общая слабость, субфебрильная температура, ухудшение в течение трех дней. При осмотре кожные покровы бледные. АД - 110/70 мм рт. ст. Пульс - 96 в минуту, ритмичный. Язык обложен белым налетом. 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.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие исследования необходимо выполнить данному больному?
4. Какие группы препаратов могут быть использованы для лечения данного больного?
5. Каковы возможные осложнения у данного заболевания?

Эталон ответа:

1. Язвенный колит, проктосигмоидит, среднетяжелая атака.

2. Иерсиниоз, псевдотуберкулѐз, болезнь Крона, дисбактериоз, псевдомембранозный колит.

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

4. В зависимости от степени активности воспаления: препараты 5-Аск системные и местные - ректально, гормоны (Преднизолон, Будесонид)

системные и местные - ректально, цитостатики (Метатрексат, Азатиоприн). Генно-инженерная биологическая терапия. Симптоматическое: спазмолитики, кишечные антисептики, пробиотики.

5. Перфорация кишки, сепсис, анемия, в дальнейшем рак толстого кишечника.

Задача №24.

Пациент П., 48 лет предъявляет жалобы на десневые и носовые кровотечения, увеличение живота в объеме, кожный зуд, слабость, постоянную сонливость, похудание на 6 кг за 6 месяцев. В анамнезе длительное злоупотребление алкоголем. Состояние средней тяжести. При осмотре выявляется желтушность кожи, слизистых, склер, сосудистые звездочки в области шеи, груди, пальмарная эритема, контрактура Дюпюитрена. Имеется атрофия мышц верхнего плечевого пояса, дефицит веса (вес 58 кг при росте 177 см, ИМТ – 17 кг/м^2). Определяются подкожные гематомы на руках и ногах. Живот увеличен в объеме. При перкуссии выявляется жидкость в брюшной полости. Печень пальпируется на 4 см ниже уровня реберной дуги, край острый, плотный. Перкуторные размеры - 13×11×6 см. Увеличены перкуторные размеры селезенки 17×12 см. Белок общий - 59 г/л, альбумины - 48%, глобулины - 52%, гамма-глобулины – 28,5%.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Назовите синдромы поражения внутренних органов.
3. Обоснуйте, почему выделили указанные синдромы.
4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
5. Какие группы препаратов следует назначить больному?

Эталон ответа:

1. Цирроз печени (алиментарно-токсического генеза), активность II, класс «В» по Child-Pugh. Портальная гипертензия. Асцит.

2. Синдром портальной гипертензии, синдром печёночно-клеточной недостаточности, синдром паренхиматозной желтухи, мезенхимально-

воспалительный синдром.

3. О синдроме портальной гипертонии свидетельствуют увеличение живота в объёме, наличие выпота в брюшной полости при перкуссии живота, увеличение размеров селезёнки. О синдроме печёночно-клеточной недостаточности свидетельствует кровоточивость слизистых, гематомы на конечностях, наличие сосудистых звёздочек на верхней половине туловища, пальмарная эритема, снижение уровня альбумина до 28,5 г/л. Синдром паренхиматозной желтухи проявляется наличием зуда, желтушностью кожи, склер, слизистых. О наличии мезенхимально-воспалительного синдрома свидетельствуют диспротеинемия, гипергаммаглобулинемия, увеличение селезёнки.

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

5. Неселективные бета-блокаторы. Диуретики. Альбумин. Гепатопротекторы. Ферменты. Профилактическое назначение антибиотиков.

Задача №25.

Пациентка Г., 33 лет, жалобы на ноющие боли внизу живота, больше в левых отделах, жидкий стул до 5-6 раз в сутки. В стуле часто примесь слизи и крови. Беспокоит выраженная слабость, снижение трудоспособности, снижение аппетита, повышение температуры тела до 37,5°С, боли в суставах рук, снижение массы тела за последние недели на 5-6 кг. Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы и слизистые бледные. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Узловатая эритема на медиальной поверхности левого предплечья - 1,5×1,5 см. Суставы не изменены, функция сохранена. Со стороны легких - без особенностей. Пульс - 96 в минуту, ритмичный, АД – 100/70 мм рт. ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца звучные. Язык обложен у корня белым налетом, суховат. Живот вздут, при пальпации чувствительный в левом нижнем квадранте. Урчание при пальпации в области сигмовидной кишки. Печень, селезенка не увеличены. Анализ крови: эритроциты - $3,4\times10^{12}$/л, гемоглобин – 85 г/л, лейкоциты - $10,0\times10^{9}$/л, СОЭ - 25 мм/час. Анализ мочи - без патологии. Рентгенологическое исследование: в левых отделах толстого кишечника (до селезеночного изгиба) отмечается потеря гаустрации, уменьшение просвета и ригидность кишки, неравномерность рисунка слизистой оболочки.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
5. Определите тактику лечения больной.

Эталон ответа:

1. Язвенный колит, левосторонняя форма, среднетяжелая атака. Узловатая эритема. Постгеморрагическая анемия средней степени тяжести.

2. В пользу неспецифического язвенного колита (ЯК) свидетельствует частый жидкий стул с патологическими примесями, боли при дефекации, сопровождающиеся анемическим синдромом (снижение эритроцитов,

гемоглобина в крови, слабость) и интоксикационно-воспалительным синдромом (лейкоцитоз, повышение СОЭ, повышение температуры тела). При ЯК также встречается узловатая эритема. Рентгенологическая картина характерна для ЯК.

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

4. Инфекционные колиты; болезнь Крона; опухоли кишечника; туберкулёз кишечника; поражение кишечника при системных заболеваниях (васкулиты, склеродермия); ишемический колит.

5. - Диета

- Месалазин (3,0), при неэффективности - глюкокортикоиды (40 мг).

- Ректально Гидрокортизон.

-Лечение диареи (обволакивающие, спазмолитики, вяжущие).

- Лечение обменных нарушений.

-Лечение дисбактериоза.

-Полиферментные препараты.

-Лечение анемии.

Задача №26

Пациент Б., 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°С ежедневно, особенно к вечеру. Анамнез заболевания: заболел 9 месяцев назад, когда внезапно, среди полного здоровья появились интенсивные боли в правой подвздошной области, повышение температуры до 38,0°С. 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 неизменен. Произведена аппендектомия. В послеоперационном периоде появилась гипертермия до 38,5°С, 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 - $3,2\times10^{12}$/л, лейкоциты - $12,8\times10^{9}$/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. Имеется неравномерные сужения дистального отдела подвздошной кишки и неровные контуры, отсутствие гаустр в слепой и восходящей кишках.

1. Сформулируйте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы для патогенетической терапии Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Каков прогноз при данном заболевании?

Эталон ответа:

1. Болезнь Крона, илеоколит с поражением терминального отдела подвздошной кишки, хроническое рецидивирующее течение, среднетяжелая форма, осложненная перианальным поражением (свищ).

2. Диагноз поставлен на основании анамнеза: на операции выявлена утолщенная подвздошная кишка с рыхлой отечной стенкой, увеличение брыжеечных лимфоузлов, неизмененным 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 среднетяжелой степени.

3. 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; ВГДС: исключение проксимального поражения при болезни

Крона, эрозивно-язвенных изменений; фиброколоноскопия с биопсией для обнаружения гранулем, а также массивной лимфоидной инфильтрации всех слоев стенки кишки – вид булыжной мостовой при фиброколоноскопии; кал на микобактерии туберкулеза для дифференциальной диагностики с туберкулезным 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).

4. 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.

5. 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.

Задача №27.

Пациентка Г., 24 лет, поступила гастроэнтерологическое отделение с жалобами на выраженную слабость, диарею до 6 раз в сутки, стул кашицеобразный, без патологических примесей, снижение массы тела на 8 кг за 6 месяцев, боли в околопупочной области, сухость во рту, постоянную жажду. Пациентка считает себя больной в течение 5 лет, когда впервые появилась диарея до 4 раз в сутки, начал снижаться вес, появились отеки на ногах. На фоне приема противодиарейных препаратов (лоперамид) периодически происходила нормализация стула. Пациентка отмечает, что нарушения стула появлялись после употребления в пищу молочных продуктов, хлебобулочных изделий, макарон, каш. Обследовалась у инфекционистов – инфекционная патология исключена. Общий осмотр. Состояние средней степени тяжести за счет выраженной слабости, сознание ясное. Рост – 162 см, вес – 44 кг. Кожные покровы бледные, чистые, слизистые бледно-розовые. Лимфоузлы безболезненные, не увеличены. Язык влажный, чистый. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. АД – 100/70 мм рт. ст., ЧСС – 75 ударов в минуту, пульс ритмичный. Живот при пальпации мягкий, участвует в акте дыхания, болезненный в эпигастральной, околопупочной областях. Печень, селезенка не увеличены. Определяются небольшие отеки голеней до 1/3. Лабораторные исследования: гемоглобин – 88 г/л, эритроциты – $3,72\times10^{12}$/л, лейкоциты – $6,1\times10^{9}$/л, тромбоциты – 266×10^{9}/л, СОЭ – 34 мм/ч. Анализ мочи – без особенностей. Реакция кала на скрытую кровь – отрицательная. Биохимические показатели: билирубин общий – 23,8 мкмоль/л, биллирубин прямой – 2,8 мкмоль/л, АЛТ – 69 Е/л, АСТ – 45 Е/л, γ-ГТП – 25 Е/л, щелочная фосфотаза – 118 Е/л, натрий – 137 мкмоль/л, калий – 4,3 мкмоль/л, креатинин – 44 мкмоль/л, мочевина – 4,3 мкмоль/л, общий белок – 51 г/л, антитела к глиадину (IgG) - 135 Ед/мл. ВГДС: пищевод: слизистая оболочка гиперемирована, в нижней трети множественные поверхностные эрозии, покрытые желтым фибрином в виде

«творожных масс», кардиальный жом смыкается полностью. Желудок: содержимое – слизь в большом количестве. Слизистая умеренно гиперемирована, складки не утолщены. Привратник проходим. Луковица двенадцатиперстной кишки – слизистая гладкая, отсутствуют кишечные ворсинки, гиперемирована, отечная, в просвете желчь. Консультация проктолога: проведена ректороманоскопия. Патологических изменений не выявлено.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальный диагноз?
5. Составьте план лечения пациентки.

Эталон ответа:

1. Целиакия. Кандидозный эзофагит. Постгеморрагическая анемия средней степени тяжести.

2. Диагноз «целиакия» выставлен на основании: - синдрома мальабсорбции: диарея, боли в животе, похудание, анемия (гемоглобин - 89 г/л, эритроциты - 3,72х1012/л),

- результатов лабораторных исследований: Anti-gliadinIgG - 135 Ед/мл.

Диагноз «кандидозный эзофагит» выставлен на основании:

- данных ФГДС: пищевод - слизистая оболочка гиперемирована, в средней и нижней трети множественные поверхностные эрозии, покрытые жёлтым фибрином в виде «творожных масс», кардиальный жом смыкается полностью. Желудок: содержимое - слизь с примесью светлой желчи в большом количестве. Слизистая умеренно гиперемирована, складки не утолщены. Привратник проходим. Луковица двенадцатиперстной кишки - слизистая гладкая, отсутствуют кишечные ворсинки, гиперемирована, отёчная, в просвете желчь.

Диагноз «Постгеморрагическая анемия средней степени тяжести» выставлен на основании: гемоглобин - 89 г/л.

3. - Антитела к тканевой трансглутаминазе - подтвердить целиакию.

-Биопсия слизистой двенадцатиперстной кишки - подтвердить целиакию и определить прогноз.

-Колоноскопия - исключение НЯК.

- МРТ - холангиография.

-Кал на скрытую кровь - исключить кровотечение.

- Определить ферритин сыворотки - для уточнения генеза анемии.

4. 1) Воспалительные заболевания кишечника - можно исключить с помощью колоноскопии (воспаление в прямой кишке исключено результатами ректороманоскопии) и результатами ФГДС. Причину диареи, болей в животе и похудания объясняет анамнез - клиника появляется при употреблении в пищу глютеновых продуктов и подтверждает повышение уровня АТ к глиадину и данные ФГДС: атрофия слизистой 12-перстной кишки.

2) Лимфома кишечника - по результатам биопсии ДПК.

5. Питание при целиакии не должно содержать глютен. Диета при целиакии требует полного исключения хлеба и мучных изделий. Придерживаться диеты следует всю жизнь. Через три - шесть месяцев диетических ограничений у 85% пациентов полностью восстанавливается нормальный пищеварительный процесс, исчезают симптомы болезни. Лечение кандидозного эзофагита противогрибковыми препаратами (Флуконазол, Клотримазол). Лечение анемии препаратами железа и фолиевой кислоты, по показаниям - переливания эритроцитарной массы.

Задача №28

Пациент З., 60 лет, жалобы на периодические боли в эпигастрии через 1,5-2 часа после еды, иногда ночью, изжогу, кислую отрыжку. Боли носят локальный характер, не иррадиируют, уменьшаются после молочной пищи. Анамнез заболевания: в течение 2 лет периодически возникали боли и изжога, которые снимал приемом молока, иногда антацидов (Маалокс и Алмагель). Полгода тому

назад обследовался, выявлен гастродуоденит, принимал Омез 20 мг 2 раза и Маалокс. В течение трех месяцев клинические проявления отсутствовали, в последнее время вновь появились и усилились боли, особенно ночные, изжога и отрыжка возникали ежедневно. Накануне госпитализации была двукратная рвота содержимым желудка, а затем желчью. Больной курит, последние 3 года по 2 пачки сигарет в день. Отец оперирован по поводу желудочного кровотечения (причину не знает). Объективно: кожа нормальной окраски, тургор сохранен. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Легкие без патологических изменений. Расширена левая граница сердца до левой среднеключичной линии. Уплотнены стенки лучевых артерий (пальпируются в виде плотных тяжей). Пульс 66 уд в минуту, высокий, АД - 125/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот участвует в дыхании. При пальпации отмечает незначительную болезненность в правом подреберье и в эпигастрии.

При пальпации отделы кишечника не изменены. Печень по краю реберной дуги, пузырные симптомы (Кера, Мерфи. Ортнера) отрицательные. Селезенка не пальпируется. При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин - 147 г/л, СОЭ 4 мм/час, эритроциты $5{,}2\times10^{12}$/л, лейкоциты $7{,}6\times10^{9}$/л, эозинофилы 2%, палочкоядерные нейтрофилы 5%, сегментоядерные нейтрофилы 56%, лимфоциты 37%. Биохимический анализ крови: общий белок 82 г/л, общий билирубин 16,4 (прямой 3,1; свободный 13,3) ммоль/л, холестерин 3,9 ммоль/л, калий 4,4 ммоль/л, натрий 142 ммоль/л, сахар 4,5 ммоль/л. ВГДС: пищевод проходим, розетка кардии плотно смыкается, складки слизистой пищевода нормальные. В антральном отделе желудка определяются очаги отека и яркой гиперемии, а также единичные подслизистые кровоизлияния. Луковица ДПК деформирована, на задней стенке луковицы – послеязвенный рубец звездчатого характера, на передней стенке глубокий язвенный дефект (до мышечного слоя) размером 10×12 мм, над дефектом нависает значительно увеличенные гиперемированные складки слизистой, образующие воспалительный вал. На остальном протяжении слизистая ДПК с очагами гиперемии.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы для патогенетической терапии Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Через 2 месяца поддерживающей терапии клинические явления болезни исчезли полностью, при ФЭГДС на месте язвы белый рубец, из очагов отека и гиперемии в желудке взят материал для цитологического исследования, выявлен Н. р. в большом количестве. Какова Ваша дальнейшая тактика? Обоснуйте ваш выбор.

Эталон ответа:

1. Язвенная болезнь ДПК, впервые выявленная тяжелой степени, с локализацией язвы на передней стенке луковицы ДПК. Послеязвенный рубец задней стенки луковицы. Хронический антральный активный гастрит (Н.р.?), дуоденит.

2. Диагноз «язвенная болезнь ДПК» поставлен на основании наличия поздних и ночных болей, снимающихся антацидами и молочной пищей; диспептических явлений: кислая отрыжка, изжога. Усиление указанных симптомов и появление рвоты, которые характерны для тяжелой степени заболевания. Наличие язвенного дефекта в ДПК, язвенный рубец на задней стенке свидетельствуют о длительном течении язвенной болезни, однако она выявлена только в настоящее время, поэтому шифруется как впервые выявленная. Имеются признаки хронического активного гастрита – очаги отека и яркой гиперемии, а также дуоденита – очаги гиперемии.

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

брюшной полости. Кал на скрытую кровь для исключения микрокровотечения из язвы.

4. Для язвозаживляющей терапии следует назначить ИПП (Эзомепразол, Рабепразол, Омепразол). Учитывая тяжелую степень болезни, следует назначить наиболее эффективные препараты (Нексиум 20 мг 2 раза, Париет 20 мг 2 раза, Лосек мапс 20 мг 2 раза), в тех случаях если ночная симптоматика на фоне ИПП будет сохраняться, следует подключить на несколько дней Н2 -гистаминоблокаторы – Фамотидин 40 мг на ночь. ИПП в стандартной дозе назначаются до полного заживления язвы (4-6 недель), следует учитывать, что язва заживает вначале красным рубцом, который отличается нестойкостью и может разрушиться при прекращении противокислотной терапии. При заживлении язвы красным рубцом назначается поддерживающая терапия – ИПП в половине от лечебной дозы на 1-2 месяца (время формирования белого рубца, лишенного сосудов).

5. Пациенту следует провести эрадикационную терапию: ИПП + Кларитромицин + Амоксициллин, курс - 10 дней. ИПП для эрадикационной терапии назначается по 20 мг 2 раза в день за 30 минут до еды, следует назначить препараты группы ИПП: эзомепразола, рабепразола, омепразола. Это обстоятельство связано с тем, что агрессивность Н.р. обусловлена разностью pH на мембране бактериальной клетки (pH - 1) и pH внутри клетки (pH - 7). ИПП имеют наилучший клинический эффект, активно защелачивают пространство вокруг бактерии и снижают разницу pH. Бактерии при этом теряют свою агрессивность и становятся чувствительными к антибиотикам. В группе кларитромицинов следует выбрать Клацид, как препарат, имеющий наилучшую очистку, наименьшее количество примесей и более высокий эффект. Из амоксициллинов следует выбрать Флемоксин-Солютаб, поскольку растворимая форма препарата обладает наибольшей биодоступностью – 93% против 70% у других амоксициллинов. После

проведения эрадикации, через 4-6 недель следует определить эффективность лечения - исследование кала на антиген H.p. методом ИФА. При отрицательном результате на H.p. - больной должен находиться на диспансерном учете, и при каждой ФЭГДС проводить забор материала на H.p. При неэффективной эрадикации – рекомендуется квадротерапия: ИПП + Де-нол + Тетрациклин + Фуразолидон.

Задача №29

Пациент В. 42 лет, жалобы на периодические боли в эпигастрии, больше справа, которые возникают через 20-30 минут после еды, и значительно уменьшаются или исчезают через 1,5-2 часа. Отмечает изжогу, иногда горечь во рту, аппетит сохранен, стул нормальный 1 раз в сутки. Анамнез заболевания: в течение нескольких лет отмечал дискомфорт в эпигастрии после погрешности в диете. Принимал ферменты, указанные явления исчезали. В последние месяцы на работе стрессы. Стал отмечать боли вначале тупые умеренные, которые снимались антацидами (Алмагель, маалокс). В дальнейшем боли усилились, особенно после приема пищи, независимо от ее качества. Появилась изжога, которая часто сопровождалась горечью во рту. Снизил объем принимаемой пищи, однако боль прогрессировала, госпитализирован в отделение. Курил по 1 пачки в день, последние 3 года не курит. Объективно: кожа нормальной окраски, тургор сохранен. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Легкие без патологических изменений. Границы сердца в норме. ЧСС - 68 ударов в минуту, АД - 130/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот участвует в дыхании. При пальпации отмечает незначительную болезненность в эпигастрии.

При пальпации отделов кишечника болезненности, объемных образований не выявлено. Печень по краю реберной дуги, пузырные симптомы (Кера, Мерфи. Ортнера) отрицательные. Селезенка не пальпируется. При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин - 142 г/л, СОЭ - 4 мм/час, эритроциты - $5,0\times10^{12}$/л, лейкоциты - $7,6\times10^{9}$/л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 5%,

сегментоядерные нейтрофилы - 56%, лимфоциты - 37%. Биохимический анализ крови: общий белок - 82 г/л, общий билирубин - 16,1 (прямой - 3,1; свободный - 13,0) ммоль/л, холестерин - 3,8 ммоль/л, калий - 4,4 ммоль/л, натрий - 144 ммоль/л, глюкоза - 4,5 ммоль/л. ВГДС: пищевод проходим, розетка кардии плотно смыкается. Слизистая в пищеводе без изменений. В средней трети желудка по малой кривизне имеется язвенный дефект стенки (слизистая и подслизистая) до 1,1 см, дно дефекта выполнено фибрином, края дефекта приподняты, отечные. На остальном протяжении в желудке имеются очаг неяркой гиперемии. ДПК без изменений. Взята биопсия. При взятии биопсии из краев язвы отмечается умеренная нейтрофильная инфильтрация и отек.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы для патогенетической терапии вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Какие рекомендации необходимо дать пациенту для профилактики обострения заболевания?

Эталон ответа:

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

2. Диагноз поставлен на основании жалоб на: наличие у пациента ранних болей через 20-30 минут после еды, уменьшение или исчезновение болей через 1,5-2 часа, диспептических явлений в виде изжоги и горечи во рту, свидетельствующих о забросе содержимого желудка и желчи в пищевод вследствие увеличения давления в желудке, а также наличие дефекта слизистой и подслизистого слоя с воспалительным валом вокруг. О хроническом неактивном гастрите Н.р. – ассоциированном, говорит наличие очагов неяркой гиперемии во всех отделах желудка.

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

4. Для язвозаживляющей терапии следует выбрать ИПП (Омепразол, Эзомепразол, Рабепразол) 20 мг 2 раза в день за 30 минут до еды. Возможно назначение Н2 – гистаминоблокаторов: Ранитидин 150 мг 2 раза в сутки, Фамотидин 20 мг 2 раза или 40 мг 1 раз до полного заживления язвы с формированием красного рубца. Вследствие того, что красный рубец без кислотосупрессивной терапии способен разрушаться, и язвенный дефект может открыться вновь, следует назначить поддерживающую терапию: ИПП 20 мг 1 раз в день на 4-8 недель – сроки формирования белого рубца, не содержащего сосудов, поэтому более стойкого. При формировании белого рубца, что следует оценить при ФЭГДС, назначается терапия по требованию – при появлении признаков поражения желудка в течение 1-2 дней принимать ИПП.

5. Профилактика обострений заболевания включает рекомендации по диете (регулярный дробный прием пищи, запрет на алкоголь, курение, запрет на употребление ряда лекарственных средств)

Задача №30

Пациентка Л., 45 лет, жалобы на постоянные, усиливающихся после погрешностей в диете боли в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину, похудание. В 38-летнем возрасте перенесла холецистэктомию по поводу калькулезного холецистита. Через полгода после операции появились почти постоянные, усиливающиеся после погрешностей в диете боли в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину. При применении спазмолитиков и при соблюдении диеты самочувствие улучшалось. Последние год присоединился практически постоянный неоформленный стул, стала терять вес (похудела на 7 кг за 2 года). При осмотре состояние больной

удовлетворительное. Телосложение правильное, незначительно повышенного питания. Рост – 174 см, вес – 90 кг, ИМТ – 29 кг/м^2. При сравнительной перкуссии легких определяется легочный звук. Аускультативно везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС=78 уд/мин, АД - 150/80 мм рт. ст. Язык влажный, у корня обложен белым налетом. При поверхностной пальпации живота отмечается некоторая болезненность в эпигастрии и в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. При глубокой пальпации пальпируется сигмовидная кишка в виде умеренно подвижного безболезненного цилиндра, диаметром 1,5 см. Имеется болезненность в зоне Шоффара. Положительный симптом Кера, симптом Мейо-Робсона. При перкуссии живота — тимпанит. Размеры печени по Курлову – 15х13х11 см. Печень выступает из-под реберной дуги на 3-4 см, край умеренной плотности, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Поражение какого органа, можно предположить, и с чем это связано?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациентке.
4. Определите тактику лечения больной.
5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

Эталон ответа:

1. Хронический билиарнозависимый панкреатит.

2. Поджелудочная железа, постхолецистэктомический синдром, погрешности в диете

3. ЭРХПГ, КТ,УЗИ ОБП, амилаза в крови, эластаза и липаза в кале

4. Диетотерапия, нутритивная поддержка, отказ от курения и алкоголя, антидепрессанты, заместительная ферментная терапия (Креон 10000), парацетамол 1000мг 3 р в сутки, длительность не более 3х месяцев, далее по требованию.

5.Хронический панкреатит необходимо дифференцировать с: • язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки; • хроническим энтеритом и колитом; • хроническим абдоминальным ишемическим синдромом; • раком поджелудочной железы.

Задача №31

Пациент П., 44 лет, жалобы на частую, выраженную изжогу после еды и в ночное время, особенно, при употреблении острой, жирной или обильной пищи, частую тошноту по утрам, отрыжку пищей после еды, особенно при наклонах туловища и в горизонтальном положении, плохой сон из-за изжоги. Из анамнеза: со школьного возраста отмечал боли в животе, плохой аппетит. Лечился самостоятельно, по советам родственников периодически принимая но-шпу и ферментные препараты с незначительным эффектом. Во время службы в армии лечился в госпитале по поводу гастрита. В дальнейшем длительное время жалоб со стороны органов пищеварения не имел. Питается нерегулярно, на работе имеет ночные смены. Курит с 15 лет по 20 сигарет в день. Алкоголь практически не употребляет. Описанные жалобы появились около года назад после длительного периода значительных физических нагрузок и эпизода тяжелого психоэмоционального стресса. Самостоятельно принимал альмагель, омез в течение 10-14 дней с хорошим эффектом, последнее ухудшение – в течение месяца после погрешности в диете и приема алкоголя; на фоне приема привычного набора препаратов в течение недели самочувствие с положительной динамикой, в связи с чем, лечение прекратил. Через 7 дней симптомы возобновились. Три дня назад имел место однократный эпизод черного неоформленного стула. В дальнейшем стул без особенностей. При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост: 174 см, вес: 63 кг. Кожа физиологической окраски, умеренной влажности, чистая. В легких везикулярное дыхание. ЧД 18 в мин. Тоны сердца умеренно приглушены, ритм правильный. ЧСС – 78 в мин., АД – 130/85 мм рт. ст. Язык густо обложен серым налетом, влажный. Живот мягкий, умеренно болезненный высоко в эпигастрии слева от средней линии и в

пилородуоденальной зоне. Пальпация других отделов живота практически безболезненна. Печень 11×8×7 см. Край закруглен, эластичной консистенции, безболезненный. Пузырные симптомы отрицательные. Селезенка не пальпируется, перкуторно 7×5 см. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: эритроциты – 4,1 × 10^{12}/л. НЬ – 123 г/л, МСН – 26 p/g, МСНС–346 g/l, лейкоциты – 5,2 × 10^{9}/л: базофилы – 0, эозофилы -1, палочкоядерные – 2, сегментоядерные – 68; лимфоциты – 23, моноциты – 6. СОЭ = 5 мм/час Анализ кала на скрытую кровь положительный. ВГДС – пищевод проходим. Слизистая нижней трети пищевода ярко гиперемирована с множественными мелкими эрозиями, занимающими до половины диаметра пищевода. Кардиальный жом смыкается не полностью. В пищевод пролабирует слизистая оболочка желудка. Желудок содержит значительное количество секрета с примесью желчи. Слизистая тела желудка слегка отечна, розовая, складки магистрального типа. Слизистая антрума очагово гиперемирова с множественными плоскими эрозиями. Пилорус зияет. Луковица ДПК не деформирована. Слизистая оболочка розовая, блестящая. Постбульбарный отдел без особенностей.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Определите план ведения пациента с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов.
5. Составьте конкретную схему медикаментозного лечения данного пациента с указанием доз, продолжительности приема. Выберите схему поддерживающей терапии. Выберите схему эрадикационной терапии. Обоснуйте Ваш выбор. Определите сроки проведения контрольного эндоскопического исследования.

Эталон ответа:

1. Наиболее вероятный диагноз - эрозивная форма ГЭРБ сочетанная с язвой желудка.

2. Данные из анамнеза (боли в животе с школьного возраста, лечение по

поводу гастрита в армии), клинические проявления (частая изжога, тошнота, отрыжка пищей, ухудшение после ошибок в диете и приема алкоголя, черный неоформленный стул) и результаты обследований (гиперемия и эрозии на слизистый пищевода и желудка) свидетельствуют о наличии эрозивных поражений слизистой пищевода и желудка.

3. План дополнительного обследования пациента:

- Гастроскопия с биопсией для подтверждения диагноза и исключения злокачественных изменений слизистой пищевода и желудка;

- Контрольный анализ кала на скрытую кровь через 2-3 недели;

- УЗИ органов брюшной полости для оценки состояния печени и желчного пузыря.

4. План ведения пациента:

- Коррекция образа жизни: регулярное питание, отказ от острой, жирной и обильной пищи, отказ от курения, уменьшение физической нагрузки, нормализация сна;

- Избегание факторов, способствующих ухудшению - алкоголь, некоторые лекарственные препараты;

- Медикаментозная терапия для снижения кислотности желудочного сока и улучшения защитных свойств слизистой пищевода и желудка.

5. Конкретная схема медикаментозного лечения:

- Препараты протонной помпы (ППП) - рабепразол (20 мг) 2 раза в день на 4-6 недель для снижения кислотности желудочного сока и заживления эрозий;

- суспензия альмагеля (10 мл) 2 часа после еды и перед сном для защиты слизистой;

- Препараты, снижающие секрецию желудочного сока - ранитидин (150 мг) 2 раза в день перед едой для дополнительного снижения кислотности.

Выбор схемы поддерживающей терапии:

- Рабепразол (20 мг) 1 раз в день в течение 4-6 месяцев для поддержания нормализации кислотности желудочного сока и предотвращения

рецидивов.

Выбор схемы эрадикационной терапии:

- Комбинация препаратов для эрадикации Helicobacter pylori: рабепразол (20 мг) + амоксициллин (1 г) + кларитромицин (500 мг), все 2 раза в день, продолжительность 10-14 дней. Обоснование выбора: стандартная схема терапии, другую можно подобрать лишь определив антибиотикочувствительность

Сроки проведения контрольного эндоскопического исследования:

- Через 3 месяца после начала лечения для оценки эффективности терапии и заживления эрозий.

Задача №32

Пациент Х., 65 лет, жалобы на тупые, ноющие малоинтенсивные боли и ощущение тяжести в подложечной области через 15-20 минут после еды, тошноту, изжогу. Болевые ощущения усиливаются при погрешностях в питании. Из анамнеза: боли в подложечной области беспокоят последние 4 недели, несколько уменьшаются после приема дротаверина, антацидов. Около недели назад пациент отметил эпизод появления черного стула в течение 2–х суток. В возрасте 45 лет диагностировали язвенную болезнь ДПК, лечился в стационаре, в последующем обострений заболевания никогда не фиксировалось. Последние 10 лет к врачам по этому поводу пациент не обращался. Пациент получает медикаментозное лечение по поводу ИБС, в том числе, тромбо асс и клопидогрел, последние 5 месяцев прекратил прием крестора. При осмотре: состояние удовлетворительное, ИМТ – 27 кг/м^2, кожный покров и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Голени пастозны. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 мин. Сердце – тоны приглушены, акцент 2 тона на аорте, ритм правильный. ЧСС – 92 в 1 мин. АД – 130/85 мм рт. ст. Живот участвует в дыхании, при пальпации мягкий, определяется умеренная болезненность в эпигастрии по средней линии тела и в пилоро-дуоденальной зоне, остальные отделы живота безболезненны. Пузырные симптомы

отрицательные. Размеры печени по Курлову и селезенки: 11х9х8 см и 6×4 см соответственно. Край печени плотноэластической консистенции определяется на 2 см ниже реберной дуги, безболезненный. Пальпация отделов толстой кишки безболезненна. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный. В анализах: эритроциты $3,2\times10^{12}$/л, Hb 103 г/л, MCH - 22p/g, MCHC– 300 g/l, лейкоциты $5,6\times10^{9}$/л. СОЭ 8 мм/час. Общий холестерин 7,9 ммоль/л, триглицериды 2,6 ммоль/л.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные методы исследования Вы назначили бы данному пациенту?
4. Определите план ведения пациента с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов лечения.
5. Укажите препараты из группы ИПП, которые Вы выбрали бы в данном случае. Обоснуйте Ваш выбор. Укажите дозы препаратов. Выберите схему эрадикационной терапии.

Эталон ответа:

1. Язва желудка и ДПК. Обострение язвы желудка

2. Диагноз поставлен на основании чёрного стула, болей после приёма пищи, изжога.

3. Гастроскопия, анализ кала, уреазный тест

4. Диетотерапия, отказ от алкоголя и курения, эрадикационная терапия, исключить тромбоасс.

5. Рабепразол 20мг, 2 раза в день натощак т.к.надёжнее подавляет секрецию желудочного сока. Схема эрадикациационной терапии: Амоксиклав 1000мг 2 р в день; Кларитромицин 500мг 2 раза в день

Задача №33

Пациент Ф., 27 лет, жалобы на тупые, ноющие малоинтенсивные боли в нижних отделах живота ближе к левому фланку, возникающие перед дефекацией, либо

усиливающиеся сразу после опорожнения кишечника, длящиеся около 30-40 минут, неоформленный стул с примесью слизи и небольших количеств алой крови, частота стула до 5-6 раз в сутки, в том числе, в ночное время, ложные позывы на дефекацию с выделением из прямой кишки только слизи с примесью алой крови, ощущение урчания, бурления в животе в течение дня, снижение веса на 6 кг за прошедшие 5 месяцев. Из анамнеза: нарушение стула впервые отметил 5 месяцев назад после поездки на юг в летнее время и связал указанный симптом с особенностями питания (употребление больших количеств овощей и фруктов). Диарея сохранялась и прогрессировала и после возвращения из отпуска. Самостоятельно принимал смекту, мезим с незначительным и нестойким эффектом. Через 1,5 месяца отметил появление в кале слизи и прожилок крови, затем появились слабые боли по левому фланку живота. Начал прием но-шпы. По совету родственницы 2 недели назад в течение 5 дней принимал левомицетин по 3 таблетки в день, на этом фоне значительно усилились диарея и боли в животе, увеличилась примесь крови в кале, что и послужило поводом для обращения к участковому врачу. Обращение за медицинской помощью откладывал, поскольку считал, что у него имеет место какое-то инфекционное заболевание кишечника и опасался госпитализации в инфекционное отделение, предпочитая лечиться самостоятельно. В прошлом в период студенчества имели место неоднократные эпизоды жидкого стула, появление которых пациент связывал с употреблением якобы недоброкачественных продуктов. Лечился, как правило, самостоятельно, употреблял отвары вяжущих средств. При осмотре: состояние удовлетворительное, t – 36,8°С, рост 178 см, вес 61 кг, кожный покров и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 мин. Сердце – тоны звучные, ритм правильный. ЧСС – 90 в 1 мин. АД – 120/75 мм рт. ст. Язык умеренно диффузно обложен сероватым налетом, влажный. Живот участвует в дыхании, умеренно равномерно вздут, при поверхностной пальпации мягкий, определяется умеренная болезненность по левому фланку живота, при глубокой пальпации отчетливая болезненность в левой подвздошной области, где пальпируется

спазмированная, плотноэластическая, болезненная сигмовидная кишка; остальные отделы толстой кишки безболезненны. Пальпация эпигастральной и подреберных областей безболезненна Пузырные симптомы отрицательные. Размеры печени по Курлову и селезенки: 10х8х7 см и 6×4 см соответственно. Край печени не определяется. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный. В анализах: эритроциты = 3,02 $\times 10^{12}$/л, Hb = 102 г/л, МСН – 23 p/g, МСНС– 300 g/l, лейкоциты = 12,4$\times 10^{9}$/л. СОЭ = 36 мм/час. Копрограмма: кал разжиженный, неоформленный, мышечные волокна, крахмал внутриклеточный в небольшом количестве, лейкоциты до 30-40 в поле зрения, эритроциты в значительном количестве, слизь в большом количестве. Фекальный кальпротектин 532 мкг/г. Общий белок сыворотки 62,3 г/л, альбумины – 49,3%, глобулины 50,7%, СРП – 95мг/л. Ректороманоскопия без подготовки: аппарат введен до 18 см. Слизистая оболочка прямой кишки диффузно гиперемирована, отечна, выраженная контактная кровоточивость, множественные эрозии, местами, сливные, покрытые фибрином. В просвете кишки слизь, окрашенная кровью, и жидкие каловые массы в небольшом количестве.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Определите план ведения пациента с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов.
5. Проведите экспертизу трудоспособности пациента.

Эталон ответа:

1. Наиболее вероятный диагноз: не специфический язвенный колит.
2. Обоснование диагноза:

- Характерные клинические симптомы: тупые, ноющие боли в нижних отделах живота, особенно в левом фланке, перед дефекацией или после нее, наличие слизи и примеси алой крови в стуле, частые ночные стулы и ложные позывы на дефекацию;

- Продолжительность симптомов - 5 месяцев;
- Умеренная болезненность при пальпации левого фланка живота и спазмированная сигмовидная кишка;
- Ректороманоскопия показала гиперемию, отек, контактную кровоточивость, эрозии и наличие слизи и крови в кишечном просвете;
- Повышенный уровень фекального кальпротектина, что свидетельствует о воспалительном процессе в кишечнике.
3. План дополнительного обследования:
- Колоноскопия с биопсией для подтверждения диагноза и оценки степени поражения кишечника;
- общий анализ крови, биохимический анализ (сывороточный белок, СРП), определение уровня железа, витамина B12 и фолиевой кислоты для оценки наличия анемии и дефицита питательных веществ;
- анализы кала на наличие инфекций и паразитов;
- УЗИ органов брюшной полости для исключения других причин болей в животе.
4. План ведения пациента:
- Медикаментозное лечение: прописать препараты из группы 5-аминосалициловой кислоты (мезалазин) для уменьшения воспаления и снижения симптомов; при неэффективности - препараты глюкокортикостероидов (преднизолон);
- Диетотерапия: рекомендовать пациенту исключить острые, жирные, пряные продукты, алкоголь, кофе, молочные продукты и увеличить потребление пищевых волокон;
- Режим активности: рекомендовать пациенту умеренную физическую активность, такую как ежедневные прогулки;
- При необходимости контроля симптомов и выявления обострений - рекомендовать пациенту вести дневник питания и состояния.
5. Экспертиза трудоспособности:
Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности :32-40 дней, далее,

если после проведённого лечения и при наличии поддерживающей терапии рецидивы будут чаще 3 раз в год, ставится вопрос об инвалидности

Задача №34.

Пациент Б., 40 лет, жалобы на ноющие боли в эпигастральной области, которые возникают через 20-30 минут после приема пищи; на тошноту и рвоту желудочным содержимым, возникающую на высоте болей и приносящую облегчение; на снижение аппетита. Из анамнеза заболевания: впервые подобные жалобы возникли около 7 лет назад, но боли купировались приемом Алмагеля и Но-шпы. За медицинской помощью ранее не обращался. Отмечает весенне-осенние обострения заболевания. Ухудшение самочувствия около двух дней, после употребления алкоголя и жареной пищи. Работает водителем маршрутки. Питается нерегулярно, часто употребляет алкоголь. Курит в течение 23 лет до двух пачек сигарет в день. Наследственный анамнез: у отца – язвенная болезнь желудка. Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Астеник, пониженного питания. Кожа и видимые слизистые бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в мин. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 74 удара в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 74 удара в минуту. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, симптом Менделя положительный, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул ежедневно, без патологических примесей. Данные дополнительных методов исследования. Общий анализ крови: гемоглобин – 132 г/л, эритроциты – $4,4\times10^{12}$/л, лейкоциты – $6,4\times10^{9}$/л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 60%, лимфоциты – 30%, моноциты – 8%, СОЭ – 10 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность – 1018, эпителий – 2-4 в поле зрения, белок, цилиндры, соли - не определяются. Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,5 ммоль/л, фибриноген – 2,9 г/л, общий белок – 68 г/л. ВГДС:

пищевод свободно проходим, слизистая не изменена, кардиальный жом смыкается. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая гиперемирована, складки обычной формы и размеров, в кардиальном отделе по большой кривизне определяется язвенный дефект 1,0-1,5 см, с ровными краями, неглубокий, дно прикрыто фибрином. Луковица двенадцатиперстной кишки обычной формы и размеров, слизистая бледно-розового цвета. Выявлен Helicobacter pylori.

1. Выделите основные синдромы.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Обоснуйте диагноз.
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
5. Перечислите основные принципы лечения.

Эталон ответа:

1. Основные синдромы: болевой, диспептический.

2. Диагноз: Язвенная болезнь желудка, обострение.

3. Обоснование диагноза:

- Пациент имеет жалобы на ноющие боли в эпигастральной области, которые возникают после приема пищи. Это типичный симптом язвенной болезни желудка.

- Наличие тошноты и рвоты желудочным содержимым, которая приносит облегчение, также характерно для язвенной болезни.

- Язвенный дефект обнаруженный при вгдс

4. Заболевания, с которыми необходимо дифференцировать данную патологию:

- Симптоматические язвы

- Рак желудка

5. Основные принципы лечения:

- Устранение Helicobacter pylori с помощью эрадикационной терапии .

- Применение антисекреторных препаратов.

- Регулярное прием пищи и исключение острой, жареной, жирной пищи.

- Отказ от курения и употребления алкоголя.

- Соблюдение диеты, исключающей раздражающие продукты и напитки.

- При необходимости применение препаратов для облегчения боли и симптомов диспепсии.

Задача №35.

Пациент Н., 33 лет, жалобы на боли в эпигастральной области, преимущественно натощак, через 2 часа после еды, ночью, купируются приемом пищи. Беспокоит отрыжка кислым, стул регулярный, оформленный. У отца и деда по отцовской линии — язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Курит с 16 лет до 20 сигарет в день. Объективно: астенического телосложения, умеренного питания. Кожа чистая. Со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы патологии не выявлено. ЧСС — 72 уд. в мин. АД 120/75 мм рт. ст. При поверхностной пальпации живота болезненность в пилородуоденальной области. Печень не увеличена, безболезненная при пальпации. Физиологические отправления в норме. Общий анализ крови: Hb – 126 г/л, цв. показ. – 0,91, эритроциты – $4,1*10^{12}$/л; лейкоциты– $7,0*10^{9}$/л; п/я – 3%, с/я – 51%, э – 3%, л – 36%, м – 7%, СОЭ – 6 мм/час. ВГДС: в желудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией. Слизистая луковицы дуоденум очагово гиперемирована, отечная, на задней стенке язвенный дефект 0,6 х 0,5 см, округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Взята биопсия. УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь грушевидной формы 73х35 мм, с перегибом на дне, содержимое с осадком, стенки 2 мм. Поджелудочная железа: не увеличены, эхогенность головки и хвоста снижена. рН – метрия желудка: натощак – рН в теле 2,4; в антральном отделе – 4.2, через 30 мин после стимуляции 0,1% раствором гистамина в дозе 0,008 мг/кг – рН в теле 1,4; в антруме – 2,8. Дыхательный уреазный тест: положительный. Биопсийный тест на НР-инфекцию: положительный (++).

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Перечислите основные методы и способы диагностики HP-инфекции.
4. Предложите схему лечения данному больному.
5. Прогноз, диспансеризация, профилактика заболевания.

Эталон ответа:

1. Наиболее вероятный диагноз: язвенная болезнь ДПК.

2. Обоснование диагноза:

- Жалобы пациента на боли в эпигастральной области, преимущественно натощак, через 2 часа после еды, которые купируются приемом пищи, указывают на характерные симптомы язвенной болезни.

- Отрыжка кислым также является характерным симптомом язвенной болезни.

- Наличие родственников (отца и деда по отцовской линии) с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки может указывать на наследственную предрасположенность к данному заболеванию.

- При проведении ВГДС выявлены характерные изменения слизистой оболочки дуоденума, такие как очаговая гиперемия, язвенный дефект.

3. Основные методы и способы диагностики HP-инфекции:

- Дыхательный уреазный тест.

- Биопсийный тест на наличие HP-инфекции.

- Серологические методы (определение антител IgG к H. pylori).

- Методы молекулярной биологии (полимеразная цепная реакция, гибридизация).

4. Схема лечения данного больного:

- Эрадикационная терапия для лечения HP-инфекции, включающая комбинацию препаратов: ингибитор протонной помпы (например, Рабепразол 20сг 2р в день), антибиотики (амоксициллин 1г 2 раза в день, кларитромицин или метронидазол 500мг 2 р в день) и висмут дицитрат (Де-нол 120г 4 р в день)

- Симптоматическое лечение для облегчения болей и снижения кислотности

желудка (например, антациды, прокинетики).
5. Прогноз, диспансеризация, профилактика заболевания:
- Прогноз зависит от своевременности и эффективности лечения. При своевременном и полноценном лечении прогноз обычно благоприятный.
- Диспансеризация включает регулярное наблюдение у врача для контроля состояния и эффективности лечения, а также проведение необходимых диагностических исследований в течение 5 лет.
- Профилактика заболевания включает соблюдение здорового образа жизни, отказ от курения, регулярное питание, избегание стрессовых ситуаций, а также своевременное обращение к врачу при появлении симптомов. В случае выявления HP-инфекции у близких родственников рекомендуется проведение скрининга и лечение, если необходимо.

Задача №36.

Пациент С., 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 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.

1. Какой вариант хронического панкреатита по этиологическому фактору наиболее вероятен?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие признаки характерны для наследственного панкреатита?
4. Каков патогенетический механизм развития панкреатита при мутации гена

катионического трипсиногена?

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

Эталон ответа:

1. Наиболее вероятным вариантом хронического панкреатита по этиологическому фактору является наследственный панкреатит.
2. Диагноз обострение хронического панкреатита обосновывается наличием характерных симптомов, таких как интенсивная боль в эпигастрии с иррадиацией в левое подреберье, тошнота, непереносимость жирной пищи, а также наличием изменений поджелудочной железы и билиарного сладжа на ультразвуковом исследовании,есть семейный анамнез, ввиду которого поставлен диагноз наследственного панкреатита.
3. Признаки, характерные для наследственного панкреатита, включают:
- Раннее начало симптомов панкреатита (обычно до 30 лет);
- Семейный анамнез панкреатита у близких родственников;
- Рецидивирующие эпизоды панкреатита с тяжелым течением и возможными осложнениями;
- Высокий риск развития рака поджелудочной железы.
4. Патогенетический механизм развития панкреатита при мутации гена катионического трипсиногена заключается в нарушении нормального метаболизма трипсина. Мутации в гене приводят к повышенной активности трипсина, что может привести к повреждению тканей поджелудочной железы и развитию воспалительного процесса.
5. Относительная частота наследственного панкреатита с аутосомно-доминантным наследованием в этиологической структуре хронических панкреатитов составляет около 5-10%.

Задача №37.

Пациентка В., 25 лет, обратилась к гастроэнтерологу с жалобами на изжогу и

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

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Позволяет ли отсутствие эндоскопических изменений пищевода исключить диагноз ГЭРБ?
3. У какой части не леченных или неадекватно леченных больных неэрозивной ГЭРБ развивается рефлюкс эзофагит (в среднем)?
4. Какой метод с наибольшей достоверностью позволяет дифференцировать неэрозивную ГЭРБ и «функциональную» изжогу?
5. Какие рекомендации по изменению образа жизни необходимо дать пациентке?

Эталон ответа:

1. Наиболее вероятный диагноз - гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ).

2. Отсутствие эндоскопических изменений пищевода не исключает диагноз ГЭРБ. Наличие этих изменений является характерным, но не обязательным признаком ГЭРБ.

3. Рефлюкс эзофагит развивается в среднем у 25-30% не леченных или

неадекватно леченных больных с неэрозивной ГЭРБ.
4. Метод с наибольшей достоверностью для дифференциации неэрозивной ГЭРБ и "функциональной" изжоги является проведение 24-часовой pH-метрии пищевода.
5. Рекомендации по изменению образа жизни для пациентки включают следующее:
- Избегать употребления пищи и напитков, которые могут способствовать рефлюксу, таких как острые и жирные продукты, шоколад, кофе, алкоголь, газированные напитки.
- Избегать приема больших порций пищи, особенно перед сном.
- Поддерживать здоровый вес и избегать избыточного давления на желудок.
- Поднять голову кровати на 15-20 см при сне и спать на левом боку, чтобы уменьшить рефлюкс во время ночного сна.
- Прием антацидов может быть рекомендован для снятия симптомов изжоги, но не является долгосрочным решением.
- Приём антисекреторной терапии.

Задача №38.

Пациент К., 22 лет, жалобы на «кислую» отрыжку, изжогу, чувство тяжести после приема пищи, осиплость голоса по утрам и ощущения «кома в горле». Рос и развивался в соответствии с возрастом. Мама: 46 лет, хронический гастродуоденит. Отец: 48 лет, язвенная болезнь ДПК. Вредных привычек нет. 4-5 раз в неделю питается в пунктах быстрого питания. Первые симптомы: отрыжка воздухом или кислым, изжога появилась 4 месяца назад; последние 3-4 недели изжога после каждого приема пищи, усиливающаяся при наклонах, особенно во время игры в боулинг; утром на подушке отмечает следы мокрых пятен. При осмотре: кожа чистая, питание удовлетворительное. Язык обложен белым налетом. В легких без патологии. Тоны сердца звучные, экстрасистолия. Живот доступен пальпации. Болезненность при глубокой пальпации в пилородуоденальной зоне. Симптом Мендаля отрицательный. Печень и

селезенка не пальпируется. Стул со склонностью к задержке до 36 часов. Дизурических симптомов нет.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту?
5. Составьте план лечения больного.

Эталон ответа:

1. Наиболее вероятный диагноз - гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ).

2. Обоснование диагноза:

- Пациент имеет типичные симптомы ГЭРБ, такие как изжога, отрыжка, чувство тяжести после приема пищи.

- Семейный анамнез, наличие гастродуоденита у матери и язвенной болезни ДПК у отца, что увеличивает риск развития ГЭРБ у пациента.

- Потребление пищи в пунктах быстрого питания может способствовать развитию ГЭРБ из-за высокого содержания жировой и пряной пищи, а также большого количества съедаемой пищи за короткий промежуток времени.

- У пациента также есть другие симптомы ГЭРБ, такие как осиплость голоса по утрам, мокрые пятна на подушке с утра и ощущение «кома в горле».

3. План дополнительного обследования:

- Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) для оценки состояния пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, исключения органических изменений и оценки степени эрозивного повреждения слизистой оболочки.

- pH-метрия пищевода для измерения уровня кислотности в пищеводе и подтверждения наличия рефлюкса.

- Манометрия пищевода для оценки функционального состояния

сфинктера пищевода.

4. Препараты ингибиторов протонной помпы рекомендуются для лечения ГЭРБ.

5. План лечения:

- Изменение образа жизни: снижение потребления жирной и пряной пищи, уменьшение размера порций, избегание приема пищи за 2-3 часа до сна, поднятие головы при сне, борьба с избыточным весом.

- Назначение ингибиторов протонной помпы для снижения выделения желудочной кислоты и улучшения симптомов.

- При необходимости может быть рекомендовано добавление антацидов для симптоматического облегчения изжоги.

- При отсутствии эффекта от медикаментозного лечения или наличии осложнений, таких как эзофагит, может потребоваться хирургическое вмешательство.

Вопросы для собеседования.

1. Хеликобактер-ассоциированные заболевания. Эпидемиология. Патогенез. Принципы диагностики. Оптимальные схемы эрадикационной терапии, их эффективность и безопасность.

Эталон ответа: **Helicobacter pylori – это широко распространенный возбудитель инфекции желудка, который вызывает такие патологии, как гастрит, язвенную болезнь, аденокарциному и низкодифференцируемую лимфому желудка. Согласно данным из различных регионов нашей страны, инфекцию H. pylori обнаруживают у 55–92% взрослых, причем с возрастом процент инфицированности населения увеличивается.**

Патогенез: продуцируемый бактерией H. pylori аммиак позволяет микроорганизму выживать в кислой среде желудка и может разрушать слизистый барьер. Цитотоксины и муколитические ферменты (например, протеаза, липаза), продуцируемые бактерией H. pylori, могут играть роль в повреждении слизистой желудка и последующем развитии ульцерогенеза.

Инфекция преимущественно антрального отдела приводит к увеличению продукции гастрина, возможно, за счет местного нарушения секреции соматостатина. В итоге гиперсекреция кислоты предрасполагает к препилорической или дуоденальной язве. Инфекция преимущественно тела желудка приводит к развитию атрофического гастрита и снижению продукции кислоты, возможно, за счет увеличения местной продукции интерлейкина-1 бета. Больные с инфекцией преимущественно тела желудка предрасопложены к язве желудка и аденокарциноме желудка.

Диагностика: неинвазивные тесты диагностики: дыхательный уреазный тест с пероральным приемом определенной дозы мочевины, меченной 13С или 14С. Чувствительность и специфичность составляют > 95%. Антигенный анализ кала имеет сходную чувствительность и специфичность с мочевинным дыхательным тестом, особенно при первоначальной диагностике. Эндоскопия применяется для получения биопсийных образцов слизистой оболочки для быстрого уреазного теста или гистологической окраски. Бактериальный посев имеет ограничения по использованию из-за сложности получения культуры «привередливого» микроорганизма.

Лечение: трёхкомпонентная терапия: ИПП в «стандартной дозировке» не менее 7 дней; кларитромицин (500 мг 2 раза в день) 7 дней; амоксициллин (1000 мг 2 раза в день) или метронидазол (500 мг 2 раза в день) 7 дней. Четырёхкомпонентная терапия: один из ИПН в «стандартной дозировке» не менее 10 дней + висмута субцитрат (120 мг 4 раза в день) 10 дней + метронидазол (500 мг 3 раза в день) 10 дней + тетрациклин (500 мг 4 раза в день) 10 дней.

2. Печеночная кома. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

Эталон ответа: **печеночная кома - осложнение острых или хронических заболеваний печени. В основе развития комы лежит выраженная недостаточность функции печени, связанная с развитием массивного некроза печеночных клеток, нарушением микроциркуляции с тромбообразованием. Основные факторы, которые вызывают энцефалопатию и кому: Аммиак. Выделяют 3 стадии, Симптомы: Печеночная энцефалопатия-тремор, промахивание при пальцевых пробах, инверсия сна, снижение памяти, спутанность сознания, кома, снижение сухожильных рефлексов, снижение зрачковых реакций, дискоординация движений, отечно-асцитический синдром, геморрагический синдром, прогрессирующая желтуха, печеночный запах изо рта. Диагностка: ОАК, ОАМ, АлТ, АсТ, билирубина, ЩФ, глюкозы, желчных пигментов в моче, регистрация ЭКГ. Лечение: очистительная клизма с целью очищения кишечника, назначают АБ, препараты калия. Аммиак в крови обезвреживают Аргинином, Глютаминовой кислотой. В случае психомоторного возбуждения показан Галоперидол, Хлоралгидрат в виде клизмы. При метаболическом ацидозе вводят четырехпроцентный раствор Бикарбоната натрия, при остро выраженном ацидозе показан калий в больших количествах. ГКС, преднизолон в стадии прекомы преднизолон в стадии комы 200 мг в сутки, гидрокортизон (до 1000 мг в сутки). При печеночно-клеточной коме проводят переливания крови (до 5-6 л в сутки).**

3. Гастро-эзофагеальная рефлюксная болезнь. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

Эталон ответа: **гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь — это хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное нарушением моторно-эвакуаторной функции органов гастроэзофагеальной зоны, характеризующееся регулярно повторяющимся забросом в пищевод желудочного и в ряде случаев дуоденального содержимого. ГЭРБ-**

кислотозависимое заболевание. ГЭРБ-заболевание с исходным нарушением двигательной функции верхних отделов ЖКТ. Патогенез: повышенное давление в желудке, брюшной полости; недостаточность "запирательного" механизма кардии; снижение клиренса пищевода; снижение резистентности слизистой оболочки пищевода. Классификация: Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом; Гастроэзофагеальный рефлюкс без эзофагита. И по степени распространенности заболевания: A; B; C; D. Клиника: Пищеводные (типичные, атипичные); Внепищеводные проявления. Осложнения: язвы пищевода, кровотечения, пептическая стриктура, пищевод Барретта. Диагностика: анамнестические данные, инструментальное обследование (эндоскопическое; рентгенологическое; pH- метрия; pH-импедансометрия). Лечение: Антациды, Эзофагопротекторы, прокинетики, ИПП.

4. Хронические вирусные гепатиты. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клинические симптомы Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Современная терапия.

Эталон ответа: **хронический гепатит продолжается> 6 месяцев. Распространенные причины включают вирусы гепатита B и C, неалкогольный стеатогепатит (НАСГ), заболевание печени, связанное с злоупотреблением алкоголя и аутоиммунное заболевание печени (аутоиммунный гепатит). Многие пациенты не имеют истории острого гепатита, и первым признаком заболевания у них является обнаружение бессимптомного повышения сывороточных аминотрансфераз.**

Патогенез: Ведущим патогенетическим механизмом при хроническом вирусном гепатите служит нарушение взаимодействия иммунных клеток с содержащими вирус гепатоцитами. При этом отмечается дефицит Т-системы, депрессия макрофагов, ослабление системы интерфероногенеза, отсутствие специфического антителогенеза в отношении антигенов вирусов, что в конечном итоге нарушает адекватное распознавание и

элиминацию иммунной системой антигенов вирусов на поверхности гепатоцитов.

Клиническая картина: у многих пациентов заболевание протекает бессимптомно, независимо от этиологии. Тем не менее общее недомогание, анорексия, усталость являются общими симптомами, иногда с субфебрильной температурой и неспецифическим дискомфортом в верхней части живота, проявление геморрагического синдрома. Желтуха, как правило, отсутствует.

Зачастую, первыми симптомами являются:

- **Признаки цирроза (например, спленомегалия, звёздчатые гемангиомы, ладонная эритема)**
- **Осложнения цирроза (например, портальная гипертензия, варикозное кровотечение, асцит, энцефалопатия, рак печени)**

У некоторых пациентов с хроническим гепатитом развиваются признаки холестаза (например, желтуха, зуд, обесцвеченный стул, стеаторея).

Диагностика: диагностика хронической HBV – инфекции: устанавливают на основании выявления HbsAg; Диагностические маркеры хронической HBV - инфекции - репликативная фаза HbsAg, HbeAg, HBV DNA, анти-HBc IgG. -Нерепликативная фаза HbsAg, анти-HBe, анти-HBc IgG («HBsAg – носитель»). Наличие HbeAg отражает контагиозность, репликацию вируса. Об активности патологического процесса судят по активности АлАТ и АсАТ, соотношение которых при вирусном гепатите как 1: 1,3 и более. Морфологические признаки хронического гепатита В: Гидропическая дистрофия гепатоцитов вплоть до балонной. Очаги некроза гепатоцитов. Лимфогистоцитарная инфильтрация. Фиброз портальных трактов. «Матовостекловидные» гепатоциты – маркер HbsAg «Песочные» ядра – маркер HBcAg HbsAg

Лечение: лактулоза, пре- и пробиотики: лактобактерин, бифидумбактерин (при наличии клинических симптомов дисбиоза), метионин, урсодеоксихолиевая кислота, эссенциальные фосфолипиды, азатиоприн

(имуран), и кортикостероиды (при аутоиммунном гепатите), альбумин и плазма. Этиотропная терапия хронического вирусного гепатита требует назначения противовирусных препаратов: синтетических нуклеозидов, интерферонов и др.

5. Микозы органов пищеварения. Клинические симптомы. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение.

Эталон ответа: **микозы ЖКТ — патологические состояния, развившиеся вследствие поражения пищеварительных органов дрожжеподобными, плесневыми, диморфными грибами. Манифестации микозов часто предшествуют другие патологические состояния, способствующие патологической активации условно-патогенной флоры за счет снижения местной защитной реакции слизистой ЖКТ, угнетения иммунных сил организма. Специалисты в сфере гастроэнтерологии и микологии выделяют следующие предпосылки к развитию желудочно-кишечного микотического заболевания: Физиологическая иммунная недостаточность. Естественное снижение иммунитета наблюдается у беременных, связано с необходимостью поддержания гестации. Незрелость иммунной системы характерна для новорожденных, риск инфицирования возрастает при недоношенности и наличии генитального кандидоза у матери. В пожилом возрасте отмечается инволютивное угасание защитных сил.**

- **Патологический иммунодефицит. Несостоятельность иммунной системы лежит в основе ВИЧ-инфекции и ее клинически выраженной формы — СПИД; сахарном диабете; онкогематология.**
- **Ятрогенные факторы (при использовании кортикостероидов, цитостатиков)**
- **Повреждения слизистой оболочки ЖКТ.**

<u>Клиническая картина</u>: При орофарингеальной локализации микоза у пациента возникают боли во время приема пищи, неприятный привкус во рту, на слизистой оболочке щек и языка появляются белые налеты.

Поражение пищевода и желудка характеризуется болью при глотании, дисфагией, изжогой, отрыжкой, тошнотой и рвотой, дискомфортом в эпигастральной области, снижением аппетита. При прогрессировании заболевания в процесс вовлекаются нижележащие отделы ЖКТ, что клинически проявляется диареей с примесями слизи и крови, болезненностью в левой подвздошной области.

Диагностика: Эзофагогастродуоденоскопия. Характерные признаки микозов при эндоскопии — гиперемия, выраженная отечность и контактная ранимость слизистой оболочки, наличие белесоватого налета, язвенных дефектов. Во время исследования производится забор материала (налетов, биоптатов) для гистологического и цитологического анализа. Микробиологическое исследование биоптата. Окраска материала по Грамму, Романовскому-Гимзе позволяет определить грибки в материале, что подтверждает диагноз микоза.

Лечение: Антимикотики. По результатам наблюдений, наиболее эффективной является терапия триазолами. Средства этой группы угнетают систему цитохрома Р-450 и синтез эргостерола клеточных мембран, нарушая рост и репликацию кандид и криптококков. Пробиотики. Препараты, в которых содержатся непатогенные и нетоксигенные микроорганизмы, позволяют восполнить естественную микрофлору.

6. Язвенная болезнь желудка. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

Эталон ответа: **язвенная болезнь (ЯБ) представляет собой хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии, ведущим проявлением которого служит образование дефекта (язвы) в стенке желудка и двенадцатиперстной кишки.**

Этиология и патогенез: нарушение равновесия между факторами кислотно-пептической агрессии желудочного содержимого и элементами защиты слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.
Клиника: боль, отрыжка кислым, запоры, тошнота, рвота.
Осложнения: кровотечение, перфорация и пенетрация язвы, формирование рубцово-язвенного стеноза привратника, малигнизация язвы.
Диагностика: эзофагогастродуоденоскопия, диагностика инфекции H. pylori.
Лечение: ИПП, блокаторы Н2-рецепторов, антациды, эррадикация H. pylori.

7. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.
Эталон ответа: **язвенная болезнь (ЯБ) представляет собой хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии, ведущим проявлением которого служит образование дефекта (язвы) в стенке желудка и двенадцатиперстной кишки.**
Этиология и патогенез: нарушение равновесия между факторами кислотно-пептической агрессии желудочного содержимого и элементами защиты слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.
Клиника: боль, отрыжка кислым, запоры, тошнота, рвота.
Осложнения: кровотечение, перфорация и пенетрация язвы, формирование рубцово-язвенного стеноза привратника, малигнизация язвы.
Диагностика: эзофагогастродуоденоскопия, диагностика инфекции H. pylori.
Лечение: ИПП, блокаторы Н2-рецепторов, антациды, эррадикация H. pylori.

8. Функциональная диспепсия. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

Эталон ответа: **Определение: комплекс жалоб, включающих в себя боли и чувство жжения в подложечной области, ощущение переполнения в эпигастрии после еды и раннее насыщение, которые отмечаются у больного в течение 3 последних месяцев (при их общей продолжительности не менее 6 месяцев) и которые не могут быть объяснены органическими заболеваниями.**

Этиология: наследственная предрасположенность.

Патогенез: расстройства двигательной функции желудка и ДПК .

Классификация: синдром болей в эпигастрии, постпрандиальный дистресс-синдром — ППДС

Клиника: Боли в эпигастральной области. Чувство жжения в эпигастральной области. Чувство переполнения в эпигастральной области после еды. Раннее насыщение.

Диагностика: ОАК, БХ-крови, анализ кала на скрытую кровь, ФГДС с биопсией, УЗИ ОБП

Лечение: антациды, блокаторы Н2-рецепторов, антациды, эррадикация H. pylori, прокинетики.

9. Хронический хеликобактерный гастрит. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

Эталон ответа: хронический гастрит – группа хронических заболеваний, которые морфологически характеризуются персистирующим воспалительным инфильтратом и нарушением клеточного обновления с развитием кишечной метаплазии, атрофии и эпителиальной дисплазии в слизистой оболочке желудка.

Этиология: H. pylori.

Патогенез: сложен и многогранен.

Клиника: диспепсия, боль.

Диагностика: тесты на хеликобактер пилори, инструментальные и лабораторные исследования.

Лечение: эрадикационная терапия.

10. Атрофический гастрит. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

Эталон ответа: **аутоиммунный гастрит (АИГ) – аутоиммунное заболевание, которое характеризуется выработкой антител к париетальным клеткам и внутреннему фактору с последующей атрофией СО тела и дна желудка**

Этиология неизвестна. Патогенез сложен и многогранен.

Клиника: гастроэнтерологического, гематологического и неврологического синдромов.

Диагностика: эндоскопические и гистологические метод

Лечение: висмута трикалия дицитрат или ребамипид.

11. Синдром раздраженной кишки. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

Эталон ответа: **СРК — функциональное расстройство кишечника, проявляющееся рецидивирующей болью в животе, возникающей по меньшей мере 1 раз в неделю, которая характеризуется следующими признаками (двумя и более): связана с дефекацией, сочетается с изменением ее частоты или формы кала. Эти симптомы должны отмечаться у больного в последние 3 месяца при общей продолжительности наблюдения не менее 6 месяцев.**

Этиология и патогенез синдрома раздраженного кишечника изучены недостаточно.

Клиника: кишечные и внекишечные проявления
Классификация: СРК с запором, СРК с диареей, смешанный вариант
Диагностика: инструментальная и лабораторная диагностика.
Лечение: препарат для: купирования боли, купирования диареи, лечения запора, пробиотики, психотропные препарат.

12. НПВП-ассоциированные поражения пищеварительной трубки. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.
Эталон ответа: Определение: это эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки пищеварительной трубки, возникающие в хронологической связи с приемом НПВП и/или препаратов ацетилсалициловой кислоты (АСК)
Этиология: НПВП.
Патогенез: многообразен.
Диагностика: длительный прием НПВП, наличие факторов риска, инструментальные и лабораторные методы исследования.
Лечение: отмена неселективных НПВП; ИПП, рибамипид.

13. Ишемические поражения органов ЖКТ. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.
Эталон ответа: **хроническая ишемическая болезнь органов пищеварения (ХИБОП) – заболевание, возникающее при нарушении кровообращения по непарным висцеральным ветвям брюшной аорты (чревному стволу, верхней и нижней брыжеечной артериям), клинически проявляющееся болями в животе, обычно возникающими после приема пищи, нарушениями моторно–секреторной и абсорбционной функции кишечника и у части больных – прогрессирующим похуданием.**
Этиология: интравазальные и экстравазальные причины.

Патогенез: сложен и многообразен.

Клиническая картина: две основные формы-острая и хроническая.

Диагностика: сбор анамнеза, лабораторные и инструментальные исследования.

Лечение: консервативное и хирургическое.

14. Воспалительные заболевания кишечника. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

Эталон ответа: **воспалительные заболевания кишечника (ВЗК), к которым относятся язвенный колит (ЯК) и болезнь Крона (БК), были и остаются одной из наиболее серьезных проблем в современной гастроэнтерологии.**

Этиология неизвестна.

Патогенез многообразен и сложен.

Клиническая картина: кишечные и внекишечные проявления.

Диагностика: эндоскопическая, морфологическая, рентгенологическая.

15. Синдром избыточного роста бактерий в кишечнике. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

Эталон ответа: **синдром избыточного бактериального роста (СИБР) – патологическое состояние первичного или вторичного генеза, характеризующееся повышенным количеством и/или нарушением состава микробиоты в тонкой кишке, проявляющееся нарушением функций кишечной микробиоты, пищеварения и развитием мальабсорбции.**

Этиология: многообразна.

Патогенез: основан на изменении метаболических и иммунологических процессов.

Клиника: болевой и диспепсический синдром.

Диагностика: лабораторная, культуральная, инструментальная.

Лечение: антибиотики, пробиотики, элементарная диета.

16. Функциональный запор. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

Эталон ответа: **первичный (функциональный) запор - заболевание функциональной природы, при котором отсутствуют органические (структурные) изменения.**

Этиология: до конца не изучена.

Патогенез: многогранна.

Клиника: урежение частоты стула до 3 раз в неделю

Диагностика: сбор жалоб и анамнеза, лабораторные и инструментальные исследования.

Лечение: Лечение хронического запора должно быть комплексным и включать в себя изменение образа жизни (увеличение физической нагрузки), характера питания, прием лекарственных препаратов.

17. Функциональная диарея. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

Эталон ответа: **функциональная диарея - непрерывный или рецидивирующий синдром, характеризующийся отхождением мягкого (кашицеобразного) или водянистого стула не менее чем в 75% случаев дефекации, без наличия боли в животе или дискомфорта, с частотой более 3 раз в сутки.**

Этиология и патогенез функциональной диареи не установлены.

Клиническая картина: утренняя или дневная диарея; частый стул; императивные позывы на дефекацию; вздутие живота.

Диагностика эндоскопическая, рентгенологическая. Дифференциальную диагностику следует проводить заболеваниями функциональной и

органической природы. Лечение основано на устранении и/или лечении отягчающих факторов.

18. Болезнь Крона. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия

Эталон ответа: **Болезнь Крона (БК) - хроническое, рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта неясной этиологии, характеризующееся трансмуральным, сегментарным, гранулематозным воспалением с развитием местных и системных осложнений.**
Этиология неизвестна, Патогенез сложен и многогранен. Классификация терминальный илеит, колит или илеоколит. Клиническая картина заболевания: проявления заболевания различаются в зависимости от сегмента поражения. Диагностика эндоскопическая, морфологическая, рентгенологическая. Лечение: системные ГКС, иммуносупрессоры, 5-АСК, биологические генно-инженерные препараты.

19. Язвенный колит. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

Эталон ответа: **Язвенный колит (ЯК) – хроническое заболевание толстой кишки, характеризующееся иммунным воспалением ее слизистой оболочки.**
Этиология неизвестна, патогенез сложен и многогранен.
Классификация складывается исходя из протяженности поражения, характеру течения, тяжести атаки.
Клиническая картина включает четыре клинических синдрома.
Диагностика включает лабораторные и инструментальные исследования (Эндоскопические и порфологические). Лечебные мероприятия при ЯК

включают в себя назначение лекарственных препаратов (ГКС, 5-АСК, иммуносупрессоры), хирургическое лечение и диетические рекомендации.

20. Дивертикулярная болезнь толстой кишки. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.
Эталон ответа: **дивертикулярная болезнь (ДБ) – заболевание, характеризующееся клиническими проявлениями, обусловленными наличием дивертикулов, включая воспаление (дивертикулит) и его осложнения (перидивертикулит, абсцесс, перфорация дивертикула, свищ, перитонит, кровотечение).**
Механизм образования дивертикулов толстой кишки до конца не ясен, но известно, что одним из пусковых моментов является малое содержание клетчатки и высокое количество рафинированных углеводов в рационе.
Универсальной классификации ДБ не существует.
Клиническая картина при ДБ существенно варьирует в зависимости от формы заболевания и варианта осложнений.
Диагностика эндоскопическая, ультразвуковая, морфологическая.
Лечение зависит от формы ДБ.

21. Синдром короткой кишки. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.
Эталон ответа: **Синдром короткой кишки (СКК) – патологический синдром, обусловленный уменьшением всасывательной поверхности тонкой кишки, как правило, за счет сокращения ее протяженности в результате обширных резекций. Основная причина СКК - обширные резекции. Основные патофизиологические изменения зависят от объема и уровня резекции. Клиническая картина типична для заболеваний ЖКТ. Диагностика Ультразвуковая, эндоскопическая, морфологическая, рентгенологическая.**

Лечение: оказание нутритивной поддержки, проведение парентерального и частичного энтерального питания.

22. Болезнь Уиппла. Спру тропическое. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

Эталон ответ: **болезнь Уиппла - заболевание тонкой кишки инфекционного происхождения, характеризующееся закупоркой лимфатических сосудов тонкой кишки и других органов глюкозамино-гликановыми (мукополисахаридными) комплексами бактериального происхождения.**

В этиологии основное значение имеет грамположительная бацилла Tropheryma whippelii, патогенез сложен и многогранен. Клиническая картина разнообразна.

Диагностика эндоскопическая, морфологическая, рентгенологическая.

Дифференциальная диагностика болезни Уиппла чрезвычайно затруднительна. Осложнения характеризуются кахексией, анемией, энергетической недостаточностью вследствие мальабсорбции.

Лечение: АБ-терапия, ГКС, коррекция дефицита витаминов.

23. Антибиотикоассоциированная диарея. Псевдомембранозный колит. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

Эталон ответа: **антибиотикоассоциированная диарея (ААД) определяется как не связанная с другими причинами диарея (не менее трех эпизодов неоформленного стула в течение двух последовательных дней и более), развившаяся на фоне приема антибактериальных препаратов или в течение 8 недель после окончания их приема. Этиология: прием производных пенициллина и цефалоспорина, патогенез сложен и многранен.**

Клиническая картина ААД может варьировать от легкой преходящей диареи до тяжелых фатальных форм колита. Важным компонентом диагностики и дифференциальной диагностики является тщательная оценка особенностей клинической картины заболевания.
Лечение: отмена антибактериального препарата или снижение его дозы, симптоматическая терапия.

24. Хронический гепатит. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.
Эталон ответа: **хронический гепатит — это диффузное воспалительно-дистрофическое поражение печени, характеризующееся гистиолимфоплазмоцитарной инфильтрацией портальных полей, гиперплазией звездчатых ретикулоэндотелиоцитов, умеренным фиброзом в сочетании с дистрофией и некрозом печеночных клеток при сохранении дольковой структуры печени.**
Этиология: вирусы гепатитов A, B, C, D, E, F, G, TTV, SENV, патогенез сложен и многогранен.
Классификация хронических гепатитов основана в соответствии с решением Всемирного конгресса гастроэнтерологов (Лос-Анджелес, 1994).
Клиническая картина хронического гепатита многообразна. Диагностика: ПЦР, морфологическое исследование, ультразвуковое. Дифференциальная диагностика хронических гепатитов требует исключения ряда заболеваний, сопровождающихся гепатомегалией и желтухой. В зависимости от вида и этиологии, лечение предусматривает проведение гепатопротекторной, иммуносупрессивной, дезинтоксикационной, противовирусной терапии.

25. Алкогольные поражения печени. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

Эталон ответа: **алкогольная болезнь печени (АБП) — повреждение паренхимы печени под воздействием употребления этанола. Этиология: употребление алкогольсодержащих напитков, патогенез сложен и многоранен. Клинические признаки АБП варьируют от полного отсутствия каких-либо симптомов (в большинстве случаев при алкогольном стеатозе) до классической картины тяжелых форм поражения печени с симптомами печёночной недостаточности и портальной гипертензии (при алкогольном циррозе).**

Диагностика комплексная, с использованием лабораторных и инструментальных методов, а также тестирование. Ведение пациентов, страдающих алкогольной зависимостью, целесообразно осуществлять совместными усилиями специалистов соматического и наркологического звена.

26. Неалкогольная жировая болезнь печени. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

Эталон ответа: **неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) – хроническое заболевание печени метаболического генеза у лиц с отсутствием экзогенных факторов токсического поражения печени (напр., этанол), обусловленное накоплением липидов в составляющих печеночную дольку клеточных элементах. Этиопатогенез НАЖБП подразумевает сложные взаимодействия между генетическими предпосылками, факторами внешней среды (характер питания и величина физической активности) и гормональными расстройствами. Классификация: По гистологическим признакам выделяют стеатоз, стеатогепатит (НАСГ) и цирроз печени в исходе НАЖБП. Клиническая картина: астенический,**

болевой, диспепсический синдромы. Диагностика: ультразвуковое исследование, морфологическое, лабораторное, использование специальных шкал и индексов. Лечение НАЖБП: диета, коррекция метаболических нарушений, лечение окислительного стресса.

27. Цирроз печени. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

Эталон ответа: **цирроз печени (ЦП)– это диффузный процесс, характеризующийся фиброзом и трансформацией нормальной структуры печени с образованием узлов. Этиология различна, патогенез сложен и многогранен. По морфологическим признакам ЦП классифицируют: макронодулярный (крупноузловой, микронодулярный (мелкоузловой, микро-макронодулярный (смешанный). Клиническая картина: характерно бессимптомное течение либо наличие асцита, портальное гипертенции, Кровотечения из ВВПиЖ, гепаторенальный синдром, печеночная энцефалопатия. Диагноз цирроза печени устанавливается на основании клинических, лабораторно-инструментальных и морфологических признаков внтурипеченочной портальной гипертензии. Лечение: диуретики, АБ-терапия, плазмозамещающие препараты, поддержание КОС, электролитов, НПВС, противоревматические препараты, бета-адреноблокаторы.**

28. Цирроз печени. Оптимизация оценки тяжести циррозов и степени тяжести их осложненного течения. Значение градации клинических, биохимических и иммунологических параметров. Оценка прогрессирования циррозов, факторы прогрессирования. Принципы лечения. Градация проявлений циррозов печени и осложнений цирроза печени: синдрома портальной гипертензии, асцит.

Эталон ответа: **оценки активности и стадии фиброза Шкала METAVIR. Тяжесть цирроза печени-критерии Чайлд-Тюркотт-Пью: асцит,**

энцефалопатия, билирубина, альбумина, ПТВ, ПТИ, МНО. Компенсированный; Субкомпенсированный; Декомпенсированный. Клиника: боли в правом подреберье, похудание, телеангиоэктазии Осложнения: ПЭ, кровотечения из ВРВ пищевода и желудка, асцит, портальная гипертензия. Диагностика: фиброэластометрия, биопсия печени, УЗИ, УЗДГ сосудов портальной системе, ОАК, бх-крови ↑АлАТ, АсАТ, ЩФ, ГГТП, ЛДГ, билирубина, СОЭ; гипопротеинемия, гипоальбуминемия, маркеры гепатитов. Портальная гипертензия- повышение градиента печёночного венозного давления ≥ 6 мм.рт.ст. Признаки: диаметра воротной вены более 13 мм, селезеночной вены более 7 мм; спленомегалия; асцит; ВРВ («голова медузы»). Лечение: b-блокаторы, портокавальные анастомозы. Асцит-скопление жидкости в брюшной полости, обусловлен портальной гипертензией (↑гидростатического давления), гипоальбуминемией (↓онкотического давления). Лечение: спироналактон 50-200 мг/сут, Альбумин при дефиците, лечебный парацентез, АБ терапия.

29. Цирроз печени. Градация проявлений циррозов печени и осложнений цирроза печени: кровотечения, мальнутриция. Эффективность и безопасность лечения циррозов печени. Индивидуализация терапии в зависимости от варианта осложненного течения и степени тяжести циррозов. Ургентные ситуации при циррозах печени и медицинская тактика. Формирование групп риска.

Эталон ответа: **осложнения: ПЭ, кровотечения из ВРВ пищевода и желудка, асцит, портальная гипертензия, гепаторенальный синдром. Лечение основного заболевания ПЭ: диета ↓белка, раз в 3 месяца курс деконтоминации кишечника (рифаксимин), дюфалак (15 мг/2р), гепа мерц (10 мл в/в), асцит (сироналактон 50-200мг/сут, альбумин при дефиците, лечебный парацентез), остановка кровотечения из ВРВ (восполнение ОЦК, трансфузия свежезаморож. плазмы, эритромассы, АБ терапия, эндоскопический гемостаз, вазоактивных препаратов терлипрессин,**

октеротид, соматостатин), ИПП, установка зонда Блэкмора, Линтона-Нахласа на срок не>24ч. Профилактика-неселект b-адреноблокаторы. Портальная гипертензия (b-блокаторы, портокавальные анастомозы) включение в лист ожидания по пересадке печени (если не поддается лечению). Скрининг на ГЦК каждые 6 мес. (УЗИ + α-фетопротеин). Отказ от алкоголя, курения, снижение веса.

30. Расстройства экскреции билирубина (наследственные гипербилирубинемии; энзимопатии). Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

Эталон ответа: **желтуха - желтое окрашивание кожи, склер и слизистых оболочек в результате пропитывания тканей билирубином.*Надпеченочная*-гемолиз (усиленное разрушение эритроцитов) ↑свободного билирубина. Клиника: умеренная желтушность, гепато и спленомегалия незначительные. Диагностика: ↑общий билирубин ↑непрямого билирубина ↑уробилин мочи ↑стеркобилин кала ↑ЛДГ ОАК: анемия, ретикулоцитоз. Печеночная - Поражение гепатоцитовàнарушение экскреции и захвата билирубинаàпоступление в кровь прямого билирубина и накопление непрямого (из-за торможения захвата и транспорта при повреждении печеночных клеток). Клиника: кожа бледно-оранжевая или желтая, мочи нормальный или темный, кала-гипохоличный. Диагностика: ↑общий билирубин, прямого и непрямого билир. ↑уробилин мочи ↓стеркобилин кала ↑АлАТ, АсАТ. Подпеченочная - Нарушение оттока желчи по внепеченочным желчным протокамàрегургитация в кровь прямого билирубина из межклеточных желчных канальцев и перилобулярных желчных ходов. Клинка: кожа желто-зеленая, кожный зуд, коликообразные боли в правом подреберье с иррадиацией вправо и в спину, повышение температуры, мочи темный,кала ахоличен. Диагностика: ↑общий билирубин и прямого билирубина, ↑ЩФ ↑АлАТ, АсАТ, УЗИ (камни).**

Аутосомно-наследственные нарушения - связанные с наследственными нарушениями обмена билирубина:

1) синдром Жильбера; лечение: Фенобарбитал для ↓ концетрации билирубина

2) синдром Криглера-Найяра 1 и 2 типов; лечение: Фототерапия, трансплантаци и печени, Фенобарбитал для ↓ концетрации билирубина

3) синдром Дабина-Джонсона; лечение: избегать эстрогенов

4)синдром Ротора.

31. Лекарственные поражения печени. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

Эталон ответа: **ЛПП относится к повреждению печени, вызванному всеми типами отпускаемых по рецепту или без рецепта лекарств (химические молекулы, биологические агенты, фитопрепараты, диетические добавки и БАДы, развившееся в период в среднем от 5 до 90 дней от начала приема. Патогенез сложен и многогранен, факторы повышают риск развития лекарственных поражений печени: Возраст ≥ 18 лет, ожирение, беременность, употребление алкоголя. Наиболее частые препараты: аллопуринол, амиодарон, аторвастатин, карбамазепин. Ибупрофен, диклофенак, амоксициллинклавунат Классификация прямое и непрямой повреждающее действие. Гепатоцеллюлярный-повышением АЛТ (АЛТ/ЩФ>5), холестатический-повышение ЩФ, Смешанный- повышение активности АЛТ>2К и соотношение 2<АЛТ/ЩФ и< 5 при хроническом течении.Клиника: неспецифических симптомов, недомогания, тошноты до желтухи, нарушения синтетической функции печени и энцефалопатии. Раннее выявление лекарственного поражения печени улучшает прогноз. Диагностика и дифференциальный диагноз лекарственных поражений печени оценка интервал между началом приема ЛС и развитием поражения печени, оценка конкретных факторов риска; исключение других причин**

поражения печени особенно вирусную, билиарную, алкогольную, аутоиммунную и метаболические нарушения. Лечение: Ранняя отмена препарата N-ацетил L-цистеин - передозировкой парацетамола, при развитии ЛПП на прием лефлуномида- назначение холестирамина. ГКС-аутоиммуноподобный фенотип ЛПП.

32. Аутоиммунные поражения печени. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

Эталон ответа: **аутоиммунные заболевания печени-гетерогенная группа болезней, при которых иммунные клетки и антитела организма направлены против собственных компонентов ткани печени. Этиология неизвестна, Патогенез сложен и многогранен. Классификация аутоиммунный гепатит, первичный билиарный цирроз и первичный склерозирующий холангит. Диагностика этих заболеваний носит комплексный характер и, как правило, включает развернутое серологическое обследование, несколько аутоантител, которые могут быть использованы в качестве маркеров аутоиммунных заболеваний печени. Лечение иммуносупрессорная терапия - ГКС (преднизолон)+азатиоприна.**

33. Функциональные расстройства желчевыводящих путей. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

Эталон ответа: **дискинезии - нарушениями моторики (развитие преходящей функциональной обструкции) и повышением висцеральной чувствительности. Выделяют дискинезию ЖП и дискинезию СО. Диагноз дискинезии СО считается правомерным устанавливать пациентам, перенесшим холецистэктомию (ХЭ). Патогенез: ключевую роль играет**

висцеральная гиперчувствительность и дисмотильность ЖП на фоне перенасыщение желчи холестерином, в результате чего происходит инфильтрация стенок желчевыводящих путей кристаллами холестерина, провоцируется воспаление. Классификация: Билиарная боль, Функциональное расстройство желчного пузыря, Функциональное расстройство сфинктера Одди билиарного типа, Функциональное расстройство сфинктера Одди панкреатического типа. Диагностика, римские критерии IV- билиарной боли, ОАК, БХ-крови (печёночные ферменты и ферменты ПЖ), ЭГДС, УЗИ, эндо-УЗИ, МСКТ, МРХПГ, ЭРХПГ, Манометрия сфинктера Одди. Лечение: антидепрессанты, НПВП, УДХК. Дифференциальный диагноз: ГЭРБ, СРК, ФД, ЖКБ, острым холециститом. ПХЭС – абдоминальные клинические проявления, возникшие после холецистэктомии. Выделяют: Ранние формы и отсроченные формы. Лечение: т.к. ПХЭС является временным диагнозом, то тактика терапии зависит от окончательного диагноза (органическое или функциональное). Например, при постхолецистэктомической диарее возможно применение Колестирамина, при рецидиве конкрементов – повторное хирургическое вмешательство.

34. Хронический холецистит. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

Эталон ответа: **хроническое рецидивирующее заболевание желчного пузыря, характеризующееся нарушением его моторно-эвакуаторной функции, изменением физико-химических свойств желчи и достаточно частым образованием внутрипузырных конкрементов, что клинически наиболее часто проявляется желчной коликой. Патогенез, почти всегда возникает на фоне камней в желчном пузыре и предыдущих эпизодов (даже умеренной степени выраженности). Характер повреждения варьирует от умеренной хронической инфильтрации воспалительными клетками до фиброзных**

изменений, что приводит к сморщиванию желчного пузыря. Выраженная кальцификация фиброзно измененных стенок называется фарфоровым желчным пузырем. Классификация, инфекционный, иммуногенный, аллергический, ферментативный, хронический бескаменный холецистит и т.д. Клиника: Болевой синдром, желчная колика, диспептический синдром, воспалительный синдром (↑t). Диагностика: БХ крови (↑прямого билирубина, ЩФ, холестерина, ГГТ), УЗИ (утолщение стенок > 2 мм, ↑размеров, «двойной контур», ФГДС, рентгенологические методы исследования с рентгенконтрастными веществами. Лечение: АБ терапия (Ципрофлоксацин 0.5/2р); НПВС (Ибупрофен); спазмолитики (Дротаверин), дезинтоксикационная (5% глюкоза, NaCl, реамберин), антациды (Фосфалюгель), ферменты (панкреатин), хирургическое лечение.

35. Желчекаменная болезнь (ЖКБ). Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

Эталон ответа: **хроническое заболевание с генетической предрасположенностью, при котором наблюдается образование камней в жёлчных путях, жёлчном пузыре, общем жёлчном протоке, во внутрипеченочных. Этиология женский пол, беременность, заместительная гормональная терапия, прием эстрагенов, и т.д Причина избыточная концентрация желчи → образование камней. Виды, холестериновые, пигментные, черные и коричневые. Клиника: Желчная колика, диспептический синдром, интоксикационный синдром. КТ, МРТ, ЭРХПГ, УЗИ- довольно точно определять желчные камни. Осложнения: Острый холецистит, Холедохолитиаз, Холецистопанкреатит Биллиарный, Острый панкреатит, Желчные перитониты. Лечение: УДХК, УЗИ контроль каждые 3-6 месяцев, спазмолитики: гиосцина бутилбромида, мебеверина гидрохлорид, купирование диспетических явлений - альверин+симетикон**

(Метеоспазмил), гимекромон (Одестон), прокинетики-донперидон (мотилиум), итоприд (ганатон), тримебутин (тримедат).

36. Холангиты. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

Эталон ответа: **острое воспаление желчных протоков неспецифического и специфического (чаще всего паразитарного) характера, сопровождающееся при генерализации процесса развитием холангиогенного сепсиса и полиорганной дисфункции. Клиника: желтуха; кожный зуд; (↑t); общую слабость; выделение темной мочи и светлого кала; боли в животе; металлический привкус во рту; умеренную гепатомегалию; изменение психического статуса; сосудистую гипотензию; тахикардию. Диагностика: ОАК: Лейкоцитоз, анемия, палочкоядерных нейтрофилов, ↑СОЭ; ↑СРБ; ↑печеночные пробы; ↑гипербилирубинемия; ↑ЩФ бакт. Исследование крови и желчи, ОАМ, иммунологические, паразитологические и молекулярно-биологические методы диагностики, исследования маркеров гепатита, УЗИ (идентификация осложнений-перфорация желчного пузыря, его эмпиему, абсцесс печени),Рентгенологические методы, МРХПГ, Эндо УЗИ, ЭРХПГ. Лечение: Инфузионная терапия, Гепатотропная терапия, Антибактериальная терапия.**

37. Хронический панкреатит. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

Эталон ответа: **ХП - прогрессирующий воспалительный процесс ПЖ, приводящий к необратимым морфологическим изменениям, которые вызывают боль и/или стойкое снижение функции. Патогенез активация ферментов ПЖ. Например, алкоголь стимулирует повышение внутрипротокового давления и затруднение оттока поджелудочного сока с**

ферментами из железы в результате наступает аутолиз ткани ПЖ, участки некроза постепенно замещается фиброзной тканью. Классификация по этиолгии: обструктивный, токсический, метаболический, аутоиммунный и т.д, по морфологии: паренхиматозный, фиброзно-склеротический. Клиника: боль в животе (в эпигастрии с иррадиацией в спину, после приема пищи), симптомы внешнесекреторной недостаточности функции и толерантности к глюкозе.

Диагностика: УЗИ, Rg (кальцификация в проекции ПЖ), микроскопическое исследование кала, активности эластазы в кале, HbA1c и глюкоза натощак. Лечение НПВП: ибупрофен, парацетамол, спазмолитики: дротаверин, мебеверин, ИПП, панкреатин 40-50 тыс. МЕ липазы на основной прием пищи.

ПК-8

Инструкция: Выберите один правильный ответ.

1. Какой природный фактор обладает наибольшим положительным эффектом при гастрите?
A) Грязевые ванны
B) Соляные пещеры
C) Прием минеральных вод
D) Паровые ингаляции
Эталон ответа: C

2. Какой метод физиотерапии наиболее эффективен при хроническом гастрите?
A) Ультрафиолетовое облучение
B) Электрофорез с новокаином
C) Магнитотерапия
D) Лазеротерапия
Эталон ответа: C

3. Что является противопоказанием к назначению ЛФК при язвенной болезни желудка?
A) Ремиссия заболевания
B) Обострение заболевания
C) Хронический гастрит
D) Дискинезия желчевыводящих путей
Эталон ответа: B

4. Какой тип минеральной воды показан при хроническом холецистите?
A) Щелочная минеральная вода
B) Соленая минеральная вода
C) Сульфатная минеральная вода
D) Гидрокарбонатная минеральная вода
Эталон ответа: C

5. Какой метод психотерапии наиболее эффективен при синдроме раздраженного кишечника?
A) Арт-терапия
B) Гипноз
C) Когнитивно-поведенческая терапия
D) Семейная терапия
Эталон ответа: C

6. При каком состоянии противопоказано санаторно-курортное лечение?
A. Хронический гастрит в стадии ремиссии
B. Язвенная болезнь в стадии ремиссии
C. Острый панкреатит
D. Хронический колит
Эталон ответа: C

7. Какой фактор является основным при выборе курорта для лечения заболеваний ЖКТ?
A. Климатический фактор
B. Бальнеологический фактор
C. Грязелечение
D. Все вышеперечисленное
Эталон ответа: D

9. При каком заболевании ЖКТ противопоказано грязелечение?
A. Хронический колит
B. Язвенный колит в стадии обострения
C. Хронический гастрит
D. Дискинезия желчевыводящих путей
Эталон ответа: B

10. Какой режим приема минеральной воды показан при гиперацидном гастрите?
A. За 15-20 минут до еды
B. Во время еды
C. Через 30-40 минут после еды
D. За 1-1,5 часа до еды
Эталон ответа: D

11. В каком регионе России расположены известные лечебные курорты с минеральными водами, полезными при заболевании печени?
A. Алтайский край
B. Краснодарский край
C. Ставропольский край
D. Республика Татарстан
Эталон ответа: C

12. Какое основное назначение лечебной физической культуры (ЛФК)?
A) Увеличение силы и выносливости
B) Эстетическое совершенствование тела
C) Улучшение самочувствия и облегчение симптомов заболеваний
D) Подготовка спортсменов к соревнованиям
Эталон ответа: C

13. Какие упражнения рекомендуют при хроническом гастрите?
A) Силовые упражнения на мышцы брюшного пресса
B) Бег на длинные дистанции
C) Упражнения общеукрепляющего характера и дыхательные техники
D) Игровые виды спорта
Эталон ответа: C

14. Когда нельзя начинать занятия ЛФК при язвенной болезни желудка?
A) Сразу после приёма пищи
B) Через полтора часа после еды
C) Во время острой фазы заболевания
D) Перед сном
Эталон ответа: C

15. Какие движения рекомендуется избегать при язвенной болезни желудка?
A) Простые повороты головы
B) Ходьба на месте
C) Растяжка верхних конечностей
D) Скручивания корпуса и сильные растяжения мышц живота
Эталон ответа: D

16. Какова главная задача массажа при заболеваниях органов пищеварения?
A) Расслабление нервной системы
B) Улучшение местного кровообращения и нормализации моторики органов
C) Повышение эластичности кожи
D) Быстрое похудение
Эталон ответа: B

17. Какие упражнения подходят для улучшения работы кишечника?
A) Акробатика и прыжковые упражнения
B) Силовые упражнения на тренажёрах
C) Легкие упражнения для живота и таза, лёгкую растяжку
D) Спонтанные беговые тренировки
Эталон ответа: C

18. Как долго длится занятие ЛФК при заболеваниях ЖКТ?
A) 5-10 минут
B) 30-40 минут
C) 1-2 часа
D) Несколько секунд
Эталон ответа: B

19. Как влияет интенсивность физических упражнений на органы пищеварения?
A) Малые и умеренные нагрузки стимулируют работу ЖКТ
B) Любые нагрузки одинаково эффективны
C) Очень интенсивные нагрузки стимулируют переваривание пищи
D) Физические нагрузки вообще не влияют на пищеварительную систему
Эталон ответа: A

20 Какие показания к назначению ЛФК при нарушениях пищеварения?
A) Период ремиссии и стабильное состояние пациента
B) Острый приступ заболевания
C) Температура выше 38 градусов
D) Недавно перенесённая операция
Эталон ответа: A

21. Какие процедуры противопоказаны при язве желудка?
A) Йога-терапия и дыхательные упражнения
B) Массивный силовой тренинг и экстремальные нагрузки
C) Лечебная гимнастика средней интенсивности
D) Купание в прохладной воде
Эталон ответа: B

22. Какой вид ходьбы полезен при заболеваниях органов пищеварения?
A) Дозированная ходьба на свежем воздухе
B) Пробежки на короткие дистанции
C) Экстремальный трейлраннинг
D) Вечерние прогулки исключительно в помещении
Эталон ответа: A

23. Какое упражнение полезно для снятия спазмов при дискинезии желчевыводящих путей?

A) Толчки ногами с усилием
B) Круговые движения плечами
C) Поглаживание живота снизу вверх
D) Наклоны в положении стоя с максимальным напряжением
Эталон ответа: C

24. Какие специальные приспособления могут понадобиться при выполнении комплекса ЛФК?
A) Специальные лекарства и таблетки
B) Стол для танцев
C) Коврики и мягкие подушки
D) Весы и измерительные приборы
Эталон ответа: C

25. Какие сроки перерыва между приемом пищи и началом занятий ЛФК рекомендуются?
A) 1-1,5 часа
B) Прямо сразу после еды
C) Спустя 6 часов
D) Никогда не рекомендуется сочетать прием пищи и занятия ЛФК
Эталон ответа: A

Задания открытого типа

Задание 1 Определите правильную технику выполнения упражнения при хроническом гастрите.
Эталон ответа. Используйте общеукрепляющие упражнения и дыхательные техники, избегайте силовых нагрузок на пресс.

Задание 2. Объясните, почему противопоказаны интенсивные физические нагрузки при язвенной болезни желудка.
Эталон ответа. Они могут привести к усилению раздражения слизистой и ухудшению состояния.

Задание 3. Что недопустимо включать в тренировку при язвенной болезни желудка?
Эталон ответа. Нельзя допускать резких движений, высокоамплитудных махов ногами и энергичной проработки мышц живота.

Задание 4. Какие упражнения помогают нормализовать работу кишечника?
Эталон ответа. Лёгкие движения тазом, нижними конечностями, дыхательные упражнения.

Задание 5. Какой эффект оказывает массаж живота при заболеваниях ЖКТ?
Эталон ответа. Улучшает кровообращение, стимулирует моторику кишечника.

Задание 6. Охарактеризуйте основные признаки язвенной болезни желудка.
Эталон ответа. Болевой синдром в верхней части живота, сезонные обострения, непереносимость острой пищи.

Задание 7. Определите главную пользу лечебной физкультуры при заболеваниях ЖКТ.
Эталон ответа. Восстанавливает функциональность органов, улучшает общее самочувствие.

Задание 8. Допустима ли ходьба при гастрите?
Эталон ответа. Да, дозированная ходьба полезна и рекомендована специалистами.

Задание 9. Какое упражнение идеально подойдёт для расслабления мышц живота при гастрите?
Эталон ответа. Лягте на спину, медленно напрягайте и расслабляйте мышцы живота.

Задание 10. Возможно ли применение йоги при заболеваниях ЖКТ?
Эталон ответа. Да, некоторые асаны разрешены, но под контролем специалиста.

Задание 11. Помогает ли баня в восстановлении организма при заболеваниях ЖКТ?
Эталон ответа. Допускается при хроническом течении болезни и отсутствии противопоказаний.

Задание 12. Какие упражнения наиболее безопасны при обострении язвенной болезни?
Эталон ответа. Дыхательные упражнения, осторожные повороты корпуса, небольшая ходьба.

Задание 13. Укажите допустимую нагрузку при хроническом гастрите.
Эталон ответа. Умеренные упражнения, избегая высоких нагрузок на мышцы живота.

Задание 14. Должны ли больные гастритом проходить ЛФК под контролем специалиста?
Эталон ответа. Да, необходима профессиональная консультация и подбор подходящего комплекса упражнений.

Задание 15. Когда назначается лечебная физкультура при язвенной болезни желудка?
Эталон ответа. В период ремиссии, когда исчезли острые боли и обострения.

Задание 16. Является ли витаминотерапия важной частью лечения гастрита?
Эталон ответа. Да, витамины группы B, C, E способствуют восстановлению повреждённой слизистой желудка.

Задание 17. Перечислите три главных принципа подбора упражнений при заболеваниях ЖКТ.
Эталон ответа. Постепенность, безопасность, регулярность.

Задание 18. В какой последовательности проводят упражнения при заболеваниях ЖКТ?
Эталон ответа. Сначала дыхательные, затем упражнения для ног и рук, далее упражнения для корпуса.

Задание 19. Подходит ли велосипедный спорт при хроническом гастрите?
Эталон ответа. Рекомендован в щадящем режиме и только при хорошей переносимости.

Задание 20. Нужна ли предварительная подготовка перед началом занятий ЛФК при гастрите?
Эталон ответа. Необходим осмотр врача и индивидуально подобранный комплекс упражнений.

Задание 21. Назовите основную цель медицинской реабилитации при заболеваниях ЖКТ.
Эталон ответа. Восстановление здоровья и функций организма до оптимального уровня.

Задание 22. Что означает термин «восстановительное лечение» в гастроэнтерологии?
Эталон ответа. Комплекс мероприятий, направленных на восстановление функций органов пищеварения.

Задание 23. Какие этапы включает реабилитация больных с заболеваниями ЖКТ?
Эталон ответа. Стационар, реабилитационный центр, санаторий, поликлиника.

Задание 24. Какова основная роль диетотерапии при заболеваниях ЖКТ?
Эталон ответа. Обеспечивает правильное питание, восстанавливает баланс необходимых организму веществ.

Задание 25. Какие стандартные диеты применяются при заболеваниях ЖКТ?
Эталон ответа. Механически и химически щадящие, высококалорийные, низкокалорийные, специализированные.

Задание 26. Почему важен индивидуальный подход к выбору диеты при заболеваниях ЖКТ?
Эталон ответа. Каждая диета подбирается исходя из конкретной потребности организма и особенностей заболевания.

Задание 27. Какую роль играет общий двигательный режим в реабилитации пожилых пациентов с заболеваниями ЖКТ?
Эталон ответа. Активация физической активности позволяет избежать ухудшения общего состояния.

Задание 28. Какие природные факторы используются в санаториях для реабилитации гастроэнтерологических больных?
Эталон ответа. Климат, ландшафт, вода, воздух, солнце.

Задание 29. В чём преимущество санаторно-курортного этапа перед другими этапами реабилитации?
Эталон ответа. Возможность комплексного воздействия на организм больного (отдых, климат, питание).

Задание 30. Определите основную цель санаторно-курортного этапа реабилитации.
Эталон ответа. Преемственность с предшествующим этапом, стабилизация состояния, снижение дозы медикаментов.

Задание 31. Какой эффект производит магнитотерапия при заболеваниях билиарной системы?
Эталон ответа. Восстанавливает тонус желчного пузыря и сфинктеров, улучшает ток желчи.

Задание 32. Имеет ли эффективность общая воздушная криотерапия при метаболическом синдроме?
Эталон ответа. Незначительна, существенных положительных изменений не обнаружено.

Задание 33. Для чего предназначена электромагнитография при изучении моторно-эвакуаторной функции кишечника?
Эталон ответа. Оценка скорости прохождения пищи по кишечнику и эффективности лечения.

Задание 34. Опишите положительный эффект ЛФК при заболеваниях ЖКТ.

Эталон ответа. Улучшает кровоток, снимает напряжение мышц, стимулирует работу органов пищеварения.

Задание 35. Перечислите методы физиотерапии, используемые при заболеваниях ЖКТ.
Эталон ответа. Магнитотерапия, лазеротерапия, электрофорез, бальнеотерапия.

Задание 36. Почему важен ранний старт восстановительного лечения?
Эталон ответа. Позволяет быстрее восстановить функции организма и предотвратить осложнения.

Задание 37. Что означают цифры индекса массы тела (ИМТ)?
Эталон ответа. Соотношение массы тела к квадрату роста, используемое для оценки соответствия веса норме.

Задание 38. Какая роль отведена врачам ЛФК в процессе реабилитации?
Эталон ответа. Консультируют по нагрузкам, составляют индивидуальный план физической активности.

Задание 39. Какие особенности физического аспекта реабилитации у пожилых пациентов?
Эталон ответа. Требуется тщательный подбор упражнений, контроль за самочувствием, постепенное наращивание нагрузки.

Задание 40. Чем опасно игнорирование диеты при заболеваниях ЖКТ?
Эталон ответа. Усугубляет течение болезни, замедляет выздоровление, создаёт риск осложнений.

Задание 41. Раскройте смысл термина «преформированные физические факторы».
Эталон ответа. Применяют специально созданные искусственно физические воздействия (лазер, магнит, ультразвук).

Задание 42. В чём заключается роль медикаментозной терапии на разных этапах реабилитации?
Эталон ответа. В стационарном периоде активно применяется, в санатории и поликлинике носит вспомогательный характер.

Задание 43. К какому специалисту обратиться пациенту с проблемами ЖКТ?
Эталон ответа. Врач-гастроэнтеролог, терапевт, врач-реабилитолог.

Задание 44. Определите особенность лечебного питания при обострениях заболеваний ЖКТ.

Эталон ответа. Исключает грубую пищу, пряности, жареные и жирные блюда, богатые экстрактивными веществами.

Задание 45. Назовите важнейшие показатели при диагностике нарушений моторики ЖКТ.
Эталон ответа. Время эвакуации пищи, диаметр просвета кишечника, размеры желчного пузыря.

Задание 46. Приведите пример естественного природного фактора, используемого в реабилитации, в т.ч. при патологии органов пищеварения.
Эталон ответа. Минеральные воды, грязелечение, морской климат.

Задание 47. Для чего предназначены электрофизиологические исследования в гастроэнтерологии?
Эталон ответа. Оценка электрической активности органов ЖКТ, выявление нарушений моторики.

Задание 48. Объясните сущность метаболического синдрома.
Эталон ответа. Нарушение обмена веществ, сопровождающееся ожирением, гипертонией, сахарным диабетом.

Задание 49. Перечислите основные задачи восстановительного лечения.
Эталон ответа. Восстановление функций, профилактика обострений, улучшение качества жизни.

Задание 50. Почему важно учитывать индивидуальные потребности организма при назначении диеты?
Эталон ответа. Каждому человеку требуются уникальные сочетания питательных веществ и энергии.

Задание 51. Какова специфика диетотерапии при обострениях гастрита?
Эталон ответа. Щадящее питание, исключение грубой пищи, холодных и горячих блюд.

Задание 52. Назовите основную цель психотерапии при синдроме раздражённого кишечника (СРК).
Эталон ответа. Снижение тревоги, депрессии, исправление восприятия болезни, ресоциализация пациента.

Задание 53. Какие методы психотерапии эффективны при СРК?
Эталон ответа. В настоящее время наиболее эффективной считается когнитивно-поведенческая терапия.

Задание 54. Опишите суть метода "абдоминального" аутотренинга.

Эталон ответа. Техника глубокого расслабления, направленная на снятие внутреннего напряжения и беспокойства.

Задание 55. Какой подход предпочтителен при начальной стадии СРК?
Эталон ответа. Патогенетическая психотерапия, направленная на понимание и решение конфликтных ситуаций.

Задание 56. Что такое "фиксированное восприятие болезни"?
Эталон ответа. Это концентрация пациента на собственных неприятных ощущениях, препятствующая восстановлению.

Задание 57. При каком сроке пребывания в санатории возможна качественная реабилитация при СРК?
Эталон ответа. Оптимален длительный курс лечения (14-21 день), обеспечивающий стабильность результата.

Задание 58. В чём состоит эффект релаксационных техник при СРК?
Эталон ответа. Снимают внутренний стресс, снижают уровень тревоги, облегчают симптоматику.

Задание 59. Насколько оправдано применение медикаментозной терапии при психотерапии СРК?
Эталон ответа. Целесообразно при длительном течении, сочетается с препаратами для стабилизации настроения.

Задание 60. Когда возникает потребность в привлечении психиатра к лечению СРК?
Эталон ответа. При выраженных депрессиях, тревожных состояниях, отказе от сотрудничества с врачом.

Задание 61. Как влияет хроническое течение СРК на самооценку пациента?
Эталон ответа. Уменьшает уверенность в себе, формирует стереотип беспомощности и страха перед будущим.

Задание 62. Какие приёмы используются для смягчения боли при СРК?
Эталон ответа. Методы визуализации, самовнушения, прогрессивная мышечная релаксация.

Задание 63. Опишите понятие "симптомы тревожной депрессии" у пациентов с СРК.
Эталон ответа. Депрессия сопровождается постоянным чувством тревоги, паническими реакциями, навязчивостью мыслей.

Задание 64. Почему при лечении СРК необходимо участие гастроэнтеролога и психиатра?

Эталон ответа. Поскольку СРК сочетает как соматические, так и психологические аспекты, оба специалиста дополняют друг друга.

Задание 65. Какой важный аспект психотерапии пациентов с СРК?
Эталон ответа. Воспитание самостоятельности пациента в принятии решений и управлении симптомами.

Задание 66. К чему приводит уход пациента в болезнь ("фиксация на болезни")?
Эталон ответа. Формирует замкнутый круг, продлевает страдания, мешает восстановлению здоровья.

Задание 67. Что отличает патогенетическую психотерапию от симптоматической?
Эталон ответа. Первая решает глубинные проблемы, вторая направлена на устранение текущих проявлений.

Задание 68. Для чего используется техника ресурсных трансов в психотерапии СРК?
Эталон ответа. Чтобы помочь пациенту обрести внутреннюю гармонию и преодолеть блоки сознания.

Задание 69. В чём заключается метод "релаксационных техник" при СРК?
Эталон ответа. Послабление напряжённости, успокоение нервной системы, восстановление баланса эмоций.

Задание 70. Может ли короткий курс психотерапии оказать значительный эффект при СРК?
Эталон ответа. Да, при использовании методов краткосрочной терапии, нацеленных на быстрый результат.

Задание 71. Объясните термин "патохарактерологическое развитие личности".
Эталон ответа. Происходящие под влиянием длительной болезни изменения характера, препятствующие социальной адаптации.

Задание 72. Назовите главную цель психотерапии при хроническом течении СРК.
Эталон ответа. Поддержка пациента, социализация, адаптация к новым условиям жизни.

Задание 73. Какие личностные черты формируются у пациентов с хроническим течением СРК?
Эталон ответа. Замкнутость, подавленность, недоверчивость, стремление избегать социальных контактов.

Задание 74. На чём основан подход транзактного анализа при лечении СРК?

Эталон ответа. На осознании пациентом своих жизненных сценариев и коррекции неэффективных схем поведения.

Задание 75. Опишите суть краткосрочной позитивной терапии.
Эталон ответа. Направлена на быстрое достижение конкретных результатов, изменение мышления и поведения пациента.

ПК-9

Инструкция: Выберите один правильный ответ.

1. Что такое здоровый образ жизни?
A) Активный отдых и занятия спортом
B) Отсутствие вредных привычек
C) Благоприятные условия жизнедеятельности, культура и гигиена
D) Регулярное посещение врача
Эталон ответа: C

2. Какие из нижеперечисленных пунктов относятся к основным задачам концепции формирования здорового образа жизни?
A) Увеличение продолжительности рабочего дня
B) Ограничение числа работников здравоохранения
C) Разработка системы взаимодействия ведомств по вопросам здоровья
D) Сокращение расходов на медицинское обслуживание
Эталон ответа: C

3. Какой фактор риска относится к числу управляемых факторов риска, влияющих на развитие неинфекционных заболеваний?
A) Генетика
B) Образование
C) Физическая активность
D) Возраст
Эталон ответа: C

4. Что означает термин «популяционная стратегия»?
A) Лечение больных пациентов
B) Привлечение внимания к отдельным случаям заболевания
C) Работа с факторами риска, воздействующими на всю популяцию
D) Предупреждение инфекционных заболеваний
Эталон ответа: C

5. Что понимается под первичной профилактикой?
A) Ранняя диагностика заболеваний
B) Устранение рисков возникновения заболеваний
C) Лечение хронических заболеваний
D) Психологическая поддержка
Эталон ответа: B

6. Какие учреждения играют ключевую роль в формировании здорового образа жизни?
A) Спортивные клубы и секции
B) Кафетерии и столовые
C) Больницы и поликлиники
D) Школы и высшие учебные заведения
Эталон ответа: D

7. Какое мероприятие способствует популяризации здорового образа жизни?
A) Ежегодные диспансеризации
B) Проведение конкурсов красоты
C) Информационно-просветительные кампании
D) Организация спортивных соревнований
Эталон ответа: C

8. Кто ответственен за реализацию концепции формирования здорового образа жизни?
A) Студенты и преподаватели самостоятельно
B) Отдельные медицинские службы вуза
C) Совместная работа всех подразделений учебного заведения
D) Государственные органы отдельно от вузов
Эталон ответа: C

9. Какие компоненты входят в понятие «качества жизни»?
A) Материальное благополучие
B) Физическое и эмоциональное самочувствие
C) Социальная адаптация и удовлетворённость жизнью
D) Всё вышеперечисленное
Эталон ответа: D

10. Какие цели преследует программа формирования здорового образа жизни?
A) Улучшить физическое здоровье учащихся
B) Повысить осведомлённость студентов о факторах риска
C) Стимулировать изменение поведения, снижающего риски заболеваний
D) Все перечисленные пункты
Эталон ответа: D

11. Что включает в себя стратегия массового предупреждения заболеваний?
A) Выявление и устранение факторов риска
B) Особые методы лечения редких заболеваний
C) Введение обязательной вакцинации против гриппа
D) Назначение специальных диет пациентам с хроническими болезнями
Эталон ответа: A

12. Какова роль государства в поддержке здоровых привычек населения?
A) Только финансирование исследований
B) Поддержка общественных движений и кампаний, поощрение изменения образа жизни
C) Контроль над качеством пищевых продуктов и напитков
D) Запрет курения в общественных местах
Эталон ответа: B

13. Какие из перечисленных факторов оказывают наибольшее влияние на здоровье населения?
A) Наследственность
B) Экономическое положение семьи
C) Окружающая среда и образ жизни
D) Национальность
Эталон ответа: C

14. Как называется этап профилактической помощи, связанный с ранней диагностикой заболеваний?
A) Первичная профилактика
B) Вторичная профилактика
C) Третичная профилактика
D) Постмедицинская помощь
Эталон ответа: B

15. Какие виды профилактики существуют согласно концепции?
A) Популяционная, целевая и персональная
B) Медикаментозная и немедикаментозная
C) Массовая, выборочная и специальная
D) Первичная, вторичная и третичная
Эталон ответа: D

16. Что значит термин «реабилитация» в контексте здоровья?
A) Повторное образование взрослых студентов
B) Процесс восстановления утраченных функций организма
C) Специализированное лечение инфекций
D) Программа отдыха для пожилых людей
Эталон ответа: B

17. Что подразумевают под термином «укрепление здоровья»?
A) Пропаганда отказа от алкоголя и табака
B) Предоставление бесплатных лекарств пожилым гражданам
C) Способность контролировать своё здоровье и улучшать его качество
D) Комплекс упражнений для похудения
Эталон ответа: C

18. Какие подходы применяются для борьбы с ожирением?
A) Ограничение потребления сладостей и фаст-фуда
B) Постоянное голодание
C) Исключение любых физических нагрузок
D) Самостоятельный приём слабительных средств
Правильный ответ: A

19. Какие последствия вызывает нездоровое питание?
A) Улучшение памяти и концентрации внимания
B) Хронические заболевания пищеварительного тракта и сердца
C) Быстрая потеря веса и стройность фигуры
D) Повышенная работоспособность и выносливость
Эталон ответа: B

20. Что должно входить в программу школьного питания?
A) Высококалорийные продукты быстрого приготовления
B) Рацион, сбалансированный по белкам, жирам, углеводам, витаминам и микроэлементам
C) Газированные напитки и чипсы
D) Жареные блюда и полуфабрикаты
Эталон ответа: B

21. Какая цель ставится в рамках концепции формирования здорового образа жизни?
A) Полное искоренение болезней среди студентов
B) Сохранение и укрепление здоровья участников образовательного процесса
C) Создание дополнительного дохода для медицинских учреждений
D) Массовая вакцинация населения
Эталон ответа: B

22. Что лежит в основе формирования здоровой нации?
A) Наличие качественной медицинской инфраструктуры
B) Возможность бесплатного получения высшего образования
C) Ответственное отношение каждого гражданина к своему здоровью
D) Высокий уровень зарплат в государственном секторе
Эталон ответа: C

23. Вторичная профилактика злокачественных новообразований предусматривает:
A) Профилактику инфицирования онкогенными вирусами
B) Устранение химических канцерогенов
C) Отказ от курения
D) Выявление и лечение предраковых заболеваний
Эталон ответа: D

24. Лучшим источником хорошо усваиваемого кальция являются:
A) Молоко и молочные продукты
B) Овощи и фрукты
C) Мясо и мясные продукты
D) Рыба и рыбопродукты
Эталон ответа: A

25. В лечебно-профилактическом питании для предупреждения отрицательного воздействия токсичных элементов важное значение имеет обогащение рациона:
A) витамином С
B) марганцем
C) полиненасыщенными жирными кислотами
D) аминокислотами
Эталон ответа: A

Задания открытого типа

Задание 1. Что такое здоровье по определению ВОЗ?
Эталон ответа. Здоровье — это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней.

Задание 2. Сколько факторов риска выделяют эксперты для развития хронических заболеваний?
Эталон ответа. Эксперты выделяют около десяти основных факторов риска, включая курение, неправильное питание и низкую физическую активность.

Задание 3. Какие новые правила действуют в отношении трансжиров в продуктах питания?
Эталон ответа. Производители обязаны ограничить содержание трансжиров до 2%, что соответствует международным стандартам.

Задание 4. Какие регионы лидируют по уровню распространения ожирения среди населения?
Эталон ответа. Высокий уровень ожирения фиксируется преимущественно в южных и центральных регионах России.

Задание 5. Что представляет собой Индекс здорового образа жизни?
Эталон ответа. Показатель, характеризующий долю населения, ведущего здоровый образ жизни, и включающий пять компонентов: отсутствие курения, питание, физическая активность, потребление соли и алкоголя.

Задание 6. Как изменилась статистика потребления алкоголя в России за последнее десятилетие?

Эталон ответа. Отмечено существенное снижение объемов розничной продажи алкоголя и количества зарегистрированных случаев алкогольного отравления.

Задание 7. Какие основные цели поставлены в рамках глобальных рекомендаций ВОЗ по борьбе с ожирением?
Эталон ответа. Главные цели — стабилизация показателей ожирения и сахарный диабет 2-го типа, а также замедление темпов роста распространенности ожирения.

Задание 8. Какие пищевые привычки негативно сказываются на здоровье россиян?
Эталон ответа. Недостаточное потребление овощей и фруктов, предпочтение жирной пищи и продуктов с высоким содержанием сахара.

Задание 9. Что привело к снижению уровня физической активности в России?
Эталон ответа. Малоподвижный образ жизни, обусловленный урбанизацией и изменениями в трудовой деятельности.

Задание 10. Какие положительные изменения происходят в структуре питания россиян?
Эталон ответа. Рост популярности молочной продукции и включение свежих овощей и фруктов в повседневный рацион.

Задание 11. Какие ключевые элементы входят в концепцию популяционной профилактики?
Эталон ответа. Масштабные меры по уменьшению факторов риска, просветительская работа и эпидемиологический мониторинг.

Задание 12. Как оценивается успешность реализации национальных программ профилактики?
Эталон ответа. По показателям снижения смертности, уменьшения распространенности заболеваний и увеличению продолжительности жизни.

Задание 13. Какие инновационные подходы предлагаются для укрепления общественного здоровья?
Эталон ответа. Формирование сети центров общественного здоровья, реализация корпоративных программ и развитие информационно-коммуникационных кампаний.

Задание 14. Какие данные демонстрирует исследование по пищевым предпочтениям россиян?
Эталон ответа. Большинство предпочитает молочную продукцию с высоким содержанием жира и часто потребляет мясо, особенно красное.

Задание 15. Какие выводы сделаны по итогам исследования эпидемии ожирения в России?
Эталон ответа. За последние десятилетия число людей с ожирением удвоилось, причём у мужчин прирост выше, чем у женщин.

Задание 16. Какие продукты признаны основными источниками трансжиров в России?
Эталон ответа. Маргарин, спреды, кулинарные жиры и некоторые готовые кондитерские изделия.

Задание 17. Какие требования предъявляются к качеству молока и молочных продуктов?
Эталон ответа. Необходимо соблюдать нормы содержания антибиотиков, солей тяжёлых металлов и других опасных примесей.

Задание 18. Какие препятствия мешают эффективному проведению профилактических программ?
Эталон ответа. Недостаточность финансирования, низкая информированность населения и слабость интеграции между ведомствами.

Задание 19. Какие меры приняты государством для защиты населения от негативного влияния алкоголя?
Эталон ответа. Ограничение времени продажи алкоголя, запрет рекламы и лицензирование торговых точек.

Задание 20. Какие особенности характерны для структуры питания молодого поколения?
Эталон ответа. Молодые россияне предпочитают быстрые перекусы, избыток сахара и недостаточное потребление полезных питательных веществ.

Задание 21. Какие преимущества даёт ведение здорового образа жизни?
Эталон ответа. Снижает риск хронических заболеваний органов пищеварения, повышает продолжительность жизни и улучшает общее самочувствие.

Задание 22. Какие методики используются для выявления групп риска?
Эталон ответа. Эпидемиологические опросы, анкетирование, лабораторные анализы и инструментальные исследования.

Задание 23. Какие реформы планируется провести в области профилактики?
Эталон ответа. Разработать новую модель центра общественного здоровья, ввести обязательные профилактические осмотры и расширить перечень льготных категорий граждан.

Задание 24. Какие национальные проекты поддерживают идею популяционной профилактики?
Эталон ответа. Проект «Укрепление общественного здоровья» нацелен на улучшение здоровья населения через массовые профилактические мероприятия.

Задание 25. Какие тенденции наблюдаются в динамике потребления трансжиров?
Эталон ответа. Отмечается устойчивый тренд на снижение потребления трансжиров, что связано с новыми стандартами качества продуктов.

Задание 26. Какие задачи стоят перед современной профилактической службой?
Эталон ответа. Создавать среду, способствующую ведению здорового образа жизни, повышать осведомленность населения и расширять доступ к медицинским услугам.

Задание 27. Какие первоочередные меры предложены для улучшения здоровья населения?
Эталон ответа. Внедрить современные центры общественного здоровья, усилить взаимодействие разных структур и широко пропагандировать здоровый образ жизни.

Задание 28. Что включает понятие «Здоровый образ жизни» (ЗОЖ)?
Эталон ответа. Образ жизни, направленный на укрепление здоровья и профилактику заболеваний.

Задание 29. Какой охват населения профилактическими медицинскими осмотрами считается эффективным в части реализации мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни?
Эталон ответа. 95%.

Задание 30. Санбюллетень – это:
Эталон ответа. Иллюстрированная санитарно-просветительская газета, посвященная только одной теме.

Задание 31. Санбюллетень состоит из:
Эталон ответа. Текстовой части и иллюстрированной части.

Задание 32. Что оказывает положительное влияние на приверженность ЗОЖ?
Эталон ответа. Образование и высокий доход повышают шансы придерживаться ЗОЖ.

Задание 33. Каково соотношение приверженцев ЗОЖ среди городского и сельского населения?
Эталон ответа. Городские жители чаще придерживаются ЗОЖ, чем сельские.

Задание 34. Какие данные указывают на плохую приверженность ЗОЖ в России?
Эталон ответа. Только 15,6% опрошенных обладают высокой приверженностью ЗОЖ.

Задание 35. Что называют "ковидным следом" в контексте ЗОЖ?
Эталон ответа. Негативные изменения в образе жизни, вызванные пандемией COVID-19.

Задание 36. Какие составляющие учитываются в индексе ЗОЖ?
Эталон ответа. Отказ от курения, здоровое питание, физическая активность, умеренное потребление соли и алкоголя.

Задание 37. Какие изменения произошли в приверженности ЗОЖ с 2017 по 2022 год?
Эталон ответа. Наблюдалось незначительное снижение приверженности ЗОЖ, особенно среди мужчин.

Задание 38. Как исследователи оценивают влияние семьи на ЗОЖ?
Эталон ответа. Наличие семьи положительно сказывается на приверженности ЗОЖ, но снижает физическую активность.

Задание 39. Что считается ключевым элементом профилактики заболеваний?
Эталон ответа. Активное формирование здорового образа жизни среди населения.

Задание 40. Какие показатели указывают на хорошее здоровье?
Эталон ответа. Нормальный индекс массы тела, отказ от курения, умеренное потребление алкоголя и физическая активность.

Задание 41. Назовите формы воспитания и обучения детского и подросткового населения по вопросам здорового образа жизни:
Эталон ответа. лекции, индивидуальные беседы, информационные бюллетени и проспекты, тематические фильмы.

Задание 42. Как экономическое положение влияет на ЗОЖ?
Эталон ответа. Люди с высоким доходом чаще ведут здоровый образ жизни.

Задание 43. Как меняется приверженность ЗОЖ с возрастом?

Эталон ответа. Возрастные группы старшего возраста чаще придерживаются ЗОЖ, исключая курение и злоупотребление алкоголем.

Задание 44. Какие отрицательные эффекты пандемии COVID-19 на ЗОЖ выявлены?
Эталон ответа. Изменение пищевых привычек, снижение физической активности и повышенный стресс.

Задание 45. Какие меры рекомендованы для улучшения ЗОЖ?
Эталон ответа. Информационные кампании, развитие доступной физической активности и пропаганда правильного питания.

Задание 46. Что характерно для возрастной группы 65-74 лет?
Эталон ответа. Более частые случаи низкого потребления овощей и фруктов.

Задание 47. Какие группы населения требуют особого внимания?
Эталон ответа. Мужчины среднего возраста с низким уровнем образования и дохода.

Задание 48. Какие стратегии предлагают ученые для улучшения ЗОЖ?
Эталон ответа. Интеграция программ ЗОЖ в школьное и рабочее пространство, налоговые льготы для производителей здоровой еды.

Задание 49. Какие группы населения находятся в зоне риска низкой приверженности ЗОЖ?
Эталон ответа. Молодые мужчины с низким уровнем образования и небольшим доходом.

Задание 50. Как влияет стресс на выбор образа жизни?
Эталон ответа. Под действием стресса возрастает риск вредных привычек вроде курения и переедания.

Задание 51. В чём проявляются различия в приверженности ЗОЖ между жителями городов и деревень?
Эталон ответа. Городские жители чаще занимаются спортом и лучше питаются, но сельчане чаще потребляют натуральные продукты.

Задание 52. Какие шаги помогут мужчинам средних лет изменить ситуацию с ЗОЖ?
Эталон ответа. Осознанное питание, регулярная физическая активность и отказ от вредных привычек.

Задание 53. Почему городские жители опережают сельских по приверженности ЗОЖ?

Эталон ответа. Доступ к специализированным службам, фитнес-центрам и информационным ресурсам.

Задание 54. Какие возможности предоставляют цифровые технологии для продвижения ЗОЖ?
Эталон ответа. Приложения для отслеживания здоровья, веб-сайты с информацией о питании и дистанционное консультирование специалистов.

Задание 55. Какие конкретные действия рекомендуется предпринимать для усиления ЗОЖ в России?
Эталон ответа. Распространение наглядной информации, субсидии на полезную продукцию и создание доступной инфраструктуры для занятий спортом.

Задание 56. Основным количественным критерием, характеризующим уровень здоровья нации, является:
Эталон ответа: ожидаемая продолжительность здоровой жизни.

Задание 57. Всемирная организация здравоохранения определяет здоровье как:
Эталон ответа: состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов.

Задание 58. Что является основной задачей деятельности центров здоровья?
Эталон ответа: индивидуальная коррекция воздействия факторов риска неинфекционных заболеваний.

Задание 59. На что направлена деятельность центров медицинской профилактики?
Эталон ответа: организацию и координацию работы учреждений здравоохранения по вопросам гигиенического обучения и воспитания

Задание 60. К чему приводит дефицит йода в рационе питания?
Эталон ответа. К повышению риска развития заболеваний щитовидной железы

Задание 61. Какое оптимальное содержание фосфолипидов в рационе питания взрослого человека?
Эталон ответа. 5-7 г в сутки.

Задание 62. Что способствует формированию зависимости к алкоголю?
Эталон ответа. Частота употребления спиртных напитков.

Задание 63. В каком возрасте проводится вакцинация против вирусного гепатита «В» ранее непривитого взрослого населения?

Эталон ответа. От 18 до 55 лет.

Задание 64. Что относится к плоскостным средствам метода изобразительно пропаганды?
Эталон ответа. Плакат, рисунок, схема, таблицы, план, чертеж, диаграмма, картограмма, фотография, фотовыставка, альбом, слайд, диафильмы.

Задание 65. Что относится к объемным средствам метода изобразительно пропаганды?
Эталон ответа. Муляж, макет, модель, диорама, фантом, чучело, скульптура.

Задание 66. Что является основными требованиями к печатной пропаганде?
Эталон ответа. Конкретность и наглядность.

Задание 67. Что является основными компонентами здорового образа жизни?
Эталон ответа. соблюдение гигиенических норм и правил, режима учебы, труда, отдыха, питания, оптимальный двигательный режим, отсутствие вредных привычек, высокая медицинская активность, правильное половое поведение, правильное экологическое поведение.

Задание 68. Какая диета рекомендована при ожирении?
Эталон ответа. вариант диеты с пониженной калорийностью.

Задание 69. Что рекомендуют для профилактики ожирения?
Эталон ответа. рациональное питание, отказ от употребления алкоголя, увеличение физической активности, нормализация режима и улучшение психоэмоционального статуса, лечение сопутствующих патологий.

Задание 70.
Какое средство гигиенической пропаганды предпочтительно для неоднородной группы менее 20 человек?
Эталон ответа. вечер вопросов и ответов.

Задание 71. Какая энергетическая ценность рациона при низкокалорийном варианте диеты?
Эталон ответа. 1340-1550 ккал.

Задание 72. Какие пищевые продукты с низким гликемическим индексом рекомендуются при ожирении?
Эталон ответа. зелень листовая, капуста брокколи отварная, гречневая крупа, перловая крупа.

Задание 73. Что целесообразно включать в состав биологически активных добавок к пище для нормализации углеводного обмена при ожирении?

Эталон ответа. пищевые волокна.

Задание 74. Рекомендуемое количество пищевых волокон в рационе пациентов ожирением составляет.
Эталон ответа. 25-30 грамм.

Задание 75. Профилактика это:
Эталон ответа. комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья граждан.

КРИТЕРИИ оценивания компетенций и шкалы оценки

Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции	**Оценка «удовлетворительно» (зачтено) или удовлетворительный (пороговый) уровень освоения компетенции**	**Оценка «хорошо» (зачтено) или достаточный уровень освоения компетенции**	**Оценка «отлично» (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции**
Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать знания при решении заданий, отсутствие самостоятельности в применении умений. Отсутствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах освоения учебной дисциплины	Обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний, умений и навыков к решению учебных заданий в полном соответствии с образцом, данным преподавателем, по заданиям, решение которых было показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована на удовлетворительном уровне.	Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных образцам, что подтверждает наличие сформированной компетенции на более высоком уровне. Наличие такой	Обучающийся демонстрирует способность к полной самостоятельности в выборе способа решения нестандартных заданий в рамках дисциплины с использованием знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения данной дисциплины, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию

		компетенции на достаточном уровне свидетельствует об устойчиво закрепленном практическом навыке	сформированной на высоком уровне.

Критерии оценивания тестового контроля:

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

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

Критерии оценивания собеседования:

Отметка	**Дескрипторы**		
	прочность знаний	**умение объяснять (представлять) сущность явлений, процессов, делать выводы**	**логичность и последовательность ответа**
отлично	прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	высокая логичность и последовательность ответа

	ответа		
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе	логичность и последовательность ответа
удовлетворительно	удовлетворительные знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительная логичность и последовательность ответа
неудовлетворительно	слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

	раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа		

Критерии оценивания ситуационных задач:

Отметка	**Дескрипторы**			
	понимание проблемы	**анализ ситуации**	**навыки решения ситуации**	**профессиональное мышление**
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы, уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	удовлетворительные навыки решения ситуации, сложности с выбором метода решения	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе либо ошибка в

			задачи	последовательности решения
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	низкая способность анализировать ситуацию	недостаточные навыки решения ситуации	отсутствует