

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

УТВЕРЖДАЮ

Руководитель

 **образовательной программы**
/д.м.н., проф. Ткачев А.В./

«17» июня 2025 г.

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы ординатуры**

**Специальность
31.08.28 Гастроэнтерология**

Направленность (профиль) программы Гастроэнтерология

**Блок 3
Базовая часть (Б3.Б.01)**

**Уровень высшего образования
подготовка кадров высшей квалификации**

Форма обучения очная

**Ростов-на-Дону
2025 г.**

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЫПУСКНИКОВ, ОСВОИВШИХ ПРОГРАММУ ОРДИНАТУРЫ

1. Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

2 Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- ✓ Физические лица (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее – подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее – взрослые);
- ✓ Население;
- ✓ Совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

3 Виды профессиональной деятельности, к которым готовятся выпускники, освоившие программу ординатуры:

- ✓ профилактическая;
- ✓ диагностическая;
- ✓ лечебная;
- ✓ реабилитационная;
- ✓ психолого-педагогическая;
- ✓ организационно-управленческая

4 Выпускник, освоивший программу ординатуры, готов решать следующие профессиональные задачи:

профилактическая деятельность:

- ✓ предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;
- ✓ проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;
- ✓ проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья;

диагностическая деятельность:

- ✓ диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования;
- ✓ диагностика неотложных состояний;
- ✓ диагностика беременности;
- ✓ проведение медицинской экспертизы;

лечебная деятельность:

- ✓ оказание специализированной медицинской помощи;

- ✓ участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;
- ✓ оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;

реабилитационная деятельность:

- ✓ проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;

психолого-педагогическая деятельность:

- ✓ формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

организационно-управленческая деятельность:

- ✓ применение основных принципов организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;
- ✓ организация и управление деятельностью медицинских организаций, и их структурных подразделений;
- ✓ организация проведения медицинской экспертизы;
- ✓ организация оценки качества оказания медицинской помощи пациентам;
- ✓ ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации;
- ✓ создание в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда;
- ✓ соблюдение основных требований информационной безопасности.

ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Универсальные компетенции (УК-):

- ✓ готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- ✓ готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- ✓ готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющем функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Профессиональные компетенции (ПК-):

профилактическая деятельность:

- ✓ готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среди его обитания (ПК-1);
- ✓ готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);

- ✓ готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- ✓ готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков (ПК-4);

диагностическая деятельность:

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

лечебная деятельность:

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

реабилитационная деятельность:

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

психолого-педагогическая деятельность:

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

организационно-управленческая деятельность:

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

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Цель: установление уровня профессиональной подготовки выпускников требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.28 Гастроэнтерология.

Задачи: Проверка уровня сформированности компетенций, определённых ФГОС ВО, принятие решения о присвоении квалификации по результатам ГИА и выдаче документа об образовании.

ПРОЦЕДУРА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

1. Государственная итоговая аттестация по основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.28 Гастроэнтерология осуществляется посредством проведения государственного экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-гастроэнтеролога в соответствии с содержанием основной образовательной программы и требованиями ФГОС ВО.

Государственные аттестационные испытания ординаторов по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология проходят в форме государственного экзамена (оценка умения решать конкретные профессиональные задачи).

2. Обучающийся допускается к государственной итоговой аттестации после изучения дисциплин в объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры 31.08.28 Гастроэнтерология.

3. Обучающимся, успешно прошедшим государственную итоговую аттестацию, выдается диплом об окончании ординатуры, подтверждающий получение высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.28 Гастроэнтерология.

4. Обучающимся, не прошедшим государственную итоговую аттестацию или получившим на государственной итоговой аттестации неудовлетворительные результаты, а также обучающимся, освоившим часть программы ординатуры и (или) отчисленным из университета, выдается справка об обучении или о периоде обучения по образцу, самостоятельной установленному университетом.

ФОРМА ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена, состоящего из устного собеседования по дисциплинам (модулям) образовательной программы, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

В случаях, предусмотренных нормативными и распорядительными актами, государственный экзамен может проводиться письменно (в том числе с применением дистанционного формата¹).

Государственная итоговая аттестация включает оценку сформированности у обучающихся компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология путём оценки знаний, умений и владений в соответствии с содержанием образовательной программы высшего образования - программы ординатуры по специальности, и характеризующих их готовность к выполнению профессиональных задач соответствующих квалификаций.

Основой для проведения государственного экзамена являются экзаменационные билеты, включающие в себя два задания.

¹ Дистанционный формат – процесс проведения государственных аттестационных испытаний, организуемый с помощью дистанционных технологий и электронных средств передачи информации, реализуемый через электронные системы (Zoom, Skype, MS Teams, вебинар, другое).

Одно задание состоит из вопроса, выявляющие теоретическую подготовку выпускника и ситуационные задачи, выявляющей практическую подготовку выпускника по одной и той же теме дисциплины (модулям) образовательной программы.

Пример задания к государственному экзамену, выявляющих теоретическую подготовку выпускника, с указанием проверяемых компетенций:

Номер задания	Формулировка содержания задания	Компетенции, освоение которых проверяется вопросом
1	<p>1. Неспецифический язвенный колит. Местные осложнения. Осложнения общего характера. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение, диспансеризация. Показания к оперативному лечению</p>	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6; ПК-8; ПК-9
	<p>2. Ситуационная задача:</p> <p>Мужчина 30 лет. Обратился к гастроэнтерологу с жалобами на жидкий стул с примесью крови до 12 раз в сутки, схваткообразные боли внизу живота перед дефекацией, похудание на 8 кг за 3 месяца. Из анамнеза: примеси крови в кале и неоформленный стул беспокоят в течение 3-4 месяцев. Температура не повышалась. Контакт с инфекционными больными отрицает, за пределы области не выезжал. Курил 1 пачку сигарет в сутки 10 лет, год назад прекратил. Злоупотребление алкоголем, внутривенную наркоманию отрицает. У родственников заболеваний желудочно-кишечного тракта нет. Работает бухгалтером, профессиональных вредностей нет. Объективно: состояние удовлетворительное. Температура 36,6°C. Кожные покровы бледные, влажные. Рост – 170 см, вес – 57 кг. В лёгких везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в минуту. При аусcultации – ритм сердца правильный, соотношение тонов в норме, шумов нет. ЧСС – 96 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. При осмотре живот симметричен, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный в левой фланговой и левой подвздошной области. Печень по Курлову – 9×8×7 см. Размеры селезенки – 6×4 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Общий анализ крови: эритроциты – 2,7×10¹², Нb - 108 г/л, цветовой показатель – 0,6, тромбоциты – 270×10¹², лейкоциты – 7,0×10⁹,</p>	УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

	<p>эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 27%, моноциты – 5%, СОЭ – 22 мм/ч. Копрограмма: кал неоформленный, слизь +++, лейкоциты – 10-15 в поле зрения, эритроциты – 5-6 в поле зрения. Фиброколоноскопия: слизистая нисходящей ободочной, сигмовидной и прямой кишки диффузно гиперемирована, легко кровоточит при контакте с колоноскопом, сосудистый рисунок смазан. В ректосигмоидном отделе выявлены множественные эрозии, покрытые фибрином.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	
--	---	--

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ УСТНОГО СОБЕСЕДОВАНИЯ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

1. Гастро-эзофагеальная рефлюксная болезнь. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.
2. Ахалазия. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.
3. Дивертикулы пищевода. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.
4. Стриктуры пищевода. Определение понятий. Этиология, патогенез. Классификация, морфологические и клинические параллели. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение.

5. Варикозное расширение вен пищевода. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.
6. Язвенная болезнь желудка. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.
7. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.
8. Функциональная диспепсия. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.
9. Хронический хеликобактерный гастрит. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.
10. Атрофический гастрит. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.
11. Болезни оперированного желудка. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.
12. Синдром раздраженной кишки. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.
13. НПВП-ассоциированные поражения пищеварительной трубки. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.
14. Ишемические поражения органов ЖКТ. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.
15. Воспалительные заболевания кишечника. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

16. Эндометриоз кишечника. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.
17. Амилоидоз кишечника. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.
18. Туберкулез кишечника. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.
19. Функциональный запор. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.
20. Функциональная диарея. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.
21. Болезнь Крона. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.
22. Язвенный колит. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.
23. Дивертикулярная болезнь толстой кишки. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.
24. Синдром короткой кишки. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.
25. Болезнь Уиппла. Спру тропическое. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.
26. Энтеропатии. Дисахаридазодефицитные энтеропатии. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

27. Глютеновая энтеропатия. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.
28. Вторичные энтеропатии. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.
29. Антибиотикоассоциированная диарея. Псевдомемброзный колит. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.
30. 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.
31. Хронический гепатит. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.
32. Алкогольные поражения печени. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.
33. Неалкогольная жировая болезнь печени. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.
34. Цирроз печени. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.
35. 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.
36. 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.

37. Расстройства экскреции билирубина (наследственные гипербилирубинемии; энзимопатии). Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.
38. Лекарственные поражения печени. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.
39. Заболевания сосудов печени. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.
40. Поликистоз и эхинококкоз печени. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.
41. Поражения печени при сердечно-сосудистой недостаточности. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.
42. Аутоиммунные поражения печени. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.
43. Функциональные расстройства желчевыводящих путей. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.
44. Хронический холецистит. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.
45. Желчекаменная болезнь (ЖКБ). Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.
46. Холангиты. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.
47. Хронический панкреатит. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.
48. Печеночная кома. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.

49. Острые абдоминальные синдромы при заболеваниях других органов и систем. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Медикаментозная терапия.
50. Хеликобактер-ассоциированные заболевания. Эпидемиология. Патогенез. Принципы диагностики. Оптимальные схемы эрадикационной терапии, их эффективность и безопасность.
51. Доброкачественные опухоли органов ЖКТ. Клинические симптомы. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение.
52. Эзокринная недостаточность поджелудочной железы. Этиология и патогенез. Клинические симптомы. Диагностика. Лечение.
53. Лабораторные методы исследования. Дифференциальный диагноз при основных клинико-лабораторных синдромах, сопровождающих течение заболеваний печени: синдроме цитолиза, холестаза, иммуно-воспалительном синдроме, синдроме печеночноклеточной функциональной недостаточности.
54. Инструментальные методы исследования печени (диагностические возможности метода, показания, противопоказания, подготовка больных, ведение больных после исследования). Пункционная биопсия печени. Возможности морфологического исследования.
55. Абдоминальная боль: определение понятий, механизмы формирования. Клинико-патофизиологическая стандартизация оценки абдоминальной боли. Принципы терапевтической тактики при абдоминальной боли.
56. Диарея и запор: определение понятий, механизмы формирования. Клинико-патофизиологическая стандартизация оценки диареи и запора. Принципы терапевтической тактики при диарее и запоре.
57. Тошнота и рвота определение понятий, механизмы формирования. Клинико-патофизиологическая стандартизация оценки тошноты и рвоты. Принципы терапевтической тактики при тошноте и рвоте.
58. Изжога: определение понятий, механизмы формирования. Клинико-патофизиологическая стандартизация оценки изжоги. Принципы терапевтической тактики при изжоге.
59. Желудочно-кишечные кровотечения. Классификация. Этиология, патогенез. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Показания к хирургическому лечению.
60. Синдром мальабсорбции. Определение понятий. Этиология, патогенез. Классификация, морфологические и клинические параллели. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Принципы оценки нутритивного статуса в клинической картине.

ПЕРЕЧЕНЬ ЗАДАНИЙ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

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/м². 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?

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/м². 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.

Задача №3

Пациентка В., 55 лет отмечает 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 аусcultации 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)?

Задача №4.

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/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура тела нормальная. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушенны, ритмичные, ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 120/80 мм рт. ст. Живот участует 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?

Задача №5.

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 – $5,8 \times 10^9/\text{л}$; 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.

Задача №6

Пациент Д., 58 лет, жалобы на боли в эпигастринии через 20 минут после еды, рвоту, приносящую облегчение, похудел за месяц на 6 кг. Боли в эпигастринии 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 эпигастринии. 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.

Задача №7.

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/м². Кожные покровы

желтушной окраски, склеры иктеричны; выявляются телеангиэкзазии на груди, спине, плечах, «пальмарная» эритема. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в мин. Тоны сердца приглушенны, 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 – $4,4 \times 10^{12}/\text{л}$; лейкоциты – $6,3 \times 10^9/\text{л}$; нейтрофилы сегментоядерные – 64%; нейтрофилы палочкоядерные – 1%; лимфоциты – 28%; моноциты – 4%; эозинофилы – 2%; базофилы – 1%; Нb – 148 г/л; тромбоциты – $217 \times 10^9/\text{л}$; 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 (-);

HBsAg (-); анти-HBc (-); анти-HBcIgM (-); анти-HCV – отриц.

Эластометрия печени: определена стадия F2 (по шкале Metavir)

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.

Задача №8.

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 аусcultации 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 – $4,2 \times 10^{12}/\text{л}$; Нв – 124 г/л; цветовой показатель – 0,9%; тромбоциты – $96 \times 10^9/\text{л}$, лейкоциты – $3,4 \times 10^9/\text{л}$, 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 см². 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?

Задача №9.

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/м². 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, приглушенны. 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 – $4,4 \times 10^{12}/\text{л}$; лейкоциты – $6,4 \times 10^9/\text{л}$; нейтрофилы – $4,5 \times 10^9/\text{л}$; лимфоциты – $1,3 \times 10^9/\text{л}$; моноциты – $0,44 \times 10^9/\text{л}$; эозинофилы – $0,2 \times 10^9/\text{л}$; базофилы – $0,06 \times 10^9/\text{л}$; Hb – 144 г/л; тромбоциты – $230 \times 10^9/\text{л}$; 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.

Задача №10.

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/м². Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны, выявляются телеангиектазии на груди, плечах и спине. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД=16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушенны. 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 – 4,1×10¹²/л; лейкоциты – 6,3×10⁹/л; нейтрофилы – 4,4×10⁹/л; лимфоциты – 1,5×10⁹/л; моноциты – 0,46×10⁹/л; эозинофилы – 0,28×10⁹/л; базофилы – 0,06×10⁹/л; Нb – 144 г/л; тромбоциты – 242×10⁹/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-HBc (-); 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

Задача №11.

Пациентка Ж., 45 лет, 15 лет страдает желчнокаменной болезнью. Заболевание манифестирувало 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 подготовки разработайте тактику медикаментозной терапии пациентки.

Задача №12

Пациентка А. 36 лет, жалобы на горечь во рту, возникающую преимущественно в утренние часы, ощущение дискомфорта в области эпигастрита, 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 - $4,2 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин - 135 г/л, цветовой показатель - 0,96, тромбоциты - 347×10^9 , лейкоциты - $8,7 \times 10^9$, СОЭ - 12 мм/ч. В биохимическом анализе крови: АЛТ - 28 Ед/л, АСТ - 25 Ед/л, амилаза - 77 Ед/л, щелочная фосфатаза - 80 Ед/л. Выполнено ВГДС: слизистая желудка умеренно отечная, гиперемирована в антравальном 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.

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/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушенны. 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 – $4,4 \times 10^{12}/\text{л}$; лейкоциты – $11,3 \times 10^9/\text{л}$; нейтрофилы сегментоядерные – 75%; нейтрофилы палочкоядерные – 2%; лимфоциты – 19%; моноциты – 3%; эозинофилы – 1%; базофилы – 0%; Hb – 141 г/л; тромбоциты – $215 \times 10^9/\text{л}$; 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?

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 - $8,6 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 16 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность – 1022, белок – 0,033%, анализ кала – стеаторея, креаторея, амилорея. УЗИ ОБП: печень увеличена, с перипортальными уплотнениями, желчный пузырь 75×35 мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой, стенка уплотнена до 4-5 мм. Поджелудочная железа неоднородной структуры за 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 заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз.
5. План лечения.

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, длиющиеся 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.

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/м². 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, пузирные 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 - $5,2 \times 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты - $11,2 \times 10^9/\text{л}$, 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 антравальном отделе с очагами яркой гиперемии. Луковица ДПК обычной формы. Слизистая постбульбарного отдела ДПК несколько отечна. УЗИ брюшной полости: жидкости брюшной полости нет. Пневматизация кишечника повышенна. 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.

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 – $4,3 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин – 132 г/л, цветной показатель – 1,0; СОЭ – 16 мм/ч, тромбоциты – $320 \times 10^9/\text{л}$, лейкоциты – $10,3 \times 10^9/\text{л}$, 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?

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°C. Кожные покровы бледные, влажные. Рост – 170 см, вес – 57 кг. В легких везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в минуту. При аусcultации – 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 – $2,7 \times 10^{12}/\text{л}$, Нb - 108 г/л, цветовой показатель – 0,6, тромбоциты – $270 \times 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты – $7,0 \times 10^9/\text{л}$, 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.

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 $38,3^{\circ}\text{C}$, 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 - $10 \times 9 \times 8$ см. Общий анализ крови: гемоглобин – 92 г/л, СОЭ – 33 мм/ч, лейкоциты - $14,0 \times 10^9/\text{л}$; 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?

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°C, слабость, головокружение, боли в голеностопных, локтевых, плечевых суставах. Заболел около 2 месяцев назад, когда повысилась температура тела, появились боли в суставах. Проводилось несколько курсов антибактериальной терапии, на фоне чего появился жидкий стул. Объективно: кожные покровы бледные, чистые. При пальпации живот мягкий, болезненный в подвздошных областях. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Размеры печени по Курлову - 9×8×7 см. Селезенка не пальпируется. В общем анализе крови: эритроциты - $3,2 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин - 61 г/л, лейкоциты - $11 \times 10^9/\text{л}$, тромбоциты - $350 \times 10^9/\text{л}$, 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.

Задача №23.

Пациент В., 22 года, жалобы на выделение большого количества алои крови из прямой кишки при дефекации, учащенный стул до 5-6 раз в сутки, повышение температуры тела до 38°C, 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?

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/м²). 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?

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°C, 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 - 3,4×10¹²/л, гемоглобин – 85

г/л, лейкоциты - $10,0 \times 10^9$ /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.

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 $37,6^{\circ}\text{C}$ 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 $38,0^{\circ}\text{C}$. Доставлен в приемное отделение, где осмотрен хирургом, диагностирован острый аппендицит. При исследовании крови выявлен лейкоцитоз, пациент взят на операцию. При ревизии обнаружены утолщенная подвздошная кишка с отечной рыхлой стенкой, увеличенные брыжеечные лимфоузлы. Червеобразный отросток неизменен. Произведена аппендектомия. В послеоперационном периоде появилась гипертермия до $38,5^{\circ}\text{C}$, на фоне введения антибиотиков температура снизилась до субфебрильных цифр, однако полностью не исчезла. Боли в правой подвздошной области сохранялись, стали носить тупой постоянный характер. Пациент стал отмечать учащение стула, вначале до 2-х раз в сутки, затем 3-4, каловые массы вначале имели характер густой каши, затем стали жидкими. В испражнениях периодически появлялись слизь и кровь в небольшом количестве. Постепенно нарастила слабость, пациент потерял 6 кг массы тела. Объективно: пониженного питания, кожа несколько суховата, тургор снижен. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Легкие и сердце без патологических изменений. Пульс - 80 ударов в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот участвует в дыхании, обычной конфигурации. При пальпации отмечает болезненность в правом нижнем квадранте, здесь же пальпируется уплотненная болезненная слепая кишка и несколько выше раздутые урчащие петли тонкой кишки. На остальном протяжении патологических изменений не выявлено. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. При лабораторных и инструментальных

исследованиях получены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин - 114 г/л, СОЭ - 32 мм/час, эритроциты - $3,2 \times 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты - $12,8 \times 10^9/\text{л}$, 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 скучным отделяемым. Между рубцами имеются единичные трещины. Осмотрены прямая кишка и сигмовидная, слизистая на всем протяжении без патологических изменений. Ирригоскопия: бария 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?

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 (лоперамида) 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 –

$3,72 \times 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты – $6,1 \times 10^9/\text{л}$, тромбоциты – $266 \times 10^9/\text{л}$, 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.

Задача №28

Пациент З., 60 лет, жалобы на периодические боли в эпигастринии 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, особенноочные, 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 участует в дыхании. При пальпации отмечает незначительную болезненность в правом подреберье и в эпигастринии.

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 $5,2 \times 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты $7,6 \times 10^9/\text{л}$, 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 антравальном 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 *H. p.* в большом количестве. Какова Ваша дальнейшая тактика? Обоснуйте ваш выбор.

Задача №29

Пациент В. 42 лет, жалобы на периодические боли в эпигастринии, 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 эпигастринии 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 эпигастринии.

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 - $5,0 \times 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты - $7,6 \times 10^9/\text{л}$, 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?

Задача №30

Пациентка Л., 45 лет, жалобы на постоянные, усиливающиеся после погрешностей в диете боли в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину, похудание. В 38-летнем возрасте перенесла холецистэктомию по поводу калькулезного холецистита. Через полгода после операции появились почти постоянные, усиливающиеся после погрешностей в диете боли в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину. При применении спазмолитиков и при соблюдении диеты самочувствие улучшалось. Последние 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/м². При сравнительной перкуссии легких определяется легочный звук. Аускультативно везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушенны,

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 – 15x13x11 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?

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 имееточные 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, оmez в течение 10-14 дней с хорошим эффектом, последнее ухудшение – в течение месяца после погрешности в диете и приема алкоголя; на фоне приема привычного набора препаратов в течение недели самочувствие с положительной динамикой, в связи с чем, лечение прекратил. Через 7 дней симптомы возобновились. Три дня назад имел место однократный эпизод черного 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 приглушенны, ритм правильный. ЧСС – 78 в мин., АД – 130/85 мм рт. ст. Язык густо обложен серым налетом, влажный. Живот мягкий, умеренно

болезненный высоко в эпигастрции слева от средней линии и в пилородуоденальной зоне. Пальпация других отделов живота практически безболезненна. Печень $11 \times 8 \times 7$ 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 – $4,1 \times 10^{12}/\text{л}$. НЬ – 123 г/л, МСН – 26 р/г, МСНС – 346 г/л, лейкоциты – $5,2 \times 10^9/\text{л}$: 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 гиперемирована 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.

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/м², 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: 11x9x8 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 $3,2 \times 10^{12}/\text{л}$, Нb 103 г/л, МСН - 22р/g, МСНС – 300 g/l, лейкоциты $5,6 \times 10^9/\text{л}$. 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.

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, дляющиеся 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, $t = 36,8^{\circ}\text{C}$, рост 178 см, вес 61 кг, кожный покров и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 мин. Сердце – тоны звучные, ритм правильный. ЧСС – 90 в 1 мин. АД – 120/75 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: 10x8x7 см и 6x4 см соответственно. Край печени не определяется. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный. В анализах: эритроциты = $3,02 \times 10^{12}/\text{л}$, Нb = 102 г/л, МСН – 23 р/г, МЧС – 300 г/л, лейкоциты = $12,4 \times 10^9/\text{л}$. СОЭ = 36 мм/час. Копrogramma: 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 – 95 мг/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.

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 – $4,4 \times 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты – $6,4 \times 10^9/\text{л}$, 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, цилинды, 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.

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 пиlorодуodenальной области. Печень не увеличена, безболезненная при пальпации. Физиологические отправления в норме. Общий анализ крови: Hb — 126 г/л, цв. показ. — 0,91, эритроциты — $4,1 \cdot 10^{12}/\text{л}$; лейкоциты — $7,0 \cdot 10^9/\text{л}$; 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 duodenum очагово гиперемирована, отечная, на задней стенке язвенный дефект 0,6 x 0,5 см, округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Взята биопсия. УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь грушевидной формы 73x35 мм, с перегибом на дне, содержимое с осадком, стенки 2 мм. Поджелудочная железа: не 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 НР-инфекцию: положительный (++)�.

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

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?

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 купировалась 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 леченых или неадекватно леченых 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?

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 пилородуodenальной зоне. Симптом Мендаля отрицательный. Печень и селезенка не пальпируются. 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.

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 пилородуodenальной области. Печень не пальпируется. По другим органам без патологии. Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, цветной показатель – 0,9, эритроциты – $4,2 \times 10^12/\text{л}$; лейкоциты – $7,2 \times 10^9/\text{л}$; палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 51%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 36%, моноциты – 7%, СОЭ – 6 мм/час. Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачная, рН – 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, ІЦФ – 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?

Задача №40.

На приеме пациентка 24 лет с жалобами на боли в животе, в области эпигастрита, 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 эпигастрита, проекции пилородуodenальной зоны. Печень у края реберной дуги. Стул 1 раз в день, оформленный. По другим органам – без патологии. Общий анализ крови - эритроциты - $4,5 \times 10^12/\text{л}$, Нв - 135 г/л, Нт - 37,6, лейкоциты - $6,3 \times 10^9/\text{л}$, 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, а-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 $0,6 \times 0,5\text{ см}$, покрытый грязно-серым фибриновым налетом, окруженный венчиком гиперемии, Нр (+++). УЗИ: печень - контур ровный, четкий, нормальных размеров, эхоструктура паренхимы однородная, сосуды не расширены. Желчный пузырь - $50 \times 20\text{ мм}$ (норма $53 \times 22\text{ мм}$), 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?

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 пилородуodenальной области, синдром Менделя положителен. Печень не увеличена. Стул и диурез не нарушены. В условиях поликлиники были выполнены следующие исследования: В анализе крови: RBC – $4,4 \times 10^12/l$, Hb – 129 g/l, MCV – 90 fl, MCH – 30 pg, MCHC – 35 g/l, WBC – $6,9 \times 10^9/l$, RDW – 12,5%, NEU – 51%, EOZ – 3%, LYM – 36%, MON – 7%, BAZ – 3, PLT – $250 \times 10^9/l$, 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 усиlena, 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.

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 гипертеннического 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 кишечная кишка, слепая кишечная 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.

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, иррадиирующие 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.

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 пилородуodenальной 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.

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.

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 – $10,4 \times 10^9/\text{л}$, 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 2×10^5 копий/мл, генотип 3a.

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 функциональная 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?

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-Аготрицательный.

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?

Задача №49

Больная 59 лет поступила в клинику с умеренно выраженным болем в области правого подреберья. Из анамнеза известно, что заболела 3 дня назад, когда 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 11x5 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 12x5 см, контуры его четкие, толщина стенки 4 мм, полость гомогенная, в области шейки определяется акустическая тень (конкремент) 0,8x0,9 см.

Вопросы:

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

Задача №50

Больная 55 лет поступила в клинику с жалобами на желтужное 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 эпигастринии, 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 желтужное окрашивание кожи и склер, кожный зуд; был обесцвеченный кал.

Объективно: кожа и склеры глаз желтужной 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?

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 38,0С. 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 $14,5 \times 10^9/\text{л}$, 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).

Задача №52

Домохозяйка 50 лет доставлена в хирургическую клинику с жалобами на сильные боли в правом подреберье и эпигастринии, 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 $10,5 \times 10^9/\text{л}$, лейкоцитарная формула не изменена, СОЭ 25 мм/час, гемоглобин и эритроциты в пределах нормы. Анализ мочи без отклонений от нормы. Содержание трансамина 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).

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 повышенено, 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?

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?

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. План лечения?

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 повышенное, ИМТ – 34 кг/м². 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 – 5,35x10¹²/л, гемоглобин – 132 г/л, лейкоциты – 8x10⁹/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.

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 приглушенны, 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 - $9,6 \times 10^9$ /л, СОЭ – 16 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность – 1022, белок – 0,033%, анализ кала – стеаторея, креаторея, амилорея. УЗИ ОБП: печень увеличена, с перипортальными уплотнениями, желчный пузырь 75×35 мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой. 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

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 – $4,3 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин – 136 г/л, цветной показатель – 1,0; СОЭ – 18 мм/ч, тромбоциты – $320 \times 10^9/\text{л}$, лейкоциты – $10,3 \times 10^9/\text{л}$, 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. Копrogramma: 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?

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 участует в дыхании, немного подвздут, перитонеальные симптомы отрицательны. 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, пузирные 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 - $5,2 \times 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты - $11,2 \times 10^9/\text{л}$,

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. Копrogramма: 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 антравальном отделе с очагами яркой гиперемии. Луковица ДПК обычной формы. Слизистая постбульбарного отдела ДПК несколько отечна. УЗИ брюшной полости: жидкости брюшной полости нет. Пневматизация кишечника повышенна. 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.

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/м². 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?

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. РС 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 просвете которого 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?

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?

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 объеме. Из анамнеза известно, что в детстве подвергался регулярному физическому насилию. Объективно: ЧДД – 18 в мин. При аусcultации тоны сердца ритмичные, шумов нет. ЧСС – 78 ударов в минуту. АД – 125/85 мм рт. ст. Результаты исследований: Общий анализ крови: эритроциты – $4,9 \times 10^{12}/\text{л}$; Нв – 140 г/л; цветовой показатель – 0,9%; тромбоциты – $200 \times 10^9/\text{л}$, лейкоциты – $4 \times 10^9/\text{л}$, 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.

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, симптомом Менделя положительный. ИМТ 32,0 кг/м². ЧДД – 18 в мин. При аусcultации 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?

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.

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 антравальном отделе, складки сглажены, расправляеться воздухом хорошо. Привратник проходим. Слизистая двенадцатиперстной кишки не изменена. Взят биоптат из антравального отдела 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.

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, повышенено 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.

Задача №71.

Больной Г. 34 лет обратился к врачу участковому терапевту с жалобами на боли в эпигастральной области, которые возникают через 30-35 минут после еды; на тошноту и рвоту желудочным содержимым, возникающую на высоте болей и приносящую облегчение; на ухудшение аппетита. Работает охранником, питается нерегулярно, периодически употребляет алкоголь, курит. Наследственный анамнез: у матери – 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 – 17 в мин. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 77 удара в минуту. АД - 125/85 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 77 удара в минуту. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в

эпигастральной области, симптом Менделея положительный, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул ежедневно, без патологических примесей. Данные дополнительных методов исследования. Общий анализ крови: гемоглобин – 135 г/л, эритроциты – $4,4 \times 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты – $6,4 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилы – 2 %, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 61%, лимфоциты – 29%, моноциты – 7%, СОЭ – 11 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность – 1018, эпителий – 2-4 в поле зрения, белок, цилиндры, соли - не определяются. Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,6 ммоль/л, фибриноген – 2,8 г/л, общий белок – 67 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 1,2-1,8 см, с ровными краями, неглубокий, дно прикрыто фибрином. Луковица двенадцатиперстной кишки обычной формы и размеров, слизистая бледно-розового цвета. Выявлен *Helicobacter pylori*.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз, обоснуйте.
2. Перечислите основные принципы лечения.

Задача №72.

Пациентка А., 57 лет, поступила в стационар с жалобами на желтушность кожных покровов, кожный зуд, тяжесть в правом подреберье, вздутие живота, общую слабость.

Алкоголь не употребляет. Профессиональных вредностей не было.

Из анамнеза известно, что около пяти лет назад стали отмечаться эпизоды повышения температуры до $37,4^{\circ}\text{C}$ - $37,6^{\circ}\text{C}$, желтушность кожных покровов, кожный зуд, тупые боли в правом подреберье. При обследовании в стационаре по месту жительства выявлена гепатосplenомегалия. Маркеры вирусных гепатитов были отрицательными. При комплексном обследовании данных за механическую желтуху не получено. После выписки принимала спазмолитики, антигистаминные препараты и НПВС, с временным эффектом. Желтушность кожи продолжала сохраняться. Постепенно нарастала общая слабость, стало беспокоить вздутие живота. В последний месяц отмечает повышенную кровоточивость десен.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые желтушные, на коже рук, ног - следы расчесов, единичные петехии. Отеков нет. Болезненность при поколачивании по костям. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 76 в минуту. АД -105/70 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме, пупок выбухает. Окружность живота на уровне пупка НО см. Притупление перкуторного звука в боковых отделах живота. Печень и селезенку пальпировать не удается.

В общем анализе крови: эритроциты - $3,1 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин - 99 г/л, лейкоциты - $2,76 \times 10^9/\text{л}$ (п/я - 3%, с/я - 53%), моноциты - 7%, лимфоциты - 35 %, эозинофилы - 1 %, базофилы - 1 %, тромбоциты - $100,8 \times 10^9/\text{л}$, цветной показатель - 0,95, СОЭ - 50 мм/ч. В биохимическом анализе крови: общий белок - 7,8 г/дл, альбумин - 2,9 г/дл, общий билирубин - 8,4 мг/дл, прямой билирубин - 5,0 мг/дл (0-0,3), триглицериды - 124 мг/дл, общий холестерин - 351 мг/дл. АСТ - 167 ед/л, АЛТ - 102 ед/л, ГГТ - 220 ед/л (3-49), ЩФ - 2591 ед/л (98-274), ХЭ - 3657 ед/л. Электрофорез белков: альбумины - 36%, глобулины альфа-1 - 4,3%, глобулины альфа-2 - 13%, бета-глобулины - 12,4%, гамма-глобулины - 34,3%. Иммуноглобулины: А - 580 мг/дл, G - 2420 мг/дл, M - 440 мг/дл. Коагулограмма: протромбиновый индекс - 64%, фибриноген - 3,36 г/л. В анализе мочи: уробилин выше нормы, выявлены желчные пигменты и кристаллы билирубина. УЗИ брюшной полости: печень увеличена в размерах за счет обеих долей, контуры ровные, паренхима диффузно изменена. Желчевыводящая система без особенностей. Портальная вена 16,6 мм (до 13 мм). Поджелудочная железа нормальных размеров и структуры. Селезенка увеличена до 200 x 100 мм, селезеночная вена 14 мм (до 10 мм). Свободная жидкость в брюшной полости.

На ВГДС выявлено варикозное расширение вен пищевода 1-й степени.

Биопсия печени: небольшие участки печеночной ткани, нарушение дольковой структуры печени. Отмечаются пролиферация, деструкция холангиолы, периодуктулярный фиброз. Портальные поля расширены, фиброзированы. Инфильтрация и фиброз в портальных полях ориентированы на пораженные желчные ходы. Отмечаются признаки холестаза (пигментация, желчные тромбы), более выраженного на периферии дольки.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы?
2. Предварительный диагноз.
3. Составьте план обследования. Укажите, какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза.
4. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Задача №73

Пациент М., 47 лет, обратился в поликлинику с жалобами на тяжесть и дискомфорт в правом подреберье без четкой связи с приемом пищи, общую слабость, быструю утомляемость, выраженное вздутие живота.

Из анамнеза известно, часто употребляет алкоголь, часто пропуская приемы пищи. Хронические заболевания отрицает.

При осмотре состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы бледные, склеры желтушные. На коже груди единичные сосудистые звездочки. Отеков ног нет. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 90 в минуту. АД - 120/70 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом у корня. Живот вздут, при пальпации болезненный в эпигастре, правом подреберье. Печень перкуторно увеличена, выступает из-под реберной дуги на 3 см по среднеключичной линии справа. Край печени заострен, уплотнен, чувствителен при пальпации. Селезенка перкуторно увеличена - 160 x 100 мм, не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный.

В анализах крови: гемоглобин - 105 г/л, эритроциты - 3,5 млн, лейкоциты - 3,8 тыс., тромбоциты - 126 тыс., СОЭ - 15 мм/ч. АСТ - 86 ед/л, АЛТ - 58 ед/л, ГГТ - 92 ед/л, ЩФ - 280 ед/л, ХЭ - 4533 ед/л, общий билирубин - 2,0 мг/мл, альбумин - 3,5 г/дл. Маркеры вирусных гепатитов В и С отрицательные.

При УЗИ органов брюшной полости выявлено увеличение печени и селезенки, расширение печеночной и селезеночной вен, небольшое количество свободной жидкости.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические критерии.
4. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Задача №74

На прием в поликлинику обратилась женщина, 52 лет, с жалобами на желтушность кожных покровов, выраженную слабость, отсутствие аппетита, тупые боли в правом подреберье. Считает себя больной около 2-х недель, когда муж обратил внимание на желтушность ее склер. За 1 - 2 месяца до этого перенесла респираторное заболевание, после чего пропал аппетит. Похудела. В анамнезе холецистит. Находится 8 лет на диспансерном учете после перенесенного ранее инфекционного гепатита.

Данные объективного обследования. Пациентка пониженного питания. Кожные покровы слегка желтушной окраски. Склеры иктеричны. Периферические лимфоузлы не увеличены. При аусcultации в легких выслушивается везикулярное дыхание, акцент II тона на аорте. Пульс - 76 ударов 1 мин. АД - 180/100 мм рт. ст. Живот умеренно вздут. При пальпации печень выступает из-под реберного края на 5-6 см, край ее плотный, слегка болезненный.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа?
2. Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний.

3. Составьте план обследования больной.
4. Прогноз трудоспособности больной?
5. Составьте план мероприятий по ранней диагностике рака печени.

Задача №75

Пациентка Е., 18 лет, в течение 7 лет страдает ювенильным артритом, наблюдается нерегулярно, при обострении получает терапию метилпреднизолоном, метотрексатом, рекомендованную базисную терапию мама ребенка отменяет самостоятельно. Периодически повышалась активность трансаминаз, что расценивалось как проявления лекарственного гепатита, ребенок получал гепатопротекторы, активность ферментов снижалась. В настоящее время начата терапия биологическими препаратами (этанерцепт), на фоне чего отмечается повышение уровня гамма-глобулина до 40%, аланиламинотрансферазы до 750 Е/л (норма до 40 Е/л), аспартатаминотрансферазы до 800 Е/л (норма до 40 Е/л), выявлены антинуклеарные антитела, антитела к митохондриям, антитела к гладкой мускулатуре.

Вопросы:

1. Сочетание каких симптомов подтверждает диагноз аутоиммунного гепатита?
2. Какие основные лабораторные показатели нужно сдать для исключения других диагнозов?
3. Что является «Золотым стандартом» диагностики аутоиммунного гепатита?

Задача №76

Больная В., 30 лет, домохозяйка. Заболела с появления слабости и снижения аппетита. В течение 4 дней интенсивность указанных симптомов нарастала. На 4-й день болезни женщина отметила тошноту, на 5-й - рвоту после еды, не приносящую облегчения, темную мочу и желтушность кожи и склер. Впервые обратилась к врачу и была госпитализирована на 6-й день болезни (1-й день желтухи) с направительным диагнозом "вирусный гепатит?".

Эпидемиологический анамнез: однократно сдавала кровь из пальца и вены за 5 месяцев до начала болезни. В личном хозяйстве - куры, свиньи, козы. В течение последних 2 месяца в поселке было несколько случаев заболевания вирусным гепатитом, но в разных семьях.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы и склеры желтушны. В легких - везикулярное дыхание. Пульс удовлетворительного наполнения, 60 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Печень на 2 см ниже края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Клинический анализ крови: все параметры в пределах нормальных значений.

Биохимический анализ крови: общий билирубин - 150 мкмоль/л, связанная фракция - 101

мкмоль/л, несвязанная - 49 мкмоль/л; аланинаминотрансфераза (АЛТ) - 3200 МЕ/л, аспартатаминотрансфераза (АСТ) - 1800 МЕ/л, щелочная фосфатаза - 120 МЕ/л, гамма-глутамилтранспептидаза - 46 МЕ/л. Показатели протромбинового индекса, общего белка, альбумина, креатинина, глюкозы - в пределах нормальных значений.

Клинический анализ мочи: цвет - коричнево-желтый; относительная плотность - 1,028; качественная реакция на билирубин - положительная; белок - 0,1 г/л, лейкоциты - 3-5 в поле зрения; эритроциты - 1-2 в поле зрения. Результаты исследования сыворотки крови методом иммуноферментного анализа: HBsAg, анти-HBc IgM, анти-HAV IgM, анти-HCV - не обнаружены.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальную диагностику, укажите необходимые дополнительные исследования.
3. Какие исходы у болезни?
4. Какие лечебные мероприятия необходимо проводить?

**КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ОТВЕТА
НА ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ВОПРОС**

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять 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 ответа	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	высокая логичность и последовательность 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 раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

**КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ РЕШЕНИЯ
СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ:**

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 увереные 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 увереные 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	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе
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

ЛИТЕРАТУРА

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

в) Интернет-ресурсы:

ЭЛЕКТОРОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ	Доступ к ресурсу
Электронная библиотека РостГМУ. – URL: http://109.195.230.156:9080/oracg/	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 (<i>Нацпроект</i>)	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/ (<i>поисковая система Яндекс</i>)	Открытый доступ
Электронная библиотека Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ). - URL: http://www.rfbr.ru/rffi/ru/library	Открытый доступ
Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России. - URL: https://femb.ru/femb/ (<i>поисковая система Яндекс</i>)	Открытый доступ
ЦНМБ имени Сеченова. - URL: https://rucml.ru (<i>поисковая система Яндекс</i>)	Ограниченный доступ
Wiley: офиц. сайт; раздел «Open Access» / John Wiley & Sons. – URL: https://authorservices.wiley.com/open-research/open-access/browse-journals.html (<i>поисковая система Яндекс</i>)	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 (<i>поисковая система Яндекс</i>). 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/	Открытый доступ

(поисковая система Яндекс)	
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
КООВ.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. – URL: https://www.routledge.com/our-products/open-access-books/taylor-francis-oa-books	Контент открытого 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:	Открытый доступ

http://www.medline.ru	
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://minобрнауки.gov.ru (поисковая система Яндекс)	Открытый доступ
Современные проблемы науки и образования: электрон. журнал. Сетевое издание. - URL: http://www.science-education.ru/ru/issue/index	Контент открытого доступа

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ И СДАЧЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация проводится государственной экзаменационной комиссией в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися образовательной программы соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта.

Порядок организации и процедура проведения ГИА определены Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 18 марта 2016 г. № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки».

Перед государственным экзаменом проводится консультирование выпускников в очном или дистанционном формате по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Результаты государственного экзамена, проводимого в устной форме, объявляются в день его проведения, результаты аттестационного испытания, проводимого в письменной форме, - на следующий рабочий день после дня его проведения.

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию. Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания. Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию. Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит. Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

Образец эталона ответа на государственном экзамене:

Ситуационная задача.

Пациент 44 года, по профессии экономист, обратился к гастроэнтерологу с жалобами на боли в подложечной области, преимущественно натощак, тяжесть в эпигастральной области, чувство переполнения в животе после приёма пищи. Из анамнеза известно, что пациент курит (1 пачка сигарет в день), питается нерегулярно. Болен около нескольких недель. Не обследовался, лечился самостоятельно (принимал антациды с незначительным клиническим эффектом). При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ 24,0 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура тела нормальная. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, напряжения мышц живота нет, симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

ЭФГДС: пищевод свободно проходим, слизистая розовая. Кардия смыкается. В желудке натощак содержится небольшое количество светлой секреторной жидкости и слизи. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извитые. Луковица 12-перстной кишки не деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,4 см в диаметре. Края дефекта имеют чёткие границы, гиперемированы, отёчны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии. Уреазный тест на наличие *H. pylori* – положительный.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

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

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

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

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента

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

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

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

Необходимо ли взять пациента на диспансерный учет? Что нужно рекомендовать пациенту в качестве профилактической терапии?

Профилактика предполагает устранение факторов, способствующих язвообразованию: борьба с вредными привычками (курение), нормализация режима труда и отдыха, а также характера питания, проведения эрадикации *H. Pylori*, одновременное назначение ИПП при необходимости приема НПВП и антикоагулянтов. Все пациенты с язвенной болезнью должны состоять на диспансерном учёте.