*Уважаемые студенты, эту и последующие темы Вам предстоит изучить в формате электронного обучения.*

*Знакомиться с методичкой можно по ссылке:* [https://krasgmu.ru/index.php?page[org]=umkd\_metod\_tl&tl\_id=163081&metod\_type=0](https://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=umkd_metod_tl&tl_id=163081&metod_type=0)

*Ознакомьтесь с клиническими рекомендациями по теме: диагностика и лечение функциональной диспепсии:* <http://www.gastroscan.ru/literature/323/>

**Занятие 2**

**Тема:** «Дифференциальная диагностика при кишечной диспепсии. Заболевания, проявляющие себя диареей: неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, синдром раздраженного кишечника, дисбактериоз, синдром мальабсорбции. Запоры.»

***Собеседование***

1. Определение кишечной диспепсии.
2. **Классификация ЯК**
3. **Внекишечные симптомы ЯК**.
4. **Осложнения болезни Крона**.
5. **Римские критерии» синдрома раздраженного кишечника**.

***Практические навыки.***

***- отправьте видео выполнения методики***

***1. пальпация кишечника***

***2 пальпация печени***

***3 размеры печени по Курлову***

***Тестовые задания***

1. ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ НОРМАЛЬНОЙ МИКРОФЛОРЫ В КИШЕЧНИКЕ НАЗНАЧАЕТСЯ::

1) Но-шпа;

2) Бификол;

3) Пенициллин;

4) Панцитрат;

5) Салазопиридазин

2.  ПОДТВЕРЖДАЕТ СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА:

1) Чередование поносов и запоров;

2) Отсутствие органических изменений при обследовании;

3) Симптомы связаны с нарушением проходимости кишечника;

4) В кале может быть примесь слизи, крови;

5) Боли в животе непостоянные и меняющейся локализации;

3. ДЛЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРНО::

1) Гипопротеинемия;

2) Гипохолестеринемия;

3) Анемия;

4) Отсутствие биохимических признаков нарушения обмена веществ;

5) Лейкоцитоз

4. ЯВЛЯЕТСЯ ВЕРНЫМ В ОТНОШЕНИИ БОЛЕЗНИ КРОНА:

1) Наиболее часто поражается терминальный отдел подвздошной кишки;

2) Воспалительные изменения сплошные;

3) гранулемы обнаруживаются редко;

4) Не осложняется;

5) Не бывает свищей

5. РЕКТАЛЬНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ПРИ Б. КРОНА БЫВАЕТ, КОГДА ПОРАЖАЕТСЯ:

1) Всей толстой кишки;

2) Прямой кишки;

3) Одновременно тонкой и толстой кишки;

4) Терминального отдела подвздошной кишки;

5) Селезеночного угла ободочной кишки;

6. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА И БОЛЕЗНИ КРОНА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:

1) Пенициллин;

2) Гастроцепин;

3) Сульфасалазин;

4) Аллохол;

5) Трихопол;

7. ПРИ РЕКТОРОМАНОСКОПИЧЕСКОМ МЕТОДЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ХАРАКТЕРНО::

1) Наличие одной язвы на неизмененной слизистой;

2) Катаральные изменения слизистой;

3) Полипы на нормальной слизистой;

4) Слизистая легко ранима, кровоточит;

5) Щелевидные язвы на отечной слизистой

8. ПЕРВЫМИ ПРИЗНАКАМИ УЛУЧШЕНИЯ В ТЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА, ОБНАРУЖИВАЕМЫМИ ПРИ БИОПСИИ ПРЯМОЙ КИШКИ, ЯВЛЯЮТСЯ:

1) Исчезновение лейкоцитов из слизистой и абсцессов крипт;

2) Уменьшение гиперемии слизистой;

3) Восстановление числа бокаловидных клеток;

4) Трансмуральное поражение стенки кишки;

5) Выраженный отек слизистой

9. ТОКСИЧЕСКАЯ МЕГАКОЛОН ИЛИ ТОКСИЧЕСКАЯ ДИЛАТАЦИЯ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ВОЗНИКАЕТ::

1) В слепой кишке;

2) В поперечно ободочной;

3) В нисходящей;

4) В сигмовидной;

5) В прямой;

10. ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЕТСЯ КИШКА::

1) Восходящая;

2) Ободочная;

3) Нисходящая;

4) Слепая;

5) Прямая

Ситуационная задачи

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ТЕМЕ С ЭТАЛОНАМИ ОТВЕТОВ

1. У больной 38 лет, жидкий стул со слизью и кровью до 6 - 8 раз в сутки, боли в животе больше слева в подвздошной области, тенезмы, субфебрильная температура, снижение веса, слабость. Страдает данным забо¬леванием 4 года, заболевание имеет тенденцию к рецидивированию. Объек¬тивно: бледность кожных покровов, тахикардия до 100, болезненность при пальпации живота по ходу нисходящей толстой кишки, которая пальпируется в виде болезненного спазмированного тяжа в диаметре 3 см. В анализе крови: гемоглобин 75 г/л, лейкоциты 10,0тыс., СОЭ 30мм/ч, гамма - глобулины 28,2%. Ирригоскопия: сглаженность рельефа слизистой нисходящего отдела толстой кишки, отсутствие гаустраций. ФКС - кишка спазмирована, осмотр крайне затруднен, отмечается кон¬тактная кровоточивость, на осмотренном участке прямой кишки множественные эрозии.

**Вопрос 1:** Сформулируйте диагноз.;

**Вопрос 2:** Какое осложнение возникло у больной и какова причина?;

**Вопрос 3:** С чем чаще всего приходится дифференцировать это заболевание?;

**Вопрос 4:** Принципы терапии.;

**Вопрос 5:** Какой лабораторный показатель коррелирует с эндоскопической активностью заболевания

2. Больная Б., 34 лет, поступила в клинику с жалобами на по¬стоянные боли по всему животу, особенно в левых отделах, «урчание», час¬тый жидкий стул с примесью слизи и крови, а также общую слабость, быст¬рую утомляемость, летучие боли в суставах, периодическое повышение температуры тела более 38 градусов. Больной себя считает в течение 2-х месяцев, когда впервые появились боли в животе и частый стул с наличием крови, по поводу чего была госпитализирована в инфекционное отделение с диагнозом «острая дизентерия». Через 5 дней была выписана, т.к. диагноз не подтвердился. Через 2 недели состояние больной снова ухудшилось: стул стал до 6-7 раз в сутки, амбулаторно принимала «смекту», отвары зверобоя. Стул стал реже, но сохраняют¬ся примеси крови и слизи в кале. Обратилась к врачу, была госпитализирована в клинику. Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. В легких перкуторно - легочный звук, аускультативно - дыхание везикулярное. ЧДД - 19 в мин. Границы сердца в преде¬лах нормы, ритм правильный, тоны приглушены. Пульс 87 в мин, ритмич¬ный. Ад - 100/70 мм рт. Ст. Язык влажный, живот болезнен при пальпации по ходу толстой кишки. Печень, селезенка не пальпируются. Мочеиспускание не нарушено. Общий анализ крови: нь - 104 г/л, эр - 3,2х1012/л, ретикулоциты 0,3%, тромбоциты 240 х109/л, лейкоциты 8,9 х109/л, э - 5%, б - 1%, с - 73%, л -17%, м - 4%, СОЭ - 27 мм/ч. Общий белок - 70 г/л, альбумины - 59%, глобулины: α1 - 2,9%, α2- 7%, β- 12,7%, γ- 18,4%. Общий билирубин 15,6 мкмоль/л, прямой 3,6 мкмоль/л. Холестерин 4,6 ммолъ/л, тимоловая проба 4 ед., сулемовая 1,78 мл, АСТ - 0,7 ммоль/л, АЛТ - 0,88 ммоль/л. Анализ мочи: цвет – бледно-желтый, реакция - кислая, уд.вес - 1012, белок и сахар - не обнаружены. Лейкоциты - единичные в поле зрения.

**Вопрос 1:** Ваш предварительный диагноз?;

**Вопрос 2:** Какие обследования нужно провести для верификации диагноза?;

**Вопрос 3:** При RRS (осмотрено 20 см): слизистая прямой кишки резко гиперемирована, контактно кровоточит, сосудистый рисунок ослаблен, на всем протяжении – множество эрозий до 5 мм в диаметре; на ирригоскопии – форма и положении толстой кишки обычные, полностью отсутствует гаустрация в области сигмовидной и нисходящей ободочной кишки. Уточните диагноз на основании клинических и дополнительных инструментальных данных.;

**Вопрос 4:** План лечения?;

**Вопрос 5:** Критерии ремиссии и перехода на поддерживающую базисную терапию?

Темы УИРС:

Уважаемые студенты, за цикл необхдимо выполнить УИРС.

ссылка для задания ниже.

[https://krasgmu.ru/index.php?page[common]=content&id=161673](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=content&id=161673)

Темы разбираете в алфавитном порядке, согласно списка группы. Скидываете мне и в чат группы в виде рефератов (не менее 5 страниц) или презентации.