### Раздел 1.Болезни пищевода

| **Попытка** | **Состояние** | **Баллы / 15,00** | **Оценка / 100,00** | **Просмотр** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | ЗавершенныеОтправлено Tuesday, 28 April 2020, 18:41 | 12,00 | 80,00 | [Просмотр](https://cdo.krasgmu.ru/mod/quiz/review.php?attempt=624570&cmid=4597) |

### Высшая оценка: 80,00 / 100,00.

### Раздел 2. Болезни желудка и ДПК

**Ситуационная задача 1**

Больной К., 60 лет, поступил в гастроэнтерологическое отделение  с жалобами на снижение аппетита, практически постоянные ною­щие боли в эпигастральной области,  усиливающиеся после приема пищи, тошноту, слабость. С 20-летнего возраста страдает хроническим  Н.р.-ассоциированным гастритом. Эрадикация проводилась, оценка полноты эрадикации – нет. Объективно:   пониженного питания, кожа бледная, периферические лим­фоузлы не увеличены. Отмечается умеренная болезненность при пальпации в эпигастральной области. Симптом Менделя положительный. Печень и селезенка не пальпируются, размеры не увеличены. Со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы –явной патологии нет, ЧСС до 69 уд. в минуту.

Гемоглобин 115 г/л, лейкоциты -7 \*10 в 9/л: п/я- 5%, с/я -68%, э – 1% л – 23%, м – 3%, СОЭ -18 мм/час.  При ФГС – отчетливая контурация сосудистого рисунка, СОЖ бледная, тусклая. Язв, эрозий в желудке и луковице ДПК не найдено.

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Нужны ли дополнительные исследования для подтверждения  диагноза?
3. Что ВЫ ожидаете получить при морфологическом исследовании СОЖ?
4. Тактика ведения
5. Прогноз?

**Ответ:**

1.Хронический атрофический гастрит.

2.ФГДС с биопсией, обследование на H.pylori.

3.Атрофия слизистой оболочки желудка- необратимое уменьшение количества нормальных желез (или потеря высокодифференцированных клеток в них) с замещением их на метаплазированный эпителий.

4.Эрадикация H.pylori.

5.В случае развития атрофического фундального гастрита в 1% случаев может развиться рак желудка., у 1% случаев с атрофическим антральным гастритом могут развиться  пептические язвы.

**Ситуационная задача 2**

У 22-летней студентки мединститута с детства страдает хроническим атрофическим гастритом, при иммуноферментном анализе 10 лет назад находили антитела к париетальным клеткам. При проведении гастропанели -значительное увеличение сывороточного гастрина а базальную фазу. Принимала мезим -форте, в течение 10 лет ФГС не проводилась. Несколько месяцев назад появились неприятные ощущения в эпигастральной области непосредственно после еды, легкая тошнота.

Некоторое время   отметила раннее насыщение и тот факт, что появилось отвращение к   пище. Обнаружила у себя разлитую болезненность при пальпации эпигастральной области. Значительно ухудшается аппетит, появилась слабость. За 3 недели похудела на 2 кг.   Курит. Дед больной с материнской стороны умер в молодом возрасте от рака желудка. При осмотре: больная подавлена, зык обложен белым налетом. Живот мягкий, при глубокой пальпации отмечается болезненность в эпигастральной области, симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка не пальпируются, размеры не увеличены. Со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы – отклонений от нормы не обнаружено.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План обследования больной.
3. Рекомендуемая врачебная тактика при обследовании
4. Группы абсолютного риска развития рака желудка?
5. Тактика ведения больных с тяжелой дисплазией СОЖ?

**Ответ:**

1. Рак желудка.

2.Развернутый анализ крови, ФГДС с биопсией и морфологическим исследованием , УЗИ органов брюшной полости, серологические методы диагностики атрофии с применением сывороточных биомаркеров пепсиногена I (PGI), пепсиногена II (PGII) и гастрина-17 (G-17), диагностика Н.рylori.

3. При выявлении рака желудка консультация онколога.

4. Хронический атрофический пангастрит с метаплазией, язвы, аденоматозные полипы желудка.

5. Больные с тяжелой дисплазией должны проходить исследование эндоскопии каждые три месяца с обязательной биопсией.

### Раздел 3. Неотложные состояния

**Ситуационная задача 3**

Больная М., 58 лет, находилась на лечении по поводу артрита. Получала НПВП.   После 5-дневного лечения стала отмечать появление болей в подложечной области сразу после приема пищи. Ранее НПВП не получала. Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые бледно- розовой окраски. В легких без особенностей. Сердце в размерах не увеличено, тоны ритмичные, ЧСС 82 в мин., АД 140/90 мм рт ст. Язык обложен белесоватым влажным налетом, при пальпации живота отмечается напряжение  мышц и болезненность в подложечной области. Симптом Менделя положительный. Печень и селезенка не пальпируются, Ан. крови: эр. 4, 5\*1012\л, Hb 122 г/л, СОЭ 25 мм/час, лейкоциты. 7,2\*109\л, Э-2%, П-4%, Л-15%, С-70%, М-9%, ретикулоциты-1%. Экстренная ФГС – наличие острых мелких эрозий в антральном и пилорическом отделе желудка.

1. Укажите причину изъязвлений в пилорическом отделе желудка.
2. Назовите фиПакторы риска НПВП – ассоциированных гастропатий.
3. Ваш диагноз?
4. Тактика ведения.
5. Назовите препарат выбора при лечении НПВП-ассоциированных гастропатий.

**Ответ:**

1. Прием НПВП.

2. Длительность лечения, дозы препарата, сопутствующие заболевания, одновременный прием других препаратов, пожилой возраст.

3. НПВП-ассоциированная гастропатия, острый эрозивный гастрит.

4. Прекращение приема НПВП. Мизопростол 200 мкг 2-4 раза в сутки. Омепразол 40 мг в сутки.

5. Ингибиторы протонной помпы.

### Контрольные задания

**Ситуационная задача 4**

Больная У., 57 лет, поступила в клинику с жалобами на боли в эпигастрии, возникающие сразу после приема пищи, плохой аппетит, тошноту, периодическую диарею. Больна в течение 16 лет, когда впервые появились боли в эпигастрии, изжога. При обследовании на УЗИ- явления хронического холецистита, на ФГС- явления поверхностного преимущественно антрального гастрита с эрозиями СО. Принимала антациды, желчегонные, обострения лечила сама растворами ромашки, антацидами, ферментами поджелудочной железы.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура 36,40С. Пониженного питания.   В легких без патологии. ЧСС 70 ударов в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии,симптом Менделя положительный. При обследовании: рентгенография органов грудной клетки - без патологии, УЗИ брюшной полости – печень, селезенка не увеличены, стенка ЖП – 0,45 см, ПЖ- контуры неровные, 2,4\*2,8\*1,9 см

ФГС - СОЖ бледная, тусклая. Единичные эрозии в СО антрального отдела. Луковица ДПК – без патологии.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План обследования больной.
3. Рекомендуемая врачебная тактика при обследовании
4. Что Вы понимаете под термином «атрофия СОЖ»?
5. Тактика ведения больных с тяжелой дисплазией СОЖ?

**Ответ:**

1. Обострение хронического антрального гастрита.

2.Развернутый анализ крови, ФГДС с биопсией. обследование на H.pylori.

3. При выявлении H.pylori проведение эрадикационной терапии. Профилактика рака желудка- достаточное употребление овощей и фруктов, витамины А,В,Е, отказ от курения.

4. Необратимое уменьшение количества нормальных желез( или потеря высокодифференцированных клеток в них) с замещением их на метаплазированный эпителий.

5. Больные с тяжелой дисплазией проходят исследование эндоскопии раз в три месяца с обязательной биопсией.

**Ситуационная задача 5**

Больной М., 27 лет, поступил в клинику с жалобами на   боль в верхней половине живота, выраженную изжогу, тошноту, периодическую рвоту. Заболел год назад после пищевого отравления. В последний месяц интенсивность клиники возросла. При осмотре: состояние удовлетворительное. Частота пульса 64 удара в минуту. АД - 110/70 мм.рт.ст. Живот не вздут, при пальпации болезненный в эпигастрии. Печень, селезенка не увеличены. На ФГС – СОЖ и луковицы ДПК гиперемирована, отечнаВ антральном отделе желудка множественные эрозии.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие методы дополнительного обследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Что Вы понимаете под термином «Кишечная метаплазия»?
4. Назовите 2 фенотипа хронического гастрита
5. Тактика ведения?

**Ответ:**

1. Обострение хронического антрального гастрита, дуоденита.

2. Развернутый анализ крови, биохимический анализ крови, ФГДС с биопсией, исследование на H.pylori, УЗИ органов брюшной полости для исключения сопутствующей патологии.

3. Патологические изменения слизистой оболочки (замещение желудочного эпителия на кишечный). Главным диагностическим признаком кишечной метаплазии является наличие бокаловидных клеток.

4. Классический антральный и фундальный.

5. При выявлении H.pylori проведение эрадикационной терапии. Профилактика рака желудка-достаточное употребление овощей и фруктов, отказ от курения, витамины группы А, В, Е.

**Ситуационная задача 6**

Больной Н., 34 лет, предъявляет жалобы на боли в эпигастрии постоянного характера вне связи с приемом пищи, впервые появившиеся 5 месяцев назад.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледноваты. Пониженного питания. Периферические лимфоузлы не увеличены. ЧСС - 68 ударов в минуту, АД - 150/90 мм. рт. ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптом Менделя положительный. Печень и селезенка не увеличены. При обследовании: на ФГДС – выявляются узелки, утолщенные складки слизистой и эрозии во всех отделах желудка. Морфологические данные – пангастрит, выраженная лимфоцитарная инфильтрация только СО.

1. Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для верификации диагноза?
3. Особенности морфологической картины данного гастрита в отличие от неатрофического Н.р.-ассоциированного?
4. С какой патологией чаще всего сочетается лимфоцитарный гастрит?
5. О чем свидетельствует снижение песиногена 1 ниже порогового уровня?

**Ответ:**

1. Обострение хронического пангастрита.

2. Развернутый анализ крови, биохимический анализ крови, ФГДС с биопсией, исследование на H.pylori, УЗИ органов брюшной полости для исключения сопутствующей патологии.

3. Главный признак-выраженная лимфоцитарная инфильтрация слизистой оболочки. При эндоскопии выявляются узелки, утолщенные складки слизистой и эрозии. В 76% случаев диагностируется пангастрит.

4. Лимфоцитарный гастрит может сочетаться с целиакией.

5. Атрофические изменения в слизистой оболочке желудка.

**Ситуационная задача 7**

Больной П., 24 лет, обратился к участковому терапевту с жалобами на боли в эпигастрии, появляющиеся сразу после приема пищи, Боли впервые появились несколько месяцев  назад. В течение нескольких лет страдает бронхиальной астмой.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледноваты. Пониженного питания. Периферические лимфоузлы не увеличены. ЧСС - 78 ударов в минуту, АД - 130/90 мм. рт. ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптом Менделя положительный. Печень и селезенка не увеличены. При обследовании: на ФГДС –отечность и гиперемия антрального отдела желудка. Язв, эрозий в желудке и луковице ДПК не найдено. Морфологические данные –   выраженная инфильтрация эозинофилами всех слоев стенки желудка преимущественно антрального отдела.

1. Ваш диагноз?
2. Какой процент приходится на долю особых форм ХГ (эозинофильного, лимфоцитарного, гранулематозного)
3. Особенности морфологической картины данного гастрита в отличие от других?
4. С какой патологией чаще всего сочетается эозинофильный гастрит?
5. О чем свидетельствует значительное повышение   уровня сывороточного гастрина ?

**Ответ:**

1. Хронический эозинофильный гастрит.

2. На долю особых форм хронического гастрита приходится 1%.

3. Выраженная инфильтрация эозинофилами не только слизистой оболочки, но и других слоев стенки желудка.

4 . Аллергические реакции, бронхиальная астма, экзема.

5. Наличие атрофического гастрита.

**Ситуационная задача 8**

Больная 46 лет, поступила с жалобами на чувство тяжести в подложечной области, отрыжку "тухлым яйцом", периодические поносы. Два месяца назад была прооперирована по поводу субкомпенсированного язвенного стеноза привратника. Объективно; кожа обычной окраски, органы дыхания и кровообращения без патологии. Язык густо обложен белым налетом, влажный. Живот мяг­кий, болезненный в подложечной области. Печень и селезенка не увели­чены. Анализ крови: НЬ - 110 г/л, лейкоциты - 6.8 х109/л, СОЭ - 3 мм/час. На ФГС – СО культи желудка бледная, тусклая, имеется выраженный рефлюкс в культю желчи. Язв, эрозий нет, анастомоз проходим.

1. Предварительный диагноз?
2. Какие методы дополнительного исследования необходимо провести пациентке?
3. Что может быть обнаружено при гастробиопсии?
4. Какие классификации ХГ Вы знаете?
5. Лечебная тактика?

**Ответ:**

1. Хронический рефлюкс-гастрит.

2. ФГДС с биопсией, обследование на H.pylori, УЗИ органов брюшной полости для выявления сопутствующей патологии.

3. Резкое уплощение базального эпителия, почти не содержащего слизи с высоким насыщением РНК.

4. Классификация хронического гастрита (Хьюстон,1996), Сиднейская система.

5. Висмута трикалия дицитрат 28 дней, препараты урсодезоксихолевой кислоты, прокинетики, антисекреторные препараты,  проведение эрадикационной терапии.

## Тестовый контроль

Метод оценивания: Высшая оценка

### Результаты ваших предыдущих попыток

| **Попытка** | **Состояние** | **Оценка / 100,00** | **Просмотр** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | ЗавершенныеОтправлено Tuesday, 5 May 2020, 13:01 | 97,00 | [Просмотр](https://cdo.krasgmu.ru/mod/quiz/review.php?attempt=642736&cmid=38563) |

### Высшая оценка: 97,00 / 100,00.