

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра терапии ИПО

Терапия. Ординатура

Сборник методических указаний для обучающихся к внеаудиторной
(самостоятельной) работе по специальности ординатуры
31.08.49 Терапия

В 6 частях
Часть 5

Красноярск
2018

Терапия. Ординатура: сб. метод. указаний для обучающихся к внеаудитор. (самостоят.) работе для специальности ординатуры 31.08.49 Терапия /сост. Е. Г. Грищенко, О.А. Байкова, Н.Н. Николаева. В 6 ч. – Красноярск: тип. КрасГМУ, 2018. – Ч.5. –236 с.

Составители: д.м.н., проф. Грищенко Е.Г.,
к.м.н., доц. Байкова О.А.,
к.м.н., проф. Николаева Н.Н.

Сборник методических указаний предназначен для внеаудиторной работы обучающихся. Составлен в соответствии с ФГОС ВО № 1092 от 25.08.2014 г подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.49 Терапия, рабочей программой специальности (2018 г.) и СТО 7.5.10-16. Выпуск 1.

Рекомендован к изданию по решению ЦКМС № 6 от 25 июня 2018 г.

1. Индекс ОД. О.01.1.4.29. Тема : «Значение инструментальных и лабораторных методов обследования в диагностике гастроэнтерологических заболеваний»

2. Форма работы

– подготовка к практическим занятиям

- подготовка материалов по НИр

3. Перечень вопросов для самоподготовки УК 1, ПК - 5, ПК — 6

Знать наиболее информативные инструментальные методы диагностики основных заболеваний органов пищеварения УК 1, ПК - 5, ПК — 6

Уметь: провести обследование больных, интерпретировать данные дополнительных методов обследования; УК 1, ПК - 5, ПК — 6

владеть: применить результаты обследования к конкретному клиническому случаю УК 1, ПК - 5, ПК — 6

1. Показания к РХПГ- УК 1, ПК 5

2. Возможности УЗИ при патологии билиарной системы. -УК 1, ПК 5

3. Сравнительная характеристика рентгеноскопии и ФГС желудка.-УК 1, ПК5

4. Инструментальная диагностика патологии пищевода.

5. Показания к КТ и ЯМР. -УК 1, ПК 5

6. Обследование кишечника. - УК 1, ПК 5

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы

А. Тестовые задания по теме с эталонами ответов- УК 1, ПК - 5, ПК — 6

1. РХПГ ЯВЛЯЕТСЯ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ

1)расширения общего желчного протока

2)цирроза печени

3)хронического активного гепатита

4)хронического панкреатита

5)для всего перечисленного

2.СКАНИРОВАНИЕ ПЕЧЕНИ НАИБОЛЕЕ РЕЗУЛЬТАТИВНО В ДИАГНОСТИКЕ

1) микронодулярного цирроза печени

2) гепатита

3) очагового поражения печени

4) макронодулярного цирроза печени

5) застойного фиброза печени

3.БИОПСИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТОНКОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ ЦЕННЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ

1) при болезни Уиппла

2) при глютеневой болезни

- 3) при склеродермии
- 4) при болезни Крона
- 5) при всем перечисленном

4. ЛАПАРОСКОПИЮ НАЗНАЧАЮТ

- 1) при подозрении на первичный рак печени
- 2) при подозрении на метастатический рак печени
- 3) для уточнения причины асцита
- 4) абсцесс печени
- 5) при всем перечисленном

5. У БОЛЬНЫХ С АСЦИТОМ ПАРАЦЕНТЕЗ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1) для диагностических целей
- 2) для компенсации дыхательных расстройств
- 3) для быстрого устранения асцита
- 4) ни для одной из перечисленных целей
- 5) для всего перечисленного

6. ДИАГНОЗ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ОСНОВЫВАЕТСЯ

- 1) на клинических данных
- 2) на результатах пятифазного дуоденального зондирования
- 3) на рентгенологических данных
- 4) на всем перечисленном
- 5) на анамнестических данных

7. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) рентгенологический
- 2) ультразвуковой
- 3) компьютерная томография
- 4) РХПГ
- 5) дуоденальное зондирование

8. ПРИ КОПРОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ЭНТЕРОКОЛИТОМ ВСТРЕЧАЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) креатореи
- 2) мыл и жирных кислот
- 3) внутриклеточного крахмала
- 4) внеклеточного крахмала
- 5) нейтрального жира

9. ПОКАЗАНИЕМ К ЭЗОФАГОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
- 2) эзофагита
- 3) рака пищевода
- 4) травмы грудной клетки
- 5) варикозного расширения вен пищевода

10. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ФИБРОЭНДОСКОПИИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) варикозное расширение вен пищевода
- 2) кровотечение из верхних отделов пищеварительного тракта
- 3) дивертикул пищевода
- 4) астматическое состояние
- 5) рак кардиального отдела желудка

Эталоны ответы

1-1, 2-3, 3-5, 4-5, 5-5, 6-2, 7-3, 8-5, 9-4, 10-4

1. СОГЛАСНО МААСТРИХТУ – V (2015г) и Торонтскому соглашению (2016г) ДЛЯ СКРИНИНГОВОЙ ДИАГНОСТИКИ *HELICOBACTER PYLORI* НАИБОЛЕЕ ПРИЕМЛИМ МЕТОД

- 1) молекулярно-генетический ПЦР
- 2) серологический ИФА
- 3) бактериологический
- 4) исследование антигена *H.pylori* в кале
- 5) уреазный дыхательный тест

2. СОГЛАСНО МААСТРИХТУ – V (2015г) и Торонтскому соглашению (2016г) ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЭРАДИКАЦИИ *HELICOBACTER PYLORI* НАИБОЛЕЕ ПРИЕМЛИМЫ МЕТОДЫ

- 1) быстрый уреазный тест + серологический
- 2) исследование антигена *H.pylori* в кале + уреазный дыхательный тест
- 3) бактериологический + серологический ИФА
- 4) гистологический + уреазный дыхательный тест
- 5) быстрый уреазный тест + мазок-отпечаток

3. УРЕАЗНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ТЕСТЫ *HELICOBACTER PYLORI* ОСНОВАНЫ НА ВЗАИМОДЕЙСТВИИ УРЕАЗЫ БАКТЕРИИ С

- 1) железом
- 2) спиртом
- 3) медью
- 4) мочевиной
- 5) глюкозой

4. ГАСТРОПАНЕЛЬ – НЕИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ

- 1) рака желудка
- 2) атрофического гастрита
- 3) болезни Крона
- 4) стеноза привратника
- 5) острого гастрита

5. БИОХИМИЧЕСКИМИ МАРКЕРАМИ ГАСТРОПАНЕЛИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) антитела к H.pylori+секретин+гастрин17
- 2) антитела к H.pylori+гистамин+ гастрин17
- 3) антитела к H.pylori+пепсиноген1+ гастрин17
- 4) антитела к H.pylori+ пепсиноген1+секретин
- 5) антитела к H.pylori+ пепсиноген1+трипсин

6. МАРКЕРАМИ АУТОИММУННОГО ГАСТРИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) антинуклеарные антитела
- 2) антимитохондриальные антитела
- 3) антиглиадиновые антитела
- 4) антитела к париетальным клеткам
- 5) антитела к тканевой трансклутаминазе

7. К НЕИНВАЗИВНЫМ МЕТОДАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА ОТНОСЯТСЯ

- 1) фиброколоноскопия
- 2) двухбалонная энтероскопия
- 3) капсульная энтероскопия
- 4) фиброгастроскопия
- 5) виртуальная колоноскопия

8. ПЛОХО ВЫЯВЛЯЮТСЯ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ

- 1) очаговые процессы в печени (рак, киста, абсцесс)
- 2) холелитиаз
- 3) гемангиома печени
- 4) кисты и абсцессы поджелудочной железы
- 5) рак фатерова соска

9. РЕТРОГРАДНАЯ ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ

- 1) наследственных энтеропатий
- 2) хронического калькулезного холецистита, дуоденита, стеноза привратника
- 3) рака фатерова соска, холедохолитиаза, стриктуры холедоха
- 4) хронического гепатита
- 5) хронического панкреатита

10. КТ ПЕЧЕНИ НАИБОЛЕЕ РЕЗУЛЬТАТИВНА В ДИАГНОСТИКЕ

- 1) микронодулярного цирроза печени
- 2) гепатита
- 3) очагового поражения печени
- 4) макронодулярного цирроза печени
- 5) застойного фиброза печени

Эталоны ответов

1-4, 2-4, 3-4, 5- 2, 6-3, 7-3, 8-5, 9- 3, 10-3

5. Самоконтроль по ситуационным задачам

А.) Задача №1 УК 1, ПК 5, ПК 6

Женщина, 46 лет, прооперирована по поводу ЖКБ. Осуществлена лапароскопическая холецистэктомия в плановом порядке. Через год стали беспокоить приступы болей в эпигастрии, опоясывающего характера, сопровождающиеся подъемом температуры тела до 38 градков. Приступы повторялись часто, преимущественно, после приема пищи.

1. Учитывая клинику анамнестические данные, о какой патологии можно думать?
2. План обследования для верификации предполагаемого диагноза
3. В какой последовательности следует осуществить инструментальные методы обследования и их задачи
4. Какое обследование несет в данной ситуации основную диагностическую нагрузку
5. Какую манипуляцию следует использовать в лечебных целях

Задача №2 УК 1, ПК 5, ПК 6

Больной 52 лет, из города Ачинска. Болен в течение полугода: беспокоят боли в эпигастрии, в правом подреберье, эпизоды опоясывающих болей, чередование запоров с поносами. В гор. больнице г.Ачинска проведен курс лечения по поводу обострения хронического панкреатита: инфузии конирикала, спазмолитиков, ферменты, био препараты. Одновременно был диагностирован хронический остеохондроз, грыжа диска поясничного отдела позвоночника, по поводу чего пролечился в неврологическом отделении. Однако не смотря на проводимую терапию оставался упорный болевой синдром, в связи с чем обратился в специализированное ГЭО гор. Больницы №20 г.Красноярска. При поступлении –упорные боли в эпигастрии, правом и левом подреберьях, В легких- дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны умеренно приглушены, ритмичные., ч.с.с.78 в мин., АД 140-90 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, болезненность в точке желчного пузыря ,в

эпигастрии, в зоне Шоффара. Клинический и биохимический анализы крови без патологии. Ф.Г.С. -хронический гастрит. УЗИ-умеренная гепатомегалия, желчный пузырь 98-38, уплотнение его стенки, холедох-10, поджелудочная железа-35-32-30, в кале -стеаторея, креаторея. Курс инъекций сандостатина оказался неэффективным.

1. Учитывая клинико анамнестические данные и результаты обследования о какой патологии можно думать?
2. Объясните почему.
3. Какие имеющиеся инструментальные данные диктуют дальнейший план обследования
4. Какие имеющиеся инструментальные данные позволяют вынести предположительный диагноз?
5. Какие методы инструментального обследования позволят уточнить предположительный диагноз?

Задача №3 УК 1, ПК 5, ПК 6

Больной 53 г., поступил в стационар с отеком Квинке, выраженным бронхоспазмом. Кожные покровы резко гиперемированы, в легких дыхание жесткое, в нижних отделах сухие свистящие хрипы, выдох удлинен, сердечные тоны приглушены, ритмичные, ЧСС 82 в мин, АД 150-90 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии, в точке желчного пузыря, в зоне Шоффара. Отек и бронхоспазм купированы. В анамнезе: в течение 2-х последних лет частые эпизоды дерматита с мучительным кожным зудом, проходящие самостоятельно. Отдыхает на водоемах Красноярского края, увлекается рыбалкой.

ФДС.-эрозивный гастрит, эрозивный эзофагит.

УЗИ-. желчные протоки расширены, желчный пузырь (ж.п.) 100*60 мм, стенка (Ж.П.).-5.мм, поджелудочная железа (П.Ж.) -35-30-30 мм, выраженный метеоризм.

1. клинический анализ крови: Нв-140, лейкоциты-9,8, СОЭ-25, п.я.-1%, с.я.-47%, л.-28%, м.-7%, эоз.-10%.
2. биохимический анализ крови -общий белок-72, альбумины-40, АЛТ- 45, АСТ - 45, билирубин-45,3 ммоль/л, реакция непрямая.

В анализе мочи без патологии.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Объясните: почему?
3. С какими заболеваниями нужно дифференцировать?
4. Какие дополнительные обследования следует провести для подтверждения диагноза?
5. Тактика ведения больного и принципы терапии по результатам дообследования?

Задача №4 УК 1, ПК 5, ПК 6

Больная 63 лет жалуется на постоянные тупые боли в эпигастральной области, плохой аппетит, слабость, похудание, субфебрильную температуру. Перед поступлением в клинику появилась иктеричность склер. Объективно ?

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие методы диагностики Вы предпочтете?
3. Что ожидаете увидеть по результатам РХПГ?
4. объясните причину желтухи?
5. тактика ведения?

Задача №5 УК 1, ПК 5, ПК 6

Больной К., 16 лет, поступил с жалобами на желтушность склер и кожных покровов. Моча, кал окрашены. Впервые на желтушность склер обратили внимание в возрасте 6 лет, когда был прооперирован по поводу врожденного дефекта костей черепа («волчья пасть», «заячья губа»). В последующие годы наблюдался у педиатра. Кожные покровы, склеры, слизистые иктеричны. Сердце и легкие без изменений. Живот мягкий, пальпируется увеличенная плотная селезенка. Кровь: билирубин — 48 ммоль/л, прямая реакция отрицательная, АЛТ-24, АСТ-25.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. При каких еще заболеваниях м.б. увеличен билирубин за счет неконъюгированной фракции?
4. Какие заболевания следует исключить в первую очередь?
5. Причина желтухи у данного пациента?

Эталонные ответы к ситуационным задачам :

Эталонные ответы к задаче №1

1. Стриктура холедоха, камни холедоха
2. Общепринятый план инструментально-лабораторных методов обследования, включающий МРТ с ХПГ или МСКТ для верификации предполагаемого диагноза
3. МРТ с ХПГ или МСКТ, как заключительный этап при наличии расширенного холедоха (более 8 мм) по УЗИ брюшной полости
4. Основную диагностическую нагрузку несет МРТ брюшной полости с МР ХПГ
5. РХПГ для осуществления ПСТ и эвакуации камня из холедоха при его наличии.

Эталонные ответы к задаче №2

1. Учитывая проживание в г.Ачинске (Обьский бассейн), клинико лабораторные данные хронического холецистита (уплотнение стенки желчного пузыря, увеличение его размеров, болезненность при пальпации в точке желчного пузыря), хронического панкреатита (увеличение размеров ПЖ, болезненность в зоне Шофара, стеаторея и креаторея) можно думать об описторхозе,
2. нельзя исключать и непаразитарный хр.холецистит и хр.панкреатит. Крешковский синдром остеохондроза также может давать абдоминальные боли.
3. расширение холедоха до 10 по УЗИ, увеличение размеров желчного пузыря позволяют предположить камень холедоха, стриктуру холедоха в месте впадения в Б.Д.С., патологию фатерова соска (папиллит, опухоль, дивертикул).
4. дуоденоскопия и РХПГ.
5. Примечание. больному была проведена дуоденоскопия, обнаружившая нарушение оттока желчи, что еще более подтвердило необходимость проведения РХПГ. На РХПГ-аденома фатерова соска. Удалена эндоскопически.

Эталонные ответы к задаче №3

1. Хронический описторхоз: хр.холецистит, обострение, хр. панкреатит, обострение, эрозивный гастрит, эрозивный эзофагит паразитарного генеза. Аллергические реакции в виде дерматита. Отек Квинке. Бронхиальная астма.
2. за хронический описторхоз свидетельствуют данные анамнеза: отдых на водоемах Красноярского края, увлечение рыбалкой; характерное сочетание аллергических реакций с явлениями холецистита (растянутый Ж.П., утолщение его стенки до 5 мм), панкреатита (увеличение размеров П.Ж., метеоризм, стеаторея и креаторея по копрограмме), эрозивного гастрита, эрозивного эзофагита А также эозинофилия, гипербилирубинемия до 45,3 за счет выделения гемолитических веществ при жизнедеятельности паразита.
3. Диагноз следует дифференцировать с: фасциолезом; кишечным гельминтозом (дифиллоботриозом, аскаридозом и т.д.), с сопутствующим хр.холециститом, хр.панкреатитом в ст.обострения и эрозивным гастродуоденитом, хр. холециститом и хр. Панкреатитом, с сопутствующей эндогенной бронхиальной астмой и аллергическими реакциями по типу дерматита.
4. кал на я.г.л. №5, дуоденальное зондирование.
5. при нахождении паразитов в кале или дуоденальном содержимом – курс дегельминтизации: описторхоз, дифиллоботриоз-билтрицид; аскаридоз, фасциолез-немозол. Лечение билтрицидом проводится после рубцевания эрозий желудка и пищеводе.

Эталонные ответы к задаче №4

1. Рак головки поджелудочной железы
2. ретроградная панкреатохолангиография; УЗИ и КТ;
3. изменение диаметра вирсунгова протока с участком стенозирования
4. сдавление увеличенной головкой поджелудочной железы общего желчного протока
5. хирургическое лечение

Эталоны ответов к задаче №5

1. болезнь Жильбера
2. развернутый анализ крови с посчетом ретикулоцитов, генетический анализ на наличие синдрома Жильбера
3. гемолитические анемии
4. вирусные гепатиты, болезнь Вильсона и др.
5. парциальная недостаточность фермента глюкоронидазы

В)Задача 1 УК 1, ПК 5, ПК 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.

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

Задача 2. УК 1, ПК 5, ПК 6

Больная 43 лет, жалуется на эпизодические приступообразные боли в правом верхнем квадранте живота, сопровождающиеся тошнотой, иногда

рвотой. Полгода назад перенесла холецистэктомию по поводу ЖКБ. На момент осмотра отмечается подъем прямого билирубина до 83мкмоль/л и ЩФ до 1,5 норм. По УЗИ холедох 12 мм; поджелудочная железа 28-21-19 мм. ФГС – хронический гастрит.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Дообследование для верификации диагноза.
4. Эндоскопическая тактика.
5. Принципы хирургической тактики.

Задача 3. УК 1, ПК 5, ПК 6

Больной М., 43 года, около 3-х лет назад перенес острый вирусный гепатит В. Через год при медицинских осмотрах стали находить увеличение печени. Больному было рекомендовано обследование в стационаре, но он продолжал работать. Последние полгода состояние ухудшилось: отмечает повышенную утомляемость, постоянно беспокоят тошнота, боль в правом подреберье, желтушность склер и кожных покровов.

При объективном обследовании: состояние больного удовлетворительное. Легкие и сердце без патологии. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный, АД – 120/80 мм рт.ст. На грудной клетке единичные сосудистые «звездочки». Живот при пальпации болезнен в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3-4 см, умеренной плотности, болезненная, край закруглен. Селезенка не увеличена.

1. Ваш диагноз?
2. Дополнительные методы исследования?
3. Перечислите основные синдромы заболевания у данного больного?
4. Схемы противовирусной терапии ХГВ?
5. Профилактика ХГВ?

Задача 4. УК 1, ПК 5, ПК 6

Три года назад больной перенес острый деструктивный панкреатит. Периодически госпитализируется с обострениями хронического панкреатита. Диастазоурия не выражена. При рентгеноконтрастном исследовании желудка патологии не выявлено, подкова 12-перстной кишки несколько расширена. При УЗИ выявлены изменения экстроструктуры поджелудочной железы,

увеличение размеров, неровность контуров, пониженная эхогенность, неоднородность структуры, образования, подозрительные на кисты в ее теле.

1. Какими еще методами можно подтвердить наличие кисты поджелудочной железы?
2. Какова тактика при обнаружении кисты поджелудочной железы?
3. Чем характеризуется внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы?
4. Чем характерен хронический паренхиматозный панкреатит?
5. Купирование болевого синдрома при ХП.

Задача 5. УК 1, ПК 5, ПК 6

Больная П., 28 лет заболела внезапно: появилась высокая температура до 39 градусов, боли в левой подвздошной области, частый стул до 9 раз в день с кровью. В кале обнаружены: слизь, большое количество лейкоцитов, эозинофилов, эритроцитов.

В анализе крови: Нв - 90 г/л, ЦП - 0,75, лейкоциты $14 \cdot 10^9/\text{л}$, э-12, п/я-10, с-38, л-34, м-6, СОЭ-35 мм/ч.

RRS - слизистая прямой кишки резко гиперемированна, контактно кровоточит, множество поверхностных язв, покрытых фибрином.

1. Ваш предварительный диагноз, в том числе дифференциальный?
2. План обследования?
3. При биопсии дистальных отделов сигмовидной кишки – отек и набухание слизистой, дефекты эпителия, выраженная полиморфноклеточная инфильтрация слизистой, множественные крипт-абсцессы. Для какого заболевания характерна данная картина?
4. Окончательный диагноз.
5. Лечебная тактика

Эталонные ответы к ситуационным задачам

Эталонные ответы к задаче 1

1. Обострение хронического лимфоцитарного пангастрита (особая форма).
2. УЗИ органов брюшной полости, развернутый анализ крови, колоноскопия.
3. Лимфоцитарная инфильтрация захватывает только СО, в других случаях и собственную пластинку, в 78% случаев диагностируется пангастрит, эрозивные поражения СО так же распространяются на все отделы желудка.

4. С целиакией.
5. Снижение пепсиногена I ниже порогового значения свидетельствует об атрофии тела желудка.

Эталоны ответов к задаче 2

1. ПХЭС. Механическая желтуха.
2. Дифференциальный диагноз следует проводить с холедохолитиазом, стриктурой терминального отдела холедоха, рубцовым стенозом БДС, неопластическим процессом холедохопанкреатодуоденальной зоны.
3. Дуоденоскопия, РХПГ
4. Сфинктеропапиллотомия, дилатация и стентирование БДС.
5. Холедоходуоденоанастомоз, холедохоеюноанастомоз.

Эталоны ответов к задаче 3

1. Хронический гепатит В, репликация.
2. HBs Ag, количественная ПЦР на наличие ДНК HBV, ПЦР на наличие РНК HDV, общие анализы крови и мочи, уровень билирубина и его фракции, общий белок и белковые фракции, уровень холестерина крови, b-липопротеидов, ЩФ, АсАТ, АлАТ, ГГТП, тимоловая проба, сахар крови, ФГДС, RRS, УЗИ печени, селезенки, желчного пузыря, поджелудочной железы.
3. Гепатомегалия, холемия, астеновегетативный синдром.
4. Монотерапия таблетированными аналогами нуклеозидов (энтековир, телбивудин) сроком не менее 48 недель.

5А) Тестирование донорской крови. Б) Вакцинация. В отношении ХГВ вакцинация приоритетна. В настоящее время используются следующие вакцины: Энджерикс В, ЛТД, Н-В-VaxII. Активная иммунизация показана: HBsAg-негативным контактным с больными лицами, больным хронической

Эталоны ответов к задаче 4

1. Спиральной компьютерной томографией, ЯМР.

2. При хроническом болевом панкреатите или проводится консервативная терапия (обезболивающая, антибактериальная, детоксикационная) или операция (трансгастральная цистогастротомия и др).
3. Внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы характеризуется нарушением процессов кишечного пищеварения и всасывания, развитием избыточного бактериального роста в тонкой кишке.
4. Хронический воспалительный (паренхиматозный) панкреатит характеризуется развитием очагов воспаления в паренхиме с преобладанием в инфильтратах мононуклеарных клеток и участков фиброза, которые замещают паренхиму поджелудочной железы. При этой форме ХП отсутствуют поражение протоков и кальцификаты в поджелудочной железе. Медленно прогрессируют признаки экзо- и эндокринной недостаточности, отсутствует болевой синдром.
5. Ненаркотические анальгетики или спазмоанальгетики – баралгин, анальгин, спазмолгон, парацетамол (500 мг 3—4 раза в сутки). При выраженном болевом синдроме назначают наркотически анальгетики (трамадол 800 мг/сут), препараты, снижающие давление в протоковой системе поджелудочной железы: холиноблокаторы (платифиллин, бускопан); миотропные спазмолитики (дротаверин, мебеверин, бускопан и др.), ферментные препараты

Эталоны ответов к задаче 5

1. Язвенный колит? Болезнь Крона? Эозинофильный колит? Ишемический колит? Инфекционный колит?
2. Копрология, кал на дисбактериоз, кал на сальмонеллез, диз. группу, тифо-паратифозную группу, условно-патогенную флору, кал на я/глист многократно, антитела к иерсиниям, биохимический анализ крови (общий белок и белковые фракции, холестерин, мочевины, билирубин, АСТ, АЛТ, щелочная фосфатаза, ГГТП, С-реактивный белок, серомукоид, железо сыворотки), УЗИ органов брюшной полости и малого таза, ЭГДС, ФЛГ, консультация гинеколога, после стихания воспалительных явлений – ирригоскопия и/или фиброколоноскопия с биопсией.
3. Для язвенного колита.

4. Язвенный колит, дистальный (проктосигмоидит), острое течение, тяжелая форма.
5. Высокие дозы аminosалицилатов (месалазина до 3-4г/с) per os и местно, глюкокортикоиды per os и парентерально, при недостаточном эффекте – инфликсимаб, антибактериальная терапия, инфузионно-детоксикационная терапия, витаминотерапия, препараты железа, ферменты, пробиотики.

6. Перечень практических умений

1. Ознакомление с методикой УЗИ — УК-1; ПК - 5.
2. Ознакомление с методикой ФГС - УК-1; ПК - 5.
3. Ознакомление с методикой колоноскопии - УК-1; ПК - 5.
4. Ознакомление с методикой КТ, МРТ -УК-1; ПК - 5.
5. Ознакомление с методикой РХПГ. - УК-1; ПК — 5, ПК-6.
6. Умение грамотно интерпретировать результаты инструментальных методов обследования УК-1.

7. Рекомендации по выполнению НИР

Примерная тематика НИР

1. МРТ в клинической практике: принципы методики, диагностические возможности
2. Особенности МРТ и МСКТ: принципы воздействия и их различия
3. Лечебная значимость РХПГ
4. Принципы ультразвуковой диагностики, особенности воздействия ультразвука
5. ФГС и рентгеноскопия желудка: задачи и возможности каждого из этих методов.
6. Диагностические возможности дуоденального зондирования.
7. Методы копроовоскопии (Като, осаднения, флотации, фильтры Парасеп), особенности проведения, преимущества и недостатки
8. Диагностические возможности онкомаркеров.
9. Лабораторная диагностика ВЗК (в тм числе ФК, иммунохимический анализ кала)
10. Лабораторная диагностика болезней накопления (Вильсона-Коновалова, наследственный гемохроматоз)
11. Лабораторная диагностика вирусных гепатитов.

8. Рекомендуемая литература

Перечень основной литературы	Кол-во
------------------------------	--------

				экземпляров	
№ п/ п	Наименование, вид издания	Автор(- ы), составит ель(-и), редакто р(-ы)	Место издания, издатель ство, год	В библио теке	На кафе дре
1	2	3	4	5	6
1.	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов. Т. 1.. - Режим доступа: https://www.books-up.ru/ru/read/vnutrennie-bolezni-v-2-t-t-1-2990917/	ред. С. И. Рябов	СПб. : СпецЛит, 2015.	ЭБС Букап	-/-
2.	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов. Т. 2.. - Режим доступа: https://www.books-up.ru/ru/read/vnutrennie-bolezni-v-2-t-t-2-2991838/	ред. С. И. Рябов	СПб. : СпецЛит, 2015.	ЭБС Букап	-/-
3.	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник. Т. 1. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970433102.html	ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.	ЭБС Консультант студента (ВУЗ)	-/-
4	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник. Т. 2. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970433119.html	ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.	ЭБС Консультант студента (ВУЗ)	-/-
5	Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : руководство. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432730.html	Я. С. Циммерман	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.	ЭМБ Консультант врача	-/-

1. Перечень дополнительной литературы
- 2.

	Кол-во экземпляр
--	---------------------

				ОВ	
1	2	3	4	5	6
1	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: анатомо-эндоскопические и клинико-инструментальные основы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения	О. Б. Дронова, И. И. Каган, А. А. Третьяков	М. : БИНО М, 2014.	1	- / -
2	Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : рук. для врачей. - Режим доступа: https://www.books-up.ru/read/gastroenterologiya-3001020/?page=1	ред. Е. И. Ткаченко	СПб. : СпецЛит, 2013.	ЭБС Букап	- / -
3	Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : руководство. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432730.html	Я. С. Циммерман	М. : ГЭОТ АР-Медиа, 2015.	ЭМБ Консультант врача	- / -
4	Классификации заболеваний внутренних органов [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: https://www.books-up.ru/read/klassifikacii-zabolevanij-vnutrennih-org	ред. А. В. Гордиенко, В. Ю. Голофеевский	СПб. : СпецЛит, 2013.	ЭБС Букап	- / -

Перечень дополнительной литературы

Электронные ресурсы:

ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
 ЭБС Консультант студента ВУЗ
 ЭМБ Консультант врача
 ЭБС Айбукс
 ЭБС Букап
 ЭБС Лань
 ЭБС Юрайт
 СПС КонсультантПлюс
 НЭБ eLibrary
 БД Sage
 БД Oxford University Press
 БД ProQuest
 БД Web of Science
 БД Scopus
 БД MEDLINE Complete

Индекс ОД.0.01.1.4.30. Тема : ГЭРБ. ГПОД. Заболевания желудка: хронические гастриты, язвенная болезнь, болезни оперированного желудка (постгастрорезекционные расстройства)

2.Форма работы: - Подготовка к практическим занятиям

- Подготовка материалов по НИР

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия

1. Основные клинические синдромы при ГЭРБ.(знать) -УК 1, ПК 5
3. Характеристика болевого синдрома при ГЭРБ. (знать) - УК 1, ПК 5
4. Характеристика диспепсического синдрому при ГЭРБ.(знать). - УК 1, ПК 5
5. Что означает термин «рефрактерные к ИПП формы ГЭРБ»- УК 1, ПК 5
6. Назвать методы диагностики ГЭРБ.(уметь) - УК 1, ПК 5
7. Назвать осложнения ГЭРБ. - УК 1, ПК 5
8. Клинические проявления и диагностика пищевода Баррета .(уметь) – УК 1, ПК 5
9. Принципы лечения ГЭРБ (владеть) - УК 1, ПК 5, ПК 6
10. Образ жизни и диетотерапия при ГЭРБ. - УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8,ПК 1, ПК 2
11. Медикаментозная терапия при ГЭРБ(владеть) – Ук 1, ПК 6, ПК 8
12. Хирургическое лечение при ГЭРБ - Ук 1, ПК 6, ПК 8
13. профилактика ГЭРБ - Ук 1, ПК 1, ПК 2

Язвенная болезнь:

1. Современные представления об этиопатогенезе ЯБ- УК1, ПК 5
2. Клинические проявления ЯБ - УК1, ПК 5
3. Диагностика дуоденальных и желудочных язв УК1, ПК 5,
4. Диагностика Н.р.-статуса- УК1, ПК 5,
5. Особенности течения НПВП-ассоциированных язв УК1, ПК 5,
6. Особенности ведения язв желудка УК1, ПК 5, ПК 6
7. Современные подходы к терапии ЯБ УК1, ПК 5,
8. Неотложные состояния у больных с ЯБ УК1, ПК 5,

9. Эрадикационная терапия язвенной болезни УК1, ПК 5,

Хронические гастриты

- Основные причины развития ХГ – УК1, ПК 5
- Классификации ХГ- УК1, ПК 5
- Особенности хронических атрофических гастритов УК1, ПК 5
- Характеристика мультифокального гастрита УК1, ПК 5
- Назовите характерные особенности атрофии, метаплазии, дисплазии УК1, ПК 5
- Методы диагностики ХГ ПК 6, ПК 1, ПК 2
- Показания к проведению эрадикационной терапии
- Методы канцерпревенции ПК 6, ПК 1, ПК 2
- Каков механизм компенсации пищеварения у больных после резекции желудка? ПК 6, ПК 1, ПК 2
- Патогенез развития демпинг-синдрома, его клиника, классификация.
- Патогенез агастральной астении, клиника, характеристика тяжести заболевания. ПК 6, ПК 1, ПК 2
- Патогенез и клиника синдрома приводящей петли. ПК 6, ПК 1, ПК 2
- Патогенез хронического панкреатита при БОЖ. ПК 6, ПК 1, ПК 2
- Патогенез нарушения функции кишечника при БОЖ. ПК 6, ПК 1, ПК 2

4.Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы (УК 1, ПК 5 ПК 6, ПК 8, ПК 1, ПК 2)

1. ГЭРБ – ЭТО

- 1) воспалительные изменения в дистальной части пищевода
- 2) стриктура пищевода
- 3) язва пищевода
- 4) спазм пищевода
- 5) варикозное расширение вен пищевода

2. ПИЩЕВОД БАРРЕТА ЭТО

- 1) тонкокишечная метаплазия слизистой оболочки пищевода
- 2) пептическая язва пищевода
- 3) стриктура пищевода
- 4) рак пищевода
- 5) спазм пищевода

3. ПЕПТИЧЕСКУЮ ЯЗВУ ПИЩЕВОДА СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- 1) изъязвленным раком
- 2) лейомиомой

- 3) лейкоплакией
- 4) саркомой
- 5) дивертикулом пищевода

4. ПРИ ПСЕВДОКОРОНАРНОМ (ЭЗОФАГАЛЬНОМ) СИНДРОМЕ БОЛЬ КУПИРУЕТ

- 1) нитроглицерин
- 2) изменение положения тела (с горизонтального на вертикальное)
- 3) транквилизаторы
- 4) кислотоснижающие препараты
- 5) спазмолитики

5. ТИПИЧНЫМ ПИЩЕВОДНЫМ СИМПТОМОМ ГЭРБ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) рвота
- 2) отрыжка
- 3) изжога
- 4) давящие боли за грудиной
- 5) сухость во рту

6. ГЭРБ ИГРАЕТ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ

- 1) бронхообструктивного синдрома
- 2) ангинозного синдрома
- 3) синдрома портальной гипертензии
- 4) синдрома печеночно-клеточной недостаточности
- 5) астеновегетативного синдрома

7. СОГЛАСНО МОДИФИКАЦИИ ЛОС-АНЖЕЛЕССКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ОТ 2008 ГОДА ДЛЯ НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ГЭРБ – СТАДИИ М – ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1) красной слизистой в виде дилатированных капилляров
- 2) белесоватых пятен
- 3) эритемы с белесоватыми участками слизистой
- 4) кандидозного изменения слизистой
- 5) эрозий н/3 пищевода

8. ЗНАЧЕНИЯ ИНТРАГАСТРАЛЬНОГО pH, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ОПТИМАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ГЭРБ (ПРАВИЛО БЕЛЛА)

- 1) $pH > 4$ в течение суток не менее 22 часов
- 2) $pH > 2$ в течение суток не менее 22 часов
- 3) $pH > 6$ в течение суток не менее 18 часов
- 4) $pH > 8$ в течение суток не менее 10 часов
- 5) $pH \geq 2$ в течение суток не менее 24 часов

9. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЭРБ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) ИПП
- 2) ипп+блокаторы H_2 рецепторов гистамина
- 3) антациды
- 4) селективные миотропные спазмолитики
- 5) блокаторы H_2 рецепторов гистамина

10. НАИБОЛЕЕ ПОПУЛЯРНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕТОДИКОЙ ПРИ ГЭРБ И ГПОД ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) резекция по Бильрот I
- 2) резекция по Бильрот II
- 3) фундопликация по Ниссену
- 4) герниопластика по Трабукко
- 5) герниопластика по Лихтенштейну

Эталоны ответов к тестовым заданиям

1-1, 2-1, 3-1, 4-4, 5-3, 6-1, 7-3, 8-1, 9-1, 10-3

Язвенная болезнь: (УК 1, ПК 5 ПК 6, ПК 8, ПК 1, ПК 2)

1. ПРИ Н.Р. –НЕГАТИВНОЙ ФОРМЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) терапия ИПП
- 2) Прием блокаторов H_2 рецепторов гистамина
- 3) курсы антацидной и репаративной терапии
- 4) Прием блокаторов H_2 рецепторов гистамина в сочетании с прокинетиками
- 5) Репаранты СОЖ

2. ЕДИНСТВЕННЫМ ИЗ ВСЕХ ИПП, МЕТАБОЛИЗМ КОТОРОГО ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО НЕФЕРМЕНТНЫМИ ПУТЯМИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) омепразол
- 2) рабепразол
- 3) пантопразол
- 4) лансопразол
- 5) лосек

3. СТАНДАРТНАЯ ЛЕЧЕБНАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА ОМЕПРАЗОЛА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

- 1) 20 мг/с
- 2) 30 мг/с
- 3) 80 мг/с
- 4) 40 мг/с
- 5) 60 мг/с

4. В КАЧЕСТВЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ НАЗНАЧАЮТ

- 1) спазмолитики
- 2) ферменты
- 3) пробиотики
- 4) спазмолитики + ферменты + пробиотики
- 5) ингибиторы протонной помпы + протекторы слизистой

5. ТЕРАПИЯ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ПРИ НАЛИЧИИ *Helicobacter pylori* ВКЛЮЧАЕТ ПРЕПАРАТЫ

- 1) ИПП + кларитромицин + амоксициллин + ди-нол
- 2) ИПП + метронидазол + тетрациклин
- 3) ИПП + фуразолидон
- 4) ИПП + ципрофлоксацин
- 5) ИПП + вентер

6. ДОЗА КЛАРИТРОМИЦИНА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ СОГЛАСНО МААСТРИХТУ 5 - 2015

- 1) 0,5 г 2 раза в день
- 2) 0,25 г 2 раза в день
- 3) 1 г 2 раза в день
- 4) 0,5 г 3 раза в день
- 5) 0,25 г 3 раза в день

7. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КУРСА ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ СОГЛАСНО МААСТРИХТУ 5 – 2015

- 1) 7 дней
- 2) 10 дней
- 3) 14 дней
- 4) 20 дней
- 5) 5 дней

8. ЛЕВОСТОРОННИМ ВРАЩАЮЩИМСЯ ИЗОМЕРОМ ОМЕПРАЗОЛА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) пантопразол
- 2) эзомепразол
- 3) лансопразол
- 4) рабепразол
- 5) квамател

9. ДОЗА АМОКСИЦИЛЛИНА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ СОГЛАСНО МААСТРИХТУ 5– 2015

- 1) 0,5 г 2 раза в день
- 2) 0,25 г 2 раза в день
- 3) 1 г 2 раза в день
- 4) 0,5 г 3 раза в день
- 5) 0,25 г 3 раза в день

10. ТЕРАПИЯ ВТОРОЙ ЛИНИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ СОГЛАСНО МААСТРИХТУ 5– 2015 ЭТО

- 1) ИПП+тетрациклин+метронидазол+ди-нол
- 2) ИПП+кларитромицин+тетрациклин+ди-нол
- 3) ИПП+амоксциллин+тетрациклин+ди-нол
- 4) ИПП+фуразолидон+метронидазол+ди-нол
- 5) ИПП +левофлоксацин +фуразолидон+ди-нол

Эталоны ответов

1-1, 2-3, 3-4, 4-5, 5-1, 6-1, 7-3, 8-1, 9-3, 10-1

Хронические гастриты

- (УК1, ПК 5, ПК 6, ПК 1, ПК 2)

1.СНИЗИТЬ РИСК РАЗВИТИЯ РАКА ЖЕЛУДКА МОЖЕТ ЭРАДИКАЦИЯ, ЕСЛИ ОНА ПРОВОДИТСЯ

- 1) до развития пренеопластических процессов (атрофии и метаплазии)
- 2) до развития язвенного поражения СОЖ
- 3) до развития дисплазии
- 4) до развития неоплазии
- 5) до развития эрозирования СОЖ

2. РЕФЛЮКС-ГАСТРИТ ЭТО

- 1) особая форма гастрита
- 2) атрофический гастрит антрального отдела желудка
- 3) атрофический гастрит тела желудка
- 4) эрозивный гастрит культи желудка
- 5) химический гастрит желудка

3. ЭОЗИНОФИЛЬНЫЙ ГАСТРИТ

- 1) особая форма гастрита
- 2) гастрит антрального отдела желудка
- 3) гастрит тела желудка
- 4) эрозивный гастрит культи желудка
- 5) химический гастрит желудка

4. ВЫРАЖЕННАЯ ЛИМФОЦИТАРНАЯ ИНФИЛЬТРАЦИЯ ЭПИТЕЛИЯ СОЖ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1) атрофического гастрита
- 2) лимфоцитарного гастрита
- 3) гранулематозного гастрита
- 4) Н.р.-ассоциированного гастрита
- 5) эозинофильного гастрита

5. ПРИ АТРОФИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Ди-нол
- 2) ИПП
- 3) антациды
- 4) плантаглюцид
- 5) витамины группы В

6. ТЕРАПИЯ АТРОФИЧЕСКОГО (АУТОИММУННОГО) ГАСТРИТА В КАЧЕСТВЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ СТРАТЕГИИ ПО СНИЖЕНИЮ РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА ЖЕЛУДКА ВКЛЮЧАЕТ

- 1) базисную профилактику (правильное питание – овощи, фрукты, антиоксиданта: витамины А, В, Е), отказ от курения, эрадикацию Н.р., если есть инфицирование, и обязательное назначение витамина В-12
- 2) эрадикацию Н.р., если есть инфицирование
- 3) прием ди-нола
- 4) назначение витамина В-12
- 5) прием плантаглюцида, витаминов группы В, РР

7. АКТИВНОСТЬ ГАСТРИТА ОПРЕДЕЛЯЮТ ПО

- 1) нейтрофильной инфильтрации собственной пластинки и/или эпителия.
- 2) эозинофильной инфильтрации собственной пластинки и/или эпителия.
- 3) лимфоцитарной инфильтрации собственной пластинки и/или эпителия.
- 4) плазмочитарной инфильтрации собственной пластинки и/или эпителия.
- 4) лимфо- и плазмочитарной нейтрофильной инфильтрации собственной пластинки и/или эпителия

8. АПОПТОЗ ЭТО

- 1) замещение эпителия клетками, не свойственными или всему органу
- 2) необратимое уменьшение количества нормальных желез с замещением их метаплазированным эпителием
- 3) то изменение нормальной структуры клеток в направлении неопластического процесса
- 4) эозинофильной инфильтрации собственной пластинки
- 5) генетически запрограммированная смерть клетки

9. АНТРАЛЬНЫЙ АТРОФИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ УВЕЛИЧИВАЕТ РИСК РАЗВИТИЯ

- 1) язвенной болезни ДПК
- 2) язвенной болезни желудка
- 3) эрозивного антрального гастрита
- 4) эрозивного дуоденита
- 5) рака желудка

10. ФУНДАЛЬНЫЙ АТРОФИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ УВЕЛИЧИВАЕТ РИСК РАЗВИТИЯ

- 1) язвенной болезни ДПК
- 2) язвенной болезни желудка
- 3) эрозивного антрального гастрита
- 4) эрозивного дуоденита
- 5) рака желудка

Эталоны ответов

1- 1, 2- 1, 3- 1, 4 -2, 5- 1, 6- 1, 7- 1, 8- 5, 9- 1, 10- 5

1.К ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦИОННЫМ РАССТРОЙСТВАМ ОТНОСЯТСЯ

- 1) демпинг-синдром
- 2) гипогликемический синдром
- 3) постгастрорезекционная дистрофия
- 4) функциональный синдром приводящей петли
- 5) все перечисленные

2.К ОРГАНИЧЕСКИМ ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦИОННЫМ РАССТРОЙСТВАМ ОТНОСЯТСЯ

- 1) синдром приводящей петли
- 2) деформация и сужение анастомоза
- 3) острый (хронический) холецистопанкреатит
- 4) пептическая язва культи желудка или анастомоза
- 5) все перечисленные

3.ПАТОГЕНЕЗ ДЕМПИНГ-СИНДРОМА ОБУСЛОВЛЕН

- 1) ускоренной эвакуацией пищи из культи желудка в тонкую кишку
- 2) повышением осмотического давления в тонкой кишке
- 3) раздражением рецепторов слизистой оболочки тонкой кишки
- 4) активацией симпатикoadреналовой системы
- 5) всем перечисленным

4.ДЛЯ ДЕМПИНГ-СИНДРОМА, ПРОТЕКАЮЩЕГО ПО СИМПАТИКОАДРЕНАЛОВОМУ ТИПУ, ХАРАКТЕРНО

- 1)слабость после приема пищи
- 2)головные боли, головокружение
- 3)тахикардия
- 4)повышение артериального давления
- 5)верно все перечисленное

5.ДЛЯ ДЕМПИНГ-СИНДРОМА, ПРОТЕКАЮЩЕГО ПО ВАГОТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ, ХАРАКТЕРНО

- 1)сонливость и слабость после еды
- 2)диспептический синдром
- 3)брадикардия
- 4)понижение артериального давления
- 5)верно все перечисленное

6.ДЕМПИНГ-СИНДРОМ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ ПОСЛЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ВСЕГО ПЕРЕЧИСЛЕННОГО, КРОМЕ

- 1)молочных блюд
- 2)жидких каш
- 3)сладких блюд
- 4)мясных блюд

7.ОСНОВНЫМИ МЕТОДАМИ ДИАГНОСТИКИ ДЕМПИНГ-СИНДРОМА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)рентгеноскопия
- 2)гастроскопия
- 3)определение уровня серотонина в крови
- 4)верно рентгеноскопия и гастроскопия
- 5)верно рентгеноскопия и определение уровня серотонина в крови

8.ПРИ ДЕМПИНГ-СИНДРОМЕ НАЗНАЧАЮТ

- 1)антихолинергические средства
- 2)диету с высоким содержанием углеводов
- 3)диету с большим количеством жидкости
- 4)диету с высоким содержанием жиров
- 5)антациды

9.В МОМЕНТ ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕМПИНГ-СИНДРОМА НЕОБХОДИМО ПРИМЕНЯТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1)уложить больного
- 2)назначения новокаина, анестезина
- 3)назначения холинолитиков
- 4)назначения глюкокортикоидов
- 5)назначения гастропепина

10.ПРИ ДЕМПИНГ-СИНДРОМЕ, ПРОТЕКАЮЩЕМ ПО СИМПАТИКОАДРЕНАЛОВОМУ ТИПУ, МОЖНО НАЗНАЧАТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, КРОМЕ

- 1)симпатолитических средств
- 2)холинолитических средств
- 3)адренокортикотропного гормона
- 4)транквилизаторов
- 5)местноанестезирующих средств

Эталоны ответов:

1-5,2-5, 3-5, 4-5, 5-5, 6-4, 7-5, 8-1, 9-4, 10-3

5. Самоконтроль по ситуационным задачам

Задача 1 (УК 1, ПК5, ПК6)

Больной А., 43 лет обратился с жалобами на ощущение задержки пищи в пищеводе, которое возникает во время еды и заставляет его делать повторные глотательные движения или запивать пищу теплой водой, а также срыгивать полным ртом. При объективном исследовании патологии не обнаружено.

- 1)О каких заболеваниях следует думать?
 - a. Методы обследования?
 - b. Лечение?
 - c. Показано ли оперативное лечение?
 - d. Прогноз для жизни?

Задача 2 (УК 1, ПК5, ПК6)

У больного постоянное чувство жжения за грудиной, усиливающееся после еды, при работе в наклон. Тошнота, отрыжка, иногда рвота, съеденной пищей, боли за грудиной, отдающие вверх. При пальпации живота – умеренная боль в эпигастрии, около мечевидного отростка. Вышеописанные жалобы периодически беспокоят в течение нескольких лет, усиление симптоматики – в течение нескольких месяцев. За мед. помощью не обращался, ситуационно самостоятельно пользовался содой, принимал альмагель с кратковременным эффектом.

- 1) Каков Ваш предварительный диагноз?
- 2) Какое диагностическое исследование следует провести в первую очередь?
- 3) Какие еще исследования необходимо провести?
- 4) Назначьте лечение данному пациенту. ?
- 5) Ваша тактика при обнаружении *Helicobacter pylori* у пациента?

Задача 3 (УК 1, ПК5, ПК6 , ПК8)

Больная К., 50 лет, поступила в стационар с жалобами на изжогу, чувство

комка за грудиной, боль в нижней части грудины. Отмечает иррадиацию болей в спину, левое плечо, в левую руку. Из анамнеза болезни известно, что в течение 2-х лет больная обращалась в поликлинику по поводу вышеуказанных жалоб. Первоначально был поставлен диагноз ИБС: стенокардия, рекомендован прием нитросорбита. Улучшения от терапии незначительное. Последнее время боли стали длительными, усиливаются в горизонтальном положении. При осмотре в легких перкуторно легочной звук над симметричными участками, аускультативно — дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в мин. Сердце — перкуторно относительные границы в пределах нормы, аускультативно тоны ясные, ритм правильный, ЧСС 78 в мин, пульс 78 уд. в мин, ритмичный, удовлетворительных качеств на обеих руках. АД 130/ 80 мм рт. ст., язык влажный, обложен серым налетом, живот мягкий, при глубокой пальпации в подложечной области интенсивная боль. Осмотр сопровождается появлением отрыжки. Стул и мочеиспускание в норме.

- 1) Ваш диагноз?
- 2) План обследования?
- 3) План лечения?
- 4) Прогноз
- 5) Показано ли больной рентгенологическое исследование, если да, почему

Задача 4 (УК 1, ПК5, ПК6)

Больной М., 41 год, обратился в поликлинику к участковому терапевту с жалобами на изжогу, кислую отрыжку, поперхивание, желание запивать твердую пищу. Самостоятельно принимал альмагель, но это облегчения не принесло. Обследовался амбулаторно. При рентгенологическом исследовании обнаружена недостаточность «кардии», заброс бариевой взвеси из желудка в пищевод в вертикальном положении больного.

- 1)Ваш диагноз?
- 2)План обследования?
- 3).План лечения?
- 4) Прогноз
- 5) Показано ли больной хирургическое лечение

Задача 5(УК 1, ПК5, ПК6)

В хирургическое отделение горбольницы поступил больной Т., 37 лет, с жалобами на жгучие приступообразные боли в подлопаточной области и за грудиной в нижнем её отделе, давящие боли в области сердца, срыгивание, упорную изжогу, усиливающуюся после еды, особенно в положении лежа и наклонах туловища вперед, повторную рвоту небольшим количеством свежей крови вчера ночью после возвращения с работы, выделение черного кала утром. Больным считает себя в течение 5-6 лет, при неоднократном

поликлиническом исследовании заболевание расценивалось как гиперацидный гастрит.

Объективно: общее состояние больного удовлетворительное, нормального питания, кожные покровы и видимые слизистые розовой окраски. В легких дыхание везикулярное, ослабленное, хрипов не выслушивается. Сердце расширено влево за счет левого желудочка до срединно-ключичной линии. Сердечные тоны ритмичные, слегка приглушены, ЧСС 68 в мин., АД 130/80 мм рт.ст. Язык обложен белесоватым влажным налетом, при поверхностной и глубокой пальпации живота отмечается напряжение брюшных мышц и резкая болезненность в подложечной области с иррадиацией боли в за грудиное пространство. Печень и селезенка не увеличены, со стороны кишечника и мочеполовой системы без особенностей.

Ан. крови: эр. 2500000 в мл, Нб 76 г/л, СОЭ 15мм/ч, лейкоц. 7200 в мл, Э-2%, П-4%, С-68%, Л-23%, М-3%.

Ан. мочи: уд. вес 1020, белок и сахар не найдены, микроскопия осадка – норма.

Ан. кала на скрытую кровь: р-ция Вебера резко положительная

ЭКГ: ритм синусовый, 64 уд. в мин., нормальное положение ЭОС, вольтаж – в норме.

Экстренная рентгеноскопия: сердце и легкие в пределах возрастной нормы; в положении лежа по Тренделенбургу над диафрагмой слева в области пищеводного отверстия определяется дополнительное депо бария с горизонтальным уровнем, кардиальный отдел желудка в этом месте подтянут кверху, в остальных отделах желудка патологии не выявлено.

1) Ваш предварительный диагноз?

2) С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?

3) Какое дополнительное исследование необходимо произвести с целью получения более широкой информации о характере изменений в пищеводе, желудке?

4) В чем заключается причина диагностических ошибок на предыдущих этапах обследования больного?

5) Лечение

Эталонные ответы к ситуационным задачам

Эталонные ответы к задаче №1.

1. Эзофагоспазм, ахалазия кардии
2. Эзофагогастроудоденоскопия, рентгеноскопия пищевода, манометрия пищевода
3. Миотропные спазмолитики, нитраты, антагонисты кальция.
4. обволакивающие препараты
5. При эзофагоспазме – нет. При эзофагоспазме - благоприятный

Эталонные ответы к задаче №2.

1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Рефлюкс-эзофагит?

2. Эзофагогастродуоденоскопия
3. Рентгеноскопия пищевода и желудка (в том числе для исключения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы), любой из тестов диагностики *Helicobacter pylori* (уреазный дыхательный тест, мазок – отпечаток, определение антител, ПЦР), клинический анализ крови.
4. Любой из ингибиторов протонной помпы в терапевтической дозе (омепразол 40 мг/сутки, эзомепразол 40 мг/сутки, рабепразол 40 мг/сутки, пантопразол 40 мг/сутки, лансопразол 60 мг/сутки) в течение 2 месяцев. С переходом на половинную дозу при хорошем ответе еще на 2-6 месяцев.
5. Провести эрадикационную терапию

Эталоны ответов к задаче №3.

1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
2. ФГС, интрагастральный pH, рентгеноскопия пищевода, любой из тестов диагностики *Helicobacter pylori*, ЭКГ
3. Любой из ингибиторов протонной помпы в терапевтической дозе
4. Благоприятный
5. Да, с целью исключения ГПОД

Эталоны ответов к задаче №4.

1. грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
2. с дивертикулами пищевода
3. эзофагогастрофиброскопию
4. не обращено внимания на связь болей с положением тела больного, не проводилась дополнительно рентгеноскопия желудка в положении лежа
5. остановка кровотечения с последующим оперативным лечением

Эталоны ответов к задаче №5.

1. самопроизвольный разрыв пищевода и кардии – синдром Меллори-Вейса
2. с разрывом ущемленной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, с разрывом дивертикула пищевода в кардиальном отделе
3. экстренную эзофагогастрофиброскопию
4. выведение из коллаптоидного состояния и неотложная операция под прикрытием переливания крови, кровезаменителей
5. Хирургическое

Язвенная болезнь :

Задача №1 (УК1, ПК 5, ПК 6)

Женщина в возрасте 52г страдает язвенной болезнью желудка (язва пилорического отдела) в течение 7 лет. Обострения возникали регулярно

весной и осенью. Проводились курсы антисекреторной терапии фамотидином, омепразолом с положительным клиническим и эндоскопическим эффектом.

Полгода назад при эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) обнаружена язва угла желудка 0,9*0,6 см в Д, получен положительный результат быстрого уреазного теста на *Helicobacter pylori*. Назначен курс эрадикационной терапии метронидазолом, субсалицилатом висмута и омепразолом на протяжении 10 дней. При повторной ЭГДС через 2 недели язва зарубцевалась. Результат уреазного теста – отрицательный.

При ЭГДС через 6 мес в области перехода тела желудка в антральный отдел выявлены глубокая язва с неровными краями и утолщение складок желудка вокруг язвы. Результат гистологического исследования: аденокарцинома средней степени дифференцировки.

1. Назовите основные ошибки, допущенные при назначении эрадикационной терапии?
2. Назовите ошибки при обследовании больной в период предыдущей госпитализации?
3. Кишечная метаплазия является предраковым изменением СОЖ ?
4. Есть ли необходимость в проведении антигеликобактерной терапии у данной больной после резекции желудка?
5. Что Вы понимаете под термином «суспициозная» язва?

Задача №2 (УК1, ПК 5, ПК 6)

Больной С., 42 лет, поступил в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на жгучую боль в подложечной области, изжогу, тошноту, повторную рвоту пищей с примесью крови, общую слабость. Заболел после погрешности в диете и приема алкоголя. В течение нескольких лет наблюдался по поводу хронического гастрита. Курит, злоупотребляет спиртными напитками.

При осмотре общее состояние средней тяжести, кожные покровы и видимые слизистые бледные, пониженного питания. В легких без патологических изменений. Над верхушкой сердца и над аортой выслушивается дующий систолический шум, ЧСС 90 уд/мин, АД 100/70 мм рт.ст. Язык обложен белесоватым влажным налетом, при пальпации живота отмечается незначительное напряжение брюшных мышц в подложечной области и болезненность в пилородуоденальной зоне. Симптом Менделя положительный. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: эр. 2, $6 \cdot 10^{12}$ \л, Нб - 68 г/л, СОЭ- 28 мм/ч, лейкоциты $9,6 \cdot 10^9$ \л, Э-3%, Ю-2%, П-8%, С-76%, Л-15%, М-2%, ретикулоциты- 3%. рентгеноскопия органов грудной клетки и желудка: легкие и сердце без патологии; гастродуоденит.

1. Ваш предварительный диагноз?

2. С каким заболеванием необходимо дифференцировать?
3. Какое дополнительное исследование необходимо произвести с целью установления окончательного диагноза?
4. Какое осложнение заболевания возникло у больного вследствие кровопотери?
5. Укажите вид необходимого лечения и на что оно должно быть направлено?

Задача №3 (УК1, ПК 5, ПК 6)

Больной Н., 46 лет, плотник, поступил в гастроэнтерологическое отделение больницы с жалобами на чувство тяжести и ноющую боль в подложечной области, общую слабость, тошноту, позывы на рвоту, однократную рвоту «кофейной гущей» после возвращения с работы. Причиной своего заболевания считает поднятие тяжестей на работе. В течение последних трех лет наблюдался по поводу язвенной болезни желудка. Язва локализовалась на большой кривизне, биопсия злокачественных клеток не обнаружила.

При осмотре общее состояние больного удовлетворительное.

Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски, нормального питания. В легких и со стороны сердечно-сосудистой системы патологии не обнаружено. Язык слегка обложен белесоватым влажным налетом, при поверхностной пальпации живота отмечается незначительное напряжение брюшных мышц и болезненность в подложечной области, симптом Менделя положительный. Печень и селезенка не увеличены. Анализ крови: эр. $4,3 \cdot 10^{12}$ /л, Hb - 78 г/л, СОЭ 36 мм/ч, лейкоциты $7,2 \cdot 10^{12}$ /л, Э-2%, П-3%, С-60%, Л-25%, М-2%. Рентгеновское исследование: легкие и сердце в пределах возрастной нормы.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С каким заболеванием необходимо дифференцировать?
3. Какое дополнительное исследование необходимо произвести с целью установления окончательного диагноза?
4. Укажите ближайшую и отдаленную цель в лечении Вашего больного.
5. Дайте определение «суспициозной» язвы

Задача №4 (УК1, ПК 5, ПК 6)

В хирургическое отделение горбольницы поступил больной Т., 47 лет, с жалобами на жгучие приступообразные боли в подлопаточной области и за грудиной, срыгивание, упорную изжогу, усиливающуюся после еды, особенно в положении лежа и при наклонах туловища вперед. Вечером накануне была рвота «кофейной гущей». Больным считает себя в течение 5-

6 лет, при неоднократном поликлиническом исследовании заболевание расценивалось как ИБС и гастрит. Однако ФГС никогда не проводил. Объективно: общее состояние больного удовлетворительное, нормального питания, кожные покровы и видимые слизистые розовой окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов не выслушивается. Сердечные тоны ритмичные, слегка приглушены, ЧСС 68 в мин., АД 130/80 мм рт.ст. Язык обложен белесоватым влажным налетом, при поверхностной и глубокой пальпации живота отмечается напряжение брюшных мышц и резкая болезненность в подложечной области. Печень и селезенка не увеличены. Ан. крови: эр. 2, $5 \cdot 10^{12}$ /л, Hb 76 г/л, СОЭ 15 мм/ч, лейкоциты. $7,2 \cdot 10^9$ /л, Э-2%, П-4%, С-68%, Л-23%, М-3%.

Ан. мочи: уд. вес 1020, белок и сахар не найдены, микроскопия осадка – патологии не найдено.

ЭКГ: ритм синусовый, 64 уд. в минуту, метаболические изменения в миокарде.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
3. Какое дополнительное исследование необходимо произвести с целью получения более широкой информации о характере изменений в пищеводе, желудке?
4. В чем заключается причина диагностических ошибок и лечения на предыдущих этапах?
5. Тактика ведения?

Задача №5 (УК1, ПК 5, ПК 6)

Больной Н., 28 лет, находился на лечении в ревматологическом отделении по поводу ревматоидного артрита. Получает НПВП, ГКС. После 7-дневного лечения стал отмечать появление мучительной изжоги и болей в подложечной области после приема пищи спустя 1-1,5 часа. Ревматоидным артритом страдает 3 года.

Объективно: общее состояние больного 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 120/80 мм рт.ст. Язык обложен белесоватым влажным налетом, при пальпации живота отмечается напряжение мышц и болезненность в подложечной области и пилородуоденальной зоне. Печень и селезенка не пальпируются, Ан. крови: эр. 2, $5 \cdot 10^{12}$ /л, Hb 112 г/л, СОЭ 25 мм/час, лейкоциты. $7,2 \cdot 10^9$ /л, Э-2%, П-4%, Л-15%, С-70%, М-9%, ретикулоциты-1%. Экстренная ФГС – наличие кровоточащих язв и эрозий в пилорическом отделе желудка

1. Укажите причину изъязвлений в пилорическом отделе желудка.
2. Назовите факторы риска НПВП – ассоциированных гастропатий

3. Сформулируйте диагноз сопутствующего заболевания и возникшего осложнения.
4. Ваша тактика при лечении данного больного
5. Назовите препарат выбора при лечении НПВП-ассоциированных язв.

Эталоны ответов к ситуационным задачам

Эталоны ответов к задаче №1

1. А) Включение метронидазола в эрадикационные схемы первой линии в России нецелесообразно ввиду очень высокой распространенности резистентных к нему штаммов *H. pylori*. Б) Комбинация препаратов неверно подобрана. Согласно Маастрихту –5 от 2015г терапия первой линии представляет собой комбинацию: ИПП 20мг * 2 раза в день + кларитромицин 0,5г * 2 р/д + амоксициллин 1г * 2 р/д, одновременный прием висмута в дозе 240 мг * 2 р/д вполне допустим. В) Контроль эффективности эрадикации следует осуществлять не ранее чем через 1 мес после завершения лечения во избежание ложноотрицательных результатов.
2. Не взята биопсия из краев и дна язвы желудка, не проведено рентгеновское исследование желудка.
3. Нет, не является. Тонкокишечная метаплазия является легко определяемым маркером атрофии СОЖ.
4. Да
5. Наличие косвенных визуальных данных злокачественной язвы желудка при отсутствии морфологического подтверждения

Эталоны ответов к задаче №2

1. Язвенная болезнь с локализацией в желудке, осложненная ЖК-кровотечением. ЖДА
2. Синдром Меллори-Вейса, рак желудка, эрозивные поражения СОЖ
3. фиброгастродуоденоскопию, Н.р.-статус
4. острая постгеморрагическая анемия
5. достижение гемостаза, эрадикационное лечение при наличии Н.р.

Эталоны ответов к задаче №3

1. Язвенная болезнь с локализацией в желудке, обострение. Н.р.- статус не определен. Осложненная ЖК- кровотечением. Постгеморрагическая ЖДА
2. С раком желудка
3. ФГС с прицельной биопсией, рентгеноскопия желудка, ат к Н.р.
4. остановка кровотечения, эрадикационная терапия при наличии Н.р., терапия анемии
5. Наличие косвенных визуальных данных злокачественной язвы желудка при отсутствии морфологического подтверждения

Эталоны ответов к задаче №4

1. Язвенная болезнь, осложненная ЖК-кровотечением. ГЭРБ
2. С ИБС, дивертикулами пищевода, ГПОД
3. Эзофагогастрофиброскопию, рентгеноскопию пищевода
4. Не проводилось лечение ГЭРБ, не проведено эндоскопическое исследование, Н.р.- статус
5. Остановка кровотечения, в\в введение ИПП с последующим переходом на длительный пероральный прием, эрадикационная терапия при наличии Н.р.

Эталоны ответов к задаче №5

1. Прием НПВП
2. Пожилой возраст, пол, вид и доза препарата, продолжительность лечения, курение, употребление алкоголя, одновременный прием других препаратов, Н.р.-инфекция, сопутствующая патология (ГЭРБ, цирроз печени, патология ССС, гастропарез).
3. Обострение НПВП- ассоциированной язвенной болезни с локализацией в пилорическом отделе желудка с наличием острых эрозий, осложнившихся кровотечением
4. Отменить прием НПВП, гемостатическая терапия, ат к Н.р., в\в введение ИПП с переходом на пероральный прием, эрадикационная терапия при наличии Н.р.
5. ИПП

Хронические гастриты

Задача № 1 (УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8)

Больной К., 60 лет, поступил в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на снижение аппетита, практически постоянные ноющие боли в эпигастриальной 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 эпигастриальной 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 $7 \cdot 10^9$ 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?

Задача №2 (УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8)

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, язык 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?

Задача № 3 (УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8)

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?

Задача № 4 (УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8)

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, отечна. В 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?

Задача № 5 (УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8)

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, $5 \cdot 10^{12}$ \л, Hb 122 г/л, СОЭ 25 мм/час, лейкоциты. $7,2 \cdot 10^9$ \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 факторы риска НПВП – ассоциированных гастропатий
3. Ваш диагноз?
4. Тактика ведения ?
5. Назовите препарат выбора при лечении НПВП-ассоциированных гастропатий?

Эталоны ответовк ситуационным задачам

Эталон ответа к задаче № 1

1. Хронический Н.Р.-ассоциированный атрофический пангастрит
2. Да, ФГС с биопсией и определение Н.р.-статуса
3. Явления атрофии и тонкокишечной метаплазии
4. Канцерпревенция – Эрадикация при наличии Н.р., базисная профилактика (правильное питание – овощи, фрукты, антиоксиданта: витамины А, В, Е), отказ от курения, и обязательное назначение витамина В-12
5. Без проведения методов канцерпревенции при атрофическом фундальном гастрите в 1% ежегодно развивается рак желудка

Эталон ответа к задаче №2

1. Рак желудка. Аутоиммунный атрофический гастрит
2. Рентгеноскопия желудка, ФГС с биопсией, УЗИ органов брюшной полости и малого таза, развернутый анализ крови
3. при верификации диагноза – рак желудка- консультация и лечение у онколога
4. абсолютный риск развития рака - 70—90%. Это больные с синдромом Гарднера, лица с аденомами желудка, лица с дисплазией желудка, пищевод Баррета (в отношении проксимального рака желудка)
5. Больные, у которых обнаруживают слабую дисплазию, подлежат длительному наблюдению с интервалами раз в год. При умеренной дисплазии интервалы взятия повторных биопсий укорачивают до полугода. Больных с тяжелой дисплазией подвергают тщательному эндоскопическому исследованию с обязательными и множественными повторными биопсиями с интервалами, не превышающими три месяца. При этом следует думать не столько о возможной малигнизации этой дисплазии, сколько о поисках рака, учитывая частое сосуществование рака и тяжелой дисплазии.

Эталоны ответов к задаче № 3

1. Обострение хронического преимущественно антрального Н.р.-ассоциированного гастрита
2. ФГДС с биопсией, Н.р.-статус, развернутый анализ крови, гастропанель
3. Уменьшение количества нормальных антральных желез, выраженный склероз, отсутствие воспалительной реакции, Н.р.- «+».
4. Атрофия описывается как необратимое уменьшение количества нормальных желез с замещением их метаплазированным эпителием или фиброзной тканью.
5. Эрадикация, базисная профилактика (правильное питание – овощи, фрукты, антиоксиданта: витамины А, В, Е), отказ от курения, приема алкоголя

Эталоны ответов к задаче №4

1. Обострение хронического Н.р.-ассоциированного пангастрита, дуоденита.
2. Биопсия СОЖ, Н.р.-статус, развернутый анализ крови
3. Антральный и фундальный

4. Кишечная метаплазия - замещение эпителия клетками, не свойственными или всему органу (кишечная и реснитчатая метаплазия) или его функционально/морфологическому отделу (пилорическая метаплазия). В участках метаплазии представлены все клеточные элементы, свойственные кишечному эпителию: каемчатые, бескаемчатые и бокаловидные энтероциты, а также клетки с апикальной зернистостью и эндокринные.
4. в последнее время выделяют 2 фенотипа ХГ - классический антральный и фундальный.
5. Эрадикационное лечение с контролем полноты эрадикации через 4 недели

Эталоны ответов к задаче №5

1. прием НПВП
2. пожилой возраст, пол, вид и доза препарата, продолжительность лечения, курение, употребление алкоголя, одновременный прием других препаратов, Н.р.-инфекция, сопутствующая патология (ГЭРБ, цирроз печени, патология ССС, гастропарез).
3. НПВП- ассоциированный антральный (с наличием острых эрозий) гастрит
4. отменить прием НПВП, антитела к Н.р., эрадикационная терапия при наличии Н.р.
5. ИПП

6. Перечень практических умений по данной теме

- провести обследование больных с ГЭРБ, (УК 1, ПК 5)
- выделить кардинальные синдромы заболевания; интерпретировать полученные клинические данные, (УК 1, ПК 5)
- наметить план обследования и лечения пациента, , (УК 1, ПК 5)
- интерпретировать данные дополнительных методов исследования (данные УЗИ, ФГС, рентгеноскопии пищевода и желудка, интрапищеводной рН-метрии (УК 1, ПК 5),
- владеть наиболее информативными методами диагностики ГЭРБ, , (УК 1, ПК 5)
- владеть современными схемами ведения больных с ГЭРБ, пищеводом Баррета, (УК 1, ПК 5, ПК 6)
- Диспансеризация больных с ГЭРБ, вопросы ВТЭ (УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8)

Язвенная болезнь:

- провести обследование больных с ЯБ; (УК 1, ПК 5)
- интерпретировать полученные клинические данные, (УК 1, ПК 5)
- наметить план обследования и лечения пациента, (УК 1, ПК 5, ПК 6)
- интерпретировать данные дополнительных методов исследования (данные ФГС, интрагастральной рН), (УК 1, ПК 5)
- уметь диагностировать важнейшие осложнения, в том числе требующих незамедлительного хирургического вмешательства, (УК 1, ПК 5, ПК 6,)
- владеть наиболее информативными методами диагностики ЯБ, в том числе диагностики Н.р.-статуса (УК 1, ПК 5)

владеть современными схемами ведения больных ЯБ, в том числе программой эрадикационной терапии. (Маастрихт, 2015). Диспансеризация больных с ЯБ, вопросы ВТЭ(УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 1, ПК 2)

Хронические гастриты

провести обследование больных с ХГ, (УК 1, ПК 5)

выделить кардинальные синдромы заболевания; интерпретировать полученные клинические данные, (УК 1, ПК 5)

наметить план обследования и лечения пациента, (УК 1, ПК 5, ПК 6)

интерпретировать данные дополнительных методов исследования (данные УЗИ, ФГС, рентгеноскопии желудка, биопсии СОЖ),

владеть наиболее информативными методами диагностики ХГ(УК 1, ПК 5)

владеть современными схемами ведения больных ХГ, остановкой кровотечений. (УК 1, ПК 5, ПК 6)

Диспансеризация больных с ХГ, вопросы ВТЭ. (УК 1, ПК 5, ПК 6)

Тематика НИР по теме: Влияние пролонгированной терапии ИПП на течение пищевода Барретта

-Эффективность 10- дневной тройной терапии с ди-нолем в условиях г. Красноярска

- Эффективность тройной эрадикационной терапии с добавлением препаратов висмута у больных с хроническим Н.р.-ассциированным антральным гастритом

8. Рекомендуемая литература по теме занятия:

Перечень основной литературы

				Кол-во экземпляров	
№ п/ п	Наименование, вид издания	Автор(- ы), составит ель(-и), редактор (-ы)	Место издания, издатель ство, год	В библиот еке	На кафе дре
1	2	3	4	5	6
1.	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов. Т. 1.. - Режим доступа: https://www.books-up.ru/ru/read/vnutrennie-bolezni-v-2-t-t-1-2990917/	ред. С. И. Рябов	СПб. : СпецЛит, 2015.	ЭБС Букап	-/-

2.	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов. Т. 2.. - Режим доступа: https://www.books-up.ru/ru/read/vnutrennie-bolezni-v-2-t-t-2-2991838/	ред. С. И. Рябов	СПб. : СпецЛит, 2015.	ЭБС Букап	-/-
3.	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник. Т. 1. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970433102.html	ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.	ЭБС Консультант студента (ВУЗ)	-/-
4	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник. Т. 2. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970433119.html	ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.	ЭБС Консультант студента (ВУЗ)	-/-
5	Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : руководство. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432730.html	Я. С. Циммерман	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.	ЭМБ Консультант врача	-/-

Перечень дополнительной литературы

				Кол-во экземпляров	
1	2	3	4	5	6
1	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: анатомо-эндоскопические и клинико-инструментальные основы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения	О. Б. Дронова, И. И. Каган, А. А. Третьяков	М. : БИНОМ, 2014.	1	- / -
2	Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : рук. для врачей. - Режим доступа: https://www.books-up.ru/read/gastroenterologiya-	ред. Е. И. Ткаченко	СПб. : СпецЛит, 2013.	ЭБС Букап	- / -

3001020/?page=1				
3 Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : руководство. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432730.html	Я. С. Циммерман	М. : ГЭОТ АР-Медиа, 2015.	ЭМБ Консультант врача	- / -
4 Классификации заболеваний внутренних органов [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: https://www.books-up.ru/read/klassifikacii-zabolevanij-vnutrennih-org	ред. А. В. Гордиенко, В. Ю. Голофеевский	СПб. : СпецЛит, 2013.	ЭБС Букап	- / -

Электронные ресурсы:

ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
 ЭБС Консультант студента ВУЗ
 ЭМБ Консультант врача
 ЭБС Айбукс
 ЭБС Букап
 ЭБС Лань
 ЭБС Юрайт
 СПС КонсультантПлюс
 НЭБ eLibrary
 БД Sage
 БД Oxford University Press
 БД ProQuest
 БД Web of Science
 БД Scopus
 БД MEDLINE Complet

Индекс ОД.0.01.1.4.31 Тема занятия: «Хронические вирусные и невирусные гепатиты (лекарственные и аутоиммунный)»

2. Формы работы: Подготовка к практическим занятиям

- Подготовка по НИР

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия:

1. Современные представления об патогенезе хронических вирусных гепатитов (ХГ). (УК1, ПК5)
2. Особенности хронического гепатита В(УК1, ПК5)

3. Особенности хронического гепатита С (УК1, ПК5)
4. Особенности хронического гепатита Д (УК1, ПК5)
5. Клинические проявления ХВГ. (УК1, ПК5)
6. Диагностика ХВГ. (УК1, ПК5)
7. Современные подходы к терапии ХГ В (УК1, ПК5, ПК 6)
8. Современные подходы к терапии ХГС(УК1, ПК5, ПК 6)
9. Современные подходы к терапии ХГД (УК1, ПК5, ПК 6)

Аутоиммунный гепатит

1. Этиология и патогенез аутоиммунных гепатитов (УК 1, ПК5)
2. Классификация аутоиммунных гепатитов (УК 1, ПК5)
3. Особенности клиники аутоиммунных гепатитов (УК 1, ПК5)
4. Диагностика аутоиммунных гепатитов(УК 1, ПК5)
5. Лечение аутоиммунных гепатитов (УК 1, ПК5, ПК 6)
6. Перекрестные синдромы (УК 1, ПК5)

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы: (УК1, ПК5, ПК 6)

1. В НУКЛЕОКАПСИД ВИРУСА В ВХОДЯТ:

- 1) НВсAg (coreAg), НВеAg, НВхAg
- 2) только НВсAg (coreAg)
- 3) только НВеAg
- 4) только НВсAg (coreAg) и НВхAg
- 5) только НВеAg и НВхAg

2. НА ОСНОВЕ ФИЛОГЕНЕТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА СТРОЕНИЯ ГЕНОМА ВИРУСА В И ЕГО S-ГЕНА ВЫДЕЛЯЮТ:

- 1) основных генотипов вируса В
- 2) 10 основных генотипов вируса В
- 3) 2 основных генотипов вируса В
- 4) 8 основных генотипов вируса В
- 5) 12 основных генотипов вируса В

3. В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫ ГЕНОТИПЫ ВИРУСА В:

- 1) Д и А
- 2) В
- 3) Е и G
- 4) С
- 5) С и В

4. ФАЗА ИММУННОЙ ТОЛЕРАНТНОСТИ HBV ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) HBsAg +, HBeAg+, HBe Ab -, высокий уровень ДНК HBV, АЛТ норма, морфологическая картина в печени –норма
- 2) HBsAg+ и HBeAg+ снижение вирусной нагрузки - ДНК HBV, значительное увеличение АЛТ, формирование значительных некровоспалительных изменений в печени и ускоренное прогрессированием фиброза)
- 3) HBsAg +, HBeAg-, HBe Ab +, низкий или неопределяемый уровень ДНК HBV, АЛТ норма, морфологическая картина в печени –норма
- 4) HBsAg+ и HBeAg-, HBe Ab +, ДНК HBV +, увеличение АЛТ, формирование значительных некровоспалительных изменений в печени
- 5) HBsAg -, ДНК HBV+ в ткани печени, HBs Ab +

5.3А СУТКИ HCV МОЖЕТ СИНТЕЗИРОВАТЬ

- 1) 10 в 3 степени антигенных вариантов вируса
- 2) 10 в 6 степени антигенных вариантов вируса
- 3) 10 в 12 степени антигенных вариантов вируса
- 4) 10 в 20 степени антигенных вариантов вируса
- 5) 10 в 5 степени антигенных вариантов вируса

6. ТЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА ПРИ ГЕПАТИТЕ С ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ФАЗЫ:

- 1) острую, подострую и хроническую
- 2) латентную и фульминантную
- 3) скрытую и манифестную
- 4) активную и неактивную
- 5) острую, латентную, фазу реактивации

7. ВАЖНЕЙШЕЙ ОСОБЕННОСТЬЮ HDV ЯВЛЯЕТСЯ :

- 1) его зависимость от наличия вируса В
- 2) его зависимость от наличия вируса С
- 3) от наличия вируса ВИЧ
- 4) от наличия цитомегаловируса
- 5) от наличия ретровируса

8. ПОКАЗАНИЯ К ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ХГВ

- 1) Все пациенты с хроническим гепатитом В HBeAg-положительные или - негативные, с определяемым ДНК HBV > 2000 МЕ мл и пациенты компенсированным и декомпенсированным ЦП с любым уровнем определения ДНК HBV, и независимо от уровня АЛТ.
- 2) только пациенты с компенсированным ЦП
- 3) только пациенты с декомпенсированным ЦП
- 4) только пациенты с ХГС при продвинутом фиброзе

5) только пациенты перед трансплантацией печени

9. ПАЦИЕНТЫ С РЕПЛИКАТИВНОЙ HBV-ИНФЕКЦИЕЙ И ВНЕПЕЧЕНОЧНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ДОЛЖНЫ ПОЛУЧАТЬ

- 1) NA
- 2) PegIFNa
- 3) PegIF
- 4) Рибавирин
- 5) PegIF + Рибавирин

10. ПАЦИЕНТЫ, ИНФИЦИРОВАННЫЕ HCV ГЕНОТИПОМ 1, МОГУТ ЛЕЧИТЬСЯ

- 1) усиленный ритонавиром Паритапревир, омбитасвир и дасабувир
- 2) Sofosbuvir / velpatasvir
- 3) Тенофовир
- 4) Энтековир
- 5) Гразопревир / эльбасвир

Эталоны ответов: 1-1, 2-2, 3-1, 4-1, 5-3, 6-5, 7-1, 8-1, 9-1, 10-1

Аутоиммунный гепатит (УК 1, ПК 1, ПК 2, ПК5, ПК 6)

1. АИГ ОБНАРУЖИВАЮТ У

- 1) 30-40% населения Европы
- 2) 10-15% населения Европы
- 3) 16–18 случаев на 100 000 жителей Европы
- 4) у 5% населения Европы
- 5) у 20-30% населения Европы

2. К ОСНОВНЫМ АУТОИММУННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ПЕЧЕНИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) Хронический гепатит Д
- 2) Хронический гепатит В
- 3) Болезнь Вильсона
- 4) Гемохроматоз
- 5) АИГ, ПСХ, ПБХ

3. ДЛЯ АИГ 1 ПОДДТИПА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ В КРОВИ

- 1) анти- LKM3
- 2) анти-LKM1
- 3) анти-LC1
- 4) ANA и SMA
- 5) AMA

4. ДЛЯ АИГ 2 ПОДДТИПА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ В КРОВИ

- 1) ANA

- 2) АМА
- 3) SMA
- 4) анти-SLA/ LP
- 5) анти-LKM1

5. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ДЛЯ АИГ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Гепатомегалия
- 2) лихорадка
- 3) Желтуха и кожный зуд
- 4) Артралгии
- 5) носовые кровотечения

6. ДИАГНОЗ АИГ ПРЕЖДЕ ВСЕГО ОСНОВАН НА ОБНАРУЖЕНИИ

- 1) аутоантител, гипергаммаглобулинемии и типичной или характерной гистологической картины (перипортальный гепатит, перипортальный некроз, эмбриополес и гепатоцитарные розетки)
- 2) сочетанного повышения трансаминаз и гамма- глутаминтранспептидазы
- 3) изолированного повышения трансаминаз
- 4) изолированного повышения гамма- глутаминтранспептидазы
- 5) гипербилирубинемии, повышения щелочной фосфатазы и гамма-глутаминтранспептидазы

7. СОЧЕТАНИЕ ЦИТОЛИТИЧЕСКОГО И МЕЗЕНХИМАЛЬНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) острого вирусного гепатита С
- 2) острого вирусного гепатита В
- 3) аутоиммунного гепатита
- 4) хронического гепатита В в фазе интеграции
- 5) гемохроматоза

8. НАИБОЛЕЕ РАННИМ И ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ПЕЧЕНОЧНОГО ЦИТОЛИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) повышение активности аланиновой аминотрансферазы
- 2) повышение активности альдолазы
- 3) повышение активности аспарагиновой аминотрансферазы
- 4) гипоальбуминемия
- 5) повышение уровня сывороточного железа

9. ТИМОЛОВАЯ ПРОБА НАХОДИТСЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИЗМЕНЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ В СЫВОРОТКЕ

- 1) альбумина
- 2) фибриногена
- 3) β -глобулина
- 4) γ -глобулина
- 5) билирубина

10. ПЕРИПОРТАЛЬНЫЙ ГЕПАТИТ, ПЕРИПОРТАЛЬНЫЙ НЕКРОЗ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1) гемохроматоза
- 2) желчнокаменной болезни
- 3) жировой дистрофии печени
- 4) АИГ
- 5) микронодулярного цирроза печени

Эталоны ответов

1-3, 2-5, 3-4, 4-5, 5-1, 6-1, 7-3, 8-1, 9-4, 10-4

5. Самоконтроль по ситуационным задачам:

Задача №1 (УК1, ПК5, ПК 6)

Больного Б., 1982 года рождения, в 5-летнем возрасте через несколько месяцев после аденоидэктомии стали беспокоить выраженная слабость, снижение аппетита. После выраженной инсоляции слабость усиливалась, появлялась истеричность склер. Госпитализирован в стационар по месту жительства, где впервые выявлено увеличение печени и селезенки. Изменения лабораторных показателей за тот период неизвестны. Был установлен диагноз хронического активного гепатита и начато лечение преднизолоном в суточной дозе 20 мг с последующим снижением и полной отменой препарата в течение 6 месяцев. Отмечалась некоторая положительная динамика, однако после отмены преднизолона состояние вновь ухудшилось, появилась желтуха. При последующих госпитализациях – диагноз хронический АИГ, назначаемая гормонотерапия с непродолжительным положительным эффектом. В 17-летнем возрасте был направлен в одну из клиник г. Красноярска, где при обследовании найдено увеличение печени и селезенки, истеричность склер, 3-кратное увеличение уровня билирубина за счет прямого, 5-кратное увеличение активности АЛТ, повышение уровня общего белка до 92 г/л, гамма-глобулинов – до 36 г/л, неизмененные уровни альбуминов и протромбина, отсутствие HBs Ag и других сывороточных маркеров вирусных гепатитов, ANA –отрицательные. Вновь заболевание было расценено как хронический активный гепатит с формированием цирроза печени и возобновлена терапия преднизолоном. Морфологическое

исследование печени не проводилось и, несмотря на непрерывную терапию гормонами, сохранялись лабораторные признаки активности печеночного процесса. Через несколько месяцев сформировалось варикозное расширение вен пищевода, асцит, спленомегалия (18,8 см по длинику), отмечено снижение уровня альбуминов (30 г/л) и протромбинового индекса (41-68%), тромбоцитопения ($80 \cdot 10^9$ в 9/л).

1. Ваш предположительный диагноз и почему он наиболее вероятен?
2. Какие дополнительные методы исследования следует провести?
3. Какие не характерные черты предполагаемого заболевания имеются у данного пациента?
4. С какой патологией нужно провести дифференциальный диагноз?
5. Необходимые лечебные мероприятия?

Задача №2 (УК1, ПК5, ПК 6)

Больной Х., 33 лет впервые отметил появление лихорадки до 39 С с ознобом, примесь крови в стуле, боли в животе в околопупочной области, диареи 3-4 раза в сутки, похудание за 2 недели перед поступлением. В настоящее время появилась истеричность склер, кожный зуд. При поступлении состояние средней тяжести, имеется желтушность кожных покровов и видимых слизистых оболочек, следы расчесов на коже. При пальпации отмечается болезненность вокруг пупка, печень увеличена на 2 поперечных пальца из-под края реберной дуги, край закруглен, плотно-эластической консистенции, селезенка не пальпируется. Тахикардия до 90 ударов в минуту, ритм сохранен, АД – 110/70 мм рт ст. Патологии со стороны системы органов дыхания не выявлено.

Результаты дополнительных методов исследования: Нб – 110 г/л, эр – $3,0 \times 10^{12}$ /л, Л – $3,9 \times 10^9$ /л, СОЭ – 55 мм/ч. Общий билирубин крови: 93,4 мкмоль/л, прямой – 80 мкмоль/л, непрямой – 13,3 мкмоль/л, тимоловая проба – 44 ед. Общий белок – 56 г/л, альбумины – 45%, глобулины - α_1 – 4,2%, α_2 – 6,3%, β - 10,3%, γ - 34,2%, ПТИ – 90 %. Щелочная фосфатаза – 1246 ед, гамма ГТП – 267 ед, холестерин – 7,96 ммоль/л, бета-липопротеиды – 99 ед, АСТ -61, АЛТ 126 ед. По данным УЗИ – печень несколько увеличена, больше за счет левой доли, селезенка, поджелудочная железа – без патологических изменений, желчный пузырь- размеры в пределах нормы, стенка -4 мм, конкрементов не найдено.

По данным колоноскопии и ФГС – преимущественно сегментарное поражение подвздошной и 12-перстной кишки виде эрозий и единичных щелевых язв на фоне гиперемии СО. Биопсия СО кишечника не проводилась. По данным пункционной биопсии печени – дольковое строение сохранено, портальные тракты расширены, за счет склероза. Предуктально определяются мощные тяжи соединительной ткани, просвет желчных протоков сужен. Эпителий в отдельных протоках пролиферирует, имеются

скопления лимфоидных элементов. АМА-1 отрицательные, сывороточные маркеры вирусных гепатитов отрицательные

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования следует провести?
3. Какие морфологические данные Вы ожидаете получить при биопсии СО кишечника?
4. С какой патологией нужно провести дифференциальный диагноз?
5. Необходимые лечебные мероприятия?

Задача № 3 (УК1, ПК5, ПК 6)

Больная С., 45 лет, жалуется на кожный зуд, тяжесть в правом подреберье, желтушное окрашивание кожных покровов, склер, похудание, слабость.

Больной себя считает около года, когда впервые стали беспокоить вышеуказанные жалобы. Последнюю неделю отмечает повышение температуры тела до субфебрильных цифр, кровоточивость из десен, выраженную утомляемость.

При осмотре: состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые желтушны. Ксантомы на веках, локтях. Кожа на ладонях и подошвенной поверхности стоп пигментирована. Больная пониженного питания. Пульс 60 в мин, ритмичен, АД – 105/70 мм рт.ст. Со стороны органов дыхания патологии не найдено. Живот болезнен в правом подреберье, где пальпируется увеличенная на 5 см из-под края реберной дуги, плотная, болезненная с острым краем печень. Область желчного пузыря безболезненна. Селезенка увеличена, пальпируется на 2-2,5 см из-под края реберной дуги.

По данным УЗИ наличие камней в желчном пузыре не выявлено, печень увеличена больше левой долей. Размеры ККР - , селезенка – 167 *65 мм, свободной жидкости в брюшной полости нет. Поджелудочная железа нормальных размеров, контуры четкие. В биохимических анализах крови - общий билирубин 80 мкмоль/л, прямая фракция - 68 мкмоль/л, реакция прямая быстрая, холестерин – 9,2 ммоль/л, ЩФ – 812 ед (норма 360), ГГТП – 212 ед/л (норма 61), общий белок 60 г/л, альбумины 47,2%, глобулины – 52,8%, СОЭ – 36 мм/ч, антимитохондриальные антитела в титре 1:67.

1. Ваш диагноз?
2. План обследования?
3. Какие морфологические данные Вы ожидаете получить при биопсии печени?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?
5. Лечение?

Задача № 4 (УК1, ПК5, ПК 6)

Больной М., 43 года, около 3-х лет назад перенес острый вирусный гепатит В. Через год при медицинских осмотрах стали находить увеличение печени. Больному было рекомендовано обследование в стационаре, но он продолжал работать. Последние полгода состояние ухудшилось: отмечает повышенную утомляемость, постоянно беспокоят тошнота, боль в правом подреберье, желтушность склер и кожных покровов.

При объективном обследовании: состояние больного удовлетворительное. Легкие и сердце без патологии. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный, АД – 120/80 мм рт.ст. На грудной клетке единичные сосудистые «звездочки». Живот при пальпации болезнен в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3-4 см, умеренной плотности, болезненная, край закруглен. Селезенка не увеличена.

1. Ваш диагноз?
2. Дополнительные методы исследования?
3. Перечислите основные синдромы заболевания у данного больного?
4. Схемы противовирусной терапии ХГВ?
5. Профилактика ХГВ?

Задача № 5 (УК1, ПК5, ПК 6)

Больная С., 25 лет, жалуется тяжесть в правом подреберье, тошноту, похудание, слабость.

Больной себя считает около года, когда впервые стали беспокоить вышеуказанные жалобы. Последнюю неделю больная отмечает повышение температуры тела до субфебрильных цифр, кровоточивость из десен, выраженную утомляемость.

При осмотре: состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые желтушны. Больная пониженного питания. ЧСС – 80 ударов в минуту, АД – 100/70 мм рт.ст. Со стороны системы органов дыхания патологии не найдено. Живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена на 5 см из-под края реберной дуги, плотная, болезненная, желчный пузырь не пальпируется, селезенка не увеличена.

По данным УЗИ – печень увеличена, сосудистый рисунок обеднен, желчный пузырь нормальных размеров, стенка 4 мм, конкрементов не выявлено. Поджелудочная железа без патологических отклонений. Размеры селезенки – 112* 67 мм. В биохимических анализах крови - общий билирубин 66 мкмоль/л, реакция прямая, быстрая, АЛТ – 320 ед (норма – 40), АСТ – 120 (норма – 36), холестерин – 5,2 ммоль/л, щелочная фосфатаза – 270 ед (норма 360), β-липопротеиды – 31ед, ГГТП 826 ед (норма -60), общий белок – 60,0 г/л, альбумины – 42,2%, гамма-глобулины 36 %, СОЭ – 56 мм/ч, антимитохондриальные антитела, HBs Ag, анти HCV - отрицательные.

1. Ваш диагноз?
2. План обследования?

3. С какими патологиями следует провести дифференциальный диагноз?
4. Перечислите основные синдромы заболевания?
5. Лечение?

Эталоны ответов к ситуационным задачам:

Эталоны ответов к задаче №1

1. БВК, методом исключения АИГ, т.к. причинами раннего развития цирроза печени у детей является БВК и АИГ
2. Уровень церулоплазмينا в сыворотке крови, исследование роговицы щелевой лампой (кольцо Флейшера), уровень выделения меди с мочой, содержание меди в ткани печени (в норме 50 мкг на 1 г сухой массы), консультация невропатолога (поражение ЦНС)
3. гипергамма-глобулинемия, ранний дебют заболевания с признаков поражения печени, отсутствие поражений ЦНС и признаков поражения других органов и систем, нет родственников, страдающих БВК
4. С вирусными гепатитами, АИГ
5. Ортотопическая трансплантация печени, прием Д-пенициллина, симптоматическая терапия ПГ и ПЖ

Эталоны ответов к задаче №2

1. ПСХ в ассоциации с БК с преимущественным поражением 12-перстной и подвздошной кишки
2. УЗИ органов брюшной полости, ФГС, состояние иммунного статуса, определение концентрации СА-19-9 (диагностика холангиокарциномы)
3. обильная инфильтрация лимфомакрофагальными элементами с примесью плазматических клеток, возможно наличие гранулем
4. С ПБЦ
5. Препараты УДХК, трансплантация печени

Эталоны ответов к задаче № 3

1. Первичный билиарный цирроз печени.
2. общий анализ крови с подсчетом тромбоцитов, ретикулоцитов, анализ мочи с определением желчных пигментов и уробилина, АЛТ, АСТ, β -липопротеиды, сахар, «печеночные» пробы -протромбин, анализ крови на гемостаз, фибриноген, тимоловая проба, общий белок и фракции, диагностика мезенхимально-воспалительного синдрома - иммуноглобулины, ЦИК, СОЭ, лейкоцитоз. Пункционная биопсией печени, колоноскопия.
3. Холестаз, пролиферация желчных протоков, септальный фиброз, гранулемы
4. С ПСХ
5. Лечение: урсодезоксихолевая кислота 15 мг/ кг, сеансы плазмафереза, гемосорбции, пересадка печени.

Эталоны ответов к задаче № 4

1. Хронический гепатит В, репликация.
2. HBs Ag, количественная ПЦР на наличие ДНК HBV, ПЦР на наличие РНК HDV, общие анализы крови и мочи, уровень билирубина и его фракции, общий белок и белковые фракции, уровень холестерина крови, β -липопротеидов, ЩФ, АсАТ, АлАТ, ГГТП, тимоловая проба, сахар крови, ФГДС, RRS, УЗИ печени, селезенки, желчного пузыря, поджелудочной железы.
3. Гепатомегалия, холемиа, астеновегетативный синдром.
4. Монотерапия ПЕГ ИФ или терапия нуклеозидами (энтековир, телбивудин) сроком не менее 48 недель.
2. А) Тестирование донорской крови. Б) Вакцинация. В отношении ХГВ вакцинация приоритетна. В настоящее время используются следующие вакцины: Энджерикс В, ЛТД, Н-В-VaxII. Активная иммунизация показана: HBsAg-негативным контактным с больными лицами, больным хронической почечной недостаточностью, находящимся на гемодиализе, персоналу учреждений для умственно отсталых, стоматологам, гомосексуалистам, проституткам при впервые возникшем асците, у всех госпитализированных в стационар больных с асцитом, а также при необъяснимом ухудшении состояния у больных циррозом печени и асцитом.

Эталоны ответов к задаче № 5

1. Хронический аутоиммунный гепатит
2. определение антиядерных (ANA) антител, антител к гладкой мускулатуре (SMA), а также микросомальных антител к почкам и печени (LKM) и антител к растворимому печеночному антигену (SLA). Уровень церулоплазмينا в сыворотке крови, общий анализ крови с подсчетом тромбоцитов, ретикулоцитов, анализ мочи с определением желчных пигментов и уробилина, печеночные пробы – протромбиновое время и индекс, фибриноген, анализ крови на гемостаз, фибриноген, тимоловая проба, общий белок и фракции, диагностика мезенхимально-воспалительного синдрома - иммуноглобулины, ЦИК, СОЭ, лейкоцитоз, тимоловая проба, ФГДС,
3. С БВК, лекарственным гепатитом, ПБЦ
4. Астено-вегетативный, лихорадочный, гепатомегалия, желтуха, цитолиз, мезенхимально-воспалительный синдром
5. Лечение глюкокортикоиды (преднизолон в дозе 60 мг.

Поддерживающая доза через 6 недель -7,5-10 мг, с 3 недели+ азатиоприн 50 мг/сут, с 5 недели -100 мг/сут)). Лечение преднизолоном в основном проводится длительно: от 6 мес до 2 лет, а у ряда больных - в течение всей жизни. Поддерживающая доза азатиоприна назначается на 3-6 месяцев

Аутоиммунный гепатит

Задача 1. (УК 1, ПК 5, ПК 6)

Больная С., 25 лет, жалуется тяжесть в правом подреберье, тошноту, похудание, слабость.

Больной себя считает около года, когда впервые стали беспокоить вышеуказанные жалобы. Последнюю неделю больная отмечает повышение температуры тела до субфебрильных цифр, кровоточивость из десен, выраженную утомляемость.

При осмотре: состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые желтушны. Больная пониженного питания. ЧСС – 80 ударов в минуту, АД – 100/70 мм рт.ст. Со стороны системы органов дыхания патологии не найдено. Живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена на 5 см из-под края реберной дуги, плотная, болезненная, желчный пузырь не пальпируется, селезенка не увеличена.

По данным УЗИ – печень увеличена, сосудистый рисунок обеднен, желчный пузырь нормальных размеров, стенка 4 мм, конкрементов не выявлено. Поджелудочная железа без патологических отклонений. Размеры селезенки – 112* 67 мм. В биохимических анализах крови - общий билирубин 66 мкмоль/л, реакция прямая, быстрая, АЛТ – 320 ед (норма – 40), АСТ – 120 (норма – 36), холестерин – 5,2 ммоль/л, щелочная фосфатаза – 270 ед (норма 360), β-липопротеиды – 31ед, ГГТП 826 ед (норма -60), общий белок – 60,0 г/л, альбумины – 42,2%, гамма-глобулины 36 %, СОЭ – 56 мм/ч, антимитохондриальные антитела, HBs Ag, анти HCV - отрицательные.

1. Ваш диагноз?
2. План обследования?
3. С какими патологиями следует провести дифференциальный диагноз?
4. Перечислите основные синдромы заболевания?
5. Лечение?

Задача 2. (УК 1, ПК 5, ПК 6)

Женщина, 32 лет, в течение 3-х лет страдает заболеванием печени с частыми рецидивами. При поступлении умеренная желтуха. Тоны сердца глухие. Печень по Курлову 16 x 14 x 10 см, уплотнена, селезенка на 2 см из -под реберной дуги. Рентгенологически в синусах небольшое количество выпота, дисковидные ателектазы, выпот в перикарде. Эритроциты 3,2 лейкоциты 3,9 СОЭ 44 мм тромбоциты 112, 2. Белок 72 г/л, альбумины 44%. Глобулины: а1 4% а.2 9% б 11% у 32%. Связанный билирубин 56 ммоль/л, свободный 38 ммоль/л. RW (+). АСТ , АЛТ 206, ЦИК 908 у.е.

1. Диагноз, каков механизм и форма данного заболевания?
2. Какова форма желтухи?
3. Какие характерны иммунологические показатели для данной патологии?
4. План лечения больной (основная патогенетическая терапия).
5. Противопоказания к назначению кортикостероидов.

Задача 3. (УК 1, ПК 5, ПК 6)

Больной М., 43 года. Около 3-х лет получает кордарон по поводу нарушений ритма сердца. Через год при медицинских осмотрах стали находить увеличение печени. Больному было рекомендовано обследование в стационаре, но он продолжал работать. Последние полгода состояние больного ухудшилось: отмечает повышенную утомляемость, постоянно беспокоит тошнота, тяжесть в правом подреберье, субфебрильная температура тела. Больной обратился к врачу.

Объективно: состояние удовлетворительное. Легкие и сердце без патологии. Пульс 80 в мин, АД – 120/80 мм рт.ст. Язык умеренно влажный, слегка обложен беловатым налетом. Живот при пальпации болезнен в правом подреберье. Печень вступает из-под края реберной дуги на 1,5-2 см, умеренной плотности, болезненная. Селезенка не увеличена. АСТ 2,5 нормы, АЛТ 25 норм.

1. Ваш диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. План обследования?
4. Перечислите основные синдромы заболевания?
5. Лечение?

Задача 4. (УК 1, ПК 5, ПК 6)

Больная 33 года, хирургическая медсестра, в течение нескольких лет жалуется на слабость, снижение работоспособности. При обследовании выявлены повышение АЛТ до 15 норм, тимоловая 8. Длительное время принимает НПВП по поводу распространенного остеохондроза. На УЗИ – умеренная гепатомегалия, селезенка не увеличена, вор.вена-8мм, сел.вена-0,6 см. На ФГС- эрозивный антральный гастрит, Н.р.- отрицательный.

1. ваш диагноз?
2. дополнительное обследование?
3. Лечение?
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
5. Перечислите основные синдромы заболевания?

Задача 5. (УК 1, ПК 5, ПК 6)

Больная С., 45 лет, жалуется на кожный зуд, тяжесть в правом подреберье, желтушное окрашивание кожных покровов, склер, похудание, слабость.

Больной себя считает около года, когда впервые стали беспокоить вышеуказанные жалобы. Последнюю неделю больная отмечает повышение температуры тела до субфебрильных цифр, кровоточивость из десен,

выраженную утомляемость. В течение 20 лет принимала контрацептивные препараты.

При осмотре: состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые желтушны. Ксантомы на веках, локтях. Кожа на ладонях и подошвенной поверхности стоп пигментирована. Больная пониженного питания. Пульс 60 в мин, АД – 105/70 мм рт.ст. В легких без патологии. Живот болезнен в правом подреберье. Печень увеличена на 5 см из-под края реберной дуги, плотная, болезненная, желчный пузырь не пальпируется, селезенка увеличена, у края реберной дуги, плотная.

По данным УЗИ, наличие камней в желчном пузыре не выявлено.

Установлена гипербилирубинемия (общий билирубин 80 мкмоль/л, за счет прямой фракции), холестерин – 9,2 ммоль/л, ЩФ – 676 ммоль/л, ГГТП – 122, общий белок 60 г/л, альбумины 47,2%, глобулины – 52,8%, СОЭ – 36 мм/ч, антимитохондриальные антитела отрицат.

1. Ваш диагноз?
2. Основные синдромы заболевания
3. План обследования?
4. Лечение

Эталонные ответы к ситуационным задачам

Эталонные ответы к задаче 1.

1. Хронический аутоиммунный гепатит.
1. Определение антиядерных (ANA) антител, антител к гладкой мускулатуре (SMA), а также микросомальных антител к почкам и печени (LKM) и антител к растворимому печеночному антигену (SLA). Уровень церулоплазмина в сыворотке крови, общий анализ крови с подсчетом тромбоцитов, ретикулоцитов, анализ мочи с определением желчных пигментов и уробилина, печеночные пробы – протромбиновое время и индекс, фибриноген, анализ крови на гемостаз, фибриноген, тимоловая проба, общий белок и фракции, диагностика мезенхимально-воспалительного синдрома - иммуноглобулины, ЦИК, СОЭ, лейкоцитоз, тимоловая проба, ФГДС.
2. С БВК, лекарственным гепатитом, ПБЦ.
3. Астено-вегетативный, лихорадочный, гепатомегалия, желтуха, цитолиз, мезенхимально-воспалительный синдром.
4. Лечение: Назначаются глюкокортикоиды (преднизолон) и цитостатики (азатиоприн, метотрексат). В начале назначается преднизолон в дозе 30-40 мг на 1 мес, затем доза преднизолона снижается на 5 мг в месяц до 10 мг в сутки. Поддерживающая доза принимается не менее 2 лет от начала лечения. При выраженной активности процесса и недостаточной эффективности кортикостероидной терапии добавляют азатиоприн в дозе 50-100 мг в сутки. По мере достижения ремиссии дозу снижают до 25 мг. Поддерживающая доза азатиоприна назначается на 3-6 месяцев.

Эталоны ответов к задаче 2

1. Диагноз: аутоиммунный гепатит
2. Печеночноклеточная.
3. Повышенные титры антител к гладким мышечным волокнам и митохондриям, отсутствие HBs-антигена, anti HCV, высокие ЦИК и гаммаглобулины.
4. Преднизолон 30 - 40 м-г в сутки в течение 4 - 10 недель с последующим снижением до поддерживающей дозы 10 - 20 мг до достижения клинике - лабораторной и гистологической ремиссии (от 6 месяцев до 2 лет).
5. Обострение язвенной болезни; повышенный уровень артериального давления; сахарный диабет; активная форма туберкулёза лёгких; катаракта; геморрагический синдром; хронические бактериальные, вирусные и паразитарные инфекции.

Эталоны ответов к задаче 3.

1. Хронический лекарственный гепатит, высокой степени активности, ассоциированный с приемом кордарона
2. С БВК, АИГ, ПБЦ, гепатитами вирусной этиологии
3. общий анализ крови, ретикулоциты, общий анализ мочи, билирубин и его фракции, холестерин крови, АсАТ, АлАТ, ГГТП, мочева кислота в крови, креатинин, сахар крови, ФГДС, УЗИ органов брюшной полости, серологические маркеры вируса гепатита А, В, С, Д, церулоплазмин, Определение антиядерных (ANA) антител, антител к гладкой мускулатуре (SMA), а также микросомальных антител к почкам и печени (LKM) и антител к растворимому печеночному антигену (SLA).
4. Астеновегетативный, диспептический, гепатомегалия, синдром цитолиза
5. Отмена препарата, Дезинтоксикационная терапия, препараты УДХК, Гептрал

Эталоны ответов к задаче 4

1. Хронический лекарственный гепатит, высокой степени активности, ассоциированный с приемом НВПВ
2. общий анализ крови, ретикулоциты, общий анализ мочи, билирубин и его фракции, холестерин крови, АсАТ, АлАТ, ГГТП, мочева кислота в крови, креатинин, сахар крови, ФГДС, УЗИ органов брюшной полости, серологические маркеры вируса гепатита А, В, С, Д, церулоплазмин, Определение антиядерных (ANA) антител, антител к гладкой мускулатуре (SMA), а также микросомальных антител к почкам и печени (LKM) и антител к растворимому печеночному антигену (SLA).
3. Отмена препарата, Дезинтоксикационная терапия, препараты УДХК, Гептрал
4. С БВК, ПБЦ, гепатитами вирусной этиологии

5. Астеновегетативный, диспептический, синдром цитолиза

Эталоны ответов к задаче 5

1. Возможно цирроз печени, ассоциированный с приемом лекарственных препаратов (контрацептивные препараты), класс В по Ч-П.
2. синдром холестаза, геморрагический, портальной гипертензии
3. общий анализ крови, ретикулоциты, общий анализ мочи, билирубин и его фракции, холестерин крови, АсАТ, АлАТ, ГГТП, мочева кислота в крови, креатинин, сахар крови, ФГДС, УЗИ органов брюшной полости, серологические маркеры вируса гепатита А, В, С, Д. церулоплазмин, Определение антиядерных (ANA) антител, антител к гладкой мускулатуре (SMA), а также микросомальных антител к почкам и печени (LKM) и антител к растворимому печеночному антигену (SLA), гемостаз
4. Дезинтоксикационная терапия, препараты УДХК, Гептрал

6. Перечень практических умений по изучаемой теме:

- провести обследование больных с ХГ; (УК 1, ПК 5)
- интерпретировать полученные клинические данные, (УК 1, ПК 5)
- наметить план обследования и лечения пациента, (УК 1, ПК 5, ПК 6))
- интерпретировать данные дополнительных методов исследования (данные УЗИ, КТ, гепатопанелей), (УК 1, ПК 5)
- владеть наиболее информативными методами диагностики ХГ (УК 1, ПК 5)
- владеть современными схемами ведения больных ХГ. (УК 1, ПК 5, ПК 6)
- Диспансеризация больных с ХГ, вопросы ВТЭ(УК 1, ПК 5, ПК 6)

Аутоиммунный гепатит

- провести обследование больных с АИГ, (УК 1, ПК 5)
- выделить кардинальные синдромы заболевания; интерпретировать полученные клинические данные, (УК 1, ПК 5)
- наметить план обследования и лечения пациента, (УК 1, ПК 5)
- интерпретировать данные дополнительных методов исследования (данные УЗИ, КТ, ФГС, гепатопанелей, биохимических анализов крови, морфологические данные), (УК 1, ПК 5)
- владеть наиболее информативными методами диагностики (УК 1, ПК 5)
- владеть современными схемами ведения больных с АИГ, (УК 1, ПК 5, ПК 6)
- Диспансеризация больных с АИГ, вопросы ВТЭ (УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7)

7. **тематика НИР-** Сравнительная эффективность лечения пациентов с ХГВ различными препаратами группы аналогов нуклеотидов/нуклеозидов
- Соотношение "польза-риск" использования кортикостероидов у больных с АИГ

8. Рекомендуемая литература

Перечень основной литературы				Кол-во экземпляров	
№ п/ п	Наименование, вид издания	Автор(-ы), составитель(-и), редактор(-ы)	Место издания, издательство, год	В библиотеке	На кафедре
1	2	3	4	5	6
1.	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов. Т. 1.. - Режим доступа: https://www.books-up.ru/ru/read/vnutrennie-bolezni-v-2-t-t-1-2990917/	ред. С. И. Рябов	СПб. : СпецЛит, 2015.	ЭБС Букап	-/-
2.	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов. Т. 2.. - Режим доступа: https://www.books-up.ru/ru/read/vnutrennie-bolezni-v-2-t-t-2-2991838/	ред. С. И. Рябов	СПб. : СпецЛит, 2015.	ЭБС Букап	-/-
3.	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник. Т. 1. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970433102.html	ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.	ЭБС Консультант студента (ВУЗ)	-/-
4	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник. Т. 2. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970433119.html	ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.	ЭБС Консультант студента (ВУЗ)	-/-
5	Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : руководство. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432730.html	Я. С. Циммерман	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.	ЭМБ Консультант врача	-/-

1. Перечень дополнительной литературы

2.

				Кол-во экземпляр ов	
1	2	3	4	5	6
1	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: анатомо-эндоскопические и клиничко-инструментальные основы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения	О. Б. Дронова, И. И. Каган, А. А. Третьяков	М. : БИНО М, 2014.	1	- / -
2	Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : рук. для врачей. - Режим доступа: https://www.books-up.ru/read/gastroenterologiya-3001020/?page=1	ред. Е. И. Ткаченко	СПб. : СпецЛит, 2013.	ЭБС Букап	- / -
3	Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : руководство. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432730.html	Я. С. Циммерман	М. : ГЭОТ АР-Медиа, 2015.	ЭМБ Консультант врача	- / -
4	Классификации заболеваний внутренних органов [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: https://www.books-up.ru/read/klassifikacii-zabolevanij-vnutrennih-org	ред. А. В. Гордиенко, В. Ю. Голофеевский	СПб. : СпецЛит, 2013.	ЭБС Букап	- / -

3. Электронные ресурсы:

4. ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
5. ЭБС Консультант студента ВУЗ
6. ЭМБ Консультант врача
7. ЭБС Айбукс
8. ЭБС Букап
9. ЭБС Лань
10. ЭБС Юрайт
11. СПС КонсультантПлюс
12. НЭБ eLibrary
13. БД Sage
14. БД Oxford University Press
15. БД ProQuest
16. БД Web of Science
17. БД Scopus
18. БД MEDLINE Complete

1. Индекс ОД.0.01.1.4.32. Тема занятия: «Холестатические заболевания печени: Первичный билиарный цирроз печени и первичный склерозирующий холангит, болезни накопления»

2.Формы работы: Подготовка к практическим занятиям

- Подготовка к НИР.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия:

- . Современные представления об этиопатогенезе ПБЦ и ПСХ (УК 1, ПК 5)
- 2. Клинические проявления ПБЦ и ПСХ(УК 1, ПК 5)
- 3. Перекресные синдромы(УК 1, ПК 5)
- 4. Диагностика ПБЦ и ПСХ(УК 1, ПК 5)
- 5. значение ретроградной холангиографии в диагностике ПСХ (УК 1, ПК 5)
- 6. Современные подходы к терапии ПБЦ и ПСХ (УК 1, ПК 5, ПК 6)
- 7. Показания к трансплантации печени (УК 1, ПК 5, ПК 6)

Болезни накопления

- Современные представления об этиопатогенезе БВ (УК 1, ПК 5)
- Клинические проявления БВ (УК 1, ПК 5)
- Особенности острого гепатита при БВ (УК 1, ПК 5)
- Особенности хронического гепатита и фульминантной печеночной недостаточности при БВ (УК 1, ПК 5)
- Особенности ЦП при БВ (УК 1, ПК 5)
- Особенности неврологических и психических расстройств при БВ(УК 1, ПК 5)
- Офтальмологические изменения при БВ(УК 1, ПК 5)
- Диагностика БВ. (УК 1, ПК 5)
- Современные подходы к терапии БВ. (УК 1, ПК5 , ПК 6)
- Показания к трансплантации печени при БВ УК 1, ПК5 , ПК 6)

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы: *.(УК 1,ПК 1, ПК 2, ПК 5, ПК 6, ПК 8)

1.УВЕЛИЧЕНИЕ АКТИВНОСТИ ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗЫ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) при внутripеченочном холестазае
- 2) при вирусном гепатите
- 3) при первичном раке печени
- 4) при гемолитической анемии
- 5) при внутripеченочном холестазае, при вирусном гепатите

2. В РАСПОЗНАВАНИИ ПБЦ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) УЗИ
- 2) повышение прямого билирубина
- 3) выявление в анализе крови антимитохондриальных антител 2М
- 4) высокий уровень активности щелочной фосфатазы
- 5) повышение непрямого билирубина

3. ПРИ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ УРОБИЛИНОГЕН В МОЧЕ

- 1) повышается
- 2) снижается
- 3) исчезает
- 4) не изменяется
- 5) снижается и исчезает

4. ПОЯВЛЕНИЕ БИЛИРУБИНА В МОЧЕ УКАЗЫВАЕТ

- 1) на паренхиматозную желтуху
- 2) на подпеченочную желтуху
- 3) на гемолитическую желтуху
- 4) на паренхиматозную желтуху и подпеченочную желтуху
- 5) на синдром портальной гипертензии

5. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ БИЛИАРНОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ДИФFUЗНЫХ БОЛЕЗНЯХ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) желтуха, кожный зуд, увеличенная печень с бугристой поверхностью, высокий уровень активности щелочной фосфатазы
- 2) кожный зуд, повышения активности аминотрансфераз
- 3) высокий уровень активности щелочной фосфатазы, анемия, лейкоцитоз, похудание
- 4) увеличенная печень с бугристой поверхностью, анемия, гипертермия
- 5) ксантелазмы, желтуха, кожный зуд, высокий уровень активности щелочной фосфатазы

6. В ДИАГНОСТИКЕ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ИМЕЮТ ЗНАЧЕНИЕ

- 1) повышения активности аминотрансфераз
- 2) уровня сывороточного железа
- 3) повышения холестерина, липопотеидов
- 4) повышения активности щелочной фосфатазы крови
- 5) повышения непрямого (свободного) билирубина крови

7. ПРИ ПСХ ОПАСНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) развитие аутоиммунного тиреоидита
- 2) развитие нефрита
- 3) лейкопения
- 4) развитие хронических воспалительных заболеваний кишечника
- 5) ускоренное СОЭ

8. ХАРАКТЕРНОЙ ЧЕРТОЙ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) злокачественное клиническое течение
- 2) выраженная гепатомегалия
- 3) желтуха немеханической природы
- 4) повышение сывороточных липидов
- 5) повышение активности аминотрансфераз

9. ПРИ ПЕРВИЧНОМ БИЛИАРНОМ ЦИРРОЗЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ

- 1) кортикостероидов
- 2) гепатопротекторов
- 3) урсодезоксихолевой кислоты
- 4) интерферонов
- 5) нуклеозидов

10. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА при ПБЦ И ПСХ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) глюкокортикоиды
- 2) 3) кортизон
- 3) урсодезоксихолевая кислота
- 4) D-пеницилламин
- 5) роферон

Эталоны ответов

1- 5; 2-3; 3-4; 4-4; 5-5; 6-4; 7-4; 8-4; 9-3; 10-3.

Болезни накопления

(УК 1, ПК 1, ПК 2, ПК 5, ПК 6)

1. В РОССИИ БВ ОБНАРУЖИВАЮТ У

- 1) 30-40% населения
- 2) 10-15%

- 3) 30 случаев заболевания на 1 млн человек
- 4) до 5%
- 5) 20-30%

2. БВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) нарушением экскреции меди из организма, приводящее к избыточному накоплению этого микроэлемента в тканях (прежде всего в печени и головном мозге).
- 2) негнойным деструктивным воспалением, облитерирующим склерозом и сегментарной дилатацией внутри- и внепеченочных желчных протоков
- 3) развитием воспаления и некрозов в 3 зоне
- 4) развитием вторичного билиарного цирроза, портальной гипертензии и печеночной недостаточности
- 5) характеризуется жировой инфильтрацией гепатоцитов и развитием умеренного перипортального фиброза

3. ОСНОВНАЯ РОЛЬ В РЕГУЛЯЦИИ ВНУТРИКЛЕТОЧНОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ МЕДИ ОТВОДИТСЯ

- 1) медь-транспортирующей АТФазе,
- 2) апоцерулоплазмину
- 3) щелочной фосфатазе
- 4) гамма-ГТП
- 5) ацетальдегиддегидрогеназе

4. СКРИНИНГ НА БВ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ У ПАЦИЕНТОВ

- 1) в возрасте от 3 до 40 лет, имеющих необъяснимое повышение активности аминотрансфераз, хронический гепатит, цирроз печени; неврологические и психические изменения неустановленной этиологии, необъяснимую приобретенную Кумбс-отрицательную гемолитическую анемию
- 2) с наличием вторичного билиарного цирроза печени, портальной гипертензии и печеночной недостаточности
- 3) с увеличением АСТ и АЛТ более чем в 30 -50 раз
- 4) при быстро нарастающей желтухе
- 5) с негнойным деструктивным воспалением, облитерирующим склерозом и сегментарной дилатацией внутри- и внепеченочных желчных протоков

5. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА БВ ПРОВОДЯТ

- 1) Исследование экскреции меди с суточной мочой (> 100 мкг за 24 часа) и биоптатов печени – накопление меди в гепатоцитах, определяемое специальной окраской
- 2) исследование гепатопанели
- 3) плотности печени методом эластографии

- 4) МРТ, МСКТ
- 5) ретроградную панкреатохолангиографию

6. НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА-МАНИФЕСТИРУЮТ В ВОЗРАСТЕ

- 1) От 1 до 3 лет
- 2) от 10 до 35 лет
- 3) после 55 лет
- 4) от 20 до 30 лет
- 5) от 10 до 15 лет

7. КУМБС-НЕГАТИВНАЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ ПРИ БВ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИМЕРНО У

- 1) 15% пациентов
- 2) у 50% пациентов
- 3) у 30% пациентов
- 4) 25% пациентов
- 5) у 1,5 % пациентов

8. ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА БОЛЕЗНИ КОНОВАЛОВА-ВИЛЬСОНА ДОСТОВЕРНЫМИ ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) уровень меди в сыворотке крови
- 2) церулоплазмин в сыворотке
- 3) обнаружение кольца Кайзера-Флейшер
- 4) 24-часовая экскреция меди с мочой
- 5) церулоплазмин в сыворотке и обнаружение кольца Кайзера-Флейшер

9. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ТЕРАПИИ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА-ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) глюкокортикоиды
- 2) имуран
- 3) кортизон
- 4) D-пенициламин
- 5) роферон

10. НАЧАЛЬНАЯ ДОЗА D-ПЕНИЦИЛАМИНА СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 1–2 г/сут
- 2) 250–500 мг/сут
- 3) 0,75–1,25 г/сут
- 4) 1,5 г/сут
- 5) 3 г/сут

Эталоны ответов

1-3; 2- 1; 3-1; 4-1; 5-1; 6-2; 7-1; 8-5; 9-4; 10- 2.

5. Самоконтроль по ситуационным задачам:

Задача№1 (УК 1, ПК 1, ПК 2, ПК 5, ПК 6)

Больная С., 45 лет, жалуется на кожный зуд, тяжесть в правом подреберье, желтушное окрашивание кожных покровов, склер, похудание, слабость.

Больной себя считает около года, когда впервые стали беспокоить вышеуказанные жалобы. Последнюю неделю больная отмечает повышение температуры тела до субфебрильных цифр, кровоточивость из десен, выраженную утомляемость.

При осмотре: состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые желтушны. Ксантомы на веках, локтях. Кожа на ладонях и подошвенной поверхности стоп пигментирована. Больная пониженного питания. Пульс 60 в мин, АД – 105/70 мм рт.ст. В легких без патологии. Живот болезнен в правом подреберье. Печень увеличена на 5 см из-под края реберной дуги, плотная, болезненная, желчный пузырь не пальпируется, селезенка увеличена, у края реберной дуги, плотная.

По данным УЗИ наличие камней в желчном пузыре не выявлено. Установлена гипербилирубинемия (общий билирубин 80 мкмоль/л, за счет прямой фракции), холестерин – 9,2 ммоль/л, ЩФ – 1200 ЕД, ГГТП – 240 ед/л, общий белок 60 г/л, альбумины 47,2%, глобулины – 52,8%, СОЭ – 36 мм/ч, антимитохондриальные антитела 1 в титре 1:67.

1. Ваш диагноз?
2. План обследования?
3. Лечение?
4. Показания к назначению кортикостероидов?
5. Прогноз?

Задача№2 (УК 1, ПК 1, ПК 2, ПК 5, ПК 6)

Больная К., 44 лет, поступила в клинику с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, снижение аппетита, вздутие живота, тупую боль в правой половине живота, неустойчивый стул, кожный зуд.

Из анамнеза болезни: кожный зуд беспокоит пациентку около 6 месяцев, желтуха появилась впервые.

При поступлении: состояние больной средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые желтушны. При пальпации: печень

плотноэластической консистенции, болезненная, край ее неровный, увеличена на 5-6 см.

Общий анализ крови: Нб – 110 г/л, эр – $3,0 \times 10^{12}/л$, Л – $3,9 \times 10^9/л$, СОЭ – 45 мм/ч. Маркеры вирусных гепатитов отрицательные.

Общий билирубин: 443,4 мкмоль/л, прямой – 29,1 мкмоль/л, непрямой – 14,3 мкмоль/л, сулемовая проба 1,6 мл, тимоловая – 44 ед. Общий белок – 56 г/л, альбумины – 45%, глобулины - α_1 – 4,2%, α_2 – 6,3%, β - 10,3%, γ - 34,2%.

1. Ваш предварительный диагноз. ?
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
3. Какое дополнительное исследование необходимо произвести с целью установления окончательного диагноза?
4. Необходимые лечебные мероприятия?
5. прогноз?

Задача №3. (УК 1, ПК 1, ПК 2, ПК 5, ПК 6)

Женщина 28 лет обратилась в поликлинику по месту жительства к гастроэнтерологу с жалобами кожный зуд, особенно в ночное время, тяжесть в правом подреберье, слабость, тошноту, горечь во рту. Указанные жалобы впервые появились в последнем триместре беременности и беспокоят на протяжении 10 месяцев после родов. Соблюдение диеты (исключение жирных, жареных и острых блюд) существенного облегчения не приносило. Объективно: пальпаторная чувствительность в области правого подреберья, печень пальпируется по краю реберной дуги. Другой патологии не найдено.

1. Между какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
2. Назначьте обследование?
3. Какие изменения со стороны печени, желчного пузыря и поджелудочной железы могут быть выявлены при УЗИ?
4. Какое лечение следует назначить при выявлении АМА 1 в титре 1 60

Задача 4. (УК 1, ПК 1, ПК 2, ПК 5, ПК 6)

Пациент 44 лет обратился к гастроэнтерологу с жалобами на тупые тянущие боли в области правого подреберья, горечь во рту, желтушность склер и кожных покровов. Заболевание развивалось постепенно, вначале возник кожный зуд, слабость, затем присоединилась желтуха. Вирусными гепатитами не болел, алкоголь не употребляет, лекарственные препараты в течение последних 6 месяцев не получал. По данным УЗИ наличие камней в желчном пузыре не выявлено. Установлена гипербилирубинемия (общий билирубин 80 мкмоль/л, за счет прямой фракции), холестерин – 10,2 ммоль/л,

ЩФ – 1100 ЕД, ГГТП – 240 ед/л, общий белок 60 г/л, альбумины 47,2%, гамма-глобулины – 32,8%, СОЭ – 36 мм/ч

1. Диагноз?
2. Тактика ведения пациента?
3. Назначьте обследование?
4. Терапия
5. Какое обязательное обследование необходимо

Задача 5. (УК 1, ПК 1, ПК 2, ПК 5, ПК 6)

Больной Х., 33 лет впервые отметил появление лихорадки до 39 С с ознобом, примесь крови в стуле, боли в животе в околопупочной области, диареи 3-4 раза в сутки, похудание за 2 недели перед поступлением. В настоящее время появилась истеричность склер, кожный зуд. При поступлении состояние средней тяжести, имеется желтушность кожных покровов и видимых слизистых оболочек, следы расчесов на коже. При пальпации отмечается болезненность вокруг пупка, печень увеличена на 2 поперечных пальца из-под края реберной дуги, край закруглен, плотно-эластической консистенции, селезенка не пальпируется. Тахикардия до 90 ударов в минуту, ритм сохранен, АД – 110/70 мм рт ст. Патологии со стороны системы органов дыхания не выявлено.

Результаты дополнительных методов исследования: Нв – 110 г/л, эр – 3,0 х 10¹²/л, Л – 3,9 х 10⁹/л, СОЭ – 55 мм/ч. Общий билирубин крови: 93,4 мкмоль/л, прямой – 80 мкмоль/л, непрямой – 13,3 мкмоль/л, тимоловая проба – 44 ед. Общий белок – 56 г/л, альбумины – 45%, глобулины - α1 – 4,2%, α2 – 6,3%, β - 10,3%, γ - 34,2%, ПТИ – 90 %. Щелочная фосфатаза – 1246 ед, гамма ГТП – 267 ед, холестерин – 7,96 ммоль/л, бета-липопротеиды – 99 ед, АСТ -61, АЛТ 126 ед. По данным УЗИ – печень несколько увеличена, больше за счет левой доли, селезенка, поджелудочная железа – без патологических изменений, желчный пузырь- размеры в пределах нормы, стенка -4 мм, конкрементов не найдено.

По данным колоноскопии и ФГС – преимущественно сегментарное поражение подвздошной и 12-перстной кишки виде эрозий и единичных щелевых язв на фоне гиперемии СО. Биопсия СО кишечника не проводилась. По данным пункционной биопсии печени – дольковое строение сохранено, портальные тракты расширены, за счет склероза. Предуктально определяются мощные тяжи соединительной ткани, просвет желчных протоков сужен. Эпителий в отдельных протоках пролиферирует, имеются скопления лимфоидных элементов. АМА-1 отрицательные, сывороточные маркеры вирусных гепатитов отрицательные

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования следует провести?
3. Какие морфологические данные Вы ожидаете получить при биопсии СО кишечника?

4. С какой патологией нужно провести дифференциальный диагноз?
5. Необходимые лечебные мероприятия?

Эталоны ответов к ситуационным задачам:

Эталоны ответов к задаче № 1

1. Первичный билиарный цирроз печени.
2. План обследования: общий анализ крови, тромбоциты, ретикулоциты, анализ мочи с определением желчных пигментов и уробилина, билирубин и его фракции, АЛТ, АСТ, ГГТП, холестерин, β -липопротеиды, сахар, общий белок и фракции, протромбин, фибриноген, тимоловая проба, иммуноглобулины, ЦИК, ФГДС, RRS, лапароскопия с биопсией печени (либо биопсия под УЗИ контролем).
3. Лечение: урсодезоксихолевая кислота 15 мг на кг веса, длительно
4. Наличие перекрестного синдрома ПБЦ/АИГ
5. Без проведения трансплантации печени прогноз серьезный

Эталоны ответов к задаче № 2

1. Диагноз: ПБЦ
2. ПСХ, алкогольным гепатитом, вирусными гепатитами.
3. План обследования: общий анализ крови, ретикулоциты, общий анализ мочи, билирубин и его фракции, холестерин крови, АсАТ, АлАТ, ГГТП, ЩФ, АМА, мочевиная кислота в крови, креатинин, сахар крови, ФГДС, УЗИ органов брюшной полости, RRS, кал на дисбактериоз, чрескожная биопсия печени с гистологическим исследованием биоптата, иммуноглобулины крови, серологические маркеры вируса гепатита А, В, С, Д
4. Препараты УДХК 15 мг/кг/сутки, терапия холестаза
5. Без проведения трансплантации печени прогноз серьезный

Эталоны ответов к задаче № 3

1. Холестатическими заболеваниями печени –ПБЦ, ПСХ, алкогольным гепатитом, вирусными гепатитами
2. общий анализ крови, тромбоциты, ретикулоциты, анализ мочи с определением желчных пигментов и уробилина, билирубин и его фракции, АЛТ, АСТ, ГГТП, ЩФ, АМА, холестерин, β -липопротеиды, сахар, общий белок и фракции, протромбин, фибриноген, тимоловая проба, иммуноглобулины, ЦИК, УЗИ, определение концентрации СА-19-9 (диагностика холангиокарциномы), серологические маркеры вируса гепатита А, В, С, Д
3. небольшая гепатомегалия, ж.п., п.ж. - без видимых патологических изменений
4. Препараты УДХК 15 мг/кг/сутки,
- 5.

Эталоны ответов к задаче № 4

1. ПСХ
2. Необходимо дообследование больного
3. общий анализ крови, тромбоциты, ретикулоциты, анализ мочи с определением желчных пигментов и уробилина, билирубин и его фракции, АЛТ, АСТ, ГГТП, ЩФ, АМА, холестерин, β -липопротеиды, сахар, общий белок и фракции, протромбин, фибриноген, тимоловая проба, иммуноглобулины, ЦИК, УЗИ, определение концентрации СА-19-9 (диагностика холангиокарциномы), серологические маркеры вируса гепатита В, С, Д, РХПГ, дуоденоскопия, колоноскопия
4. Препараты УДХК 15 мг/кг/сутки, терапия холестаза
5. Тотальная колоноскопия

Эталоны ответов к задаче №5

1. ПСХ в ассоциации с БК с преимущественным поражением 12-перстной и подвздошной кишки
2. УЗИ органов брюшной полости, ФГС, состояние иммунного статуса, определение концентрации СА-19-9 (диагностика холангиокарциномы)
3. обильная инфильтрация лимфомакрофагальными элементами с примесью плазматических клеток, возможно наличие гранулем
4. с ПБЦ
5. препараты УДХК, метатрексат, трансплантация печени

Болезни накопления

Задача №1 (УК 1, ПК1, ПК2, ПК 5, ПК 6)

Больного Б., 1982 года рождения, в 5-летнем возрасте через несколько месяцев после аденоидэктомии стали беспокоить выраженная слабость, снижение аппетита. После выраженной инсоляции слабость усиливалась, появлялась истеричность склер. Госпитализирован в стационар по месту жительства, где впервые выявлено увеличение печени и селезенки. Изменения лабораторных показателей за тот период неизвестны. Был установлен диагноз хронического активного гепатита и начато лечение преднизолоном в суточной дозе 20 мг с последующим снижением и полной отменой препарата в течение 6 месяцев. Отмечалась некоторая положительная динамика, однако после отмены преднизолона состояние вновь ухудшилось, появилась желтуха.

При последующих госпитализациях – диагноз хронический АИГ, назначаемая гормонотерапия с непродолжительным положительным эффектом. В 17-летнем возрасте был направлен в одну из клиник г. Красноярска, где при обследовании найдено увеличение печени и селезенки, истеричность склер, 3-кратное увеличение уровня билирубина за счет прямого, 5-кратное увеличение активности АЛТ, повышение уровня общего белка до 92 г/л, гамма-глобулинов – до 36 г/л, неизмененные уровни альбуминов и протромбина, отсутствие HBs Ag и других сывороточных

маркеров вирусных гепатитов, ANA –отрицательные. Вновь заболевание было расценено как хронический активный гепатит с формированием цирроза печени и возобновлена терапия преднизолоном. Морфологическое исследование печени не проводилось и, несмотря на непрерывную терапию гормонами, сохранялись лабораторные признаки активности печеночного процесса. Через несколько месяцев сформировалось варикозное расширение вен пищевода, асцит, спленомегалия (18,8 см по длинику), отмечено снижение уровня альбуминов (30 г/л) и протромбинового индекса (41-68%), тромбоцитопения ($80 \cdot 10^9$ в 9/л).

1. Ваш предположительный диагноз и почему он наиболее вероятен?
2. Какие дополнительные методы исследования следует провести?
3. Какие не характерные черты предполагаемого заболевания имеются у данного пациента?
4. С какой патологией нужно провести дифференциальный диагноз?
5. Необходимые лечебные мероприятия?

Задача №2(УК 1, ПК1, ПК2, ПК 5, ПК 6)

Больной 23 года, поступил в клинику с жалобами на увеличение живота в объеме, резкую слабость, желтушность склер, повышенную кровоточивость десен. При обследовании - состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые желтушны, питание удовлетворительное. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 130/90 мм рт.ст. Со стороны системы органов дыхания патологии не найдено. Живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена на 6 см из-под края реберной дуги, плотная, безболезненная, желчный пузырь не пальпируется,

По данным УЗИ – печень увеличена, сосудистый рисунок обеднен, воротная вена – 1,6 см в Д, селезеночная вена – 85 мм в Д, желчный пузырь нормальных размеров, стенка 4 мм, конкрементов не выявлено. Селезенка 143*67 мм, имеется умеренное количество свободной жидкости в брюшной полости. Поджелудочная железа без патологических отклонений. В биохимических анализах крови- АЛТ-125 ед, АСТ-90ед, билирубин - 58,4мкмоль/л, реакция прямая, быстрая, тимоловая проба -6 ед, антимитохондриальные антитела, HBs Ag, анти HCV - отрицательные.

Никаких лекарственных препаратов не принимает. Алкоголь и наркотики не употребляет. На вредном производстве не работал. Хронических заболеваний нет. Вспомнил, что в детстве длительно лечился у невропатолога.

1. О какой патологии необходимо подумать в данном случае?
2. С какой патологией необходимо провести дифференциальный диагноз?
3. Необходимое дообследование?
4. лечение?
5. Прогноз?

Задача №3 (УК 1, ПК1, ПК2, ПК 5, ПК 6)

Больная Г., 18 лет до августа 2011 г. чувствовала себя здоровой, хотя с 6-летнего возраста отмечалось увеличение печени, не находившее при обследовании своего объяснения. 28.08.2011 внезапно появились чувство жжения во всем теле, боль в кистях рук, резкая слабость, госпитализирована в одну из ГКБ г МОСКВЫ, где на третий день пребывания возникли интенсивное желтушное окрашивание кожи и склер, лихорадка до 39°C, зарегистрировано повышение уровня билирубина и активности аминотрансфераз сыворотки. С подозрением на острый вирусный гепатит переведена в инфекционный стационар, при обследовании вирусная природа желтухи не подтвердилась. Выявлены признаки внутрисосудистого гемолиза (гемоглобинурия). Назначен преднизолон 40мг/сут, проводилась трансфузия Эритроцитарной массы, детоксикационная терапия. Состояние больной улучшилось, признаки гемолиза и желтуха исчезли. Однако при снижении дозы преднизолона до 30 мг/сут возник рецидив лихорадки до 38 °C, ощущение жжения во всем теле, появились симптомы дерматита. Доза преднизолона повышена до 60 мг/сут, больная переведена в клинику им. Е.М. Торева. При поступлении – состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски. Обращали на себя внимание субиктеричность склер, увеличение размеров печени (по Курлову 13/2-10-9см) и селезенки (длинник 14см). При обследовании умеренный цитолитический синдром (АСТ – 3-кратное, АЛТ – 6-кратное превышение нормы), увеличение уровня билирубина за счет как прямой (0,7 мг/дл), так и непрямой фракций (0,8 мг/дл), признаки печеночно-клеточной недостаточности (уровень альбумина в сыворотке крови снижен до 32 г/л, холинэстеразы до 3200 МЕ). Выполнена пункционная биопсия печени, выявившая морфологические признаки цирроза печени. Патологии ЦНС не выявлено.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Необходимое дообследование для верификации диагноза?
3. Окончательный диагноз при положительных диагностических тестах на болезнь Вильсона – Коновалова и тактика ведения?
4. Перечислите клинические синдромы при гепатоцеребральной дистрофии?
5. Перечислите клинические синдромы, имеющиеся у данной больной?

Задача 4. (УК 1, ПК1, ПК2, ПК 5, ПК 6)

У больной, 48 лет, жалобы на увеличение живота, тошноту, плохой аппетит. Больна 2 недели. Пять лет назад перенесла вирусный гепатит. Объективно: небольшие отеки голеней и стоп. Живот увеличен в объеме, пупок сглажен, выражена подкожная венозная сеть. Печень на 5 см ниже края реберной дуги, плотная с неровной поверхностью и острым краем. Пальпируется край селезенки. АД 100/60. В остальном без особенностей. Общий белок крови 65 г/л, альбумины 35 г/л, билирубин 15 мкмоль/л,

холестерин 4,9 ммоль/л тимоловая проба 127 ЕД, протромбин 85%, АЛТ 0,65 ммоль/л, АСТ 0,80 ммоль/л, ЩФ 350 ЕД. Начато лечение: бессолевая диета с ограничением белков, преднизолон 25 мг, лазикс 80 мг в/в, глюкоза 40% - 40,0 в/в.

1. Диагноз?
2. Какова предположительно этиология заболевания?
3. Какие исследования необходимо еще провести?
4. Укажите нелогичные лечебные назначения
5. Показания к назначению гепатопротекторов при ПЭ?

Задача 5. (УК 1, ПК1, ПК2, ПК 5, ПК 6)

Больной 22 г, поступил в клинику с жалобами на увеличение живота в объеме, выраженные боли в верхней половине живота. Появлению асцита предшествовала травма живота: неоднократные сильные удары ногой в живот. Асцит появился 3 недели назад через 3 месяца после травмы. В поликлинике был выставлен диагноз цирроза печени. Алкоголь, наркотики больной отрицает.

Объективно: выраженная бледность кожных покровов, снижение веса. В легких – без особенностей, ЧСС 92 в мин., АД100/70 мм рт.ст. Живот увеличен за счет асцита. Асцит напряженный. Биохимический анализ крови: общий белок-70, альбумины -45%, билирубин-20,4 мкмоль/л, реакция непрямого, холестерин- 5,5ммоль/л, АЛТ-1.8 ммоль/л, АСТ-1,4ммоль/л. Клинический анализ крови: Нв-100 г/л, л-10.2*10⁹/л, СОЭ-30мм /час. ЦИК-100 ед. По УЗИ: воротная вена -16 мм, выраженная гепатомегалия, селезеночная вена - 10мм, умеренная спленомегалия. На фоне проводимой терапии отмечается рефрактерность асцита.

1. Какой синдром является ведущим в данной клинической картине?
2. Ваш предположительный диагноз?
3. Необходимое обследование для верификации диагноза?
4. Перечислите заболевания, при которых чаще всего регистрируется асцит
5. Что вы ожидаете получить при СКТ с болюсным усилением?

Эталонные ответы к ситуационным задачам

Эталонные ответы к задаче №1

1. БВК, методом исключения АИГ, т.к. причинами раннего развития цирроза печени у детей является БВК и АИГ
2. уровень церулоплазмина в сыворотке крови, исследование роговицы щелевой лампой (кольцо Флейшера), уровень выделения меди с мочой, содержание меди в ткани печени (в норме 50 мкг на 1 г сухой массы), консультация невропатолога (поражение ЦНС)
3. гипергамма-глобулинемия, ранний дебют заболевания с признаков поражения печени, отсутствие поражений ЦНС и признаков поражения других органов и систем, нет родственников, страдающих БВК

4. вирусными гепатитами, АИГ
5. Ортотопическая трансплантация печени, прием Д-пенициллина, симптоматическая терапия ПГ и ПКН

Эталоны ответов к задаче № 2

1. болезнь Вильсона-Коновалова
2. ПБЦ, лекарственный, алкогольный гепатиты
3. А) диагностические критерии: Кольцо Кайзера – Флейшера – коричнево – зеленоватая пигментация на периферии роговицы глаза (осмотр в щелевой лампе!), Снижение уровня сывороточного церулоплазмينا ($< 0,2$ г/л) и уровня меди, Увеличение экскреции меди с мочой (> 100 мкг за 24 часа), Биопсия печени – накопление меди в гепатоцитах, определяемое специальной окраской
Б) консультация невропатолога, В) Специальное генетическое исследование,
Члены семьи больного должны быть обследованы на болезнь Вильсона
4. купренил постоянно (средняя доза 1000 мг в сутки), ортотопическая трансплантация печени
5. без проведения трансплантации -развитие цирроза печени или гепатоцеллюлярной карциномы

Эталоны ответов к задаче №3

1. Цирроз печени, неуточненной этиологии. Не исключаются врожденные метаболические нарушения. Susp. болезнь Вильсона – Коновалова.
2. Церулоплазмин сыворотки крови, исследования роговицы с помощью щелевой лампы.
3. Болезнь Вильсона – Коновалова, абдоминальная форма: цирроз печени, гемолитический криз в анамнезе. На фоне постепенного снижения дозы преднизолона, лечение купренилом в нарастающей дозировке (250-500-750-1000-1500 мг) с хорошей переносимостью.
4. Печеночные: желтуха, гепатомегалия, спленомегалия, отечно – асцитический синдром, печеночная энцефалопатия, печеночно – клеточная недостаточность, геморрагический синдром (спонтанные подкожные кровоизлияния, кровоточивость десен, слизистой носа), лихорадка, болевой абдоминальный синдром.
Неврологические и психиатрические синдромы
Другие органые поражения: поражение почек (канальцевые дисфункции – синдром Фанкони, нефролитиаз, редко – гломерулонефрит); артралгии; кожный синдром (васкулиты); дисфункции яичников; гирсутизм, акне, стрии, ожирение, гинекомастия, зоб; самопроизвольные аборты; кольцо Кайзера-Флейшнера, «подсолнечная» катаракта; гемолиз, гемолитические

кризы, лейкопения, тромбоцитопения; остеомалация, спонтанные переломы.

5. желтуха, гепатомегалия, спленомегалия, печеночно – клеточная недостаточность, геморрагический синдром (спонтанные подкожные кровоизлияния, кровоточивость десен, слизистой носа), лихорадка, артралгии, кожный синдром, кольцо Кайзера-Флейшнера, «подсолнечная» катаракта, гемолиз, гемолитические кризы, лейкопения, тромбоцитопения.

Эталоны ответов к задаче №4

1. Диагноз: Декомпенсированный цирроз печени класса В (или С) по Чайлд-Пью, вирусной этиологии. ВПГ: спленомегалия, асцит. ПКН.
2. Вирусная.
3. Серологические маркеры вируса гепатита В, С, Д. количественная ПЦР –РНК HCV, ДНК HBV, общий анализ крови, тромбоциты, ретикулоциты, анализ мочи, билирубин и его фракции, АЛТ, АСТ, ГГТП, холестерин, β-липопротеиды, сахар, общий белок и фракции, протромбин, фибриноген, тимоловая проба, иммуноглобулины, ЦИК, ФГДС, RRS, УЗИ органов брюшной полости.
4. Не показано ограничение белка и назначение преднизолона. Показан верошпирон по 100 мг в сутки, петлевые диуретики, при наличии ВРВП-неселективные бета-блокаторы, Гепа-мерц, лактулоза.
5. Назначение гепатопротекторов при ПЭ абсолютно противопоказаны.

Эталоны ответов к задаче №5

1. Синдром портальной гипертензии (над- или подпеченочной).
2. Синдром Бадда-Киари? тромбоз селезеночной вены?
3. Спиральная КТ с болюсным усилением, доплерография.
4. ЦП, острый алкогольный гепатит, метастатическое поражение брюшины, туберкулез органов брюшной полости, СН.
5. Отсутствие контрастирования печеночных вен, возможно гипертрофия каудальной доли печени

6. Перечень практических умений по изучаемой теме

провести обследование больных, (УК 1, ПК 5)
 выделить кардинальные синдромы заболевания (УК 1, ПК 5)
 интерпретировать полученные клинические данные, (УК 1, ПК 5)
 наметить план обследования и лечения пациента, (УК 1, ПК 5)
 интерпретировать данные дополнительных методов исследования (данные УЗИ, КТ, ФГС, РХПГ, гепатопанелей), (УК 1, ПК 5)
 владеть наиболее информативными методами диагностики ПБЦ и ПСХ,
 владеть современными схемами ведения больных, (УК 1, ПК 5, ПК 6)
 Диспансеризация больных, вопросы ВТЭ, показания к трансплантации печени(УК 1, ПК 5, ПК 8, ПК 6)

Болезни накопления

провести обследование больных с БВ; (УК 1, ПК 5)
 выделить кардинальные синдромы заболевания; (УК 1, ПК 5)
 наметить план обследования и лечения пациента; (УК 1, ПК 5, ПК 6)
 интерпретировать данные дополнительных методов исследования (данные УЗИ, КТ, ФГС, гепатопанелей); (УК 1, ПК 5)
 владеть наиболее информативными методами диагностики БВ; (УК 1, ПК 5)
 владеть современными схемами ведения больных с БК; (УК 1, ПК 5, ПК 6)
 Диспансеризация больных, вопросы ВТЭ, показания к трансплантации печени(УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7)

7. Тематика НИР – Эффективность терапии пациентов с ПБЦ
 препаратами урсодезоксихоловой кислоты

- Нежелательные явления терапии купренилом (ранние и поздние)

8. Рекомендуемая литература

Перечень основной литературы				Кол-во экземпляров	
№ п/ п	Наименование, вид издания	Автор(- ы), составит ель(-и), редакто р(-ы)	Место издания, издатель ство, год	В библио теке	На кафе дре
1	2	3	4	5	6
1.	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов. Т. 1.. - Режим доступа: https://www.books-up.ru/ru/read/vnutrennie-bolezni-v-2-t-t-1-2990917/	ред. С. И. Рябов	СПб. : СпецЛит, 2015.	ЭБС Букап	-/-
2.	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов. Т. 2.. - Режим доступа: https://www.books-up.ru/ru/read/vnutrennie-bolezni-v-2-t-t-2-2991838/	ред. С. И. Рябов	СПб. : СпецЛит, 2015.	ЭБС Букап	-/-
3.	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник. Т. 1. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970433102.html	ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А.	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.	ЭБС Консультант студента (ВУЗ)	-/-

		Мухин			
4	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник. Т. 2. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970433119.html	ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.	ЭБС Консультант студента (ВУЗ)	-/-
5	Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : руководство. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432730.html	Я. С. Циммерман	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.	ЭМБ Консультант врача	-/-

1. **Перечень дополнительной литературы**

2.

				Кол-во экземпляров	
1	2	3	4	5	6
1	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: анатомо-эндоскопические и клинично-инструментальные основы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения	О. Б. Дронова, И. И. Каган, А. А. Третьяков	М. : БИНОМ, 2014.	1	- / -
2	Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : рук. для врачей. - Режим доступа: https://www.books-up.ru/read/gastroenterologiya-3001020/?page=1	ред. Е. И. Ткаченко	СПб. : СпецЛит, 2013.	ЭБС Букап	- / -
3	Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : руководство. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432730.html	Я. С. Циммерман	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.	ЭМБ Консультант врача	- / -
4	Классификации заболеваний внутренних органов [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: https://www.books-up.ru/read/klassifikacii-zabolevanij-vnutrennih-org	ред. А. В. Гордиенко, В. Ю. Голофеевский	СПб. : СпецЛит, 2013.	ЭБС Букап	- / -

3. **Электронные ресурсы:**
4. ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
5. ЭБС Консультант студента ВУЗ
6. ЭМБ Консультант врача
7. ЭБС Айбукс
8. ЭБС Букап
9. ЭБС Лань
10. ЭБС Юрайт
11. СПС КонсультантПлюс
12. НЭБ eLibrary
13. БД Sage
14. БД Oxford University Press
15. БД ProQuest
16. БД Web of Science
17. БД Scopus
18. БД MEDLINE Complete

1. Индекс ОД.0.01.1.4.33. Тема: «Патология печени: алкогольные поражения, неалкогольный стеатогепатит. Заболевания сосудов печени»

2. Формы работы: Подготовка к практическим занятиям

- Подготовка материалов по НИР.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия:

1. Современные представления об этиопатогенезе циррозов печени (ЦП).
2. Клинические проявления ЦП. (УК 1, ПК 5)
3. синдром портальной гипертензии (УК 1, ПК 5)
4. синдром печеночно-клеточной недостаточности (УК 1, ПК 5)
5. Диагностика ЦП. (УК 1, ПК 5)
6. Современные подходы к терапии ЦП. (УК 1, ПК 5)
7. Неотложные состояния у больных с осложненным ЦП. (УК 1, ПК 5)

Заболевания сосудов печени

1. Анатомия портальной системы. (УК 1, ПК 5)
2. Определение понятия синдрома портальной гипертензии. (УК 1, ПК 5)
3. Классификация портальной гипертензии. (УК 1, ПК 5)

4. Клинические проявления портальной гипертензии. (УК 1, ПК 5)
5. Патогенез осложнений портальной гипертензии. (УК 1, ПК 5)
6. Патогенез кровотечений из ВРВП(УК 1, ПК 5)
7. Диагностика портальной гипертензии: (УК 1, ПК 5)
8. Клиника кровотечений из варикозных вен пищевода и желудка(УК 1, ПК 5)
9. Диагностика кровотечений из варикозных вен желудка и пищевода. (УК 1, ПК 5)
10. Лечение кровотечений из варикозных вен пищевода и желудка(УК 1, ПК 5, ПК 6)
11. Методы консервативной терапии: (УК 1, ПК 5, ПК 6)
12. Хирургические методы лечения кровотечений: (УК 1, ПК 5, ПК 6)

Алкогольные поражения печени

- Современные представления об этиопатогенезе АБП (УК 1, ПК 5)
- Факторы риска АБП(УК 1, ПК 5)
- Классификация АБП(УК 1, ПК 5)
- Клинические проявления и диагностика алкогольного гепатоза(УК 1, ПК 5)
- Клинические проявления и диагностика различных вариантов острого алкогольного гепатита(УК 1, ПК 5)
- Клинические проявления и диагностика алкогольного цирроза печени (УК 1, ПК 5)
- синдром печеночно-клеточной недостаточности(УК 1, ПК 5)
- Современные подходы к терапии алкогольных гепатитов (УК 1, ПК 5, ПК 6)
- Современные представления об этиопатогенезе НАЖБП (УК 1, ПК 5)
- Основные формы НАЖБП(УК 1, ПК 5)
- Определение НАСГ(УК 1, ПК 5)
- этиопатогенез НАСГ(УК 1, ПК 5)
- Клинические проявления НАСГ. (УК 1, ПК 5)
- Программа диагностики НАСГ(УК 1, ПК 5)
- Показания к пункционной биопсии (УК 1, ПК 5)
- Современные подходы к терапии НАСГ (УК 1, ПК 5, ПК 6).
-

4.Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы: (УК 1, ПК 5, ПК 6)

1. ПРИ ЛЕЧЕНИИ АСЦИТА У БОЛЬНОГО ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ДИУРЕТИКАМИ ВОЗМОЖНЫ ОСЛОЖНЕНИЯ

- 1) гипербилирубинемия, аллергические реакции
- 2) гиповолемический шок, фибрилляция предсердий, энцефалопатия
- 3) гиперкалиемия, азотемия, анурия

- 4) гипокалиемия, цитопения, гиперлипидемия
- 5) электролитные нарушения, прогрессирование печеночной энцефалопатии, развитие ГРС.

2. ПРИ ОТЕЧНО-АСЦИТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ, СВЯЗАННОМ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ, РАЦИОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ДИУРЕТИКАМИ КОНТРОЛИРУЕТСЯ

- 1) уровнем липидов крови, натрия, калия, измерение температуры тела
- 2) взвешивание больного, измерение окружности живота, контроль АД
- 3) оценка общего состояния больного, уровень тимоловой пробы
- 4) измерением суточного диуреза, контролем липидов крови, измерением АД
- 5) взвешиванием больного, измерением суточного диуреза, определением натрия и калия в сыворотке крови

3. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- 1) диета с ограничением белка, пробиотики и пребиотики
- 2) гепатопротекторы, интерферон, нуклеозид
- 3) переливание свежзамороженной плазмы, парацетез
- 4) ноотропы, сосудистые препараты
- 5) лактулоза, орнитетил, диета с низким содержанием белка, ципрофлоксацин или метронидазол

4. ЗНАЧИТЕЛЬНО УМЕНЬШАЕТ РИСК РАЗВИТИЯ СПОНТАННОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ПЕРИТОНИТА ПОСЛЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВРВП

- 1) раннее введение антибиотиков
- 2) введение раствора альбумина
- 3) курс сандостатина
- 4) длительная гемостатическая терапия
- 5) курс кортикостероидов

5. ПРОФИЛАКТИКА ГЕПАТОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ СО СПОНТАННЫМ БАКТЕРИАЛЬНЫМ ПЕРИТОНИТОМ СОСТОИТ В ВЕДЕНИИ

- 1) раствора альбумина
- 2) раствора кристаллоидов
- 3) 5% раствора глюкозы и витаминов
- 4) свежзамороженной плазмы
- 5) антибактериальных препаратов

6. БАЗИСНЫМ ПРЕПАРАТОМ ТЕРАПИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) спиронолактон
- 2) петливые диуретики

- 3) раствор альбумина
- 4) альдоктон
- 5) гепотопротекторы

7. ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПЕЧЕНОЧНОКЛЕТОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) увеличение билирубина крови
- 2) увеличение холестерина
- 3) гипергаммаглобулинемия
- 4) снижение альбумина крови
- 5) снижение трансаминаз

8. МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРСПЛЕНИЗМА У БОЛЬНОГО ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

- 1) спленэктомия
- 2) глюкокортикоиды и эмболизация селезеночной артерии
- 3) переливание фракций крови
- 4) глюкокортикоиды и спленэктомия
- 5) глюкокортикоиды и цитостатики

9. ПРОГНОЗ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВАРИКОЗНЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА НЕБЛАГОПРИЯТЕН ПРИ НАЛИЧИИ:

- 1) активности печеночных проб
- 2) наличия желтухи
- 3) отсутствия аппетита
- 4) гиперспленизма
- 5) асцита

10. НЕВСАСЫВАЮЩИМСЯ АНТИБИОТИКОМ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ ПРИ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) кларитромицин
- 2) амоксициллин
- 3) рифаксимин (альфа нормикс)
- 4) ровамицин
- 5) левофлоксацин

Эталоны ответов

1-5, 2-5, 3-5, 4-1, 5-1, 6-1, 7-4, 8-2, 9-4, 10-3

1. В РАЗВИТИИ ТРОМБОЗА ВОРОТНОЙ ВЕНЫ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЮТ:

- 1. патологические изменения стенки сосуда, замедление кровотока и увеличение свертываемости крови.
- 2. гипоальбуминемия

3. увеличение продукции печеночной лимфы
4. увеличение активности ренин-альдостероновой системы и продукции вазопрессина
5. воспаление брюшины

2. В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ РАЗЛИЧАЮТ:

1. тотальный пилетромбоз
2. стволовой и радикулярный пилетромбоз
3. сегментарный пилетромбоз
4. тотальный, стволовой и радикулярный пилетромбоз пилетромбоз
5. сегментарный и радикулярный пилетромбоз

3. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ НАДПЕЧЕНОЧНОГО БЛОКА ЯВЛЯЮТСЯ:

1. кровотечения из вен пищевода (которые иногда являются первым симптомом заболевания),
2. спленомегалия,
3. гиперспленизм,
4. тромбоз воротной вены.
5. синдром цитолиза

4. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ПРИЧИНАМИ ПРЕСИНУСОИДАЛЬНОЙ ПГ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. Сдавление ствола воротной или тромбозы воротной или селезёночной вены
2. Хирургические вмешательства на печени, жёлчных путях;
3. Повреждение воротной вены в результате травмы или ранения
4. Увеличение селезенки при полицитемии, остеомиелофиброзе, геморрагической тромбоцитемии,
5. Врождённые аномалии воротной вены

5. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К ПРОВЕДЕНИЮ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПАРАЦЕНТЕЗА У БОЛЬНОГО ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ И АСЦИТОМ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. желтуха
2. ВРВП
3. синдром малых печеночных знаков
4. ДВС
5. синдром цитолиза

6. ВЕНООККЛЮЗИОННАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ ИЛИ БОЛЕЗНЬ КИАРИ – ЭТО

1. облитерирующий эндофлебит печеночных вен,
2. нетромботическая окклюзия мелких печеночных вен,
3. вызванная разрастанием соединительной ткани и коллагеновых волокон
4. тромбоз воротной вены
5. тромбоз селезеночной вены

7. ГИСТОЛОГИЧЕСКИ ОСТРОМУ СИНДРОМУ БАДДА-КИАРИ СВОЙСТВЕННЫ

1. патологические изменения стенки сосуда,
2. застойные изменения в центральной части долики печени и расширение перивенулярных синусоидов
3. некроз гепатоцитов зоны III
4. застойные изменения в центральной части долики печени и расширение перивенулярных синусоидов, некроз гепатоцитов зоны III
5. неверно все перечисленное

8. "ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ" ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА БАДДА-КИАРИ ВКЛЮЧАЕТ

1. катетеризацию печеночной вены и ангиографию
2. УЗИДГ с доплером
3. КТ или МРТ
4. катетеризацию печеночной вены и ангиографию, УЗИДГ с доплером
5. все из перечисленного

9. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОДПЕЧЕНОЧНОГО БЛОКА:

1. кровотечения из вен пищевода (которые иногда являются первым симптомом заболевания)
2. спленомегалия,
3. гиперспленизм
4. тромбоз воротной вены.
5. все верно

10. ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ И ЖАЛОБЫ У БОЛЬНОГО С СИНДРОМОМ БАДДА-КИАРИ

1. Асцит, боль в животе, гепатоспленомегалия
2. Печеночная энцефалопатия и кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода
3. синдром гиперспленизма
4. Желтуха
5. все перечисленные

Эталоны ответов

1-1, 2-4, 3-1, 4-1, 5-4, 6-1, 7-5, 8-4, 9-5, 10-5

1. К АЛКОГОЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ПЕЧЕНИ ОТНОСЯТСЯ:

1. жировой гепатоз
2. болезнь Вильсона-Коновалова
3. цирроз легких
4. гепаторенальный синдром
5. гемахроматоз

2. ОСНОВНЫМИ МАРКЕРАМИ АЛКОГОЛИЗМА ЯВЛЯЮТСЯ:

1. сосудистые звездочки
2. асцит
3. гиперемия лица с расширением сети кожных капилляров, увеличение околоушных слюнных желез
4. желтуха
5. расширение сосудистой сети на передней поверхности брюшной стенки

3. ГЛАВНЫМ МЕСТОМ МЕТАБОЛИЗМА АЛКОГОЛЯ В ОРГАНИЗМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1. жировая ткань
2. почки
3. печень
4. головной мозг
5. желудочно-кишечный тракт.

4. ПРИ ИЗБЫТОЧНОМ УПОТРЕБЛЕНИИ АЛКОГОЛЯ ВОЗМОЖНЫМИ МЕХАНИЗМАМИ ЖИРОВОЙ ДИСТРОФИИ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЮТСЯ

1. повышенная мобилизация жирных кислот из жировой ткани
2. увеличение синтеза жирных кислот в печени
3. уменьшение выделения жиров печенью
4. оксидативный стресс и цитокиновая атака
5. некроз гепатоцитов

5. ПРИ ИЗБЫТОЧНОМ УПОТРЕБЛЕНИИ АЛКОГОЛЯ ВОЗМОЖНЫМИ МЕХАНИЗМАМИ ОСТРОГО ГЕПАТИТА ЯВЛЯЮТСЯ:

1. повышенная мобилизация жирных кислот из жировой ткани
2. увеличение синтеза жирных кислот в печени
3. уменьшение выделения жиров печенью
4. оксидативный стресс и цитокиновая атака
5. некроз гепатоцитов

6.. БОЛЬНОМУ С АЛКОГОЛЬНЫМ ГЕПАТИТОМ ПОКАЗАНА ДИЕТА

- 1) общий полноценный рацион
- 2) с преобладанием углеводов
- 3) с преобладанием белков
- 4) с преобладанием жиров
- 5) с преобладанием железа

7. ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ ГАММА-ГЛУТАМИНТРАСПЕПТИДАЗЫ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН

- 1) острого алкогольного гепатита
- 2) хронического гепатита В и С
- 3) гемахроматоза
- 4) сахарного диабета
- 5) хронического панкреатита

8.РАСЩЕПЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ В ПЕЧЕНИ ПРОИСХОДИТ С ПОМОЩЬЮ

1. трипсина
2. УДФ-глюкуронилтрансферазы
3. алкогольдегидрогеназы
4. всего перечисленного
5. ничего из перечисленного

9. РАЗВИТИЕ РАКА ПРИ АЛКОГОЛЬНЫХ ЦИРРОЗАХ ВСТРЕЧАЕТСЯ В

1. 3,2%
2. 12%
3. 50%
4. 20%
5. 70%

10. СТЕАТОЗ ПЕЧЕНИ

- 1) является доброкачественным состоянием
- 2) является независимым фактором прогрессирования хронических диффузных заболеваний печени, в частности рака печени
- 3) всегда обратимое состояние
- 4) прогрессирует только до стеатогепатита
- 5) никогда не приводит к развитию гепатоцеллюлярной карциномы

ОТВЕТЫ

1- 1, 2-3, 3- 3, 4- 4, 5- 4, 6- 3, 7- 1, 8-3, 9- 2, 10 - 2

1. К МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ФОРМАМ НАЖБП ОТНОСЯТСЯ:

- 1) жировая дистрофия
- 2) болезнь Вильсона
- 3) цирроз легких
- 4) хронический гломерулонефрит
- 5) хронический холецистит

2. НАЖБП ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ИЗБЫТОЧНЫМ НАКОПЛЕНИЕМ ЖИРА В ПЕЧЕНИ, АССОЦИИРУЕТСЯ С

- 1) инсулинорезистентностью (ИР)
- 2) повышенной мобилизацией жирных кислот из жировой ткани
- 3) увеличением синтеза жирных кислот в печени
- 4) уменьшением выделения жиров печенью
- 5) некрозом гепатоцитов и воспалением

3. СТЕАТОЗ ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) развитием некрозов и воспалительной реакции
- 2) диффузным патологическим внутри- и внеклеточным отложением жировых капель
- 3) развитием фиброза
- 4) развитием узлов регенерации
- 5) нарушением дольковой структуры печени

4. НЕАЛКОГОЛЬНЫЙ СТЕАТОГЕПАТИТ ОТРАЖАЕТ

- 1) диффузное патологическое внутри- и внеклеточное отложение жировых капель
- 2) развитие фиброза
- 3) формирование узлов регенерации
- 4) нарушение дольковой структуры печени
- 5) развитие некрозов и воспалительной реакции на фоне крупнокапельного стеатоза печени

5. РАЗВИТИЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ПРИ НАЖБП ВСТРЕЧАЕТСЯ В

- 1) 3,2% случаев
- 2) 12% случаев
- 3) 50% случаев
- 4) 20% случаев
- 5) 70% случаев

6. СТЕАТОЗ ПРИ НАЖБП ПРОГРЕССИРУЕТ В СТЕАТОГЕПАТИТ В

- 1) 13,2% случаев
- 2) 12 - 14% случаев
- 3) 50% случаев
- 4) 20% случаев

5) 70% случаев

7. ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ НЕЯСНОЙ ЭТИОЛОГИИ ФОРМИРУЕТСЯ НА ФОНЕ НЕРАСПОЗНАННОГО НАСГ В

- 1) 60–80% случаев
- 2) 12 - 14% случаев
- 3) 50% случаев
- 4) 20 – 30 % случаев
- 5) 70% случаев

8. ДИАГНОЗ НАЖБП СТАВЯТ ПРИ

- 1) исключении вторичных причин и значительного употребления алкоголя (более 30 г в день для мужчин и 20 г в день для женщин).
- 2) только при исключении болезни Вильсона
- 3) только при исключении цирроза печени
- 4) только при исключении хронического гломерулонефрита
- 5) только при исключении алкогольной болезни печени

9. КАКОЙ ПРОЦЕНТ ХРОНИЧЕСКОГО ЦИТОЛИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА СВЯЗАН С НАСГ

- 1) от 20 до 30% случаев
- 2) 10-15 % случаев
- 3) 50% случаев
- 4) 80% случаев
- 5) 70% случаев

10. К ФАКТОРАМ РИСКА, СПОСОБСТВУЮЩИМ РАЗВИТИЮ НАЖБП ОТНОСЯТСЯ

- 1) Высококалорийное питание, избыточное потребление (насыщенных) жиров, рафинированных углеводов
- 2) наличие сопутствующего цирроза печени
- 3) наличие сопутствующего нарушения обмена меди
- 4) наличие сопутствующего нарушения обмена железа
- 5) наличие гемолитической анемии

ОТВЕТЫ: 1-1, 2-1, 3-2, 4-5, 5-4, 6-2, 7-1, 8-1, 9-1, 10- 1

5. Самоконтроль по ситуационным задачам:

Задача №1 (УК 1, ПК 5, ПК 6)

Больной 52 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в правом подреберье, головокружение, резкую слабость, кал черного цвета. В анамнезе в течение 5 лет диагностируется цирроз печени в исходе ХГС. Несколько раз был госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение с симптомами декомпенсации заболевания (прогрессировал асцит). После выписки диету не соблюдал, рекомендуемые медикаментозные препараты не принимал, употреблял алкоголь.

Объективно: состояние тяжелое, кожные покровы бледные с желтушным оттенком, печеночный запах изо рта, несколько заторможен, на вопросы отвечает нечетко, отмечаются «провалы» памяти. Пульс 110 ударов в минуту, малого наполнения и напряжения, ритмичен, АД – 95/50 мм рт.ст. Печень увеличена на 5 см из-под края реберной дуги, край острый, селезенка на 4-5 см ниже реберной дуги, плотная, имеется умеренное количество свободной жидкости в брюшной полости. Нб – 75 г/л.

1. Ваш диагноз?
2. Дополнительные методы исследования?
3. Неотложные мероприятия?
4. Стадия печеночного процесса?
5. Назовите очевидную причину декомпенсации процесса?

Задача №2(УК 1, ПК 5, ПК 6)

Больная К., 44 лет, поступила в клинику с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, снижение аппетита, вздутие живота, тупую боль в правой его половине, неустойчивый стул, желтушность склер, кожный зуд. Из анамнеза болезни известно, что 5 лет назад перенесла острый гепатит В. При поступлении: состояние больной средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые истеричны, живот увеличен в размерах, на передней брюшной стенке отмечается расширение подкожных вен, имеется ладонная эритема, обилие мелких нитевидных подкожных сосудов на лице. При пальпации: печень плотная, болезненная, край ее неровный, острый, выступает на 5-6 см из-под края реберной дуги, имеется увеличение селезенки (пальпируется на 4-5 см ниже реберной дуги).

Общий анализ крови: Нб – 110 г/л, эр – $3,0 \times 10^{12}/л$, Л – $3,9 \times 10^9/л$, тромбоциты – $96 \times 10^9/л$, СОЭ – 45 мм/ч. Общий билирубин крови: 83,4 мкмоль/л, прямой – 69,1 мкмоль/л, непрямой – 14,3 мкмоль/л, тимоловая проба – 44 ед, общий белок – 56 г/л, альбумины – 45%, глобулины - α_1 – 4,2%, α_2 – 6,3%, β - 10,3%, γ - 34,2%.

1. Ваш диагноз?
2. План обследования?
3. План лечения?

4. Прогноз?
5. Перечислите основные синдромы заболевания

Задача №3(УК 1, ПК 5, ПК 6)

Больная 31 года, 3 года назад перенесла острый вирусный гепатит. Поступила с жалобами на резкую слабость, небольшое увеличение живота в объеме, субиктеричность склер. Печень выступает из подреберной дуги на 5-6 см, чувствительна при пальпации, плотноватая, край заострен

При обследовании на УЗИ - умеренная гепатомегалия, селезенка верхняя граница нормы, небольшое количество жидкости в брюшной полости (асцит). Общ.белок-70, альбумины -32, билирубин -45,3 реакция прямая быстрая, тимоловая проба-20 ед, АЛТ-5 норм, АСТ-3нормы, ЦИК-400 ЕД, HBSAg пол

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие лабораторные синдромы позволяет сделать предположение?
3. Необходимое дообследование для подтверждения диагноза?
4. Какой синдром свидетельствует об активности печеночного процесса?
5. Принципы лечения?

Задача № 4(УК 1, ПК 5, ПК 6)

Больной 48 лет. Жалобы на увеличение и тяжесть в животе. В прошлом злоупотреблял алкоголем. В течение 5 лет отмечалось увеличение печени. Увеличение живота заметили 1 месяц назад.

Объективно: телеангиоэктазии на коже туловища, гиперемия ладоней, живот увеличен в объеме, пупок сглажен, определяется тупость ниже пупка и флюктуация. Печень, селезенка не пальпируется. Диурез – 700 мл. Билирубин крови 30 мкмоль/л, АСТ 0,8 ммоль/л, АЛТ 1,2 ммоль/л, ПТВ 50%, натрий 135 ммоль/л, калий 3,9 ммоль/л, креатинин 80 мкмоль/л, белок 52 г/л.

1. Ваш полный диагноз?
2. Какова причина асцита?
3. Определите биохимические синдромы?
4. Сделайте назначения на первую неделю
5. Показания для проведения лапароцентеза?

Задача №5(УК 1, ПК 5, ПК 6)

Больной Р., 52г. Считает себя больным с мая 1999 г, когда появились боли в мелких суставах кистей, умеренная скованность, субфебрильная температура тела. По месту жительства назначены местные физиотерапевтические процедуры (ионофорез с новокаином) на суставы кистей. После первого сеанса у больного на коже туловища возникла мелкоточечная диссеминированная геморрагическая сыпь, резкая общая слабость, головокружение. При обследовании: снижение Hb до 50 г/л, ЦП

1,0, Rt – 5.6%, увеличение красного ростка в костном мозге при стеральной пункции, положительная прямая проба Кумбса, повышение уровня непрямого билирубина до 80 ммоль/л, АСТ – 132 МЕ (норма до 40МЕ), АЛТ – 184 МЕ (норма до 40МЕ), общий белок 68 г/л, альбумины – 33 г/л, γ – глобулины – 51,3 г/л, Ig G – 28,5 г/л, СОЭ – 40 м/час, криоглобулины ++, тип которых идентифицировать не удалось, ревматоидный фактор 1:160. На ФГС: ВРВП Пст. УЗИ: гепатоспленомегалия. Вирусологическое исследование не выявило маркеров В,С,Д. Обращает на себя наличие «печеночных ладоней», «сосудистых звездочек».

1. Выделите характерные симптомы заболевания:
2. Предварительный диагноз?
3. Необходимые дообследования для подтверждения диагноза
4. Что на ваш взгляд способствовало дебюту кожно – геморрагического симптома заболевания?
5. Тактика ведения больного?

Эталонные ответы к ситуационным задачам:

Эталонные ответы к задаче №1

1. Диагноз: Цирроз печени вирусной этиологии в стадии декомпенсации, класс С по Чайлд-Пью. ВПГ: ВРВП. ПКН. Осложнение: Кровотечение из вен пищевода или желудка. Прекоматозное состояние.
2. После стабилизации гемодинамики – ФГС, лигирование ВРВП, исследование функциональных проб печени, этиотропная диагностика – маркеры вирусных гепатитов, синдром цитолиза, холестаза, УЗИ органов брюшной полости
3. Лечение: гемостатическая терапия, в\в сандостатин введение зонда Блэкмора, дезинтоксикационная терапия, антибиотики, клизмы, кровезаменители,
4. Декомпенсация
5. Прием алкоголя, прекращение приема медикаментозных средств

Эталонные ответы к задаче №2

1. Диагноз: Цирроз печени (неуточненной этиологии), ст. субкомпенсации класс В по Чайлд-Пью. ВПГ: асцит. ПКН
2. общий анализ крови, ретикулоциты, общий анализ мочи, билирубин и его фракции, холестерин крови, АсАТ, АлАТ, ГГТП, мочева кислота в крови, креатинин, сахар крови, ФГДС, УЗИ органов брюшной полости, RRS, кал на дисбактериоз, иммуноглобулины крови, серологические маркеры вируса гепатита В, С, Д.
3. симптоматическая терапия – терапия ПГ – верошпирон, петлевые диуретики, неселективные бета-блокаторы, лигирование ВРВП, терапия энцефалопатии – Гепамерц, лактулоза, курсы антибиотиков, Ферменты п\ж без желчных кислот

4.у пациентки диагностируется стадия декомпенсации процесса, поэтому прогноз серьезный – кровотечение из ВРВП -35%, печеночная ком а-инфекционные осложнения, в том числе спонтанный бактериальный перитонит, ГРС

5. Синдром портальной гипертензии, печеночно-клеточной недостаточности. Гепатомегалия, малые признаки ЦП

Эталоны ответов к задаче №3

1. Декомпенсированный цирроз печени, класс С по Ч-П, активное течение в исходе хронического гепатита В. ВПГ: асцит. Печеночно-клеточная недостаточность
2. Два кардинальных синдрома ЦП - Портальная гипертензия (асцит), печеночно-клеточная недостаточность (гипоальбуминемия)
- 3.ФГС (варикоз), факторы свертываемости крови, в том числе ПВ, фибриноген, гемостаз, ПЦР, HBeAg, диагностический лапароцентез
4. Синдром цитолиза
5. Этиотропная и симптоматическая терапия- антагонисты альдостерона, петлевые диуретики, введение раствора альбумина,

Эталоны ответов к задаче № 4

1. Цирроз печени (алкогольный), активное течение, стадия декомпенсации, класс С по Чайлд-Пью. ВПГ: асцит. ПКН
2. Портальная гипертензия, гипопропротеинемия
3. Синдромы: клеточной недостаточности, цитолиза (не резко выражен).
4. Постельный режим. Исключить алкоголь, ограничение соли, полноценное питание, верошпирон, петлевые диуретики
5. при впервые возникшем асците, у всех госпитализированных в стационар больных с асцитом, а также при необъяснимом ухудшении состояния у больных циррозом печени и асцитом.

Эталоны ответов к задаче №5

1. Артралгии, анемический симптом, геморрагический синдром, гепатоспленомегалия, ВРВП Ист, клинико – лабораторные синдромы цитолиза, мезинхимально – воспалительный синдром.
2. Цирроз печени в исходе аутоиммунного гепатита высокой степени активности. Аутоиммунная гемолитическая анемия.
3. Митохондриальные антитела – АМА.
4. Физиотерапевтические процедуры на суставы кистей.
5. Комбинация ГКС + цитостатики с учетом степени выраженности цитолиза. Ферменты, биопрепараты, инфузионная терапия.

Задача №1 (УК 1, ПК 5, ПК 6)

Больной 44 года доставлен в стационар «скорой помощью». Заболел остро. Появилась обильная рвота с примесью крови и резкая слабость. Из анамнеза известно, что много лет злоупотреблял алкоголем. При обследовании обнаружена увеличенная и плотная селезенка, печень не пальпируется. При исследовании сосудов с доплером обнаружена следующая картина:



1. Ваше мнение относительно источника кровотечения?
2. Какое исследование наиболее информативно для подтверждения диагноза?
3. Ваша тактика?
4. Перечислите причины радикулярного тромбоза воротной вены?
5. Веноокклюзионная болезнь печени это?

Задача №2(УК 1, ПК 5, ПК 6)

Больной К., 44 лет, поступила в клинику с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, снижение аппетита, вздутие живота, тупую боль в правой половине живота, неустойчивый стул, кожный зуд, повышение температуры тела к вечеру до 40 С в последние 4 недели.

Из анамнеза болезни: 5 лет назад в анализах крови обнаружены антитела к HCV. Считает настоящее ухудшение связано с удалением зуба

При поступлении: состояние больной средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-серые, живот увеличен в размерах, на передней брюшной стенке – расширение вен. Имеются выраженные периферические отеки. При пальпации: печень плотная, болезненная, край ее неровный, выступает на 5-6 см из-под края реберной дуги, селезенка пальпируется. АД 100/40 мм рт ст

Общий анализ крови: Hb – 110 г/л, эр – $3,0 \times 10^{12}/л$, Л – $18,9 \times 10^9/л$, СОЭ – 65 мм/ч. Общий билирубин крови: 43,4 мкмоль/л, прямой – 29,1 мкмоль/л, непрямой – 14,3 мкмоль/л, тимоловая проба – 10 ед. Общий белок – 56 г/л, альбумины – 45%, глобулины - α_1 – 4,2%, α_2 – 6,3%, β - 10,3%, γ - 34,2%.

1. Ваш диагноз?
2. План обследования?
3. С какими заболеваниями следует дифференцировать данный случай?
4. Перечислите основные симптомы синдрома Бадда-Киари?

Задача №3(УК 1, ПК 5, ПК 6)

Больной 44 лет, поступил в стационар в порядке оказания экстренной медицинской помощи. Заболел внезапно, когда после чихания появилась обильная кровавая рвота. Кожные покровы бледные, выраженная слабость. Из анамнеза удалось выяснить, что в течение многих лет злоупотребляет спиртным. При осмотре больного на передней брюшной стенке голова медузы, печень не увеличена, селезенка резко увеличена, плотная.

1. Что стало источником кровотечения?
2. С какими заболеваниями следует дифференцировать кровотечение?
3. Перечислите необходимые методы обследования?
4. Перечислите формы портальной гипертензии?

Задача №4(УК 1, ПК 5, ПК 6)

Больной 45 лет, доставлен в хирургическое отделение с клиникой с желудочного кровотечения. Из анамнеза известно, что 4 года назад оперирован по поводу гангренозно измененного червеобразного отростка. В послеоперационном периоде длительное время отмечалась гипертермия до 38 – 39 градусов С, с неопределенными болями в животе. При гастрофиброскопии выявлено кровотечение из расширенных вен пищевода и кардиального отдела желудка. В анамнезе инфекционными заболеваниями не болел, вредные привычки отрицает.

1. Определите возможную причину развившейся патологии?
2. методы исследования для уточнения диагноза?
3. Назовите наиболее частую причину подпеченочной портальной гипертензии?
4. Назовите противопоказания к проведению лапароцентеза у больных с ЦП?

Задача №5 (УК 1, ПК 5, ПК 6)

Больной 45 лет страдающий декомпенсированным циррозом печени с синдромом ПГ, асцитом после выполнения абдоминоцетеза (количество жидкости 10 литров) развилась острая кишечная непроходимость (клинически) и от прогрессирования полиорганной недостаточности наступила смерть больного.

1. Назовите количество асцитической жидкости, которое возможно удалить без серьезных последствий в следующем
2. Назовите причину возникновения острой кишечной непроходимости?

3. Назовите причину внутрипеченочной портальной гипертензии?
4. Золотой стандарт диагностики синдрома Бадда-Киари

Эталоны ответов к ситуационным задачам

Эталоны ответов к задаче №1

1. Кровотечение из ВРВП
2. УЗИ сосудов с цветным доплером, КТ с болюсным усилением, вено- и ангиография
3. Срочная ФГС, гемостатическая терапия, в\в терлипрессина до остановки кровотечения, введение зонда Блэкмора, дезинтоксикационная терапия, антибиотики, клизмы, кровезаменители. небольшие дозы гепарина (5000 ЕД), общий анализ крови, ретикулоциты, общий анализ мочи, билирубин и его фракции, холестерин крови, АсАТ, АлАТ, ГГТП, мочева кислота в крови, креатинин, сахар крови, УЗИ органов брюшной полости, кал на дисбактериоз, эластография, иммуноглобулины крови, серологические маркеры вируса гепатита В, С, Д.
4. тромбоз брыжеечных вен и тромбоз селезеночной вены
5. облитерирующий эндофлебит печеночных вен,

Эталоны ответов к задаче №2

1. Подпеченочный блок с развитием портальной гипертензии, спленомегалия. Не исключается развитие бактериального эндокардита
2. УЗИ органов брюшной полости, ФГС, общий анализ крови, ретикулоциты, общий анализ мочи, билирубин и его фракции, холестерин крови, АсАТ, АлАТ, ГГТП, мочева кислота в крови, креатинин, сахар крови, УЗИ органов брюшной полости, RRS, кал на дисбактериоз, иммуноглобулины крови, серологические маркеры вируса гепатита А, В, С, Д. ЭХО КС, ЭКГ, бактериологические исследования крови 3-кратно
3. с циррозом печени, с ГЦК
4. Асцит, боль в животе, гепатоспленомегалия, Печеночная энцефалопатия и кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода

Эталоны ответов к задаче №3

1. наиболее вероятно, что кровотечение из варикозно- расширенных вен пищевода на почве алкогольного цирроза печени.
2. Необходимо исключить язву желудка, 12 п.к., опухоль желудка.
3. Срочная ФГС, гемостатическая терапия, в\в терлипрессина до остановки кровотечения, введение зонда Блэкмора, дезинтоксикационная терапия, антибиотики, клизмы, кровезаменители, общий анализ крови, ретикулоциты,

общий анализ мочи, билирубин и его фракции, холестерин крови, АсАТ, АлАТ, ГГТП, мочева кислота в крови, креатинин, сахар крови, УЗИ органов брюшной полости, кал на дисбактериоз, эластография, иммуноглобулины крови, серологические маркеры вируса гепатита В, С, Д.

4. Надпеченочная , внутрпеченочная, подпеченочная

Эталонны ответов к задаче №4

1. Возможно, острый аппендицит, перенесенный 4 года назад, осложнился острым пилефлебитом с последующим нарушением венозного оттока по портальной системе с последующим развитием портальной гипертензии, расширением вен пищевода и желудка и кровотечением.

2. Наиболее безопасный путь получения информации о состоянии сосудов портальной системы — компьютерная спиральная томограмма с внутривенным болюсным усилением. Ультразвуковое сканирование в сочетании с доплеровским исследованием предоставляет информацию о диаметре селезеночной и воротной вен, проходимости кровотока в этих сосудах. Инвазивные методы контрастирования сосудов портальной системы (прямую спленопортографию, прямую чрескожную чреспеченочную портографию) в настоящее время не применяют.

3. тромбоз селезеночной вены, кавернозная трансформация воротной вены

4. ДВС

Эталонны ответов к задаче №5

1. не более 5-6 литров

2. В ответ на снижение внутрибрюшного давления возник тромбоз сосудов кишечной трубки, и как следствие динамическая кишечная непроходимость

3) цирроз печени

4) катетеризация печеночной вены и ангиография, УЗИДГ с доплером

Задача 1. (УК 1, ПК 5, ПК 6)

Больного К., 48 лет беспокоят слабость, увеличение живота в объеме, повышение температуры тела к вечеру до 37,8С. В прошлом злоупотреблял алкоголем. В течение 5 лет находят гепатомегалию. Увеличение живота заметили 1 месяц назад.

Объективно: телеангиэктазии на коже туловища, гиперемия ладоней, живот увеличен в объеме, пупок сглажен, ниже определяется тупость и флюктуация. Печень, селезенка не пальпируется. Диурез — 700 мл. Билирубин крови 39 мкмоль/л, АСТ- 0,8 ммоль/л, АЛТ - 1,2 ммоль/л, ПТВ 20 сек., натрий 135 ммоль/л, калий 3,9 ммоль/л, креатинин 0,223 мкмоль/л, общий белок 52 г/л.

1. Ваш полный диагноз?
2. Какова причина асцита?
3. Определите биохимические синдромы?
4. Сделайте назначения на первую неделю
5. Какие показатели следует наблюдать?

Задача 2. . (УК 1, ПК 5, ПК 6)

У больного 10 дней назад появилась резкая слабость, черный жидкий стул. В анамнезе - злоупотребление алкоголем, язвенной болезнью не страдал. При осмотре выявлено наличие асцитической жидкости, увеличение печени на 2 см, плотной консистенции, край острый. Селезенка пальпируется на 4 см из подреберья, плотная, имеется расширение вен передней брюшной стенки.

1. Поставьте диагноз.
2. Какое осложнение развилось у данного больного?
3. Какой синдром явился причиной данного осложнения?
4. Какие еще синдромы характерны для данного заболевания?
5. С какими заболеваниями в первую очередь следует провести дифференциальный диагноз?

Задача 3. (УК 1, ПК 5, ПК 6)

Больной, 44 лет, поступил в стационар по скорой помощи. Заболел внезапно. Появились обильная рвота с примесью крови и резкая слабость. Из анамнеза известно, что пациент много лет злоупотреблял алкоголем. Обнаружена увеличенная и плотная селезенка, печень не пальпировалась.

1. Ваше мнение относительно источника кровотечения?
2. Какое исследование показано для подтверждения диагноза?
3. Ваша тактика ведения?
4. Какие проявления портальной гипертензии у данного больного?
5. Прогноз

Задача 4. . (УК 1, ПК 5, ПК 6)

У пациента В., 46 лет через неделю после запоя появилась выраженная слабость, анорексия, тупая боль в правом подреберье, тошнота, рвота, диарея, похудание, желтуха; последняя не сопровождается кожным зудом, ремиттирующая лихорадка, часто достигающая фебрильных цифр. Печень увеличена, уплотнена, с гладкой поверхностью, болезненна при пальпации. Селезенка не пальпируется, асцита нет. Алкоголь употребляет более 15 лет. Л-15–20х10⁹/л, СОЭ 40 мм/ч, макроцитоз. Билирубин 230 ммоль/л, реакция прямая быстрая. АСТ 216, АЛТ 106 (№ 36-40), г-глутамилтранспептидаза 718 (№ 60), IgA -5,6 г/л. Протромбиновое время 20 (донор-16 сек.). Маркеры вирусных гепатитов отрицательные.

1. Ваш диагноз

2. Дополнительные методы исследования
3. Тактика ведения
4. Как определяется тяжесть гепатита
5. Показания к назначению кортикостероидов

Задача 5. (УК 1, ПК 5, ПК 6)

У больного 10 дней назад появилась резкая слабость, черный жидкий кал. В анамнезе злоупотребление алкоголем, язвенной болезнью не страдал. Выявлено наличие асцитической жидкости, увеличение печени на 2 см. Печень плотная, край острый. Селезенка - на 4 см из-под реберной дуги, плотная. Расширение вен передней брюшной стенки.

1. Поставьте диагноз.
2. Какое осложнение развилось у данного больного?
3. Какой синдром явился причиной данного осложнения?
4. Лечение больного.
5. Перечислите алкогольные стигмы

Эталоны ответов к ситуационным задачам

Эталоны ответов к задаче № 1.

1. Декомпенсированный цирроз печени алкогольной этиологии, активное течение, класс С по Чайлд-Пью. ВПГ: асцит. ПКН. Не исключается спонтанный перитонит, ГРС
2. Портальная гипертензия, гипопроотеинемия.
3. Синдромы: печеночно-клеточной недостаточности, цитолиза (не резко выражен), малые печеночные признаки, гиперкреатининемия, гипербилирубинемия
4. Постельный режим. Исключить алкоголь, ограничение соли, полноценное питание, верошпирон 100 мг/сут, фуросемид- 40 мг/сут, антибактериальная терапия, переливание альбумина, гепа-Мерц, лактулоза, ферменты поджелудочной железы без ЖК.
5. Ежедневно: пульс, АД, массу тела (должна уменьшаться на 200 г/сут), окружность живота, диурез. Повторить калий, натрий, билирубин, белок крови, гемостаз, мочевины, креатинин, необходимо провести диагностический парацентез

Эталоны ответов к задаче № 2.

1. Декомпенсированный цирроз печени этаноловой этиологии. ВПГ: асцит, спленомегалия
2. Кровотечение из варикозно- расширенных вен пищевода или язвы, т.к. только 39% кровотечений при ЦП связаны с ВРВП .
3. Портальная гипертензия.
4. Печеночно-клеточная недостаточность, печеночная энцефалопатия.
5. С ЦП вирусной этиологии

Эталоны ответов к задаче № 3.

1. Вероятно, варикозно-измененные вены пищевода и кардиального отдела желудка.
2. ЭГДС.
3. Проведение гемостатической терапии, введение зонда Блекмора. При неэффективности консервативной терапии — операция Таннера.
4. Варикозно- расширенные вены пищевода, спленомегалия.
5. При продолжении приема алкоголя-декомпенсация ЦП

Эталоны ответов к задаче № 4.

1. алкогольный гепатит, желтушный вариант
2. УЗИ, ФГС, амилаза крови, мочевины, креатинин, электрофорез белка, гемостаз, холестерин, щелочная фосфатаза,
3. энтеросорбция, препараты урсодезоксихолевой кислоты, ГКС, пентоксифиллин, инфузионная терапия
4. Для определения тяжести гепатита чаще всего используется т.н. коэффициент Мэддрей, вычисляемый как $4,6 \times (\text{разность между протромбиновым временем у больного и в контроле}) + \text{сывороточный билирубин в ммоль/л}$. У больных со значением этого коэффициента более 32 вероятность летального исхода в текущую госпитализацию превышает 50%.
5. Больным с коэффициентом Мэддрей более 32

Эталоны ответов к задаче № 5.

1. Алкогольный цирроз печени класса С с явлениями портальной гипертензии, осложнившийся кровотечением из вен пищевода.
2. Кровотечение из варикозных вен пищевода.
3. Портальная гипертензия.
4. Лечение кровотечения: полиглюкин до 2,5 л/сутки в/в капельно, аминокaproновая кислота 5% 100 мл в/в капельно или дицинон до 3,0 г/сутки, сандостатин 25 мкг/ч x 5 дней, квамател или ИПП 20 мг в/в капельно, высокие очистительные клизмы. Селективная деконтаминация кишечника. При продолжающемся кровотечении - зонд Блекмора. После остановки кровотечения для предупреждения бактериального перитонита — антибактериальная терапия, для предупреждения шунтовой энцефалопатии — Гепат-Мерц, лактулоза
5. Расширение сосудов носа и склер, увеличение околоушных желез, атрофия мышц плечевого пояса, яркие сосудистые звездочки, гинекомастия, контрактура Дюпюитрена, атрофия яичек, чувствительная гепатомегалия.

Задача 1(УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8)

Больная 47 лет на слабость, тошноту, снижение работоспособности. В течение 2 лет диагностируется сахарный диабет 2 тип (принимает инкретины и метформин), гиперхолестеринемия до 9,6 ммоль/л, ГБ. При

осмотре обращает на себя избыточная масса тела, превышающая идеальную на 10-40%. АД - 160/100 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в правом подреберье, где пальпируется на 3 см ниже края реберной дуги, безболезненная, плотноэластической консистенции печень. На УЗИ органов брюшной полости – печень увеличена в размерах, отмечается дистальное затухание эхосигнала; диффузная гиперэхогенность («яркая печень»); нечеткость сосудистого рисунка. В анализах крови - уровень сывороточных аминотрансфераз и активность γ -глутамилтранспептидазы в 3 раза превышает норму, глюкоза – 6,1 ммоль/л.

1. Предварительный диагноз?
2. Какие исследования нужны для прямого подтверждения диагноза
3. Алгоритм диагностики предполагаемого заболевания печени
4. Что можно ожидать при морфологическом анализе ткани печени?
5. Терапия

Задача 2(УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8)

Больная 68 лет поступила с жалобами на слабость, увеличение живота в объеме. В течение 15 лет страдает сахарным диабетом 2 типа, ГБ, ожирением. В течение 10 лет диагностируется цитолитический синдром, жировой гепатоз. Увеличение живота заметила 1 месяц назад.

Объективно: телеангиэктазии на коже туловища, гиперемия ладоней, живот увеличен в объеме, пупок сглажен, определяется тупость ниже пупка и флюктуация. Печень, селезенка не пальпируется. Диурез – 700 мл. Билирубин крови 30 мкмоль/л, АСТ- 3,8 ммоль/л, АЛТ - 10,2 ммоль/л, ПТВ 50%, натрий 135 ммоль/л, калий 3,9 ммоль/л, креатинин 80 мкмоль/л, белок 52 г/л.

Маркеры вирусных гепатитов отрицают., церулоплазмин в пределах нормальных значений,

1. Ваш полный диагноз?
2. Перечислите предикторы, позволяющие предположить высокий риск прогрессирования НАЖБП ?
3. Определите биохимические синдромы?
4. Сделайте назначения на первую неделю
5. Какие показатели следует наблюдать?

Задача 3 (УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8)

Больная 57 лет, поступила по направлению из поликлиники вследствие хронического цитолитического синдрома (АСТ и АЛТ 3 нормы в течение 2 лет), периодически легкую желтушность склер. Причина цитолитического синдрома не установлена: - маркеры вирусной инфекции (HBV, HCV, HDV); -болезни Коновалова–Вильсона (определение уровня церулоплазмينا в крови);-врожденной недостаточности α 1-антитрипсина; -идиопатического гемохроматоза (исследование обмена железа); -аутоиммунного гепатита (оценка титров ANA, SMA, AMA) отрицательные;

употребления алкоголя в гепатотоксической дозе (более 20 мг этанола в сутки) и употребление гепатотоксичных препаратов отрицает. В течение 13 лет диагностируется ожирение, сахарный диабет 2 типа, ГБ, гиперхолестеринемия. На УЗИ - печень увеличена в размерах, отмечается дистальное затухание эхосигнала; диффузная гиперэхогенность («яркая печень»); нечеткость сосудистого рисунка.

Объективно: повышенного питания, печень выступает на 3 см из - под края реберной дуги, плотноэластической консистенции. Анализ крови и мочи без изменений. Билирубин 35,4 ммоль/л, АСТ 0,8 ммоль/л, АЛТ 3,5 ммоль/л.

1. Ваш вероятный диагноз?
2. Перечислите показания к пункционной биопсии?
3. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?
4. Тактика лечения?

Задача 4 (УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8)

Больная 45 лет, поступила в отделение гастроэнтерологии с жалобами на слабость, неприятные ощущения в правом подреберье. По УЗИ в течение 4 лет определяется гиперэхогенная увеличенная печень в биохимических анализах крови - активность γ -глутамилтранспептидазы в 2 раза превышает норму, АСТ – 0,4, АЛТ – 0,6 ммоль/л, глюкоза – 6,1 ммоль/л. При объективном осмотре – повышенного питания, АД- 135/95 мм рт ст, живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на 3 см из-под края реберной дуги, плотноэластической консистенции.

1. Ваш вероятный диагноз?
2. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Назовите «золотой стандарт» диагностики НАЖБП
4. Перечислите 4 основных ультразвуковых признака стеатоза печени

ЗАДАЧА № 5(УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8)

Больной М., 43 года, около 3-х лет назад перенес острый вирусный гепатит В. Через год при медицинских осмотрах стали находить увеличение печени. Больному было рекомендовано обследование в стационаре, но он продолжал работать. Последние полгода состояние ухудшилось: отмечает повышенную утомляемость, постоянно беспокоят тошнота, боль в правом подреберье, желтушность склер и кожных покровов.

При объективном обследовании: состояние больного удовлетворительное. Легкие и сердце без патологии. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный, АД – 120/80 мм рт.ст. На грудной клетке единичные сосудистые «звездочки». Живот при пальпации болезнен в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3-4 см, умеренной плотности, болезненная, край закруглен. Селезенка не увеличена.

1. Ваш диагноз?
2. Дополнительные методы исследования?
3. Перечислите основные синдромы заболевания у данного больного?
4. Схемы противовирусной терапии ХГВ?
5. Профилактика ХГВ?

Эталоны ответов к ситуационным задачам

Эталоны ответов к задаче №1

1. НАЖБП: НАСГ. Сахарный диабет 2, компенсированный. ГБ. Ожирение. Гиперхолестеринемия.
2. Диагноз НАСГ является диагнозом исключения.
Поэтому программа обследования пациента в первую очередь должна быть направлена на исключение: -вирусной инфекции (HBV, HCV, HDV); -болезни Коновалова–Вильсона (определение уровня церулоплазмينا в крови); -врожденной недостаточности α 1-антитрипсина; -идиопатического гемохроматоза (исследование обмена железа); -аутоиммунного гепатита (оценка титров ANA, SMA, AMA);
-употребления алкоголя в гепатотоксической дозе (более 20 мг этанола в сутки) и употребление гепатотоксичных препаратов
3. Алгоритм диагностики представлен следующими характерными изменениями лабораторных показателей: • уровень сывороточных aminotransferases в 2-3 раза превышает норму: АлАТ > АсАТ; гипербилирубинемия (в пределах 1,5-2 N) – у 12-17% больных; активность щелочной фосфатазы и γ -глутамилтранспептидазы (ГГТП) умеренно повышена (не более чем до 2 N) – у 30-60% больных; гиперлипидемия (гипертриглицеридемия и гиперхолестеринемия) – у 20-80% пациентов; гипергаммаглобулинемия – у 10-25% больных;
Важным неинвазивным диагностическим показателем является определение инсулинорезистентности (соотношение уровня иммунореактивного инсулина и глюкозы в крови). С целью верификации диагноза необходимо проведение пункционной биопсии.
4. При биопсии печени выявляются жировые включения, локализующиеся преимущественно во 2 и 3-й зонах печеночного ацинуса, а в более тяжелых случаях располагающихся диффузно. Чаще выявляется крупнокапельная жировая дистрофия (макроvesикулярный стеатоз), реже – мелкокапельная (микроvesикулярный стеатоз) или смешанная. Прогноз при микроvesикулярном стеатозе хуже, чем при макроvesикулярном, так как эта форма ассоциирована с повреждением митохондрий. Развивается баллонная дистрофия клеток. Могут обнаруживаться тельца Мэллори. Воспалительные изменения представлены внутридольковыми инфильтратами, состоящими из лимфоцитов, мононуклеарных фагоцитов и полиморфноядерных лейкоцитов. Фиброзные изменения выявляются

сначала в 3-й зоне ацинуса и могут прогрессировать с образованием септ и исходом в цирроз печени

5. Поскольку этиопатогенетические механизмы НАСГ полностью не изучены, терапия остается эмпирической и содержит 2 основных направления: коррекция инсулинорезистентности и коррекция оксидативного стресса. Первая задача – по сути борьба с ожирением (Диета физические нагрузки, медикаментозная коррекция веса –прием Орлистата) и терапия Инсулиносенситайзерами. Учитывая патогенез заболевания, у пациентов с НАЖБП эффективным может оказаться применение гиполипидемических средств. Статины — наиболее эффективные. Эссенциальные фосфолипиды, участвующие в регуляции липидного обмена в гепатоцитах, обладающий антифибротической и антиоксидантной активностью. Препараты урсодезоксихолевой кислоты (УДХК) — урсофальк, урсосан — оказывают прямой цитопротекторный, антиапоптотический и мембраностабилизирующий эффекты. Получены новые данные о положительном влиянии УДХК на соотношение сывороточных маркеров фиброгенеза и фибролиза.

Эталон ответов к задаче №2

1. Декомпенсированный цирроз печени, ассоциированный с НАСГ, активное течение, класс В по Чайлд-Пью. ВПГ: асцит
2. возраст старше 45 лет; женский пол; ИМТ более 28 кг/м²; увеличение активности АЛТ в 2 раза и более; уровень ТГ более 1,7 ммоль/л; наличие артериальной гипертензии; СД 2 типа; индекс ИР (НОМА-IR) более 5.
5. Выявление более 2 критериев свидетельствует о высоком риске фиброза печени.
3. Синдромы: печеночно-клеточной недостаточности, цитолиза
4. Постельный режим. Ограничение соли, полноценное питание, верошпирон 100 мг/сут, фуросемид- 40 мг/сут, ферменты поджелудочной железы без ЖК.
5. Ежедневно: пульс, АД, массу тела (должна уменьшаться на 200 г/сут), окружность живота, диурез. Повторить исследование сывороточной концентрации калия, натрия, билирубина, АСТ, АЛТ, белка крови.

Эталон ответа к задаче № 3.

1. Диагноз: НАЖБП: НАСГ
2. Обязательными показаниями для биопсии являются:
Мотивированный пациент, Сахарный диабет 2-го типа, Андроидное ожирение, Тромбоцитопения 140 тыс и менее, Инсулинорезистентность (НОМА >2). Любые косвенные признаки цирроза
3. Пункционная биопсия печени, эластография
4. Диета физические нагрузки, медикаментозная коррекция веса, терапия Инсулиносенситайзерами. Статины, Эссенциальные фосфолипиды, Препараты урсодезоксихолевой кислоты

Эталоны ответов к задаче №4

1. Диагноз: НАЖБП: стеатоз печени
2. Исключить: вирусной инфекции (HBV, HCV, HDV); болезни Коновалова–Вильсона (определение уровня церулоплазмينا в крови); врожденной недостаточности α 1-антитрипсина; идиопатического гемохроматоза (исследование обмена железа); аутоиммунного гепатита (оценка титров ANA, SMA, AMA); употребления алкоголя в гепатотоксической дозе (более 20 мг этанола в сутки) и употребление гепатотоксичных препаратов, определение инсулинорезистентности (соотношение уровня иммунореактивного инсулина и глюкозы в крови). ИМТ
3. Морфологическое исследование ткани печени
4. Выделяют 4 основных ультразвуковых признака стеатоза печени: дистальное затухание эхосигнала; диффузная гиперэхогенность печени («яркая печень»); симптома «белой печени» по сравнению с почками или селезенкой; увеличение эхогенности печени; нечеткость сосудистого рисунка

Эталоны ответов к задаче № 5

1. Хронический гепатит В, репликация
2. HBs Ag, количественная ПЦР на наличие ДНК HBV, ПЦР на наличие РНК HDV, общие анализы крови и мочи, уровень билирубина и его фракции, общий белок и белковые фракции, уровень холестерина крови, β -липопротеидов, ЩФ, АсАТ, АлАТ, ГГТП, тимоловая проба, сахар крови, ФГДС, RRS, УЗИ печени, селезенки, желчного пузыря, поджелудочной железы.
3. гепатомегалия, холемия, астеновегетативный синдром
4. Монотерапия ПЕГ ИФ или терапия нуклеозидами (энтековир, телбивудин, тенофовир) сроком не менее 3-4 лет
5. А) Тестирование донорской крови. Б) Вакцинация. В отношении ХГВ вакцинация приоритетна. В настоящее время используются следующие вакцины: Энджерикс В, ЛТД, Н-В-VaxII. Активная иммунизация показана: HBsAg-негативным контактным с больными лицами, больным хронической почечной недостаточностью, находящимся на гемодиализе, персоналу учреждений для умственно отсталых, стоматологам, гомосексуалистам, проституткам.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме:

провести обследование больных с ЦП, (УК 1, ПК 5)

выделить кардинальные синдромы заболевания – ПКН и ПГ; интерпретировать полученные клинические данные, (УК 1, ПК 5)

наметить план обследования и лечения пациента, (УК 1, ПК 5)

интерпретировать данные дополнительных методов исследования (данные УЗИ, КТ, ФГС, гепатопанелей), (УК 1, ПК 5)

владеть наиболее информативными методами диагностики ЦП, ГРС, спонтанного бактериального перитонита, ПКН(УК 1, ПК 5)

владеть современными схемами ведения больных ЦП, остановкой кровотечений из ВРВП. (УК 1, ПК 5)

Диспансеризация больных с ЦП, вопросы ВТЭ(УК 1, ПК 5)

провести обследование больных с заболеваниями сосудов печени, (УК 1, ПК 5)

выделить кардинальные синдромы заболевания; (УК 1, ПК 5)

интерпретировать полученные клинические данные, (УК 1, ПК 5)

наметить план обследования и лечения пациента, (УК 1, ПК 5)

интерпретировать данные дополнительных методов исследования (данные УЗИ, с доплераграфией, КТ с болюсным усилением, ФГС, гепатопанелей),

владеть наиболее информативными методами диагностики (УК 1, ПК 5)

владеть современными схемами ведения больных (УК 1, ПК 5, ПК 6)

Диспансеризация больных с ЦП, вопросы ВТЭ

(УК 1, ПК 5, ПК 6)

провести обследование больных с АБП, (УК 1, ПК 5)

выделить кардинальные синдромы заболевания, интерпретировать полученные клинические данные, (УК 1, ПК 5)

наметить план обследования и лечения пациента, (УК 1, ПК 5)

интерпретировать данные дополнительных методов исследования (данные УЗИ, КТ, ФГС, гепатопанелей, морфологии гепатобиоптатов), (УК 1, ПК 5)

владеть наиболее информативными методами диагностики АБП – алкогольным стеатозом, острыми алкогольными гепатитами, алкогольными циррозами, уметь вычислять индекс Медеррея(УК 1, ПК 5)

владеть современными схемами ведения больных АБП, остановкой кровотечений из ВРВП и др. (УК 1, ПК 5, ПК 6)

Диспансеризация больных сАБП, вопросы ВТЭ(УК 1, ПК 5)

провести обследование больных с НАЖБП, (УК 1, ПК 5)

выделить кардинальные синдромы заболевания (УК 1, ПК 5)

интерпретировать полученные клинические данные, (УК 1, ПК 5)

наметить план обследования и лечения пациента, (УК 1, ПК 5)

интерпретировать данные дополнительных методов исследования (данные УЗИ, КТ, ФГС, гепатопанелей, биопсии печени), (УК 1, ПК 5)

владеть наиболее информативными методами диагностики НАЖБП (УК 1, ПК 5, ПК 6)

владеть современными схемами ведения больных НАЖБП (УК 1, ПК 5)

Диспансеризация больных с ЦП, вопросы ВТЭ(УК 1, ПК 5, ПК 6)

Тематика НИР - Синдром и болезнь Бадда-Киари. Современное состояние вопроса

Гепатоцеллюлярная карцинома. Современное состояние вопроса
Эффективность эссенциальных фосфолипидов в терапии НАЖБП

. 5. Рекомендуемая литература

Перечень основной литературы				Кол-во экземпляров	
№ п/ п	Наименование, вид издания	Автор(- ы), составит ель(-и), редакто р(-ы)	Место издания, издатель ство, год	В библио теке	На кафе дре
1	2	3	4	5	6
1.	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов. Т. 1.. - Режим доступа: https://www.books-up.ru/ru/read/vnutrennie-bolezni-v-2-t-t-1-2990917/	ред. С. И. Рябов	СПб. : СпецЛит , 2015.	ЭБС Букап	-/-
2.	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов. Т. 2.. - Режим доступа: https://www.books-up.ru/ru/read/vnutrennie-bolezni-v-2-t-t-2-2991838/	ред. С. И. Рябов	СПб. : СпецЛит , 2015.	ЭБС Букап	-/-
3.	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник. Т. 1. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970433102.html	ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин	М. : ГЭОТАР -Медиа, 2015.	ЭБС Консультант студента (ВУЗ)	-/-
4	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник. Т. 2. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970433119.html	ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин	М. : ГЭОТАР -Медиа, 2015.	ЭБС Консультант студента (ВУЗ)	-/-

5	Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : руководство. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432730.html	Я. С. Циммерман	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.	ЭМБ Консультант врача	-/-
---	---	-----------------	--------------------------	-----------------------	-----

1. **Перечень дополнительной литературы**

2.

				Кол-во экземпляров	
1	2	3	4	5	6
1	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: анатомо-эндоскопические и клиничко-инструментальные основы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения	О. Б. Дронова, И. И. Каган, А. А. Третьяков	М. : БИНОМ, 2014.	1	- / -
2	Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : рук. для врачей. - Режим доступа: https://www.books-up.ru/read/gastroenterologiya-3001020/?page=1	ред. Е. И. Ткаченко	СПб. : СпецЛит, 2013.	ЭБС Букап	- / -
3	Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : руководство. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432730.html	Я. С. Циммерман	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.	ЭМБ Консультант врача	- / -
4	Классификации заболеваний внутренних органов [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: https://www.books-up.ru/read/klassifikacii-zabolevanij-vnutrennih-org	ред. А. В. Гордиенко, В. Ю. Голофеевский	СПб. : СпецЛит, 2013.	ЭБС Букап	- / -

3. **Электронные ресурсы:**

4. ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
5. ЭБС Консультант студента ВУЗ
6. ЭМБ Консультант врача
7. ЭБС Айбукс
8. ЭБС Букап
9. ЭБС Лань
10. ЭБС Юрайт

- 11.СПС КонсультантПлюс
- 12.НЭБ eLibrary
- 13.БД Sage
- 14.БД Oxford University Press
- 15.БД ProQuest
- 16.БД Web of Science
- 17.БД Scopus

БД MEDLINE Complet

1. Индекс ОД.О.01.1.4.35 Тема: «Хронический панкреатит. Дисфункция желчевыводящих путей и хронический бескаменный холецистит. Желчнокаменная болезнь. Постхолецистэктомический синдром.»

2. Форма работы -

— подготовка к практическим занятиям

- подготовка материалов по НИР

3. Перечень вопросов для самоподготовки УК 1, ПК 1, ПК 2, ПК 5, ПК 6, ПК 8, ПК 9

знать - этиологию, патогенез, клиническую картину, закономерности течения, важнейшие осложнения, прогноз и наиболее информативные методы диагностики ХП , дисфункции желчевыделительной системы, ХХ, ЖКБ, ПХЭС

Уметь: провести обследование больных с ХП , дисфункции желчевыделительной системы, ХХ, ЖКБ, ПХЭС , интерпретировать данные дополнительных методов обследования;

владеть: современными схемами ведения больных с ХП , дисфункции желчевыделительной системы, ХХ, ЖКБ, ПХЭС , в том числе выраженным болевым синдромом и внешнесекреторной недостаточностью ПЖ, диспансеризации и профилактики

1. Классификация ХП , дисфункции желчевыделительной системы, ХХ, ЖКБ, ПХЭС

2. Патогенез болевого синдрома при ХП
3. Патогенез ПХЭС
4. Характеристика современных селективных спазмолитиков
5. Токсические и паразитарные холециститы в клинической практике

4. Самоконтроль по тестовым заданиям - УК 1, ПК 1, ПК 2, ПК 5, ПК 6, ПК 8, ПК 9

А) 1. ПОЛОЖЕНИЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО ОТНОШЕНИЮ К БРЮШИНЕ

- 1) интраперитонеальное положение
- 2) мезоперитонеальное положение
- 3) экстраперитонеальное положение
- 4) интраперитонеальное положение, при наличии брыжейки
- 5) экстраплевральное положение

2. ДОБАВОЧНЫЙ ПРОТОК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТКРЫВАЕТСЯ

- 1) в большой сосочек двенадцатиперстной кишки
- 2) в малый сосочек двенадцатиперстной кишки
- 3) в печеночную-поджелудочную ампулу
- 4) в продольную складку двенадцатиперстной кишки
- 5) в тощую кишку

3. ПРОТОК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТКРЫВАЕТСЯ

- 1) в верхнюю часть двенадцатиперстной кишки
- 2) в нисходящую часть двенадцатиперстной кишки
- 3) в восходящую часть двенадцатиперстной кишки
- 4) в горизонтальную часть двенадцатиперстной кишки
- 5) в подвздошную кишку

4. СЕКРЕЦИЮ ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО СОКА НАИБОЛЕЕ АКТИВНО СТИМУЛИРУЮТ

- 1) соматостатин
- 2) гастрин
- 3) секретин и гастрин
- 4) брадикинин
- 5) секретин и холецистокинин

5. ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЕЙ ПРИ ПАНКРЕАТИТЕ

- 1) чаще локализуются в верхней половине живота
- 2) чаще локализуются в левом подреберье
- 3) носят опоясывающий характер, усиливаются в положении на спине
- 4) чаще локализуются в правом подреберье
- 5) чаще локализуются в левом подреберье, носят опоясывающий характер, усиливаются в положении на спине

6. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) экзокринная недостаточность поджелудочной железы
- 2) перитонит
- 3) псевдокисты
- 4) асцит
- 5) эндокринная недостаточность

7. ПОСЛЕДСТВИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА, ВОЗНИКШЕГО ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛУОПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ

- 1) экзокринная недостаточность поджелудочной железы
- 2) эндокринная недостаточность поджелудочной железы
- 3) перитонит
- 4) кисты в поджелудочной железе
- 5) асцит

8. ОСНОВНЫМИ ЛАБОРАТОРНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА (ДЛИТЕЛЬНОЕ ТЕЧЕНИЕ) В СТАДИИ РЕМИССИИ, ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) гипергликемия, повышение содержание кетоновых тел
- 2) гипохолестеринемия, гипокалиемия
- 3) креаторея, стеаторея, повышение содержание мылов в кале, лейкоцитоз
- 4) креаторея, стеаторея, снижение уровня ферментов в дуоденальном содержимом
- 5) повышение содержания крахмала в кале, стеаторея, гипергликемия

9. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ ИССЛЕДОВАНИЕ

- 1) амилазы/липазы
- 2) копрограммы
- 3) посева кала на дисбактериоз

- 4) эластазы 1 в кале
- 5) кала на скрытую кровь

10. ХРОНИЧЕСКИЙ РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ПАНКРЕАТИТ НАБЛЮДАЕТСЯ ЧАЩЕ ВСЕГО

- 1) при язвенной болезни
- 2) при холелитиазе
- 3) при постгастрорезекционном синдроме
- 4) при хроническом колите
- 5) при лямблиозе

Ответы: 1-3, 2-2, 3-2, 4-5, 5-5, 6-1, 7-4, 8-4, 9-4, 10-2

В) 1.ПРИСТУП ЖЕЛЧНОЙ КОЛИКИ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

- 1)острой болью
- 2)рвотой
- 3)лихорадкой
- 4)всем перечисленным
- 5)верно острой болью и рвотой

2.ЛОКАЛИЗАЦИЯ ВЕНТИЛЬНОГО КАМНЯ В ПУЗЫРНОМ ПРОТОКЕ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

- 1)кратковременными болями
- 2)переполнением и растяжением желчного пузыря
- 3)повторяющейся кратковременной желтухой
- 4)верно кратковременными болями и повторяющейся кратковременной желтухой
- 5)всем перечисленным

3.РАСТВОРЕНИЕ КАМНЕЙ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ ВЫЗЫВАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, КРОМЕ

- 1) мебеверин
- 2)урсосан
- 3)урсофалька
- 4. хенофальк
- 5. хеносан

4.ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПРИМЕНЯЮТ

- 1)холевую кислоту
- 2)хенодезоксихолевую кислоту
- 3)литохолевую кислоту

- 4) граурохолевую кислоту
- 5) дегидрохолевую кислоту

5. ХЕНОДЕЗОКСИХОЛЕВУЮ КИСЛОТУ ПРИМЕНЯЮТ С ЦЕЛЬЮ

- 1) растворения холестериновых конкрементов в желчном пузыре
- 2) снижения уровня холестерина в сыворотке крови
- 3) улучшения утилизации жиров в кишечнике
- 4) улучшения утилизации углеводов в кишечнике
- 5. все перечисленное

6. ПОКАЗАНИЯМИ К ЛИТОТРИПСИИ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) одиночных камней
- 2) камней диаметром менее 2 см
- 3) желтухи
- 4) холестериновых камней
- 5) сохранения сократительной функции желчного пузыря

7. К ПРИЧИНАМ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ОТНОСЯТСЯ

- 1) ошибки предоперационной диагностики
- 2) технические дефекты операции
- 3) наличие осложнений
- 4) сопутствующие заболевания
- 5) все перечисленные

8. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО

- 1) рентгенологический метод исследования
- 2) эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография
- 3) эхография
- 4) фракционное дуоденальное зондирование
- 5) радиорентгенохромодиагностика

9. В ЛЕЧЕНИИ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИМЕНЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, КРОМЕ

- 1) дюспаталин
- 2) креон
- 3) метеоспазмил
- 4) бускопан
- 5) аллохол.

10. ЛЕЧЕНИЕ ПОСТХОЛЕЦИСТОЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА НАПРАВЛЕНО

- 1)на устранение дискинезии сфинктера одди
- 2)на усиление желчеотделения
- 3)на подавление инфекции
- 4) верно на устранение дискинезии сфинктера одди и на подавление инфекции
- 5)на все перечисленное

Эталоны ответов

1-4, 2-5, 3-1, 4-2, 5-1, 6-3, 7-5, 8-2, 9-5,10-4

5. Самоконтроль по ситуационным задачам УК 1, ПК 1, ПК 2, ПК 5, ПК 6, ПК 8, ПК 9

А)

Задача №1 УК 1, ПК 1, ПК 2, ПК 5, ПК 6

Больной 40 лет жалуется на боли в эпигастральной области, иногда опоясывающего характера, частые поносы. В течение многих лет злоупотреблял алкоголем. В течение года диагностируется сахарный диабет, принимал бигуаниды. В течение 6 месяцев- поносы с полужидким калом беловатого цвета. Похудел на 10кг. *Объективно:* масса тела - 55 кг, рост - 170 см. При пальпации отмечается нерезкая болезненность над пупком. Печень на 3 см ниже края реберной дуги, плотная, безболезненная. Диастаза мочи - 256 ЕД. Глюкоза крови - 15,5 моль/л, в моче ацетон (-). *В анализе кала* много нейтрального жира, мыл и жирных кислот, непереваренной клетчатки.

1. Диагноз?
2. Форма кишечной диспепсии?
3. Диета и заместительная терапия?
4. Лечение сахарного диабета?
5. УЗИ критерии хронического панкреатита?

Задача №2 УК 1, ПК 1, ПК 2, ПК 5, ПК 6

Больной М., 47 лет жалуется на боли в эпигастральной области, не связанные с **едой**, тошноту, плохой аппетит и частые поносы. В течение многих лет **злоупотреблял** алкоголем, 4года назад лечился по поводу описторхоза. В течение года ежедневно - поносы с полужидким калом беловатого цвета. Похудел на 8 кг.

Объективно: масса тела - 60 кг, рост - 170 см. Кожа сухая, тургор снижен. АД - 90/70 мм рт. ст, чсс 80 уд. в минуту. Язык красного цвета, со **сглаженными сосочками.**

Не резкая болезненность над пупком в треугольнике Шофара Печень пальпируется по краю реберной дуги.

1. Какова вероятная причина поносов?

2. Как объяснить похудание и признаки гипогидратации у больного?
3. Какие исследования нужны для прямого подтверждения диагноза и что ожидается?
4. Что можно ожидать в анализе кала, как объяснить эти изменения?
5. Назначено лечение: стол N5, панкреатин 0.5х3, контрикал 1500.0 ЕД/сут, атропин п/к. Оцените адекватность этого лечения.

Задача №3 УК 1, ПК 1, ПК 2, ПК 5, ПК 6

У больного С., 57 лет появились жалобы на боли в эпигастральной области, не связанные с едой, тошнота, плохой аппетит и частые поносы. В течение многих лет злоупотреблял алкоголем. 6 месяцев поносы с полужидким калом беловатого цвета. Похудел на 8 кг. Кожа сухая, тургор снижен. АД 90/70 мм рт. ст. Язык красного цвета, со сглаженными сосочками. Нерезкая болезненность над пупком. Печень на 3 см ниже края реберной дуги, безболезненная, плотная.

1. Каков вероятный диагноз?
2. Как объяснить похудание и признаки гипогидратации у больного?
3. Какие исследования нужны для прямого подтверждения диагноза и что ожидается?
4. Что можно ожидать при анализе кала, как объяснить эти изменения?
5. Особенности панкреатогенного сахарного диабета?

Задача № 4 УК 1, ПК 1, ПК 2, ПК 5, ПК 6

Больной Д., 56 лет, поступил в приемное отделение с жалобами на сильный приступ болей в верхней половине живота опоясывающего характера, многократную рвоту, расстройство стула, стул более 3-х раз в течение суток с обильным количеством каловых масс серой окраски и гнилостным запахом; жажду, сухость во рту.

Больным себя считает в течение года, когда после погрешности в диете и злоупотребления алкоголем впервые возник подобный приступ болей с иррадиацией в спину, левую половину грудной клетки. Боль сопровождалась рвотой, расстройством стула. В поликлинику не обращался, самостоятельно принимал баралгин, но-шпу. За последние 2 месяца подобные приступы болей возникали трижды.

При поступлении: сознание ясное, состояние средней степени тяжести. Тургор кожи снижен, кожные покровы и видимые слизистые бледны. Сердце – границы умеренно расширены влево, тоны приглушены, ритм правильный, ЧСС 80 в мин, АД 110/70 мм рт.ст. Живот несколько вздут, участвует в акте дыхания, резко болезнен в эпигастральной области и особенновтреугольнике Шофара. Положительные симптомы Мейо-Робсона, Гротта. Печень и

селезенка не увеличены. Общий анализ крови: Нb – 156 г/л, лейкоциты – $10,5 \times 10^9$ /л, СОЭ – 24 мм/ч. Сахар крови 7,7 ммоль/л.

1. Ваш диагноз?
2. Какова тактика обследования?
3. С какой частотой встречается лекарственный панкреатит?
4. Лечение данного пациента?
5. Назовите ранний признак экзокринной недостаточности поджелудочной железы

Задача №5 УК 1, ПК 1, ПК 2, ПК 5, ПК 6

Больной 52 лет, из города Ачинска. Болен в течение полугода: беспокоят боли в эпигастрии, в правом подреберье, эпизоды опоясывающих болей, чередование запоров с поносами. По месту жительства проводились неоднократные курсы лечения хронического панкреатита: инфузии контрикала, спазмолитиков, ферменты, биопрепараты. Однако, не смотря на проводимую терапию, оставался упорный болевой синдром. При поступлении в гастроэнтерологическое отделение –упорные боли в эпигастрии, правом и левом подреберьях, В легких- дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны умеренно приглушены, ритмичные, чсс 78 в мин., АД 140/90 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный в точке желчного пузыря, эпигастрии, зоне Шоффара. Клинический и биохимический анализы крови без патологии. На ФГС- визуальные признаки антрального гастрита и дуоденита. По данным УЗИ - умеренная гепатомегалия, желчный пузырь 98*38 мм, стенка- 5 мм, холедох-0,7 см, поджелудочная железа-45*32*30 мм. В анализе кале- стеаторея, креаторея.

- 1.Учитывая клинико- анамнестические данные и результаты обследования о какой патологии можно думать? Объясните почему.
2. Какие имеющиеся инструментальные данные диктуют дальнейший план обследования?
3. Какие методы инструментального обследования позволят уточнить предположительный диагноз?
4. Назначьте план ведения пациента
5. Назовите основную этиологическую причину ХП

Эталонные ответы к ситуационным задачам

Эталонные ответы к задаче №1

1. Хронический панкреатит этаноловой этиологии с явлениями эндо- и экзокринной недостаточности. Панкреатогенный сахарный диабет
2. Преимущественно стеаторея - с синдромом мальабсорбции.
3. Прекращение приема алкоголя, диета 3000 калл с ограничением жиров до 50-60 г. Панкреатин (креон, микрозим, мезим фортеи др) в больших дозах 4-5 г х 3 раза во время еды

или другие комбинированные ферментные препараты.

4. Бигуаниды противопоказаны в связи с тем, что ухудшают всасывание жиров и усиливают кишечные расстройства, их следует заменить инсулином

5. характерны увеличение размеров, неровность контуров, пониженная экзогенность при отёке железы, неоднородность структуры, псевдокисты

Эталоны ответов к задаче №2

1. Хронический панкреатит алкогольной этиологии с признаками экзокринной (поносы) недостаточности поджелудочной железы.

2. Синдромом maldigestive и мальабсорбции

3. Амилаза печени или крови (повышение), эластаза, панкреатическая липаза, УЗИ поджелудочной железы (увеличение),

4. Стеаторею (капли нейтрального жира, мыла и кристаллы жирных кислот), может быть креаторея. Причина - недостаток панкреатических ферментов, прежде всего липазы.

5. Лечение неадекватно. Не указано на необходимость прекращения приема алкоголя и обильное питье (гипогидратация). Панкреатин следует назначать в больших дозах (3-4 т. ед) и чаще (5-6 раз), лучше креон или . Контрикал, Атропин в настоящее время не входит в фармакопею ХП,

Эталоны ответов к задаче № 3

1. Диагноз: обострение хронического рецидивирующего панкреатита с нарушением экскреторной функции.

2. Синдромом плохого питания из - за нарушения кишечного пищеварения и всасывания.

3. Амилаза крови, УЗИ поджелудочной железы, липаза крови, диастаза мочи.

4. Стеаторею (капли нейтрального жира, мыла и кристаллы жирных кислот), может быть креаторея. Причина - недостаток панкреатических ферментов, прежде всего липазы.

5. склонность к гипогликемии, потребность в низких дозах инсулина, редкое развитие кетоацидоза, сосудистых и других осложнений.

Эталоны ответов к задаче № 4

1. Диагноз: Хронический рецидивирующий панкреатит в фазе обострения. Сахарный диабет? Дисбактериоз?

2. План обследования: общий белок и его фракции, амилаза, панкреатическая липаза, общий билирубин и его фракции, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТП, сахар крови, гликозилированный гемоглобин, кальций крови, УЗИ поджелудочной железы, желчного пузыря, печени, КТ поджелудочной железы, копрограмма, кал на дисбактериоз.

3. Лекарственный панкреатит встречается примерно в 2% случаев
4. План лечения: первые три дня голод, затем стол №5п, в/в баралгин 5 мл, раствор Рингера 1000 мл, «Дисоль», но-шпа, при высоких значениях амилазы крови- сандостатин, ферменты, биопрепараты - после получения анализа кала на дисбактериоз.
5. Ранним признаком экзокринной недостаточности поджелудочной железы выступает стеаторея, которая возникает при снижении панкреатической секреции на 10% по сравнению с нормой.

Эталоны ответов к задаче №5

1. Проживание в г. Ачинске (Обский бассейн), клинико- лабораторные данные хронического холецистита, хронического панкреатита отсутствие эффекта терапии последнего позволяет думать о нераспознанном описторхозе
2. Расширение диаметра холедоха по УЗИ, увеличение размеров желчного пузыря требуют исключать причину билиарной гипертензии - холедохолелелитиаз, воспалительная стриктура дистального отдела холедоха, патология фатерова соска
3. Дуоденоскопия, РХПГ, дуоденальное зондирование, 5-кратное исследование кала на я\г и описторхиев.
4. При обнаружении яиц сибирской двуустки в дуоденальном содержимом - Прозиквантель 65-70 мг\кг\курс, затем желчегонные, если позволит состояние ПЖ, ферменты (креон, мезим, энзистал и др) длительно, ИПП, при необходимости –ненаркотические анальгетики, контроль эффективности противоописторхозной терапии через 6 месяцев.
5. Алкоголь, патология билиарной системы (ЖКБ)

В)

Задача 1. УК 1, ПК 1, ПК 2, ПК 5, ПК 6

У пациента 42 лет, во время медицинского осмотра при поступлении на работу обнаружены полипы желчного пузыря 6мм и 4мм, желчный пузырь 68 мм×31мм, стенка его 2,5мм, уплотнена, наличие эховзвеси. Биохимический и клинический анализы крови без патологии. Отмечает периодически неприятные ощущения в правом подреберье, склонность к запорам, метеоризм.

1. Ваш диагноз?
2. О чем свидетельствует уплотненная стенка желчного пузыря по УЗИ?
3. О чем свидетельствует наличие эховзвеси в желчном пузыре?
4. Ваша тактика ведения полипоза желчного пузыря.
5. Принципы терапии на данном этапе.

Задача 2. УК 1, ПК 1, ПК 2, ПК 5, ПК 6

Пациент 59 лет, наблюдается по поводу полипоза желчного пузыря в течение 7 лет. Диагностированы полипы размером 7мм и 10мм. В течение последнего года отмечается увеличение размера полипа с 10мм до 11мм. Второй полип остался прежних размеров: 7мм. Пузырь растянут: 9,8мм×40мм. Стенка не утолщена, уплотнена. При этом ухудшения состояния не отмечает. Биохимический и клинический анализ крови без патологии.

1. Чем обусловлена необходимость динамического наблюдения за полипами?
2. Возможная тактика ведения данного больного.
3. Ведущие факторы риска, определяющие показания к оперативному лечению у данного больного.
4. Необходимое дообследование для исключения неопластического перерождения полипов.
5. Принципы терапии на данном этапе.

Задача 3. УК 1, ПК 1, ПК 2, ПК 5, ПК 6

Женщина 35 лет обратилась с жалобами на боли в верхнем правом квадранте живота после обильной пищи, вздутие живота. Из анамнеза известно, что подобные приступы уже бывали, сопровождаются тошнотой и рвотой. Снимала их самостоятельно приемом но-шпы. Пять лет назад лапаротомия по поводу удаления кисты правого яичника. Осмотрена гинекологом. Острой гинекологической патологии нет. На обзорной рентгенограмме брюшной полости свободного газа нет, чаш Клойбера нет. На УЗИ выявлены дополнительные структуры в желчном пузыре, 2мм и 6мм, с наличием эхотени, общий желчный проток 8 мм. Биохимия крови и общий анализ крови без патологии. Сопутствующих хронических заболеваний нет.

1. Ваш диагноз?
2. О чем свидетельствует отсутствие свободного газа в брюшной полости у данной пациентки?
3. О чем свидетельствует отсутствие чаш Клойбера у данной пациентки?
4. Тактика ведения данной пациентки: оперативное или консервативное лечение?
5. Детализируйте выбранный способ терапии и объясните его выбор.

Задача 4. УК 1, ПК 1, ПК 2, ПК 5, ПК 6

Больная 43года. Жалуется на эпизодические приступообразные боли после еды в правом верхнем квадранте живота, сопровождающиеся тошнотой, иногда рвотой. Полгода назад перенесла холецистэктомию по поводу ЖКБ. На момент осмотра показатели биохимического и клинического анализов крови в норме. По УЗИ холедох 8 мм; поджелудочная железа 28-21-19мм. ФГС – хронический гастрит.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Дифференциальный диагноз
3. Тактика ведения
4. Показано ли дообследование, если да, то какое?
5. Принципы медикаментозной терапии.

Задача 5. УК 1, ПК 1, ПК 2, ПК 5, ПК 6

Больная 43 лет, жалуется на эпизодические приступообразные боли в правом верхнем квадранте живота, сопровождающиеся тошнотой, иногда рвотой. Полгода назад перенесла холецистэктомию по поводу ЖКБ. На момент осмотра отмечается подъем прямого билирубина до 83мкмоль/л и ЩФ до 1,5 норм. По УЗИ холедох 12 мм; поджелудочная железа 28-21-19мм. ФГС – хронический гастрит.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Дообследование для верификации диагноза.
4. Эндоскопическая тактика.
5. Принципы хирургической тактики.

Эталоны ответов к ситуационным задачам

Эталоны ответа к ситуационной задаче 1

1. Хронический холецистит. Полипоз желчного пузыря.
2. Уплотненная стенка желчного пузыря является эхографическим признаком хронического холецистита.
3. Наличие эховзвеси в желчном пузыре является эхографическим признаком его гипомоторной дисфункции.
4. Наблюдательная тактика
2. Дробный режим питания, желчегонные, ферменты с желчными кислотами в составе (фестал, энзистал), про- и пребиотики.

Эталоны ответа к ситуационной задаче 2

- 1) Риск злокачественного перерождения.
- 2) Холецистэктомия.
- 3) Изначальный размер полипа 10мм, увеличение в размерах полипа до 11 мм в течение года, возраст старше 50 лет.
- 4) Эндоскопическое УЗИ, КТ, МРТ.
- 5) Дробный режим питания, желчегонные, ферменты с желчными кислотами в составе (фестал, энзистал), про- и пребиотики.

Эталоны ответа к ситуационной задаче 3

1. ЖКБ. Желчная колика.
2. Отсутствие свободного газа в брюшной полости у данной пациентки исключает перфорацию полых органов в результате травмы или сопутствующей патологии (перфоративная язва).

3. Отсутствие чаш Клойбера исключает у данной пациентки наличие острой кишечной непроходимости.
4. Оперативное.
5. Холецистэктомия из мини доступа. Лапароскопическая холецистэктомия не показана из-за имеющегося в анамнезе абдоминального оперативного вмешательства по поводу удаления кисты яичника.

Эталоны ответа к ситуационной задаче 4

1. ПХЭС: ФРСО по билиарному типу, 3 вариант.
2. Дифференциальный диагноз следует проводить с органической патологией холедохопанкреатодуоденальной зоны на фоне ПХЭС
3. Консервативная терапия, динамическое наблюдение.
4. Дуоденоскопия. В случае отсутствия эффекта от медикаментозной терапии при купировании болевого синдрома - РХПГ.
5. Нифедипин для снятия приступа, в последующем спазмолитики, седативные, диета №5, дробный режим питания.

Эталоны ответа к ситуационной задаче 5

1. ПХЭС. Механическая желтуха.
2. Дифференциальный диагноз следует проводить с холедохолитиазом, стриктурой терминального отдела холедоха, рубцовым стенозом БДС, неопластическим процессом холедохопанкреатодуоденальной зоны.
3. Дуоденоскопия, РХПГ
4. Сфинктеропапиллотомия, дилатация и стентирование БДС.
5. Холедоходуоденоанастомоз, холедохоеюноанастомоз.

6. Перечень и стандарты практических умений- УК 1, ПК 1, ПК 2, ПК 5, ПК 6, ПК 8, ПК 9

провести обследование больных с ХП, ЖКБ, ПХЭС
 интерпретировать полученные клинические данные,
 наметить план обследования и лечения пациента, интерпретировать данные дополнительных методов исследования (данные УЗИ, КТ, МРТ, РХПГ, дуоденографии),
 уметь диагностировать важнейшие осложнения, в том числе требующих хирургического вмешательства,
 владеть наиболее информативными методами диагностики ХП, ЖКБ, ПХЭС
 владеть современными схемами ведения больных ХП, ЖКБ, ПХЭС
 Диспансеризация больных с ХГ, ЖКБ, ПХЭС, вопросы ВТЭ

7 . Рекомендации по выполнению НИР УК 1, ПК 1, ПК 2, ПК 5, ПК 6, ПК 8, ПК 9

Тематика НИР по теме

- Паразитарные панкреатиты: патогенез, клиника, диагностика
- Кисты и псевдокисты ПЖ: различия, этиология
- Подходы к лечению кист ПЖ
- Варианты малоинвазивного лечения постнекротических кист ПЖ
- Тактика ведения пациентов с ЖКБ
- Проявления ПХЭМ

8 Рекомендуемая литература

. 5. Рекомендуемая литература

Перечень основной литературы				Кол-во экземпляров	
№ п/ п	Наименование, вид издания	Автор(- ы), составит ель(-и), редакто р(-ы)	Место издания, издатель ство, год	В библио теке	На кафе дре
1	2	3	4	5	6
1.	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов. Т. 1.. - Режим доступа: https://www.books-up.ru/ru/read/vnutrennie-bolezni-v-2-t-t-1-2990917/	ред. С. И. Рябов	СПб. : СпецЛит , 2015.	ЭБС Букап	-/-
2.	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов. Т. 2.. - Режим доступа: https://www.books-up.ru/ru/read/vnutrennie-bolezni-v-2-t-t-2-2991838/	ред. С. И. Рябов	СПб. : СпецЛит , 2015.	ЭБС Букап	-/-
3.	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник. Т. 1. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970433102.html	ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин	М. : ГЭОТАР -Медиа, 2015.	ЭБС Консультант студента (ВУЗ)	-/-
4	Внутренние болезни [Электронный	ред. В. С.	М. :	ЭБС	-/-

	ресурс] : учебник. Т. 2. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970433119.html	Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин	ГЭОТАР-Медиа, 2015.	Консультант студента (ВУЗ)	
5	Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : руководство. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432730.html	Я. С. Циммерман	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.	ЭМБ Консультант врача	-/-

18. Перечень дополнительной литературы

19.

				Кол-во экземпляров	
1	2	3	4	5	6
1	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: анатомо-эндоскопические и клинично-инструментальные основы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения	О. Б. Дронова, И. И. Каган, А. А. Третьяков	М. : БИНОМ, 2014.	1	- / -
2	Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : рук. для врачей. - Режим доступа: https://www.books-up.ru/read/gastroenterologiya-3001020/?page=1	ред. Е. И. Ткаченко	СПб. : СпецЛит, 2013.	ЭБС Букап	- / -
3	Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : руководство. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432730.html	Я. С. Циммерман	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.	ЭМБ Консультант врача	- / -
4	Классификации заболеваний внутренних органов [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: https://www.books-up.ru/read/klassifikacii-zabolevanij-vnutrennih-org	ред. А. В. Гордиенко, В. Ю. Голофеевский	СПб. : СпецЛит, 2013.	ЭБС Букап	- / -

20. Электронные ресурсы:

21. ЭБС КрасГМУ «Colibris»;

22. ЭБС Консультант студента ВУЗ

- 23.ЭМБ Консультант врача
- 24.ЭБС Айбукс
- 25.ЭБС Букап
- 26.ЭБС Лань
- 27.ЭБС Юрайт
- 28.СПС КонсультантПлюс
- 29.НЭБ eLibrary
- 30.БД Sage
- 31.БД Oxford University Press
- 32.БД ProQuest
- 33.БД Web of Science
- 34.БД Scopus

БД MEDLINE Complet

1. Индекс ОД. О.01.1.4. 36. Тема занятия: «Анатомия и гистология тонкой и толстой кишки, наследственные энтеропатии. Тропическая спру, болезнь Уиппла, СРК, Язвенный колит, Болезнь Крона. Болезни, ассоциированные с приемом антибактериальных препаратов»

2.Формы работы: Подготовка к практическим занятиям.

Набор материала по НИР

2. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия:

3. Основные отделы тонкого кишечника. (УК 1, ПК 5)
4. Основные отделы толстого кишечника (УК 1, ПК 5)
5. Гистология тонкого кишечника (УК 1, ПК 5)
6. Гистология толстого кишечника (УК 1, ПК 5)
7. Состав кишечной микрофлоры тонкой кишки (УК 1, ПК 5)
8. Состав кишечной микрофлоры толстой кишки (УК 1, ПК 5)
9. Характеристика моторной функции толстой кишки (УК 1, ПК 5)
- 10.Этиология, патогенез наследственных энтеропатий .(УК 1, ПК 5)
- 11.Классификация наследственных энтеропатий. .(УК 1, ПК 5)
- 12.Особенности поражения кишечника при болезни Уиппла. .(УК 1, ПК 5)
- 13.Внекишечные проявления при болезни Уиппла . .(УК 1, ПК 5)
- 14.Диагностика болезни Уиппла и целиакии. .(УК 1, ПК 5)
- 15.Дифференциальная диагностика наследственных энтеропатий. .(УК 1, ПК 5)
- 16.Подходы к терапии наследственных энтеропатий .(УК 1, ПК 5)

1. Нормальная микрофлора кишечника (состав, физиологическое значение) (УК 1, ПК 5)
2. Этиология, патогенез **СРК**. (УК 1, ПК 5)
3. **Классификация СРК**. (УК 1, ПК 5)
4. Диагностика СРК.(УК 1, ПК 5)
5. Дифференциальная диагностика (УК 1, ПК 5)
6. **Основные положения РИМ-4 от 2016 г по СРК**(УК 1, ПК 5)
7. **Клиника СРК**(УК 1, ПК 5)
8. Основные принципы терапии СРК (УК 1, ПК 5)
9. Этиология, патогенез язвенного колита (ЯК), БК (УК 1, ПК 5)
10. Гистологическая картина при ЯК, БК(УК 1, ПК 5)
11. Классификация ЯК, БК(УК 1, ПК 5)
12. Особенности поражения кишечника при ЯК, БК(УК 1, ПК 5)
13. Внекишечные проявления ЯК, БК (УК 1, ПК 5)
14. Диагностика ЯК, БК(УК 1, ПК 5)
15. Дифференциальная диагностика ЯК, БК (УК 1, ПК 5)
16. Подходы к терапии ЯК, БК(УК 1, ПК 5, ПК 6)
17. Показания к оперативному вмешательству при ЯК,БК (УК 1, ПК 5, ПК 6)

- Этиология, патогенез ПМК.(УК 1, ПК5).
- Нормальная микрофлора кишечника. .(УК 1, ПК5).
- Классификация препаратов для лечения дисбактериоза. .(УК 1, ПК5).
- Характеристика пробиотиков.(УК 1, ПК5).
- Характеристика пребиотиков. .(УК 1, ПК5).
- Диагностика ПМК. .(УК 1, ПК5).
- Дифференциальная диагностика ПМК.(УК 1, ПК5)..
- Подходы к терапии ПМК.(УК 1, ПК5, ПК 6).

4.Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы: (УК 1, ПК 5)

1. ВРЕМЯ ТРАНЗИТА КИШЕЧНОГО СОДЕРЖИМОГО У ЛИЦ С ЗАПОРАМИ

- 1)около 60 часов
- 2) 48 часов
- 3) 67-120 часов
- 4) 24 часа
- 5) до 24 часов

2. СОСТАВ МИКРОФЛОРЫ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ТОНКОЙ КИШКИ

- 1) стерильна
- 2) лактобактерии, стрептококки, хеликобактер пилори
- 3) лактобактерии, стрептококки, бактероиды, бифидобактерии
- 4) лактобактерии, стрептококки
- 5) бифидобактерии, лактобактерии, бактероиды, энтерококки, эшерихии, стафилококки, стрептококки, клостридии, протей

3. СОСТАВ МИКРОФЛОРЫ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ТОНКОЙ КИШКИ

- 1) бифидобактерии, лактобактерии, бактероиды, энтерококки, эшерихии, стафилококки, стрептококки, клостридии, протей
- 2) стерильна
- 3) лактобактерии, стрептококки, хеликобактер пилори
- 4) лактобактерии, стрептококки, бактероиды, бифидобактерии
- 5) лактобактерии, стрептококки

4. СОСТАВ МИКРОФЛОРЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ

- 1) бифидобактерии, лактобактерии, бактероиды, энтерококки, эшерихии, стафилококки, стрептококки, клостридии, протей
- 2) стерильна
- 3) лактобактерии, стрептококки, хеликобактер пилори
- 4) лактобактерии, стрептококки, бактероиды, бифидобактерии
- 5) лактобактерии, стрептококки

5. К ИНВАЗИВНЫМ МЕТОДАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА ОТНОСЯТСЯ

- 1) фиброколоноскопия
- 2) двухбалонная энтероскопия
- 3) капсульная энтероскопия
- 4) фиброгастроскопия
- 5) виртуальная колоноскопия

6. ДЛЯ СКРИНИНГОВОЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1) виртуальная колоноскопия
- 2) фиброколоноскопия
- 3) ирригоскопия
- 4) трансабдоминальное УЗИ толстого кишечника
- 5) капсульная эндоскопия

7 . АБСОЛЮТНЫМИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К ПРОВЕДЕНИЮ КОЛОНОСКОПИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)тяжелая форма неспецифического язвенного колита и болезни Крона, декомпенсированная сердечная и легочная недостаточность
- 2) декомпенсированная сердечная и легочная недостаточность, гемофилия
- 3) гемофилия, острый парапроктит
- 4) острый парапроктит, кровоточащий геморрой
- 5)тяжелая форма неспецифического язвенного колита и болезни Крона, кровоточащий геморрой

8. БРЫЖЕЕЧНОЙ ЧАСТЬЮ ТОНКОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) восходящая часть двенадцатиперстной кишки
- 2) подвздошная кишка
- 3) сигмовидная кишка
- 4) нисходящая часть двенадцатиперстной кишки
- 5) ободочная кишка

9. ОТДЕЛ КИШЕЧНИКА, ИМЕЮЩИЙ ЛИМФОИДНЫЕ БЛЯШКИ (ПЕЙЕРОВЫ)

- 1) слепая кишка
- 2) подвздошная кишка
- 3) тощая кишка
- 4) сигмовидная кишка
- 5) прямая кишка

10. ЧАСТЬ ТОЛСТОЙ КИШКИ, ИМЕЮЩАЯ БРЫЖЕЙКУ

- 1) сигмовидная кишка
- 2) нисходящая ободочная кишка
- 3) восходящая ободочная кишка
- 4) слепая кишка
- 5) прямая кишка

Эталоны ответов:

1-3,2-4,3-4,4-1,5-2,6-4,7-2, 8-2, 9-2, 10-1

1.ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ БОЛЕЗНИ УИППЛА

- 1)гранулематозное воспаление с поражением всех слоев кишечной стенки
- 2)плазматическая инфильтрация с псевдополипами в пределах собственной Зластинки
- 4)крупные макрофаги с пенистой цитоплазмой в собственном слое слизистой

2.ДЛЯ БОЛЕЗНИ УИППЛА ХАРАКТЕРНО

- 1) лихорадка

- 2) полиартрит
- 3) диарея со стеатореей
- 4) лимфаденопатия
- 5) гепатомегалия

3.ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЙ ОТДЕЛ КИШКИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ УИПЛА

- 1) ДПК
- 2) место перехода ДПК в тощую
- 3) илеоцекальный отдел
- 4) поперечноободочная
- 5) сигмовидная

4. ГЛЮТЕНОВАЯ ЭНТЕРОПАТИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) дефицитом фермента церулоплазмينا
- 2) дефицитом фермента, осуществляющего гидролиз глютенa
- 3) дефицитом фермента глюкоронилтрансфераза

5.ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ГЛЮТЕНОВОЙ ЭНТЕРОПАТИИ

- 1) плазматическая инфильтрация
- 2) гибель микроворсмов
- 3) атрофия криптального слоя
- 4) все перечисленное в зависимости от стадии
- 5) эозинофильная инфильтрация

6.)ТИП ОПУХОЛИ, ЧАЩЕ ВСЕГО ОСЛОЖНЯЮЩЕЙ ГЛЮТЕНОВУЮ ЭНТЕРОПАТИЮ

- 1) низко дифференцированная аденокарцинома
- 2) перстневидноклеточный рак
- 3) лимфома
- 4) аденокарцинома
- 5) инсулинома

7.ДЛЯ ДИСАХАРИДНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО

- 1) дефицит целлюбиазы
- 2) дефицит трегалазы
- 3) дефицит лактазы
- 4) дефицитсахаразы
- 5) все перечисленное.

8.ДЕФИЦИТ ЛАКТАЗЫ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) непереносимостью молока
- 2) непереносимостью мяса

- 3) непереносимостью клетчатки
- 4) непереносимостью растительного белка
- 5) непереносимостью сложных углеводов

9. У ЛИЦ С ВРОЖДЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЛАКТАЗЫ ОТМЕЧАЕТСЯ ВЗДУТИЕ ЖИВОТА, СКОПЛЕНИЕ ГАЗОВ И ДИАРЕЯ ПРИ ПЕРЕВАРИВАНИИ

- 1) молока
- 2) яиц
- 3) черного хлеба
- 4) капусты
- 5) сладостей

10. САМОЙ МАЛЕНЬКОЙ АДСОРБИРУЮЩЕЙ ЕДИНИЦЕЙ СЛИЗИСТОЙ ТОНКОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) микроворсинка
- 2) бокаловидная клетка
- 3) цилиндрическая клетка
- 4) ворсинка
- 5) главная клетка

Эталоны ответов

1-3, 2-5, 3-2, 4-2, 5-4, 6-3, 7-5, 8-1, 9-1, 10-1

1. СИМПТОМЫ, ИСКЛЮЧАЮЩИЕ ДИАГНОЗ СРК

- 1) поносы
- 2) боли
- 3) запоры
- 4) изменения в биохимическом и общем анализе крови
- 5) метеоризм

2. ДЛЯ СРК ХАРАКТЕРНЫ

- 1) ночная симптоматика
- 2) лихорадка
- 3) немотивированная потеря веса
- 4) изменения в биохимическом и общем анализе крови
- 5) метеоризм, поносы

3. К ВОЗМОЖНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ВАРИАНТАМ СРК ОТНОСЯТСЯ

- 1) СРК с преобладанием поносов или запоров
- 2) СРК с гипертоническим синдромом
- 3) СРК с гипотонией
- 4) СРК с чередованием запоров и диареи
- 5) СРК с преобладанием дисбактериоза

4. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ В ПОЛТВЕРЖДЕНИИ ДИАГНОЗА СРК ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ЭХОКС
- 2) колоноскопия с биопсией
- 3) ФЭГДС
- 4) УЗИ органов брюшной полости
- 5) Компьютерная томография

5. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СРК С ПРЕОЛАДАНИЕМ БОЛЕЙ И МЕТЕОРИЗМА ПРИМЕНЯЮТСЯ

- 1) диета
- 2) селективные миотропные спазмолитики, антидепрессанты, пеногасители
- 3) прокинетики, ферменты, желчегонные
- 4) слабительные
- 5) лоперамид

6. ПРИ ЛЕЧЕНИИ СРК С ПРЕОЛАДАНИЕМ БОЛЕЙ И МЕТЕОРИЗМА ИЗ СПАЗМОЛИТИКОВ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН:

- 1) бускопан
- 2) дюспаталин.
- 3) метеоспазмил
- 4) дицетел
- 5) дротаверин

7. БОЛЬНОМУ СРК С ПРЕОЛАДАНИЕМ ПОНОСОВ ПОКАЗАНО ЛЕЧЕНИЕ

- 1) диета
- 2) лоперамид, энтеросорбенты, энтерол
- 3) прокинетики, сорбенты, дюфалак
- 4) спазмолитики, желчегонные
- 5) спазмолитики, салофальк

8. БОЛЬНОМУ СРК С ПРЕОЛАДАНИЕ ЗАПОРОВ ПОКАЗАНО ЛЕЧЕНИЕ

- 1) диетотерапия
- 2) осмотические слабительные, желчегонные, ферменты с желчными кислотами
- 3) спазмолитики, салофальк
- 4) лоперамид, энтеросорбенты, энтерол
- 5) прокинетики, сорбенты

9. НОРМАЛИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КИШЕЧНИКА ПРИ ПОНОСАХ СПОСОБСТВУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ПИЩЕВЫЕ ПРОДУКТЫ

- 1) картофель
- 2) плоды черемухи

- 3) черника
- 4) грецкие орехи
- 5) плоды черемухи, черника

10. ФЕРМЕНТНЫЙ ПРЕПАРАТ ПОСЛЕДНЕГО ПОКОЛЕНИЯ, ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОТОРОГО ОБУСЛОВЛЕНА ОСОБЕННОСТЯМИ ТЕХНОЛОГИЙ ЕГО ПРОИЗВОДСТВА

- 1) креон
- 2) панкреофлат
- 3) мезим 10 000
- 4) панкреатин
- 5) панзинорм

Ответы к тестовым заданиям

1-4, 2-5, 3-1, 4-2, 5-3, 6-2, 7-2, 8-5,9-2, 10-1

1.ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) кишечные кровотечения, боли в животе, поносы, запоры, метеоризм, лихорадка
- 2) тенезмы, нейروпсихические отклонения,
- 3) висцеральная гипералгезия, нейропсихические отклонения, полиморфизм жалоб
- 4) чередование запоров и поносов
- 5) абдоминальная боль и метеоризм

2. ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЮТ СЛЕДУЮЩИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- 1) увеличение диаметра кишки
- 2) множественные гаустрации
- 3) картина "булыжной мостовой"
- 4) мешковидные выпячивания по контуру кишки
- 5) изменения гаустрации, вплоть до ее исчезновения, укорочение и сужение просвета кишки

3. В ДИАГНОСТИКЕ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ВЕДУЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

- 6) физикальное обследование
- 7) анализ кала на скрытую кровь
- 8) ирригоскопия
- 9) колоноскопия с биопсией
- 10) ирригоскопия, колоноскопия

4. ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНЫМИ СРЕДСТВАМИ ВЫБОРА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) кортикостероиды
- 2) фторхинолоны
- 3) ципрофлоксацины
- 4) Сульфпрепараты (сульфасалазин, салофальк, месалазим и др)
- 5) иммуномодуляторы

5. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ ЭТО

- 1) длительный срок заболевания ЖК (> 10 лет), тотальное поражение толстой кишки, наличие выраженной тяжелой дисплазии
- 2) прогрессирующие форм заболевания
- 3) резистентность к консервативной терапии
- 4) частые массивное кровотечение
- 5) длительный прием глюкокортикоидов

6. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА

- 1) прямая кишка
- 2) только подвздошная кишка
- 3) илеоцекальный отдел
- 4) ободочная кишка
- 5) пищевод, желудок

7. БОЛЕЗН КРОНА РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК ТЯЖЕЛАЯ ПРИ СУММЕ БОЛЛОВ ПО ИНДЕКСУ АКТИВНОСТИ БЕСТА CDAL

- 1) 150
- 2) 150 – 200
- 3) более 200
- 4) более 300
- 5) 100

8. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ

- 1) поверхностных округлых и звездчатых язв слизистой кишечника
- 2) глубоких щелевидных язв - трещин
- 3) неправильной формы язв с подрывными и валовидно приподнятыми краями со склонностью сливаться в более крупные, чаще локализующимися по ходу лимфатических сосудов кишечной стенки с очагами казеозного некроза
- 4) довольно глубоких язв с подрывными и приподнятыми краями, некротическим процессом в центре, реактивной гиперемией и мелкими

геморрагиями вокруг, на фоне не резко измененного рельефа слизистой оболочки, избирательным поражением правых отделов кишки и чередованием пораженных и непораженных ее участков
5) разлитой гиперемии, отека и инфильтрации слизистой

9. КАРДИНАЛЬНЫЕ СИНДРОМЫ БОЛЕЗНИ КРОНА

- 1) диарея, боли в животе, падение массы тела
- 2) коликообразные боли в животе без системных проявлений и локальной пальпаторной болезненности
- 3) Мальабсорбция
- 4) анорексией без диареи и болей в животе
- 5) желудочно-кишечное кровотечение

10. ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ (КРОМЕ АНАРЕКТАЛЬНОЙ ЗОНЫ) УМЕРЕННОЙ АКТИВНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) препараты, содержащие 5-аминосалициловую кислоту,
- 2) цитостатики
- 3) инфликсимаб
- 4) антибактериальные
- 5) системные стероиды, антибиотики (рифаксимин, метронидазол + фторхинолоны)

Эталоны ответов

1-4, 2-3, 3-4, 4-4, 5-1, 6-3, 7-4, 8-2, 9-1, 10-1

ЧАСТАЯ ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА

- 1) неизвестна
- 2) длительное применение антибиотиков
- 3) пищевая токсикоинфекция
- 4) злоупотребление алкоголем
- 5) *Helicobacter pylori*

2. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) *Clostridium difficile*
- 2) неспецифическая кокковая флора
- 3) гемолитический стрептококк
- 4) кишечная палочка
- 5) причина болезни неизвестна

3. ЧЕМ В МОРФОЛОГИЧЕСКОМ ОТНОШЕНИИ ПРЕДСТАВЛЕНЫ МЕМБРАНЫ ПРИ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОМ КОЛИТЕ?

- 1) соединительной тканью;
- 2) клетками собственной пластинки слизистой оболочки кишечной стенки;
- 3) тканевым детритом
- 4) лимфоцитами
- 5) фибрином.

4. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ «ЭТАЛОННЫМ» ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА НА РАННЕЙ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ?

- 1) ректороманоскопия;
- 2) ирригоскопия;
- 3) колоноскопия.
- 4) УЗИ органов брюшной полости
- 5) МСКТ

5. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ:

- 1) неизвестна;
- 2) применение антибиотиков или суперинфекция при выполнении медицинских манипуляций;
- 3) пищевая токсикоинфекция.
- 4) нарушение микрофлоры кишечника
- 5) неправильно подобранная диета

6. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА ОТНОСЯТ ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:

1. электролитные нарушения
2. артериальная гипотония
3. дегидратация
4. перфорация тонкой кишки
5. токсический мегаколон

7. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. ванкомицин
2. цiproфлоксацин
3. цефалоспорины
4. аминогликозиды
5. макролиды

8. КАКОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ НЕВЕРНО В ОТНОШЕНИИ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА:

1. обычно развивается после приема антибиотиков
2. лечение заключается в назначении метронидазола (внутрь или внутривенно) и при необходимости ванкомицина (только внутрь)
3. токсин *Cl. difficile* выявляется в 100% случаев
4. осложнением могут быть токсический мегаколон и перфорация кишечника
5. может развиваться после однократного приема антибиотика

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

1. линкомицин + цефалоспорин;
2. ванкомицин + тетрациклин;
- метронидазол + клиндамицин + кишечные адсорбенты:
3. ванкомицин + метронидазол + кишечные адсорбенты;
4. эритромицин + клиндамицин + кишечные адсорбенты.
- 5.

10. ГДЕ ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ ПСЕВДОМЕМБРАНЫ ПРИ ПМК?

1. дистальные отделы ободочной кишки и в прямой кишке
2. двенадцатиперстная кишка
3. проксимальные отделы ободочной кишки
4. только в прямой кишке
5. вся ободочная кишка

Эталоны ответов

1-2, 2-1, 3-2, 4-1, 5-2, 6-4, 7-1, 8-3, 9-3, 10-1

5. Самоконтроль по ситуационным задачам:

Задача №1 (УК 1, ПК 5, ПК 6)

Больная Б., 34 лет, поступила в клинику с жалобами на постоянные боли по всему животу, особенно в левых отделах, «урчание», частый жидкий стул с примесью слизи и крови, а также общую слабость, быструю 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 сохраняются примеси 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 пределах нормы, ритм правильный, тоны приглушены. Пульс 87 в мин, ритмичный. АД – 100/70 мм рт.ст. Язык влажный, живот болезнен при пальпации по ходу толстой кишки. Печень, селезенка не пальпируются. Мочеиспускание не нарушено.

Общий ан. крови: Hb – 104 г/л, эр – $3,2 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты 0,3%, тромбоциты 240×10^9 /л, лейкоциты $8,9 \times 10^9$ /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 ммоль/л, тимоловая проба 4 ед., сулемовая 1,78 мл, АСТ – 0,7 ммоль/л, АЛТ – 0,88 ммоль/л.

Анализ мочи: цвет – бледно-розовый, реакция – кислая, уд.вес – 1012, белок и сахар – не обнаружены. Лейкоциты – единичные в поле зрения.

3. Ваш диагноз?
4. План обследования?
5. План лечения?
6. С какими заболеваниями следует роводить диагностику?
7. Золотой стандарт диагностики колоректального рака?

Задача №2 (УК 1, ПК 5, ПК 6)

Больной К., 42 лет, поступил на стационарное лечение в кардиоревматологическое отделение по поводу ревматизма в активной фазе, возвратного ревмокардита, сложного митрального порока с преобладанием стеноза, тахисистолической формы мерцательной аритмии, СН II Б. Под влиянием антиревматического лечения, сердечных гликозидов, мочегонных и антиаритмических средств состояние больного улучшилось: нормализовался ритм сердечной деятельности, исчезли периферические отеки и застойные в легких, сократилась печень до нормальных размеров. Накануне выписки из стационара, после очередного внутривенного введения коргликона с глюкозой, у больного внезапно появились резкие схваткообразные боли в правой подвздошной области. В связи с подозрением на острый аппендицит на консультацию был приглашен хирург, сделавший запись в истории болезни, что у больного данных за наличие острой хирургической патологии нет. К утру состояние больного резко ухудшилось. На консультацию был приглашен терапевт, обнаруживший у больного явления разлитого перитонита и паралитической кишечной непроходимости, возникших, по его мнению, в результате тромбоза мезентериальных сосудов. Терапевтом было рекомендовано срочное оперативное лечение по жизненным показаниям, с чем согласился и хирург. Во время доставки

больного в хирургическое отделение произошло непроизвольное опорожнение кишечника мутным кровянистым содержимым. При вскрытии брюшной полости обнаружено наличие ихорозного выпота с каловым запахом, почернение части петель в павой половине ободочной кишки. Брюшная полость осушена и промыта, произведена резекция омертвевших участков ободочной кишки, установлены дренажи и рана частично зашита. Послеоперационный период протекал тяжело, однако жизнь больному удалось спасти.

- 1) Укажите причину развития острого живота у данного больного.
- 2) В чем заключалась диагностическая ошибка хирурга, консультировавшего больного?
- 3) Укажите, в какой из артерий произошла катастрофа?
4. Прогноз?
- 5) Наиболее вероятная причина развития осложнения?

Задача №3(УК 1, ПК 5, ПК 6)

В хирургическое отделение поступила больная М., 28 лет, с жалобами на резкую общую слабость, головокружение, шум и звон в ушах, повторный кашицеобразный стул темно-вишневого цвета. С детства отмечает появление «синяков» после малейших ушибов, носовых кровотечений, а с появлением менструаций – их обильность и длительность. Объективно: общее состояние больной удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые бледные, нормального питания. В легких без особенностей. Сердце в размерах не увеличено, тоны сердца ритмичные, на верхушке и аорте дующий систолический шум, ЧСС 94 в мин., АД 100/60 мм рт ст. Язык чистый, влажный. При поверхностной и глубокой пальпации живота отмечается незначительная болезненность справа и выше от пупка, прощупывается нижний край печени и увеличенная селезенка. Передненижний её край выстоит из-под реберной дуги на 1-2 см, поверхность её гладкая, сама селезенка плотно-эластической консистенции, слегка чувствительная при пальпации. Со стороны мочеполовой системы без особенностей. Ан.крови: эр.: 3200000 в мл, Hb 58 г/л, СОЭ 25 мм/час, лейкоц.: 9200 в мл, Э-1%, Ю- 5%, П-12%, С-58%, Л-19%, М-5%, ретикулоциты-5%, тромбоциты-35000 в мл.

Ан.мочи: уд.вес 1020, белок- нет, сахар - нет, микроскопия осадка-N

- 1) Ваш предварительный диагноз.
- 2) С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
- 3) Какое дополнительное исследование необходимо произвести с целью становления окончательного диагноза?
- 5) Каким должно быть лечение больной и на что оно должно быть направленным?

Задача №4 (УК 1, ПК 5, ПК 6)

Больной Ч., 35 лет, поступил в гастроэнтерологическое отделение больницы с жалобами на поносы (стул бывает до 10-12 раз в сутки), сменяющиеся запорами, схваткообразные боли в левой подвздошной области, усиливающиеся перед дефекацией, тенезмы, выделение кала со слизью и кровью, а иногда чистой кровью, чувство жжения внизу живота, общую слабость, раздражительность, субфебрилитет. Больным себя считает в течении 5 лет, когда стал замечать появление болей внизу живота, слизи и крови в кале. По этому поводу находился на стационарном лечении в инфекционной больнице, однако бактериологически диагноз дизентерии не был подтверждён. В дальнейшем почти ежегодно находился на стационарном лечении в гастроэнтерологических отделениях города по поводу обострений заболевания. После лечения отмечал улучшение, продолжительностью до 1 года. Объективно: общее состояние удовлетворительное, нормального питания, кожные покровы и видимые слизистые розовой окраски. В легких и со стороны сердца без особенностей. Язык обложен белесоватым влажным налетом. При поверхностной пальпации живота отмечается защитное напряжение брюшных мышц в левой подвздошной области, а при глубокой – резкая болезненность сигмовидной кишки. Сама кишка плотная, толщиной около 1 см в диаметре. Отмечается также незначительная болезненность по ходу нисходящего отдела ободочной кишки, особенно в дистальном её отделе. Печень и селезенка не увеличены, со стороны мочеполовой системы без отклонений. Анализ крови: эритроц.:4500000 в мл, Hb-82г/л, СОЭ 8мм/час, лейкоц.: 7600 в мл, Э-3%, П-4%, С-68%, Л-19%, М-6%, ретикулоциты-0,8%, тромбоциты-320000 в мл. Секреторная и кислотообразующая функции желудка сохранены в норме. Коагулограмма без отклонений от нормы. Рентгеноскопическое исследование органов грудной клетки и желудка – органических изменений не выявлено. Ректороманоскопия: тубус введен на глубину 25 см, слизистая прямой и сигмовидной кишки отечна, гиперемирована, легко ранимая, кровоточит при исследовании. Отмечается наличие точечных геморрагий и единичные язвы, размерами около 0,5*0,7 см. При ирригоскопии установлено: сглаженность гаустр в дистальном отделе сигмы, спастическое состояние сигмовидной кишки с наличием отдельных рельеф-ниш в её слизистой после опорожнения и раздувания кишки. Посев кала и соскобов из язв на дизентерийную группу микроорганизмов роста не дал; простейшие в кале не обнаружены.

- 1) Поставьте развернутый клинический диагноз с учетом классификации В.К. Карнаухова.
- 2) Каким должно быть лечение больного?
- 3) На что должно быть направлено лечение больного?
- 4) Укажите возможные осложнения заболевания.

Задача №5 (УК 1, ПК 5, ПК 6)

В приемное отделение больницы машиной «скорой помощи» доставлена больная Н., 16 лет, с жалобами на разлитые боли в животе, повышение температуры тела до 38°C, кровавый понос. В связи с подозрением на дизентерию была переправлена в инфекционную больницу. При осмотре – общее состояние средней тяжести, кожные покровы и видимые слизистые бледные. В легких без особенностей. Сердечная деятельность ритмична, ускорена, на верхушке сердца и аорте выслушивается систолический шум, 100 уд. в/мин., удовлетворительных свойств, АД 100/60 мм рт. ст. Язык обложен белесоватым влажным налетом, живот слегка запавший, при пальпации живота отмечается разлитая болезненность справа и выше над пупком, урчание и шум плеска в тонком кишечнике, слепой и правой половине поперечной ободочной кишки. Сигмовидная кишка и доступные пальпации отделы ободочной кишки безболезненные, опухолевидных образований в них не прощупывается. Стул частый, безболезненный. Микроскопически слизи и гноя в изливающейся частично измененной крови не отмечается. При экстренной ректороманоскопии патологических изменений в прямой и сигмовидной кишке не обнаружено. ПРИ рентгеноскопии желудка органических изменений не выявлено.

Анализ крови: эр. 3200000/мл, Нб 58 г/л, СОЭ 30мм/ч, лейкоц. 10200/мл, Э-5%, Ю-2%, П-10%, С-62%. Л-15%, М-4%, тромбоциты 250000/мл, ретикулоциты 4,2%, длительность кровотечения 4 мин. Коагулограмма без отклонений от нормы. Все эти данные давали основания инфекционисту усомниться в диагнозе острой дизентерии, однако причина кишечного кровотечения оставалась неясной. К утру диагноз прояснился, у девочки появились боли и припухлость коленных суставов, точечные кровоизлияния на коже голеней и вокруг коленных суставов, а также в локтевых ямках и в местах наложения жгута при проведении внутривенных вливаний. На консультацию был приглашен ревматолог, высказавший мнение, что у больной сосудистая патология и назначил необходимое лечение.

- 1) Сформулируйте клинический основной заболевания и его осложнения.
- 2) В чем заключалась диагностическая трудность заболевания на первом этапе?
- 3) Каким должно быть лечение больной?
- 4) На что должно быть направлено лечение данной больной?

Эталоны ответов к ситуационным задачам :

Эталоны ответов к задаче №1

1. Язвенный колит? Болезнь Крона?
2. План обследования: К, Na, Са крови, ЩФ, ГГТП, сывороточное железо, коагулограмма, ЦИК, иммуноглобулины, копрограмма, посев кала на бактериальную флору, RRS с биопсией слизистой оболочки, ирригоскопия, колоноскопия (последние два инструментальных метода

исследования – по мере стихания воспалительного процесса в толстой кишке), ФГС.

3. Лечение: диета №4; преднизолон 40 мг в сутки в течение месяца, далее постепенная отмена. Микроклизмы с гидрокортизоном (125 мг) или преднизолоном (20 мг) дважды в сутки в течение 7 дней. Сульфасалазин внутрь 2 г; ферментные препараты, содержащие панкреатин.
4. С целиакией, колоректальным раком
5. Тотальная колоноскопия с биопсией

Эталоны ответов к задаче №2

- 1) тромбоэмболия мезентериальных артерий
- 2) в момент возникновения тромбоэмболии проявлений острого живота нет, они появляются позже по мере развития некроза кишечника
- 3) в нижней брыжеечной артерии.
- 4) Без проведения хирургического лечения серьезный
- 5) Мерцательная аритмия

Эталоны ответов к задаче №3

- 1) эссенциальная тромбоцитопения (болезнь Верльгофа). Острая постгеморрагическая анемия
- 2) с симптоматическими тромбоцитопениями
- 3) пункцию костного мозга с изучением миелограммы (выявляет увеличение содержания мегакариоцитов)
- 4) консервативным - остановка кровотечения, усиление тромбоцитопоеза; в случае отсутствия эффекта – спленэктомия.

Эталоны ответов к задаче №4

- 1) обострение хронического рецидивирующего язвенного колита с преимущественным поражением левой половины толстого кишечника.
- 2) консервативным
- 3) - изменение общей реактивности организма
 - борьба с вторичной инфекцией
 - остановка кровотечения
 - местное применение средств, способствующих заживлению язв и ликвидации воспалительного процесса
- 4) - ограниченный или разлитой перитонит при перфорации язв
 - возникновение стриктур и спаек с развитием острой или хронической кишечной непроходимости
 - малигнизация язв
 - развитие дистрофических изменений в печени, сердце, почках

Эталоны ответов к задаче №5

- 1) геморрагический капилляротоксикоз, смешанная форма (кожно-суставная и абдоминальная); острая постгеморрагическая анемия
- 2) первоначальные проявления по абдоминальному типу
- 3) консервативным
- 4) - десенсибилизация организма
 - понижение проницаемости сосудистой стенки
 - повышение коагулирующих свойств крови
 - возмещение кровопотери

Задача 1. (УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8)

Больная О., 19 лет в течение 3-х месяцев отмечает подъемы температуры до 38 градусов, боли в крупных суставах нижних конечностей. Обследована ревматологами, выявлен реактивный артрит, предложено более широкое обследование, прежде всего кишечника. При RRS - выявлены на протяжении всей прямой и части сигмовидной кишки значительные изменения слизистой - набухание, отечность гиперемия слизистой с множественными эрозиями, при контакте кровоточат. При уточнении анамнеза больная вспомнила, что в начале заболевания был 2-3 дневный эпизод жидкого стула до 10 раз в сутки. Больная самостоятельно принимала левомецетин, после чего кишечный синдром ее не беспокоил.

1. Ваш диагноз? Дифференциальный диагноз?
2. План обследования?
3. Была проведена ФКС (осмотр тотальный): нисходящая ободочная кишка на всем протяжении резко гиперемирована, отечна, гаустрация слабо выражена, слизистая контактно кровоточит, множество мелких эрозий; взята биопсия – определяется обильная лейкоцитарная инфильтрация слизистой, уменьшение количества бокаловидных клеток, повреждение эпителия, единичные крипт-абсцессы. В бактериологическом исследовании кала – грибы *Candida* 10^5 , *E.coli* 10^8 , патогенной флоры не выявлено. Кал на я/глист трижды – отрицательно. А/т к паразитам – отрицательно. Уточните диагноз.
4. Какие данные оказались определяющими в установлении диагноза?
5. Назовите препараты базисной терапии при данной патологии.

Задача 2. (УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8)

Больной Д., 32 лет, отмечает в течение полугода кашицеобразный стул 2-3 раза в сутки, с небольшой примесью крови, объясняет это имеющимся у него геморроем. Во время профосмотра на предприятии в анализе крови обнаружена ускоренная СОЭ до 45 мм/час, направлен на обследование в гастроэнтерологическое отделение.

При RRS – слизистая рыхлая, кровоточит, имеются 4 неглубокие язвы, покрытые фибрином. Ирригоскопия, ирригография - нисходящая, поперечно-ободочная кишка ригидны, гаустрация практически отсутствуют, перистальтика резко снижена.

1. Ваш диагноз?
2. Какие морфологические изменения ожидаемы при биопсии?
3. Назначьте лечение.
4. Критерии ремиссии?
5. Тактика ведения после достижения ремиссии?

Задача 3. (УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8)

Больной Л., 48 лет, в течение года отмечает периодически кровь в кале (прожилки крови в кале), выраженный метеоризм. За месяц до поступления в больницу кровь в кале стала появляться при каждом акте дефекации. Стул ежедневный, оформленный, кровь в виде «малинового желе». Раньше страдал геморроем, чем и объяснял появившуюся симптоматику.

1. Предварительный диагноз. Дифференциальный диагноз.
2. План обследования?
3. При ректоскопии – на 10 см выявлено образование до 3 см в диаметре с неровной по типу «цветной капусты», мацерированной, местами эрозированной поверхностью. Какой наиболее вероятный диагноз? Дифференциальный диагноз.
4. Методика, верифицирующая окончательный диагноз?
5. Лечебная тактика?

Задача 4. (УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8)

Больная И., 43 года. В течение нескольких лет отмечает нарушение стула, проявляющееся чередованием запоров и поносов. В последние 3 месяца стали появляться ноющие практически постоянные боли по ходу толстой кишки, больше в левой половине живота. После акта дефекации интенсивность болей снижается, но полностью не проходит. Отмечает эпизоды появления алой крови поверх каловых масс после натуживания. Общеклинические анализы в пределах нормы. Поступила в стационар на обследование с целью исключения рака кишечника, язвенного колита, функционального запора с геморроем. RRS – свежие геморроидальные узлы. Эрозивных и язвенных поражений слизистой прямой кишки нет. При ирригографии удлинение и снижение тонуса сигмовидной кишки, на всем ее протяжении определяются мешотчатые выпячивания разных размеров, после опорожнения кишки в них остаются следы бария.

1. Ваш диагноз?
2. Какие данные инструментального обследования однозначно исключают диагноз язвенного колита?
3. Назовите возможные осложнения выставленного диагноза.
4. Назначьте лечение.
5. Показаны ли данной пациентке очистительные клизмы?

Задача 5. . (УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8)

Больная с детства страдала поносами с примесью крови. Наблюдалась в детской поликлинике с диагнозом язвенный колит. Морфологического исследования ребенку не проводили. В подростковом периоде вышеописанная симптоматика прекратилась. Больная чувствовала себя удовлетворительно, набрала в весе. Родила в 19 лет. Через полгода после родов внезапно появились резкие боли в правой подвздошной области и с клиникой острого аппендицита была госпитализирована в хирургическую клинику. При лапоротомии обнаружена гигантская перфоративная язва слепой кишки, выраженный отек терминального отдела подвздошной кишки. Осуществлена правосторонняя гемиколэктомия с наложением илеотранзверзанастомоза. На биопсии – аденокарцинома слепой кишки. В последующем – рецидивирующие язвы желудка с наличием щелевидного дефекта слизистой большой кривизны желудка и ДПК, осложненные кровотечением, афтозные поражения слизистой рта.

В первый год после операции появились приступообразные боли в животе, умеренной интенсивности, проходящие самостоятельно и сопровождающиеся обильным отхождением газов. При обследовании на ирригографии обнаружен свищ из области илеотранзверзанастомоза. От оперативного лечения отказалась. Периодически появляется кашицеобразный кал с прожилками крови. Постоянно наблюдается гастроэнтерологом. Полуцкает консервативную терапию. Через 20 лет после операции поступила в стационар с ухудшением состояния: участились вышеописанные приступы, с появлением кала с прожилками крови, похудела.

1. Укажите первичный диагноз и его осложнения.
2. Что свидетельствует в пользу вынесенного вами первичного диагноза?
3. Назначьте медикаментозное лечение.
4. Рекомендуемое обследование.
5. На выявление каких патологических процессов направлено обследование?

Эталонные ответы к ситуационным задачам

Эталонные ответы к задаче 1

1. Язвенный колит. Кишечная инфекция, болезнь Крона.
2. ФКС с биопсией, ирригоскопия, УЗИ органов брюшной полости, клинический и биохимический анализы крови, кал на я/глист многократно, копрология, бак. посев кала, а/т к иерсиниям, лямблиям.
3. Язвенный колит, левосторонний, рецидивирующее течение, обострение, средней степени тяжести, осложненный суставным синдромом.
4. Данные ФКС и биопсии.
5. Препараты 5-АСК (сульфасалазин, месалазин); глюкокортикоиды, цитостатики (азатиоприн, метотрексат), инфликсимаб.

Эталоны ответов к задаче 2

1. Язвенный колит, тотальное поражение, непрерывное течение, средней степени тяжести.
2. Полиморфноклеточная инфильтрация слизистой оболочки, истончение, разрушение эпителия, уменьшение количества желез, микроабсцессы крипт.
3. Месалазин (салофальк) 4 г/сутки; преднизолон 30 мг/сутки с последующим снижением дозы; метронидазол 1,5 г/сутки; фолиевая кислота 0,001 3 раза/день; панкреатин (креон 10000 Ед 3 раза/день во время еды); бифиформ 1 капсула 2 раза/день.
4. Нормализация стула, в т.ч. отсутствие крови; нормализация лабораторных показателей (Нв, СОЭ, СРБ, серомукоида); отсутствие видимых изменений слизистой при контрольной ректоскопии.
5. Поддерживающая терапия месалазином (салофальк) 1 – 2 г/сутки длительно.

Эталоны ответов к задаче 3

1. Рак прямой кишки. Диагноз следует дифференцировать с язвенным колитом, болезнью Крона, хроническим геморроем.
2. Пальцевое исследование прямой кишки с последующей ректороманоскопией, ирригоскопия, общеклинические анализы
3. Рак прямой кишки. Дифференцировать с ворсинчатой опухолью.
4. Биопсия и гистологическое исследование выявленного образования прямой кишки.
5. Хирургическая.

Эталоны ответов к задаче 4

1. Дивертикулярная болезнь сигмовидной кишки
2. Отсутствие язв и эрозий прямой кишки при RRS однозначно исключает диагноз язвенного колита, т.к. при язвенном колите всегда поражается прямая кишка.
3. Кровотечение, развитие дивертикулита, абсцедирования, перфорации с перитонитом, дисбактериоз кишечника
4. Диета, богатая пищевыми волокнами, пищевые волокна в виде лекарственного препарата (мукофальк), слабительные (лактолоза, форлак), курсы месалазина, про- и пребиотиков, ферменты пищеварения – по требованию.
5. Нет.

Эталоны ответов к задаче 5

1. Болезнь Крона с малигнизацией язв слепой кишки в аденокарциному слепой кишки.
2. Типичная локализация болезни Крона: илеоцекальный отдел кишечника, сочетанное поражение верхних отделов пищевой трубки: щелевидные язвы желудка, афтозные поражения слизистой полости рта.
3. Месалазин 4г/с, метронидазол 1,5г/с, энтерол, ИПП, микрогранулированные ферменты, фолиевая кислота, селективные спазмолитики (дюспаталин, спарекс, метеоспазмил, бускопан, дицетел), инфузии солевых растворов, аминокислот, гемостатики.
4. ФКС с биопсией, ирригоскопия.
5. Рецидив с-г кишечника, стенозирование анастомоза, обострение основного заболевания, оценить протяженность и активность свищевого хода.

Задача 1. (УК 1, ПК 5, ПК 6)

Больная 36 лет жалуется на боли в животе, поносы с примесью слизи, возникающие после психоэмоциональных нагрузок и молочно-растительной пищи, метеоризм. Болеет несколько лет, периоды улучшения сменяются периодами ухудшения. Вес и аппетит стабильные. При объективном осмотре: состояние удовлетворительное. Живот мягкий, болезненный по ходу толстой кишки. Печень – по ребру. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 75 в мин. ЧДД 16 в мин. АД 120/80 мм. рт.ст.

1. Для какого заболевания характерны указанные жалобы?
2. Назначьте обследование.
3. Какие изменения лабораторных проб могут быть при данной патологии?
4. Какие рентгенологические изменения можно выявить?
5. План лечения.

Задача 2. (УК 1, ПК 5, ПК 6)

Больной А., 22-х лет, в течение 3-х месяцев отмечает боли по ходу толстой кишки, уменьшающиеся после акта дефекации, редкий стул 1 раз в неделю. В анамнезе – многочисленные психотравмирующие ситуации в подростковом и юношеском возрасте. Фон настроения снижен, тревожен, высказывает мысли о наличии у него серьезного, «ракового» заболевания. Однако, при обследовании: со стороны желудочно-кишечного тракта патологии не выявлены. Лабораторные показатели в норме.

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Консультация какого специалиста необходима?
4. Показано ли стационарное лечение?
5. Какие препараты можно назначить?

Задача 3. (УК 1, ПК 5, ПК 6)

Больная 30 лет, обратилась по поводу постоянных запоров в течение многих лет. Оправляется с трудом 1 раз в 3-4 дня, каловые массы твердые, без примеси слизи и крови. В течение 2 месяцев принимает слабительные. Объективно: без особенностей, за исключением снижения тонуса брюшных мышц. Пальцевое исследование прямой кишки, ирригография без патологических изменений. Патологических изменений в общем и биохимических анализах крови не найдено.

- 1.Вероятная причина запоров?
- 2.Ваше мнение о приеме слабительных?
- 3.Ваши рекомендации по медикаментозному лечению?
- 4.Ваши советы по диете?
- 5.Прогноз для данной пациентки?

Задача 4. (УК 1, ПК 5, ПК 6)

В поликлинику к терапевту обратился больной 61 года с жалобами на слабость, снижение аппетита и работоспособности, запоры, сменяющиеся поносами, за последние 4 месяца похудел на 6 кг.

В анализах крови гипохромная анемия (гемоглобин - 85г/л).

При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки патологии не выявлено.

При фиброгастроскопии выявлена картина атрофического гастрита.

1. О какой патологии можно подумать?
- 2.Какие методы обследования необходимо провести больному?
- 3.Для опухоли какой локализации характерна гипохромная анемия?
- 4.Тактика в отношении данного больного?
- 5.Предполагаемый объем вмешательства?

Задача 5. (УК 1, ПК 5, ПК 6)

Больной В., 21 год, поступил с жалобами на частый жидкий стул до 10-15 раз в сутки, слабость, похудание, субфебрильную температуру, неприятные ощущения внизу живота, справа от пупка. Обследован в инфекционной больнице, патологии не найдено, направлен на дообследование в гастроэнтерологическое отделение с диагнозом хронический энтероколит, неизвестной давности. Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, пониженного питания. Язык обложен белым налетом, влажный, выраженный сосочковый слой. Живот вздут, болезненный в правой подвздошной области, здесь же пальпируется слепая кишка, уплотненная, малоподвижная, не урчит.

RRS - слизистая прямой кишки слегка гиперемирована и отечна, других изменений нет. Ирригоскопия, ирригография - значительные изменения определяются в области слепой кишки: стенки ее уплотнены, по типу «булыжной мостовой», просвет сужен, отмечается ограничение подвижности. Четко определяется заброс бария в терминальный отдел подвздошной кишки.

Копрология: крови в кале нет, слизь ++, жирные кислоты ++, мыла ++, растительная клетчатка ++, крахмал ++, иодофильная флора +, лейкоциты до 10 в п/зр.

1. Ваш диагноз?
2. Самая типичная локализация процесса при данной патологии?
3. Какие ещё отделы могут поражаться?
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. План лечения?

Эталонные ответы к ситуационным задачам

Эталонные ответы к задаче 1.

1. Синдром раздраженного кишечника с преобладанием диареи.
2. RRS, ирригокопия и/или фиброколоноскопия, УЗИ органов брюшной полости, ФГС, копрология, кал на дисбактериоз, кал на я/глист, развернутый анализ крови, биохимический анализ крови, анализ мочи
3. Анализы крови и мочи – без изменений; в копрограмме и бак. посевах кала могут быть признаки дисбактериоза
4. Изменения отсутствуют или определяются признаки дискинезии (гиперперистальтика, дискоординированные сокращения, участки спазма)
5. Селективные миотропные спазмолитики, антагонисты Са рецепторов, энтеросорбенты, ферменты пищеварения, пре- и пробиотики, по показаниям - психокоррекция

Эталонные ответы к задаче 2.

1. Синдром раздраженного кишечника с преобладанием запоров
2. Клинико-анамнестические данные типичные, лабораторно-инструментальное обследование патологии не выявило. Диагноз ясен.
3. Психотерапевта
4. Стационарное лечение при СРК показано только для дообследования при первичной диагностике или в случае тяжелого течения заболевания, с выраженным болевым синдромом и отсутствием эффекта от амбулаторного лечения.
5. Психокорректоры, селективные миотропные спазмолитики и нормокинетики, антагонисты Са рецепторов, слабительные, про- и пребиотики

Эталонные ответы к задаче 3.

1. Особенности образа жизни: малое количество жидкости и клетчатки в рационе, малоподвижный образ жизни? Функциональный запор?
2. Начать с немедикаментозных мероприятий.

3. При отсутствии эффекта немедикаментозных мероприятий – назначить пищевые волокна (мукофальк) или осмотические слабительные (лактолоза, форлакс).
4. Диета, богатая пищевыми волокнами (фрукты, овощи, зелень, отруби, цельнозерновой хлеб и цельнозерновые каши), кисломолочные продукты, расширенный питьевой режим.
5. Благоприятный

Эталоны ответов к задаче 4.

1. Рак толстой кишки
2. Пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия, ирригоскопия, фиброколоноскопия с биопсией, УЗИ органов брюшной полости, КТ, МРТ
3. Рак правых отделов толстой кишки
4. Хирургическая
5. Радикальная операция – правосторонняя гемиколэктомия

Эталоны ответов к задаче 5.

1. Болезнь Крона с поражением илеоцекального отдела кишки, обострение, среднетяжелое течение. Стриктура слепой кишки?
2. Илеоцекальный отдел, как в данном случае.
3. Любой отдел пищеварительной трубки от ротовой полости до анальной зоны.
4. Язвенным колитом, опухолевыми заболеваниями, туберкулезом кишки, саркоидозом кишки, целиакией, кишечными инфекциями (в том числе амебиазом, иерсиниозом), ишемическим колитом.
5. Месалазин per os, глюкокортикоиды, азатиоприн, метронидазол, инфузионно-детоксикационная терапия; консультация колопроктолога. После снятия обострения повторно ирригоскопия для исключения стриктуры слепой кишки. В случае подтверждения данного осложнения – решение вопроса об оперативном пособии.

Задача 1. (УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8)

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 заболеванием 4 года, заболевание имеет тенденцию к рецидивированию. Объективно: 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 контактная кровоточивость, на осмотренном участке прямой кишки множественные эрозии.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какое осложнение возникло у больной и какова причина?
3. С чем чаще всего приходится дифференцировать это заболевание?
4. Принципы терапии.
5. Какой лабораторный показатель коррелирует с эндоскопической активностью заболевания?

Задача 2. (УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8)

Больная Б., 34 лет, поступила в клинику с жалобами на постоянные боли по всему животу, особенно в левых отделах, «урчание», частый жидкий стул с примесью слизи и крови, а также общую слабость, быструю 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 сохраняются 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 пределах нормы, ритм правильный, тоны приглушены. Пульс 87 в мин, ритмичный. 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 - $3,2 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты 0,3%, тромбоциты 240×10^9 /л, лейкоциты $8,9 \times 10^9$ /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 ммоль/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.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие обследования нужно провести для верификации диагноза?
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 положения толстой кишки обычные, полностью отсутствует гаустрация в области сигмовидной и нисходящей ободочной кишки. Уточните диагноз на основании клинических и дополнительных инструментальных данных.

4. План лечения?
5. Критерии ремиссии и перехода на поддерживающую базисную терапию?

Задача 3. (УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8)

Больная П., 28 лет заболела внезапно: появилась высокая температура до 39 градусов, боли в левой подвздошной области, частый стул до 9 раз в день с кровью. В кале обнаружены: слизь, большое количество лейкоцитов, эозинофилов, эритроцитов.

В анализе крови: Нв - 90 г/л, ЦП - 0,75, лейкоциты $14 \cdot 10^9/\text{л}$, э-12, п/я-10, с-38, л-34, м-6, СОЭ-35 мм/ч.

RRS - слизистая прямой кишки резко гиперемированна, контактно кровоточит, множество поверхностных язв, покрытых фибрином.

- a. Ваш предварительный диагноз, в том числе дифференциальный?
- b. План обследования?
- c. При биопсии дистальных отделов сигмовидной кишки – отек и набухание слизистой, дефекты эпителия, выраженная полиморфноклеточная инфильтрация слизистой, множественные крипт-абсцессы. Для какого заболевания характерна данная картина?
- d. Окончательный диагноз.
- e. Лечебная тактика

Задача 4. (УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8)

Больной В., 21 год, поступил с жалобами на частый жидкий стул до 10-15 раз в сутки, слабость, похудание, субфебрильную температуру, неприятные ощущения внизу живота, справа от пупка. Обследован в инфекционной больнице, патологии не найдено, направлен на дообследование в гастроэнтерологическое отделение с диагнозом хронический энтероколит, неизвестной давности. Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, пониженного питания. Язык обложен белым налетом, влажный, выраженный сосочковый слой. Живот вздут, болезненный в правой подвздошной области, здесь же пальпируется слепая кишка, уплотненная, малоподвижная, не урчит.

RRS - слизистая прямой кишки слегка гиперемирована и отечна, других изменений нет. Ирригоскопия, ирригография - значительные изменения определяются в области слепой кишки: стенки ее уплотнены, по типу «булыжной мостовой», просвет сужен, отмечается ограничение

подвижности. Четко определяется заброс бария в терминальный отдел подвздошной кишки.

Копрология: крови в кале нет, слизь ++, жирные кислоты ++, мыла ++, растительная клетчатка ++, крахмал ++, иодофильная флора +, лейкоциты до 10 в п/зр.

- 1) Ваш диагноз?
- 2) Самая типичная локализация процесса при данной патологии?
- 3) Какие ещё отделы могут поражаться?
- 4) С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
- 5) План лечения?

Задача 5. (УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8)

Больной Н., 30 лет в течение нескольких лет лечится у проктолога по поводу рецидивирующего парапроктита, геморроя. Длительное время страдает запорами, в последний месяц отмечает жидкий стул 4-6 раз в сутки с примесью крови, боли в крестце.

RRS - слизистая прямой кишки отечна, гиперемирована, имеются щелевидные язвы глубокие с гнойным налетом, на 6 часах свищевой ход. Биопсия - гигантоклеточная гранулема.

1. Ваш диагноз?
2. Дальнейшее обследование?
3. Какие внекишечные проявления можно заподозрить у данного больного? Какое обследование нужно провести?
4. Своевременно ли был установлен диагноз?
5. План лечения?

Эталоны ответов к ситуационным задачам

Эталоны ответов к задаче 1

1. Язвенный колит, рецидивирующее течение, фаза обострения, средне - тяжелая форма, активность II - III с поражением нисходящего отдела толстой кишки.
2. Осложнение - железодефицитная анемия вследствие кишечного кровотечения.
3. С болезнью Крона.
4. Препараты 5-АСК: сульфосалазин 4-6г/с или месалазина 3-3,5 г/с внутрь и per rectum, ГКС в начальной дозе 30мг/с, антибактериальная терапия (инфузии цефтриаксона 2г/с, метрогила), фолиевая кислота 0,002г 3р/с, пробиотики (бифиформ, линекс), микрогранулированные ферменты (креон, микразим, эрмитель), препараты железа, солевые растворы и плазмозаменители (волювен, рефортан). При неэффективности терапии – применение моноклональных антител (инфликсимаб).

5. Фекальный кальпротектин.

Эталоны ответов к задаче 2

1. Язвенный колит.
2. Ректороманоскопию с биопсией, ирригоскопию и/или фиброколоноскопию с биопсией, копрологическое исследование кала, исследование кала на кальпротектин, исследование кала на дисбактериоз.
3. Язвенный колит, левостороннее поражение, средней степени тяжести, в стадии среднетяжелого обострения.
4. Препараты 5-аминосалициловой кислоты (месалазин per os и в микроклизмах), при плохом ответе – преднизолон, пробиотики, ферменты пищеварения без желчных кислот, фолиевая кислота, препараты железа, кишечные спазмолитики.
5. Нормализация стула (оформленный, отсутствие примеси крови), стойкая нормализация температуры, нормализация лабораторных показателей, эпителизация эрозий.

Эталоны ответов к задаче 3

1. Язвенный колит? Болезнь Крона? Эозинофильный колит? Ишемический колит? Инфекционный колит?
2. Копрология, кал на дисбактериоз, кал на сальмонеллез, диз. группу, тифо-паратифозную группу, условно-патогенную флору, кал на я/глист многократно, антитела к иерсиниям, биохимический анализ крови (общий белок и белковые фракции, холестерин, мочевины, билирубин, АСТ, АЛТ, щелочная фосфатаза, ГГТП, С-реактивный белок, серомукоид, железо сыворотки), УЗИ органов брюшной полости и малого таза, ЭГДС, ФЛГ, консультация гинеколога, после стихания воспалительных явлений – ирригоскопия и/или фиброколоноскопия с биопсией.
3. Для язвенного колита.
4. Язвенный колит, дистальный (проктосигмоидит), острое течение, тяжелая форма.
5. Высокие дозы аминосалицилатов (месалазина до 3-4г/с) per os и местно, глюкокортикоиды per os и парентерально, при недостаточном эффекте – инфликсимаб, антибактериальная терапия, инфузионно-детоксикационная терапия, витаминотерапия, препараты железа, ферменты, пробиотики.

Эталоны ответов к задаче 4

1. Болезнь Крона с поражением илеоцекального отдела кишки, обострение, среднетяжелое течение. Стриктура слепой кишки?
2. Илеоцекальный отдел, как в данном случае.

3.Любой отдел пищеварительной трубки от ротовой полости до анальной зоны.

4.Язвенным колитом, опухолевыми заболеваниями, туберкулезом кишки, саркоидозом кишки, целиакией, кишечными инфекциями (в том числе амебиазом, иерсиниозом), ишемическим колитом.

5.Месалазин per os, глюкокортикоиды, азатиоприн, метронидазол, инфузионно-детоксикационная терапия; консультация колопроктолога. После снятия обострения повторно ирригоскопия для исключения стриктуры слепой кишки. В случае подтверждения данного осложнения – решение вопроса об оперативном пособии.

Эталоны ответов к задаче 5

1. Болезнь Крона, смешанной локализации с преимущественным поражением аноректальной зоны, рецидивирующее течение, об-е, средней степени тяжести.
2. Ирригоскопия/ирригография; рентгенологическое исследование тонкой кишки (пассаж бария); по показаниям – ФКС с биопсией; развернутый и биохимический (общий белок и белковые фракции, холестерин, билирубин, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТП, СРБ, серомукоид, фибриноген, мочевины, сывороточное железо) анализы крови, копрология.
3. Сакроилиит; рентгенографию пояснично-крестцового отдела позвоночника.
4. Нет, заподозрить болезнь Крона можно было раньше на основании рецидивирующего парапроктита.
5. Препараты 5-АСК (месалазин) местно и per os, иммуносупрессивная терапия (глюкокортикоиды, азатиоприн); учитывая осложненное течение заболевания (рецидивирующие свищи), показано назначение инфликсимаба (ремикейда), метронидазол, детоксикационная, витаминотерапия, ферменты пищеварения, пробиотики.

Задача 1 (УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8)

У Больной Б., 33 лет, на фоне приема амоксиклава на день появились сильные схваткообразные боли в животе, частота стула достигала 15–30 раз в сутки, вырос лейкоцитоз (более $15 \times 10^9/\text{л}$) и лихорадка (до 40°C).

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 пределах нормы, ритм правильный, тоны приглушены. Пульс 87 в мин, ритмичный. АД – 100/70 мм рт.ст. Язык влажный, живот болезнен при пальпации по ходу толстой кишки. Печень, селезенка не пальпируются. Мочеиспускание не нарушено.

1) Ваш диагноз?

2) План обследования?

- 3) План лечения?
- 4) Эндоскопическая картина
- 5) Какие еще симптомы характерны для данного заболевания

Задача 2(УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8)

У больного М., 40, через 10 дней после прекращения курса лечения макролидами появилась диарея с увеличением частоты стула до 3 раз в день и более, боли в животе по типу кишечных коликов, лихорадка до 39 С, симптомы общей интоксикации и лейкоцитоз в крови до $15 \cdot 10^9/\text{л}$.

- 1) Укажите причину развития острой патологии у данного больного.
- 2) Ваш диагноз
- 3) методы диагностики?
- 4) Эндоскопическая картина
5. прогноз

Задача 3(УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8)

В хирургическое отделение поступила больная М., 28 лет, с жалобами на резкую общую слабость, головокружение, шум и звон в ушах, повторный кашицеобразный стул темно-вишневого цвета. С детства отмечает появление «синяков» после малейших ушибов, носовых кровотечений, а с появлением менструаций – их обильность и длительность. Объективно: общее состояние больной удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые бледные, нормального питания. В легких без особенностей. Сердце в размерах не увеличено, тоны сердца ритмичные, на верхушке и аорте дующий систолический шум, ЧСС 94 в мин., АД 100/60 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. При поверхностной и глубокой пальпации живота отмечается незначительная болезненность справа и выше от пупка, прощупывается нижний край печени и увеличенная селезенка. Передне-нижний её край выстоит из-под реберной дуги на 1-2 см, поверхность её гладкая, сама селезенка плотно-эластической консистенции, слегка чувствительная при пальпации. Со стороны мочеполовой системы без особенностей. Ан.крови: эр.: 3200000 в мл, Hb 58 г/л, СОЭ 25 мм/час, лейкоц.: 9200 в мл, Э-1%, Ю- 5%, П-12%, С-58%, Л-19%, М-5%, ретикулоциты-5%, тромбоциты-35000 в мл.

Ан.мочи: уд.вес 1020, белок-нет, сахар-нет, микроскопия осадка-N

- 1) Ваш предварительный диагноз.
- 2) С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
- 3) Какое дополнительное исследование необходимо произвести с целью установления окончательного диагноза?
- 4) Каким должно быть лечение больной и на что оно должно быть направленным?
- 5) прогноз

Задача 4 (УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8)

Больной Ч., 35 лет, поступил в гастроэнтерологическое отделение больницы с жалобами на поносы (стул бывает до 10-12 раз в сутки), сменяющиеся запорами, схваткообразные боли в левой подвздошной области, усиливающиеся перед дефекацией, тенезмы, выделение кала со слизью и кровью, а иногда чистой кровью, чувство жжения внизу живота, общую слабость, раздражительность, субфебрилитет. Больным себя считает в течении 5 лет, когда стал замечать появление болей внизу живота, слизи и крови в кале. По этому поводу находился на стационарном лечении в инфекционной больнице, однако бактериологически диагноз дизентерии не был подтверждён. В дальнейшем почти ежегодно находился на стационарном лечении в гастроэнтерологических отделениях города по поводу обострений заболевания. После лечения отмечал улучшение, продолжительностью до 1 года. Объективно: общее состояние удовлетворительное, нормального питания, кожные покровы и видимые слизистые розовой окраски. В легких и со стороны сердца без особенностей. Язык обложен белесоватым влажным налетом. При поверхностной пальпации живота отмечается защитное напряжение брюшных мышц в левой подвздошной области, а при глубокой – резкая болезненность сигмовидной кишки. Сама кишка плотная, толщиной около 1 см в диаметре. Отмечается также незначительная болезненность по ходу нисходящего отдела ободочной кишки, особенно в дистальном её отделе. Печень и селезенка не увеличены, со стороны мочеполовой системы без отклонений. Анализ крови: эритроц.: 4500000 в мл, Hb-82г/л, СОЭ 8мм/час, лейкоц.: 7600 в мл, Э-3%, П-4%, С-68%, Л-19%, М-6%, ретикулоциты-0,8%, тромбоциты-320000 в мл. Секреторная и кислотообразующая функции желудка сохранены в норме. Коагулограмма без отклонений от нормы. Рентгеноскопическое исследование органов грудной клетки и желудка – органических изменений не выявлено. Ректороманоскопия: тубус введен на глубину 25 см, слизистая прямой и сигмовидной кишки отечна, гиперемирована, легко ранимая, кровоточит при исследовании. Отмечается наличие точечных геморрагий и единичные язвы, размерами около 0,5*0,7 см. При ирригоскопии установлено: сглаженность гаустр в дистальном отделе сигмы, спастическое состояние сигмовидной кишки с наличием отдельных рельеф-ниш в её слизистой после опорожнения и раздувания кишки. Посев кала и соскобов из язв на дизентерийную группу микроорганизмов роста не дал; простейшие в кале не обнаружены.

- 1) Поставьте развернутый клинический диагноз с учетом классификации В.К. Карнаухова.
- 2) Каким должно быть лечение больного?
- 3) На что должно быть направлено лечение больного?
- 4) Укажите возможные осложнения заболевания.
- 5) прогноз

Задача 5(УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8)

Больная С., 36 лет, доставлена в приемное отделение с жалобами на разлитые боли в животе, повышение температуры тела до 38 °С, кровавый понос. В связи с подозрением на дизентерию была переправлена в инфекционную больницу. При осмотре – общее состояние средней тяжести, кожные покровы и видимые слизистые бледные. В легких без особенностей. Сердечная деятельность ритмична, ускорена, на верхушке сердца и аорте выслушивается систолический шум, 100 уд. в/мин., удовлетворительных свойств, АД 100/60 мм рт. ст. Язык обложен белесоватым влажным налетом, живот слегка запавший, при пальпации живота отмечается разлитая болезненность справа и выше над пупком, урчание и шум плеска в тонком кишечнике, слепой и правой половине поперечной ободочной кишки. Сигмовидная кишка и доступные пальпации отделы ободочной кишки безболезненные, опухолевидных образований в них не прощупывается. Стул частый, безболезненный. Микроскопически слизи и гноя в изливающейся частично измененной крови не отмечается. При экстренной ректороманоскопии патологических изменений в прямой и сигмовидной кишке не обнаружено. ПРИ рентгеноскопии желудка органических изменений не выявлено.

Анализ крови: эр. 3200000/мл, Hb 58 г/л, СОЭ 30мм/ч, лейкоц. 10200/мл, Э-5%, Ю-2%, П-10%, С-62%. Л-15%, М-4%, тромбоциты 250000/мл, ретикулоциты 4,2%, длительность кровотечения 4 мин. Коагулограмма без отклонений от нормы. Все эти данные давали основания инфекционисту усомниться в диагнозе острой дизентерии, однако причина кишечного кровотечения оставалась неясной. К утру диагноз прояснился, у девочки появились боли и припухлость коленных суставов, точечные кровоизлияния на коже голеней и вокруг коленных суставов, а также в локтевых ямках и в местах наложения жгута при проведении внутривенных вливаний. На консультацию был приглашен ревматолог, высказавший мнение, что у больной сосудистая патология и назначил необходимое лечение.

- 1) Сформулируйте клинический основного заболевания и его осложнения.
- 2) В чем заключалась диагностическая трудность заболевания на первом этапе?
- 3) Каким должно быть лечение больной?
- 4) На что должно быть направлено лечение данной больной?
5. прогноз

Эталоны ответов к ситуационным задачам

Эталоны ответов к задаче 1

- 1) псевдомембранозный колит (ПМК)
- 2) анализ кала, эндоскопическое исследование толстой кишки, биохимический анализ крови

- 3) Основными препаратами при ААД, ассоциированной с *C. difficile*, являются **метронидазол и ванкомицин**.
- 4) При эндоскопическом исследовании в толстой кишке выявляются желтоватые бляшки диаметром до 15 мм, выступающие в просвет кишки и состоящие из слизи, фибрина и клеточных остатков.
- 5) Вследствие экссудации белка через пораженную слизистую оболочку развивается гипоальбуминемия, возникают отеки и дегидратация. При микроскопии кала обнаруживается высокое содержание лейкоцитов.

Эталоны ответов к задаче 2

- 1) прием макролидов
- 2) Антибиотикоассоциированный колит (ААК)
- 3) анализ кала, эндоскопическое исследование толстой кишки, биохимический анализ крови
- 4) При эндоскопическом исследовании в толстой кишке выявляется сегментарное воспаление
5. благоприятный

Эталоны ответов к задаче 3

- 1) эссенциальная тромбоцитопения (болезнь Верльгофа). Острая постгеморрагическая анемия
- 2) с симптоматическими тромбоцитопениями
- 3) пункцию костного мозга с изучением миелограммы (выявляет увеличение содержания мегакариоцитов)
- 4) консервативным - остановка кровотечения, усиление тромбоцитопоеза; в случае отсутствия эффекта – спленэктомия.
- 5) для жизни-благоприятный

Эталоны ответов к задаче 4

- 1) язвенный колит с преимущественным поражением левой половины толстого кишечника II ст.
- 2) консервативным
- 3) - изменение общей реактивности организма
 - борьба с вторичной инфекцией
 - остановка кровотечения
 - местное применение средств, способствующих заживлению язв и ликвидации воспалительного процесса
- 4) - ограниченный или разлитой перитонит при перфорации язв
 - возникновение стриктур и спаек с развитием острой или хронической кишечной непроходимости
 - малигнизация язв
 - развитие дистрофических изменений в печени, сердце, почках
- 5) для жизни-благоприятный

Эталоны ответов к задаче 5

- 1) геморрагический капилляротоксикоз, смешанная форма (кожно-суставная и абдоминальная); острая постгеморрагическая анемия
- 2) первоначальные проявления по абдоминальному типу
- 3) консервативным
- 4) - десенсибилизация организма
 - понижение проницаемости сосудистой стенки
 - повышение коагулирующих свойств крови
 - возмещение кровопотери
5. благоприятный

6. Перечень практических умений по изучаемой теме:

1. Знать принципы методик УЗИ брюшной полости, РХПГ, КТ. Уметь интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов обследования. (УК 1, ПК 5)

2. Овладеть навыками составления оптимального плана обследования больных и лечения при заболеваниях кишечника. (УК 1, ПК 5, ПК 6)

Уметь интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов обследования у больных с заболеваниями кишечника. (УК 1, ПК 5, ПК 6)

Овладеть навыками составления оптимального плана обследования больных с заболеваниями кишечника. (УК 1, ПК 5)

провести обследование больных с заболеваниями кишечника, **(УК 1, ПК 5)**

выделить кардинальные синдромы СРК; интерпретировать полученные клинические данные, **(УК 1, ПК 5)**

наметить план обследования и лечения пациента, **(УК 1, ПК 5)**

интерпретировать данные дополнительных методов исследования (данные УЗИ, ректороманоскопии, ирригоскопии, колоноскопии, ФГС), **(УК 1, ПК 5, ПК 6)**

владеть наиболее информативными методами диагностики СРК, **(УК 1, ПК 5)**

владеть современными схемами ведения больных с СРК с преобладанием болевого синдрома, диареи и запоров **(УК 1, ПК 5)**

Тактика ведения больных с СРК на амбулаторном этапе **(УК 1, ПК 5, ПК 6)**

Диспансеризация больных с СРК, вопросы ВТЭ **(УК 1, ПК 5, ПК 6)**

1. Уметь интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов обследования у больных ЯК, БК (УК 1, ПК 5)

больных с ЯК, БК (УК 1, ПК 5)

3. Умение квалифицированно назначать терапию при ЯК, БК в зависимости от стадии процесса и тяжести (УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8)

7. Тематика НИР- Состав микрофлоры проксимального отдела толстой кишки

- Особенности поражения кишечника при болезни Уиппла
- Эффективность миотропных спазмолитиков в лечении пациентов с СРК
- Эффективность терапии ингибиторами ФНО пациентов с БК
- Эффективность ванкомицина у больных с ПМК

8. Рекомендуемая литература

Перечень основной литературы				Кол-во экземпляров	
№ п/ п	Наименование, вид издания	Автор(-ы), составитель(-и), редактор(-ы)	Место издания, издательство, год	В библиотеке	На кафедре
1	2	3	4	5	6
1.	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов. Т. 1.. - Режим доступа: https://www.books-up.ru/ru/read/vnutrennie-bolezni-v-2-t-t-1-2990917/	ред. С. И. Рябов	СПб. : СпецЛит, 2015.	ЭБС Букап	-/-
2.	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов. Т. 2.. - Режим доступа: https://www.books-up.ru/ru/read/vnutrennie-bolezni-v-2-t-t-2-2991838/	ред. С. И. Рябов	СПб. : СпецЛит, 2015.	ЭБС Букап	-/-
3.	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник. Т. 1. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970433102.html	ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.	ЭБС Консультант студента (ВУЗ)	-/-
4	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник. Т. 2. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN	ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартыно	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.	ЭБС Консультант студент	-/-

	N9785970433119.html	в, Н. А. Мухин		а (ВУЗ)	
5	Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : руководство. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432730.html	Я. С. Циммерман	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.	ЭМБ Консультант врача	-/-

1. **Перечень дополнительной литературы**
- 2.

				Кол-во экземпляров	
1	2	3	4	5	6
1	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: анатомо-эндоскопические и клинико-инструментальные основы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения	О. Б. Дронова, И. И. Каган, А. А. Третьяков	М. : БИНО М, 2014.	1	- / -
2	Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : рук. для врачей. - Режим доступа: https://www.books-up.ru/read/gastroenterologiya-3001020/?page=1	ред. Е. И. Ткаченко	СПб. : СпецЛит, 2013.	ЭБС Букап	- / -
3	Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : руководство. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432730.html	Я. С. Циммерман	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.	ЭМБ Консультант врача	- / -
4	Классификации заболеваний внутренних органов [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: https://www.books-up.ru/read/klassifikacii-zabolevanij-vnutrennih-org	ред. А. В. Гордиенко, В. Ю. Голофеевский	СПб. : СпецЛит, 2013.	ЭБС Букап	- / -

3. **Электронные ресурсы:**
4. ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
5. ЭБС Консультант студента ВУЗ
6. ЭМБ Консультант врача
7. ЭБС Айбукс
8. ЭБС Букап

9. ЭБС Лань
 10. ЭБС Юрайт
 11. СПС КонсультантПлюс
 12. НЭБ eLibrary
 13. БД Sage
 14. БД Oxford University Press
 15. БД ProQuest
 16. БД Web of Science
 17. БД Scopus
- БД MEDLINE Complet

.

.

1. Индекс ОД. О.01.14.37. Тема – «Доброкачественные и злокачественные опухоли пищеварения: пищевода, желудка, поджелудочной железы, внепеченочных желчных протоков, печени, тонкого и толстого кишечника»

2. Формы работы: Подготовка к практическим занятиям
Набор материала по НИР.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия:

1. Классификация опухолей пищевода (УК 1, ПК 5)
 2. Клиника опухолей пищевода. (УК 1, ПК 5)
 3. Принципы диагностики опухолей пищевода (УК 1, ПК 5)
 4. Принципы лечения опухолей пищевода (УК 1, ПК 5, ПК 6)
 5. основные факторы, способствующие развитию рака желудка (УК 1, ПК 5)
 6. Роль Н.р.-инфекции в развитии РЖ. (УК 1, ПК 5)
 7. Перечислите заболевания, характеризующиеся как «предраковые». (УК 1, ПК 5)
 8. Патогенез возникновения РЖ на фоне атрофического гастрита. (УК 1, ПК 5)
 9. Классификация РЖ по ВОЗ. (УК 1, ПК 5)
 10. Назовите наиболее частую локализацию РЖ. (УК 1, ПК 5)
 11. Перечислите разновидности рака по характеру роста и формам поражения.
 12. Перечислите гистологические разновидности РЖ. (УК 1, ПК 5)
 13. Назовите клинические признаки ранних стадий РЖ. (УК 1, ПК 5)
 14. назовите другие злокачественные опухоли желудка, исключая рак. (УК 1, ПК 5)
-
1. Клиника опухолей поджелудочной железы. (УК 1, ПК 5)
 2. Диагностика опухолей поджелудочной железы. (УК 1, ПК 5)

3. Диагностика опухолей ж.п. .(УК 1, ПК 5)

4. Диагностика опухолей общего ж.протока и фатерова сосочка.(УК 1, ПК 5)

1.Перечислите основные факторы, способствующие развитию опухолей печени. (УК 1, ПК 5)

2. Перечислите заболевания, характеризующиеся как «предраковые». (УК 1, ПК 5)

3. Классификация опухолей печени по TMN. (УК 1, ПК 5)

4. Перечислите разновидности рака по характеру роста и формам поражения. (УК 1, ПК 5)

5. Перечислите гистологические разновидности опухолей печени. (УК 1, ПК 5)

6. Назовите клинические признаки ранних стадий рака печени. (УК 1, ПК 5)

7. Назовите другие злокачественные опухоли печени, исключая рак. (УК 1, ПК 5)

- Перечислите основные факторы, способствующие развитию опухолей кишечника (УК 1, ПК 5)
- Перечислите заболевания, характеризующиеся как «предраковые». (УК 1, ПК 5)
- Классификация опухолей кишечника по ВОЗ. (УК 1, ПК 5)
- Назовите наиболее частую локализацию рака кишечника. (УК 1, ПК 5)
- Перечислите разновидности рака по характеру роста и формам поражения. (УК 1, ПК 5)
- Перечислите гистологические разновидности опухолей кишечника. (УК 1, ПК 5)

4.Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы(УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8)

1. РАК ПИЩЕВОДА ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЕТ

- 1) верхнюю треть
- 2) среднюю треть
- 3) нижнюю треть
- 4) закономерности не существует

2. ГЕМАТОГЕННЫЕ МЕТАСТАЗЫ ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА ЧАЩЕ НАБЛЮДАЮТСЯ

- 1) в печени

- 2) в легких
- 3) в почках
- 4) в костях
- 5) головном мозге

3. ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА ВСТРЕЧАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ ТИПЫ РОСТА ОПУХОЛИ

- 1) язвенный
- 2) узловой
- 3) инфильтративный
- 4) язвенно-инфильтративный
- 5) все перечисленное

4. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ РАКА ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) повышенное слюноотделение
- 2) тошнота
- 3) дисфагия
- 4) рвота
- 5) снижение массы тела

5. БОЛИ ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА МОГУТ ЛОКАЛИЗОВАТЬСЯ В ОБЛАСТИ

- 1) шеи
- 2) грудной клетки
- 3) эпигастрия
- 4) межлопаточной области
- 5) все перечисленное

6. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ОСЛОЖНЕНИЙ РАКА ПИЩЕВОДА МОГУТ БЫТЬ

- 1) охриплость голоса
- 2) кашель
- 3) эмпиема плевры
- 4) триада Горнера
- 5) все перечисленное

7. ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА ПРИМЕНЯЮТСЯ

- 1) прескаленная биопсия
- 2) медиастиноскопия
- 3) лапароскопия
- 4) компьютерная томография
- 5) все перечисленное

8. РАК ПИЩЕВОДА ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ

- 1) с кардиоспазмом
- 2) с пептическими язвами
- 3) с рубцовой стриктурой
- 4) с доброкачественными опухолями
- 5) со всем перечисленным

9. ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД ПРИМЕНЯЮТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА

- 1) шейного отдела пищевода
- 2) верхнегрудного отдела пищевода
- 3) нижнегрудного отдела пищевода
- 4) тотальном поражении пищевода
- 5) при всех перечисленных локализациях

10. ДЛЯ ЭЗОФАГОПЛАСТИКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ДОБРОМЫСЛОВАТОРЕКА В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) пластику тонкой кишки
- 2) пластику толстой кишки
- 3) пластику желудком
- 4) пластику анти- и изоперистальтическими стеблями из большой кривизны желудка
- 5) пластику мочевом пузырем

ОТВЕТЫ.

1- 2, 2- 1, 3- 5, 4 -3, 5- 5, 6- 5, 7- 5, 8- 5, 9- 3, 10-4

1. У БОЛЬНОГО 56 ЛЕТ ОФОРМЛЕННЫЙ ЧЕРНЫЙ СТУЛ, РВОТА КОФЕЙНОЙ ГУЩЕЙ. Гемодинамика стабильная, кожа бледная. При пальпации живота патологии нет. При пальцевом исследовании прямой кишки на перчатке кал черного цвета. В анализах анемия. Какую патологию в данной клинической ситуации можно заподозрить?

1. рак желудка
2. синдром Меллори-Вейса
3. полипоз желудка
4. цирроз печени
5. лейкоз

2.КАКОЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ У БОЛЬНОГО С ПОДОЗРЕНИЕМ НА РАК ЖЕЛУДКА МОЖНО СЧИТАТЬ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ

1. рентгенография желудка
2. ФГДС
3. гастроскопия с полифокусной биопсией
4. цитология промывных вод желудка
5. исследование кислотного желудочного содержимого

3.ОРГАНЫ, В КОТОРЫЕ НЕ МЕТАСТАЗИРУЕТ АДЕНОКАРЦИНОМА ЖЕЛУДКА

1. яичники
2. печень
3. надключичные лимфоузлы
4. трубчатые кости бедра
5. дугласовое пространство

4. У БОЛЬНОГО С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА ПРОГРЕССИРУЮЩЕЕ ПОХУДАНИЕ, снижение аппетита и анемия. В левой надключичной области определяется плотный малоподвижный лимфоузел. О чем можно думать?

1. о малигнизирующей язве желудка
2. о диафрагмальной грыже
3. о полипе желудка
4. о язвенном кровотечении
5. о лимфодените

5. У БОЛЬНОГО РАКОМ ЖЕЛУДКА ВЫЯВЛЕН МЕТАСТАЗ ВИРХОВА. КАКАЯ СТАДИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНОГО?

1. 1-ая
2. 2-ая
3. 3-я
4. 4-ая
5. 5-ая

6. ПРИ КАКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ РАК ЖЕЛУДКА КЛИНИЧЕСКИ ПРОТЕКАЕТ МАЛОСИМПТОМНО

1. выходной отдел
2. кардиальный отдел
3. тело желудка
4. антральный отдел
5. угол желудка

7.НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ПИЩЕВОДА

1. полип
2. лейомиома

3. аденома
4. липома
5. фиброма

8. У ПОЖИЛОГО БОЛЬНОГО СИЛЬНЫЕ БОЛИ В ЖИВОТЕ, НАЧАВШИЕСЯ ВНЕЗАПНО 4 ЧАСА НАЗАД. В анамнезе ИБС. Пульс 88 в минуту, АД 120*80 мм рт ст., умеренное напряжение мышц брюшной стенки. С-м Щеткина-Блюмберга положительный. В эпигастрии пальпируется объемное образование. В анализе крови: Эритроциты - $4,8 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты - $14,4 \cdot 10^9/л$. О чем можно думать?

1. инфаркт миокарда
2. перфоративный рак желудка.
3. расслаивающаяся аневризма аорты
4. панкреонекроз
5. болезнь Крона

9. К ПРЕДРАКОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ЖЕЛУДКА ОТНОСИТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

1. полипоза желудка
2. болезни Менетрие
3. синдрома Мэллори-Вэйса
4. хронической язвы желудка
5. дисплазии слизистой желудка

10. КАКАЯ САМАЯ ЧАСТАЯ ОПУХОЛЬ ПЕЧЕНИ

- 1) аденома
- 2) доброкачественная гепатома
- 3) гемартома
- 4) гемангиома
- 5) рак печени.

Эталонные ответы

1-1, 2-2, 3-4, 4-1, 5-4, 6-2, 7-2, 8-2, 9-3, 10-4

1. БОЛЬНОЙ 40 ЛЕТ ЖАЛУЕТСЯ НА СЛАБОСТЬ, ГОЛОВНЫЕ БОЛИ, ПОТЛИВОСТЬ, ТРЕМОР РУК, УСИЛИВАЮЩИЙСЯ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ САХАРА КРОВИ – ГИПОГЛИКЕМИЯ. ПРИ КТ ВЫЯВЛЕНО ОБРАЗОВАНИЕ В ТЕЛЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДО 3 СМ В ДИАМЕТРЕ. ДИАГНОЗ:

- 1) инсулинома
- 2) глюкагонома
- 3) гастринома
- 4) цистаденокарцинома
- 5) ацинарный рак

2. НА ОПЕРАЦИИ ОБНАРУЖЕНО ОБРАЗОВАНИЕ В ХВОСТЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 3Х 4 СМ. БОЛЬНОЙ ДЛИТЕЛЬНОЕ ВРЕМЯ СТРАДАЛ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ. ПРИ ГИСТОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ УСТАНОВЛЕНО, ЧТО ОПУХОЛЬ ИСХОДИТ ИЗ АЛЬФА-КЛЕТОК. ДИАГНОЗ:

- 1) инсулинома
- 2) глюкогонома
- 3) гастринома
- 4) цистаденокарцинома
- 5) ацинарный рак

3. УКАЖИТЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ:

- 1) аденома
- 2) фиброма
- 3) миксома
- 4) гемангиома
- 5) миома

4. СИМПТОМ КУРВУАЗЬЕ ХАРАКТЕРЕН

1. для рака большого дуоденального сосочка,
2. злокачественных опухолей головки поджелудочной железы и
3. для рака дистального отдела общего желчного протока
4. для всего перечисленного
5. правильного ответа нет

5. ПРИ РАКЕ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА ХОЛАНГИТ ВОЗНИКАЕТ

- 1) в 40–50% случаев
- 2) в 100%
- 3) в 10-12 %
- 4) в 25-30 %
- 5) в 80-90 %

6. ДИАГНОЗ РАКА ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА МОЖНО УСТАНОВИТЬ ПРИ ПОМОЩИ

- 1) эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии
- 2) холангиографии
- 3) КТ
- 4) МРТ
- 5) дуоденоскопии

7. К ПРЯМЫМ УЛЬТРАЗВУКОВЫМ ПРИЗНАКАМ РАКА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ОТНОСЯТСЯ

- 1) расширение общего желчного протока
- 2) увеличение объема желчного пузыря
- 3) локальным или диффузным утолщением стенки желчного пузыря без акустической тени
- 4) негомогенность просвета желчного пузыря
- 5) неравномерность внутреннего или наружного контура желчного пузыря

8. К КОСВЕННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВЫМ ПРИЗНАКАМ РАКА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ОТНОСЯТСЯ

- 1) неравномерность внутреннего или наружного контура желчного пузыря
- 2) расширение общего желчного протока
- 3) увеличение объема желчного пузыря
- 4) деформация стенки желчного пузыря
- 5) двойной контур желчного пузыря

9. У ПОДАВЛЯЮЩЕГО ЧИСЛА БОЛЬНЫХ С РАКОМ ЖП ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ ИМЕЕТ СТРОЕНИЕ

- 1) аденокарциномы
- 2) скирра
- 3) слизистого рака
- 4) солидного рака
- 5) плоскоклеточного рака

10. БЕССПОРНЫМ ЛИДЕРОМ СРЕДИ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) скирр
- 2) слизистый рак
- 3) солидный рак
- 4) плоскоклеточный рак
- 5) дуктальная аденокарцинома.

Эталоны ответов

1-1, 2-2, 3-1, 4 -4, 5 -1, 6-1, 7-3, 8-1, 9-1, 10-5

1. РАЗМЕРЫ ПЕЧЕНИ ПО КУРЛОВУ В НОРМЕ

- 1) 10 x 5 x 7 см
- 2) 15 x 8 x 12см
- 3) 10 x 12 x 8 см
- 4) 8 x 12 x 11 см
- 5) 9 x 8 x 7 см

2. СРЕДИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ ПРЕОБЛАДАЮТ

- 1) первичный рак печени
- 2) метастазы в печень
- 3) саркомы печени
- 4) гемангиомы печени
- 5) все перечисленные встречаются примерно с одинаковой частотой

3. В РФ НАИБОЛЕЕ ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПЕРВИЧНЫМ РАКОМ ПЕЧЕНИ ЗАРЕГИСТРИРОВАН

- 1) в Москве
- 2) в Нижнем Новгороде
- 3) в Краснодаре
- 4) в Ханты-Мансийске
- 5) в Красноярске

4. ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ГЦР, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) носительство вируса гепатита А
- 2) носительство вируса гепатита В
- 3) хронический описторхоз
- 4) загрязнение пищи афлатоксинами
- 5) диета с избыточным количеством жиров и белка

5. ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ХЦР, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) носительство вируса гепатита А
- 2) носительство вируса гепатита В
- 3) хронический описторхоз
- 4) загрязнение пищи афлатоксинами
- 5) диета с избыточным количеством жиров и белка

6. ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА ПЕЧЕНИ В РАЗВИТЫХ СТРАНАХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ионизирующая радиация
- 2) курение
- 3) злоупотребление алкоголем
- 4) злоупотребление жирной пищей
- 5) паразитарные инвазии⁶⁴

7. НА ФОНЕ КАКОЙ ПАТОЛОГИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ ГЦР

- 1) цирроза печени
- 2) описторхоза
- 3) клонорхоза
- 4) сахарного диабета
- 5) шистосоматоза

8. КАКОЙ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ВАРИАНТ ПЕРВИЧНОГО РАКА ПЕЧЕНИ ОБЫЧНО РАЗВИВАЕТСЯ НА ФОНЕ ОПИСТОРХОЗА

- 1) холангиоцеллюлярный рак печени
- 2) гепатоцеллюлярный рак печени
- 3) метастатическое поражение печени
- 4) саркомы печени
- 5) ни один из вариантов

9. МЕРОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ГЦР ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) вакцинация против вируса гепатита В
- 2) излечение описторхоза
- 3) ликвидация бактериальной инфекции во внутривисеченочных желчных протоках
- 4) ограничение инсоляции
- 5) употребление большого количества растительной пищи

10. МЕРОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ХЦР ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) вакцинация против вируса гепатита В
- 2) лечение описторхоза
- 3) борьба с алкоголизмом
- 4) вакцинация от рака печени
- 5) употребление большого количества растительной пищи

Эталонны ответов:

1.- 5, 2.- 2, 3.- 4, 4.- 2, 5.- 3, 6.- 3, 7.- 1, 8.-1, 9. -1, 10.- 2

1. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ КРР В РОССИИ У МУЖЧИН
СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 14 на 100 000 тыс. населения

- 2) 50 на 100 000 тыс. населения
- 3) 25 на 100 000 тыс. населения
- 4) 8 на 100 000 тыс. населения
- 5) 30 на 100 000 тыс. населения

2. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ КРР В РОССИИ У ЖЕНЩИН СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 14 на 100 000 тыс. населения
- 2) 12 на 100000 населения
- 3) 25 на 100 000 тыс. населения
- 4) 8 на 100 000 тыс. населения
- 5) 30 на 100 000 тыс. населения

3. НИЗКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ ОТМЕЧАЕТСЯ

- 1) в странах Африки, в Южной и Центральной Америке
- 2) Европе
- 3) Японии
- 4) Чехии
- 5) России

4. С НАЛИЧИЕМ НАСЛЕДСТВЕННЫХ СИНДРОМОВ. СВЯЗАНО

- 1) 13-15 % случаев рака ободочной кишки
- 2) 3-5 % случаев рака ободочной кишки
- 3) 50 % случаев рака ободочной кишки
- 4) 35 % случаев рака ободочной кишки
- 5) 11 % случаев рака ободочной кишки

5. ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СЕМЕЙНОГО АДЕНОМАТОЗНОГО ПОЛИПОЗА ЯВЛЯЕТСЯ ГЕРМИНАЛЬНАЯ МУТАЦИЯ В ГЕНЕ APC.

- 1) мутация в гене **MSH2**
- 2) герминальная мутация в гене APC
- 3) мутация в гене **MLH1**
- 4) мутация в гене **MSH6** (хромосома 2 и хромосома 3)
- 5) мутация в гене **PMS2** (хромосома 7)

6. В КАЧЕСТВЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ КРР
РАССМАТРИВАЮТСЯ:

- 1) наличие в анамнезе пациента доброкачественного образования толстой кишки
- 2) наличие в анамнезе пациента целиакии
- 3) наличие в анамнезе пациента кишечных инфекций
- 4) наличие в анамнезе пациента

7. РАК ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) анемией, неясного генеза, снижением массы тела, гипертермий
- 2) выделения крови с калом.
- 3) запорами,
- 4) пальпируемыми опухолями
- 5) сжимающими поражениями, вызывающими обструкцию

8. РАК ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) анемией, неясного генеза,
- 2) Чередованием запоров и поносов
- 3) снижением массы тела, гипертермий
- 4) запорами, выделения крови с калом
- 5) чувством дискомфорта в животе

9. В ДИАГНОСТИКЕ КРР ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ
ПРИЗНАНА

- 1) колоноскопия с биопсией
- 2) ирригоскопия
- 3) КТ- колоноскопия
- 4) МРТ
- 5) ПЭТ КТ

10. ВАРИАНТАМИ СКРИНИНГА КРР ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) фекальный иммунохимический тест
- 2) ирригоскопия
- 3) КТ- колоноскопия
- 4) МРТ
- 5) ПЭТ КТ

ОТВЕТЫ

1- 1, 2-2, 3-1, 4-2, 5-2, 6-1, 7-1, 8-4, 9-1, 10-1

5. Самоконтроль по ситуационным задачам:

Задача № 1. (УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8)

Больной 50 лет на протяжении 1 мес ощущает задержку твердой пищи в пищеводе на уровне мечевидного отростка. Дисфагия не прогрессирует. Заболеваний пищевода раньше не было.

1. Каков Ваш предположительный диагноз?
2. Может ли рак пищевода проявиться внезапной непроходимостью пищи, возникшей среди полного здоровья?
3. Ахалазия пищевода это?
4. Основные методы диагностики рака пищевода?
5. В каких случаях рекомендуется выполнение ПЭТ КТ?

Задача 2. (УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8)

У больного 48 лет длительное время наблюдалась дисфагия. Он был вынужден запивать пищу водой и прибегать к повторным глотательным пищи, появились распирающего характера боли за грудиной после еды. Однако месяц тому назад у больного стала проходить по пищеводу твердая пища и хуже - жидкая.

1. Какой характер носит дисфагия?
2. При каком заболевании она встречается?
3. Наиболее частая локализация рака пищевода?
4. Синдром Горнера это?
5. Что такое пищевод Барретта?

Задача 3(УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8)

Больной 65 лет обратился к врачу с жалобами на боли в левой половине грудной клетки приступообразного характера. В течение месяца

периодически возникают непостоянные затруднения в прохождении твердой пищи, ухудшение аппетита. В анамнезе - пневмония, холецистит, гастрит, почечно-каменная болезнь. При осмотре: состояние больного удовлетворительное, телосложение нормостеническое, питание не снижено. Умеренная болезненность при пальпации в эпигастральной области. Анализ крови: НЬ - 100 г/л, лейкоц. - $6.7 \times 10^9/\text{л}$, п/я - 1, с/я - 68, эоз. - 1, лимф. - 25, мон. - 5, СОЭ - 35 мм/час. Анализ мочи: без патологии. ЭКГ: выраженные изменения в миокарде. Рентгенограмма легких без видимой патологии.

1. Как называется нарушение глотания?
2. Ваш предварительный диагноз?
3. Какие методы обследования следует применить для уточнения диагноза?
4. С какими заболеваниями проводят диагностику рака пищевода?
5. Метастазирование рака пищевода?

Задача 4(УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8)

Больной 45 лет, поступил в клинику с жалобами на царапающего характера боли, чувство жжения и першение в горле, гиперсаливацию, кашель во время еды, неприятный запах изо рта. Больной отмечает, что во время еды у него возникают булькающие звуки в горле, слышимые на расстоянии. Когда "останавливается пища" он вынужден глотать, вытянув шею и повернув голову влево. Объективно: кроме снижения веса тела больного других отклонений от нормы нет.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие инструментальные методы диагностики необходимы для уточнения диагноза?
3. Метод лечения?
4. Этапы развития аденокарциномы пищевода?
5. Перечислите первичные симптомы рака пищевода?

Задача 5 (УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8)

Больной 63 лет восемь месяцев назад впервые подавился картофельным пюре. С того времени стал отмечать затрудненное прохождение по пищеводу не только твердой, но и полужидкой пищи. Во время прохождения пищи чувствует за грудиной боль, которая иррадирует в правое подреберье. За

время болезни потерял 12 кг. Последние два месяца питается полужидкой и жидкой пищей. Общее состояние больного удовлетворительное, питание понижено.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План обследования?
3. Варианты хирургического лечения?
4. Для уточнения распространенности опухолевого процесса проводят?
5. Перечислите наиболее частые морфологические формы рака пищевода?

Эталоны ответов к ситуационным задачам

Эталон ответов к задаче 1

1. Ахалазия пищевода
2. Нет, не может. Дисфагия прогрессирует достаточно медленно: сначала происходит затруднение прохождения твердой, а затем жидкой пищи по пищеводу
3. нарушение способности к расслаблению сфинктеров из гладкой мышечной ткани. Часто встречается в месте перехода пищевода в желудок.
4. Клинический минимум обследования при подозрении на рак пищевода включает рентгенологическое и эндоскопическое исследования
5. ПЭТ/КТ рекомендуется выполнять в случае, если у пациента по данным КТ нет отдаленных метастазов (M1).

Эталоны ответов к задаче 2

1. Парадоксальная дисфагия.
2. При ахалазии кардии и пищевода.
3. Срединная часть пищевода
4. – сочетание миоза, сужения глазной щели, энофтальма и нарушения слезоотделения. Обусловлен сдавлением ветвей шейного симпатического ствола опухолью. Наблюдается при раке пищевода, легких и других органов.
5. Пищевод Барретта – состояние, при котором эпителий пищевода меняет свою структуру. В норме поверхностный слой состоит из многослойного плоского эпителия. Для пищевода Барретта характерно замещение

многослойного плоского эпителия другим типом клеток, например, цилиндрическим эпителием (кишечная метаплазия).

Эталон ответов к задаче 3

1. Дисфагия.
2. Рак кардиального отдела желудка или пищевода.
3. Рентгенологические исследования пищевода и желудка, эзофагогастроскопия с биопсией.
4. Дифференциальную диагностику проводят с целым рядом различных заболеваний этого органа, протекающих с синдромом дисфагии: грыжами пищеводного отверстия диафрагмы в сочетании с рефлюкс-эзофагитом, дивертикулами, пептическими язвами и стриктурами пищевода, ахалазией кардии
5. Рак пищевода метастазирует как лимфогенным путем — в лимфатические узлы средостения и левой надключичной области, так и гематогенным путем, чаще всего поражая печень (20 %), легкие (10 %), костную систему, головной мозг, реже имплантационным. Для рака шейного отдела пищевода характерно раннее метастазирование в средостение, клеточные пространства шеи, надключичные области. Рак грудного отдела пищевода метастазирует по ходу лимфатических пространств подслизистой оболочки пищевода, в лимфатические узлы средостения и околопищеводную клетчатку. Рак нижнего отдела пищевода метастазирует в лимфатические узлы верхнего отдела малого сальника.

Эталон ответов к задаче 4

1. Глоточно-пищеводный (ценкеровский) дивертикул.
2. Рентгеноскопия пищевода с барием в прямой и боковой проекции. Больная 53 лет поступила в клинику с жалобами на дисфагию, срыгивание непереваренной пищи, загрудинные боли и тяжесть за грудиной после еды, неприятный запах изо рта. При рентгеноскопии пищевода и желудка обнаружено "булавовидное" выпячивание стенки пищевода над диафрагмой
4. Этапы развития аденокарциномы пищевода – метаплазия – дисплазия – рак
5. К первичным симптомам относятся дисфагия, боли за грудиной, ощущение полноты за грудиной, срыгивание пищей (регургитация), усиленная саливация.

Эталн ответов к задаче 5

1.Рак пищевода.

2.Рентгенография пищевода, эзофагогастроскопия с биопсией и гистологическим исследованием биоптата.

3. Экстирпация пищевода и гастростомия.

4. медиастиноскопию, лапароскопию, КТ

5. Наиболее частыми морфологическими формами являются плоскоклеточный рак (95%) и аденокарцинома (3%). Крайне редко встречаются, карциносаркома, мелкоклеточный рак и меланома

Задача 1. (УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8)

Больной, 55 лет, поступил в гастроэнтерологическое отделение с диагнозом язвенная болезнь желудка, остановившееся желудочное кровотечение.

Последние 3 месяца отмечает снижение аппетита, практически постоянные ноющие боли в эпигастральной области, несколько усиливающиеся после приема пищи, тошноту, слабость. Объективно: пониженного питания, кожа бледная, периферические лимфоузлы не увеличены. Отмечается умеренная болезненность при пальпации в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка не пальпируются, размеры не увеличены. Со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы – тахикардия до 89 уд. в минуту, небольшая одышка в покое.

Гемоглобин 95 г/л, лейкоциты $7 \cdot 10^9$ в 9/л, формула: п/я- 5%, с/я -68%, э – 1% л – 23%, м – 3%, СОЭ -53 мм/час. При рентгеноскопии желудка в антральном отделе по малой кривизне обнаружена «ниша» овальной формы с валиком вокруг и конвергенцией утолщенных складок слизистой оболочки.

Проведение противоязвенной терапии дало положительный клинический эффект: улучшение общего состояния, уменьшение интенсивности болей, однако при рентгенологическом исследовании через три недели отмечено увеличение «ниши» в размерах и увеличение ширины вала вокруг нее.

1. Ваш предполагаемый диагноз?

2. Дайте обоснование диагноза.

3. Нужны ли дополнительные исследования для подтверждения диагноза?

4. Какие типы рака желудка выделяют в соответствии с классификацией Lauren и какой наиболее значимый этиологический фактор этих вариантов рака желудка?

5. Какие еще осложнения язвенной болезни вы знаете?

Задача 2. (УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8)

У 22-летней студентки мединститута появились неприятные ощущения в эпигастральной области непосредственно после еды, легкая тошнота. Через некоторое время отметила раннее насыщение и тот факт, что появилось отвращение к мясной пище. Обнаружила у себя разлитую болезненность при пальпации эпигастральной области. Значительно ухудшается аппетит, появилась слабость. За 3 недели похудела на 2 кг. В прошлом каких-либо заболеваний желудочно-кишечного тракта не отмечала. Не курит. Дед больной с материнской стороны умер в молодом возрасте от рака желудка. При осмотре: больная подавлена, язык 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?

Задача 3. (УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8)

Больная Р., 37 лет, поступила в клинику с жалобами на боли в эпигастрии, плохой аппетит, похудание на 10 кг за месяц. Больна в течение 6 месяцев, когда впервые появились боли в животе, которые постепенно нарастали. При обследовании по месту жительства на УЗИ в правой доле печени выявлены образования, подозрительные на метастазы.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура 37,4⁰С.

Пониженного питания. В надключичной области справа пальпируется плотный малоподвижный лимфатический узел 2 см. в диаметре. В легких без патологии. ЧСС 80 ударов в минуту, АД 100/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии, где пальпируется плотный край печени, выступающий из-под реберных дуг на 5 см. В пунктате из лимфоузла - элементы эпителиальной злокачественной опухоли. При обследовании: рентгенография органов грудной клетки - без патологии, УЗИ брюшной полости – в правой доле печени множественные гетерогенные образования до 30 мм в диаметре. Выставлен диагноз: Метастазы в надключичный лимфоузел справа и печень без выявленного первичного очага.

1. Опухоли каких локализаций могут метастазировать в правый надключичный лимфоузел?

2. Какие методы дополнительной инструментальной диагностики следует использовать для уточнения природы опухоли и локализации первичного очага?
3. Ваша тактика лечения больной?
4. Дайте определение дисплазии СОЖ
5. Является ли тонкокишечная метаплазия предраком?

Задача 4. (УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8)

Больной Е., 47 лет, поступил в клинику с жалобами на интенсивную боль в верхней половине живота, внезапно появившуюся 2 часа назад. Из анамнеза известно, что больной длительно страдает язвенной болезнью желудка, в последние месяцы сильно похудел. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Частота пульса 84 удара в минуту. АД - 110/70 мм.рт.ст. Живот не вздут, при пальпации резко напряжён, болезненный во всех отделах. Симптом Щёткина положительный. При обзорной рентгенографии выявлено наличие свободного газа в брюшной полости. При экстренной лапаротомии выявлена язва препилорического отдела желудка, по малой кривизне, с белесоватыми краями хрящевидной плотности, в центре - перфорационное отверстие диаметром 2 мм. В малом сальнике увеличенные до 1,5 см плотные лимфатические узлы.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие методы дополнительного обследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Какая операция должна быть выполнена?
4. Назовите 2 фенотипа хронического гастрита
5. Назовите процент рака желудка, ассоциированного с инфекцией Н.Р.?

Задача 5. (УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8)

Больной Н., 64 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 - 88 ударов в минуту, АД - 150/90 мм. рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, в эпигастриальной области пальпируется плотная подвижная опухоль диаметром 7 см. При обследовании: на ФГДС - по малой кривизне и задней стенке желудка от субкардиального до препилорического отдела язвенно-инфильтративная опухоль.. Рентгеноскопия желудка - начиная от субкардиального до антрального отдела по малой кривизне дефект наполнения с депо бария в центре, подвижность желудка сохранена, эвакуация не нарушена.

1. Ваш диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для верификации диагноза?
3. Какое вмешательство выполняют в операбельном случае?
4. Эпидемиология рака желудка?
5. Этиология рака желудка?

Эталоны ответов к ситуационным задачам

Эталоны ответов к задаче №1.

1. Рак желудка
2. Прогрессирование заболевания (увеличение изъязвления с увеличением ширины вала вокруг него), несмотря на проведение активной противоязвенной терапии, желудочная локализация язвы свидетельствуют о злокачественной опухоли желудка
3. Да. ФГС с биопсией
4. Кишечный и диффузный.
РЖ кишечного типа, возникает путем последовательного развития патогистологических изменений, начиная с гастрита, с последующим появлением атрофии, дисплазии и в финале – аденокарциномы.
Рак диффузного типа возникает без явных предшествующих гистологических изменений слизистой оболочки. Оба типа РЖ характеризуются наличием явной ассоциации с *H. pylori*-инфекцией
5. Кровотечение, перфорация, пенетрация, стеноз привратника.

Эталоны ответов к задаче №2.

1. Рак желудка
2. Рентгеноскопия желудка, ФГС с биопсией, УЗИ органов брюшной полости и малого таза, развернутый анализ крови
3. при верификации диагноза – рак желудка- консультация и лечение у онколога
4. Больные с синдромом Гарднера, лица с аденомами желудка
Лица с дисплазией желудка, пищевод Баррета (в отношении проксимального рака желудка).
5. Больных с тяжелой дисплазией подвергают тщательному эндоскопическому исследованию с обязательными и множественными повторными биопсиями с интервалами, не превышающими три месяца.
При этом следует думать не столько о возможной малигнизации этой дисплазии, сколько о поисках рака, учитывая частое сосуществование рака и тяжелой дисплазии

Эталоны ответов к задаче №3.

1. Рак желудка, молочной железы, пищевода, щитовидной железы, яичников
2. ФГДС, Rg с барием, УЗИ органов брюшной полости, малого таза, щитовидной железы

3. Больная неоперабельна (метастазы в печень). Назначается химиотерапия, при развитии непроходимости - Наложить гастроэнтероанастомоз
4. Дисплазия/неоплазия эпителия- нарушение процессов дифференцировки и изменение как морфологии отдельных клеток, так и гистоархитектоники. Являются результатом клональной альтерации генов и стартовой площадкой к инвазивному росту и метастазированию.
5. В настоящее время есть очевидное подтверждение того, что кишечная метаплазия не приводит к раку желудка, но является довольно просто определяемым маркером атрофии

Эталоны ответов к задаче №4.

1. Перфоративный рак желудка
2. Биопсия
3. Субтотальная резекция
4. в последнее время выделяют 2 фенотипа ХГ - классический антральный и фундальный.
5. В целом 80% аденокарцином желудка связаны с Н.р.-ассоциированным хроническим атрофическим пангастритом, 20% карцином желудка развивается в отсутствие предшествующего Н.р.-гастрита, из них 10% приходится на аутоиммунный атрофический гастрит и еще 10% — на такие более редкие формы предрака, как наследственные, аденоматозные полипы и др.

Эталоны ответов к задаче №5.

1. Рак желудка
2. морфологическое исследование биоптата СОЖ, УЗИ органов брюшной полости, развернутый анализ крови
3. Гастрэктомия с удалением регионарных л/у
4. РЖ занимает второе место в структуре заболеваемости мужчин (14,7%) и третье в структуре заболеваемости женщин (10,8%) в России и является причиной по меньшей мере 750 тыс. случаев смерти в год во всем мире. Уровни заболеваемости дистальным РЖ снижаются (в 2000 г. на 11% меньше, чем в 1990 г.) На этом фоне наблюдается необъяснимое увеличение частоты рака, локализующегося в области кардии. Причины такого увеличения неизвестны. Оно наблюдается параллельно с увеличением распространенности пищевода Баррета и аденокарциномы нижней трети пищевода.
5. Развитие рака желудка — результат действия трех изученных этиологических факторов: повреждающих факторов внешней среды; генетических нарушений; инфекции *H. pylori*.

Задача 1 (УК 1, ПК 5, ПК 6)

Больной 40 лет в течение 10 лет страдал хроническим рецидивирующим панкреатитом. Перед последней госпитализацией отмечает желтуху кожных

покровов и СО в течение 2 недель, слабость, отсутствие аппетита, повышение температуры тела до 38 С. При КТ обнаружены следующие изменения (см. рис.1)



- 1) Ваш предварительный диагноз
- 2) какие дополнительные обследования необходимы
- 3) Тактика ведения больного
- 4) перечислите прямые ультразвуковые признаки рака ЖП
- 5) перечислите косвенные ультразвуковые признаки рака ЖП

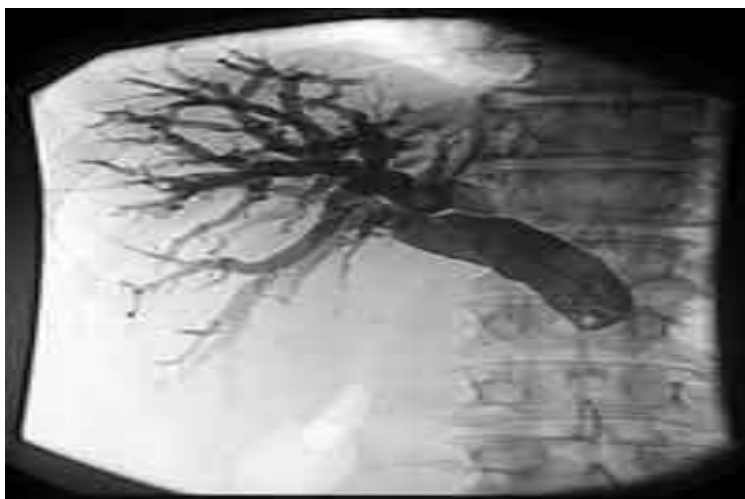
Задача 2(УК 1, ПК 5, ПК 6)

Больной 47 лет злоупотребляет алкоголем, в течение 6 лет страдает хроническим панкреатитом. При поступлении в проекции головки поджелудочной железы пальпируется плотное образование диаметром 6 см, имеются признаки желтухи. При УЗИ обнаружены признаки увеличения головки поджелудочной железы, билиарной и панкреатической гипертензии.

1. Укажите наиболее вероятную причину желтухи
2. Тактика ведения пациента
3. Дополнительные методы обследования
4. Перечислите патологии, для которых характерен симптом Курвуазье

Задача 3 (УК 1, ПК 5, ПК 6)

У больного 56 лет механическая желтуха в течение 2 месяцев. При УЗИ обнаружена выраженная билиарная гипертензия. Данные РХПГ представлены на рис.2



- 1) Ваш предварительный диагноз
- 2) Тактика ведения больного
- 3) Перечислите особенности клиники рака большого дуоденального сосочка
- 4) причины большого количества инфекционных осложнений при раке большого дуоденального сосочка
5. прогноз

Задача 4 (УК 1, ПК 5, ПК 6)

Больного 58 лет в течение нескольких лет беспокоят боли в пояснице, в верхней половине живота. Из анамнеза: участвовал в военных действиях, был ранен в спину с повреждением позвоночника. Вышеперечисленные жалобы объяснял ранением. Внезапно пожелтел. Объективно: пониженного питания, ЧСС 82 в мин, АД 135*мм рт ст. При пальпации живота - болезненность в эпигастрии и в зоне Шоффара. При обследовании: билирубин- 95,6 ммоль-л, реакция прямая, АЛТ и АСТ в пределах нормальных значений, Нв -110 г/л, СОЭ- 50 мм\час, желчные пигменты в моче резко положительные, уробилин – отр., кал на стеркобилиноген отрицательный. УЗИ- умеренная гепатомегалия, желчный пузырь растянут, эхостенность, конкрементов нет. Поджелудочная железа- головка 35 мм, хвост и тело плохо визуализированы из-за метеоризма. Общий ж. проток -1 см в диаметре

1. Ваш предположительный диагноз?
2. дополнительное обследование для верификации диагноза?
3. с какими заболеваниями следует проводить диф.диагноз?
4. последующая тактика ведения больного?
5. прогноз

Эталонные ответы к ситуационным задачам

Эталонные ответы к задаче 1

1. Рак желчного пузыря, врастающий в печень, множественные метастазы
2. лапароскопия, биопсия, разветвленный анализ крови, биохимический анализ крови

3. консультация онколога, химиотерапевта

4. К прямым относятся признаки самой опухоли, которая может проявляться локальным или диффузным утолщением стенки желчного пузыря, иметь вид ее полиповидного набухания, не дающего акустической тени и не смещающегося при полипозиционном исследовании, или представляться дополнительной структурой в полости желчного пузыря различной формы, тесно прилегающей к стенке желчного пузыря и не смещающейся или незначительно смещающейся при перемене положения тела больного. Может встречаться сочетание этих признаков 5. К косвенным ультразвуковым признакам злокачественной опухоли желчного пузыря можно отнести следующие: 1) неомогенность просвета желчного пузыря; 2) при отсутствии просвета желчного пузыря выявление в области его проекции эхогенного образования, за которым следует ультразвуковая тень в сочетании с очаговыми изменениями печени; 3) неравномерность внутреннего или наружного контура желчного пузыря; 4) неотчетливое смещение конкрементов в процессе исследования и др.

Эталоны ответов к задаче 2

1. сдавление холедоха индуративно измененной головкой поджелудочной железы
2. консервативная терапия в течение 3 недель, затем повторное обследование
3. РХПГ, КТ, чрезкожная чрезпеченочная холангиография
4. Симптом Курвуазье, как известно, указывает на дистальную непроходимость желчных путей и характерен в равной степени для рака большого дуоденального сосочка, злокачественных опухолей головки поджелудочной железы и дистального отдела общего желчного протока.
5. К сожалению, большинство опухолей диагностируется только при достижении ими значительных размеров и появлении симптомов. Это является основной причиной серьезного прогноза (исхода) болезни у большинства пациентов

Эталоны ответов к задаче 3

- 1) рак большого дуоденального сосочка,
- 2) Дообследование – дуоденоскопия с биопсией
- 3) Локализация опухоли на уровне папиллы определяет относительно раннее появление желтухи. Дожелтушный период короче, чем при раке поджелудочной железы. Желтуха более чем у половины больных имеет волнообразный характер.
4. Для рака большого дуоденального сосочка характерно кровотечение из опухоли. Степень кровопотери различна: от наличия скрытой крови в кале до значительного кровотечения, сопровождающегося выраженной анемией.
- 5) Опухоли большого дуоденального сосочка довольно быстро изъязвляются. Это обстоятельство способствует проникновению инфекции

из двенадцатиперстной кишки в желчные пути и протоки поджелудочной железы. Холангит возникает чаще, чем при раке головки поджелудочной железы (в 40–50% случаев), проявляется ознобами, высокой температурой (до 38–39° С), болями в области печени.

Эталоны ответов к задаче 4

1. рак с локализацией в области головки поджелудочно железы
2. РХПГ, КТ, дуоденоскопия
3. с индуративной формой ХП
4. консультация онколога
5. К сожалению, большинство опухолей диагностируется только при достижении ими значительных размеров и появлении симптомов. Это является основной причиной серьезного прогноза (исхода) болезни у большинства пациентов

Задача №1. (УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8)

Больной И., 36 лет. В течение 4 лет болен вирусным гепатитом С. При обследовании в правой доле печени, на фоне цирротических изменений определяется объемное образование до 7,0 см в диаметре.

1. Определите диагностическую и
2. лечебную тактику,
4. клиника поздних стадии рака печени
5. прогноз

Задача №2. (УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8)

Больной А., 45 лет. 2 года назад перенес резекцию сигмовидной кишки по поводу рака. При настоящем обследовании в проекции 5 и 8 сегментов печени определяется 2 опухолевых очага, максимальный размер до 5,0 см.

1. Определите диагностическую и
2. лечебную тактику.
3. какие осложнения ожидаете при невозможности проведения химиотерапии
4. Наиболее специфичный онкомаркер при опухоли печени
5. прогноз

Задача 3(УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8)

Больной 46 лет, страдает хроническим вирусным гепатитом с 20 лет. Три года назад был диагностирован цирроз печени. В последние 10 дней появилась прогрессирующая слабость, стал нарастать асцит. В клинику

поступил в тяжелом состоянии. При обследовании- Нв 100 г\л, лейкоциты $10 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ 50 мм/час, общий белок - 65г/л, альбумины -28%, билирубин- 50,2 мкмоль/л, реакция прямая быстрая, АЛТ- 3 N, АСТ -2 N. На УЗИ выраженная гепатомегалия, спленомегалия, расширение воротной и селезеночной вены до 15 и 10 мм соответственно, в брюшной полости имеется большое количество жидкости. Объективно: ЧСС 98 в мин, АД 100/70 мм рт. ст., печень огромных размеров, плотная, на 15 см ниже реберной дуги. Проводимые лечебные мероприятия без эффекта.

1. Предполагаемый диагноз
2. Дополнительные методы обследования для его верификации
3. Тактика ведения
4. Назовите сывороточный маркер гепатоцеллюлярной карциномы
5. Препарат выбора при синдроме печенной энцефалопатии?

Задача 4(УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8)

У больной, 48 лет, жалобы на увеличение живота, тошноту, плохой аппетит. Больна 2 недели. Пять лет назад перенесла вирусный гепатит. Объективно: небольшие отеки голеней и стоп. Живот увеличен в объеме, пупок сглажен, выражена подкожная венозная сеть. Печень на 5 см ниже края реберной дуги, плотная с неровной поверхностью и острым краем. Пальпируется край селезенки. АД 100/60. В остальном без особенностей. Общий белок крови 65 г/л, альбумины 35 г/л, билирубин 15 мкмоль/л, холестерин 4,9 ммоль/л тимоловая проба 127 ЕД, протромбин 85%, АЛТ 0,65 ммоль/л, АСТ 0,80 ммоль/л, ЩФ 350 ЕД. Начато лечение: бессолевая диета с ограничением белков, преднизолон 25 мг, лазикс 80 мг в/в, глюкоза 40% - 40,0 в/в.

1. Диагноз?
2. Какова предположительно этиология заболевания?
3. Какие исследования необходимо еще провести?
4. Укажите нелогичные лечебные назначения
5. Показания к назначению гепатопротекторов при ПЭ?

Эталоны ответов к ситуационным задачам

Задача №1.

1. Предположительный клинический диагноз- первичный рак печени.
2. Для определения лечебной тактики(хирургическое или лекарственное лечение) показано дополнительное обследование: УЗИ или КТ брюшной полости, рентгенологическое исследование легких, пункционная биопсия очага в печени, определение уровня опухолевых маркеров АФП, РЭА, определение функциональной сохранности паренхимы печени с помощью радиоизотопных диагностических методов.

3. При отсутствии других проявлений заболевания возможно выполнение операции в объеме правосторонней гемигепатэктомии.
4. В поздних стадиях развивается анемия, желтуха, асцит; нарастает эндогенная интоксикация, печеночная недостаточность.
5. Злокачественные опухоли печени характеризуются бурным течением и без лечения приводят к гибели пациента в течение 1 года. При операбельных злокачественных опухолях печени продолжительность жизни в среднем составляет около 3-х лет; 5-летняя выживаемость — менее 20%.

Задача №2

- 1.Предположительный клинический диагноз — колоректальное метастатическое поражение печени.
- 2.Диагностические задачи- уточнение морфорологической природы опухоли и распространенности опухолевого процесса. Необходимо выполнить пункционную аспирационную биопсию очага в печени, УЗИ или КТ брюшной полости, рентгеновское исследование легких, колоноскопию и определить уровень опухолевого маркера РЭА. При отсутствии других проявлений заболевания возможно выполнение операции в объеме правосторонней гемигепатэктомии с резекцией или радиочастотной термоаблацией очага во втором сегменте печени.
3. Механическая желтуха
4. альтфа-фетопропротеин
5. При операбельных злокачественных опухолях печени продолжительность жизни в среднем составляет около 3-х лет; 5-летняя выживаемость — менее 20%.

Эталоны ответов к задаче 3.

1. Цирроз-рак печени, ВПГ: асцит, спленомегалия. ПКН.
2. КТ или МРТ органов брюшной полости, ФГС.
3. Консультация онколога.
4. Альфа-фетопропротеин.
5. Гепатома.

Эталоны ответов к задаче 4.

1. Диагноз: Декомпенсированный цирроз печени класса В (или С) по Чайлд-Пью, вирусной этиологии. ВПГ: спленомегалия, асцит. ПКН.
2. Вирусная.
3. Серологические маркеры вируса гепатита В, С, Д. количественная ПЦР –РНК HCV, ДНК HBV, общий анализ крови, тромбоциты, ретикулоциты, анализ мочи, билирубин и его фракции, АЛТ, АСТ, ГГТП, холестерин, β-липопротеиды, сахар, общий белок и фракции, протромбин, фибриноген, тимоловая проба, иммуноглобулины, ЦИК, ФГДС, RRS, УЗИ органов брюшной полости.

4. Не показано ограничение белка и назначение преднизолона. Показан верошпирон по 100 мг в сутки, петлевые диуретики, при наличии ВРВП- неселективные бета-блокаторы, Гепа-мерц, лактулоза.
5. Назначение гепатопротекторов при ПЭ абсолютно противопоказаны.

Задача 1 (УК 1, ПК 5, ПК 6)

У больного 63 лет последние полгода наблюдаются запоры до 2-3 дней. Ранее никогда запорами не страдал. Появились боли в левой гипогастральной области, вскоре после любой еды.

1. О каком диагнозе следует подумать в первую очередь?
2. Каков план обследования данного больного?
3. тактика ведения
4. Для рака прямой кишки характерны?
5. прогноз

Задача 2 (УК 1, ПК 5, ПК 6)

Больного 58 лет в течение нескольких лет беспокоят боли в пояснице, в верхней половине живота. Из анамнеза: участвовал в военных действиях, был ранен в спину с повреждением позвоночника. Вышеперечисленные жалобы объяснял ранением. Внезапно пожелтел. Объективно: пониженного питания, ч с с 82 в мин, АД 135*85 ММ РТ СТ. ПРИ пальпации живота болезненность в эпигастрии, в зоне Шоффара, урчание по ходу петель кишечника. При обследовании: билирубин-95,6 ммоль-л, прямой, тимоловая 6, АЛТ и АСТ в норме, холестерин 6.6, Нв 110, СОЭ 30, ЖЕЛЧНЫЕ ПИГМЕНТЫ В МОЧЕ резко положительны, кал на стеркобилиноген отрицательный. УЗИ-умеренная гепатомегалия, желчный пузырь растянут, эховзвесь, конкрементов нет. Поджелудочная железа-головка 35 мм, хвост и тело плохо визуализированы из-за метеоризма.

1. предположительный диагноз?
2. с какими заболеваниями следует проводить диф.диагноз?
3. дополнительное обследование для верификации диагноза?
4. последующая тактика ведения больного?

Задача 3 (УК 1, ПК 5, ПК 6)

Больной 46 лет, страдает хроническим вирусным гепатитом с 20 лет. Три года назад был выставлен цирроз печени, класс В по Чайлд-Пью. Последние несколько месяцев состояние ухудшилось: появилась прогрессирующая слабость, стал нарастать асцит. В клинику поступил в тяжелом состоянии. При обследовании: Нв 100, лейкоц. 10000, СОЭ 50, ОБЩИЙ БЕЛОК 65, альбуминов 28, билирубин 50,2 прям, АЛТ 3 N, АСТ 2 N, на УЗИ выраженная гепатомегалия, спленомегалия, расширение v.p. и v.l. (15 и 10

соотв.), большое количество жидкости в брюшной полости. Объективно: ч.с.с. 98 в мин, АД 100/70 мм рт.ст., печень огромных размеров, плотная на 15 см ниже реберной дуги. Проводимые лечебные мероприятия без эффекта.

1. предполагаемый диагноз
2. дополнительные методы обследования для его верификации
3. тактика ведения
4. для опухоли левой половины характерны
5. прогноз

Задача 4 (УК 1, ПК 5, ПК 6)

Больного 58 лет в течение нескольких лет беспокоят боли в пояснице, в верхней половине живота. Из анамнеза: участвовал в военных действиях, был ранен в спину с повреждением позвоночника. Вышеперечисленные жалобы объяснял ранением. Внезапно пожелтел. Объективно: пониженного питания, ч.с.с. 82 в мин, АД 135/85 мм рт.ст. при пальпации живота болезненность в эпигастрии, в зоне Шоффара, урчание по ходу петель кишечника. При обследовании: билирубин-95,6 ммоль-л, прямой, тимоловая 6, АЛТ и АСТ в норме, холестерин 6,6, Нв 110, СОЭ 30, желчные пигменты в моче резко положительные, кал на стеркобилиноген отрицательный. УЗИ-умеренная гепатомегалия, желчный пузырь растянут, эхоструктура, конкрементов нет. Поджелудочная железа-головка 35 мм, хвост и тело плохо визуализированы из-за метеоризма.

1. предположительный диагноз?
2. с какими заболеваниями следует проводить диф.диагноз?
3. дополнительное обследование для верификации диагноза?
4. последующая тактика ведения больного?
5. прогноз

Задача 5 (УК 1, ПК 5, ПК 6)

Больной 46 лет, страдает хроническим вирусным гепатитом с 20 лет. Три года назад был выставлен цирроз печени, класс В по Чайлд-Пью. Последние несколько месяцев состояние ухудшилось: появилась прогрессирующая слабость, стал нарастать асцит. В клинику поступил в тяжелом состоянии. При обследовании: Нв 100, лейкоц. 10000, СОЭ 50, ОБЩИЙ БЕЛОК 65, альбуминов 28, билирубин 50,2, прям., АЛТ 3, АСТ 2, на УЗИ выраженная гепатомегалия, спленомегалия, расширение v.p. и v.l. (15 и 10 соотв.), большое количество жидкости в брюшной полости. Объективно: ч.с.с. 98 в мин, АД 100/70 мм рт.ст., печень огромных размеров, плотная на 15 см ниже реберной дуги. Проводимые лечебные мероприятия без эффекта.

1. предполагаемый диагноз
2. дополнительные методы обследования для его верификации
3. тактика ведения

Эталоны ответов к ситуационным задачам

Эталоны ответов к задаче №1

- 1) Наиболее вероятный диагноз – рак толстой кишки.
- 2) План обследования: развернутый анализ крови с подсчетом ретикулоцитов, тромбоцитов, сахар крови, билирубин, АЛТ, АСТ, ЩФ, мочевины, креатинин, белки крови, группа крови, резус-фактор, при наличии анемии - сывороточное железо, ОЖСС, общий анализ мочи, кал на скрытую кровь, RRS, ирригоскопия, колоноскопия с прицельной биопсией, R-графия органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости.
- 3) Хирургическое лечение
- 4) выделение крови, не смешанной с испражнениями (кровь, в отличие от геморроя, появляется в начале дефекации, к выделениям может примешиваться гной при инфицировании и распаде опухоли); тенезмы с последующим появлением крови или кровавой слизи; упорный запор; недержание газов и кала при поражении заднего прохода

Эталоны ответов к задаче №2

1. Рак прямой кишки. Диагноз следует дифференцировать с язвенным колитом, болезнью Крона, хроническим геморроем.
2. Пальцевое исследование прямой кишки с последующей ректороманоскопией, ирригоскопия, общеклинические анализы
3. Рак прямой кишки. Дифференцировать с ворсинчатой опухолью.
4. Биопсия и гистологическое исследование выявленного образования прямой кишки.
5. Хирургическая.

Эталоны ответов к задаче №3

1. Болезнь Крона с малигнизацией язв слепой кишки в аденокарциному слепой кишки.
2. Типичная локализация болезни Крона: илеоцекальный отдел кишечника, сочетанное поражение верхних отделов пищевой трубки: щелевидные язвы желудка, афтозные поражения слизистой полости рта.
3. Месалазин 4г/с, метронидазол 1,5г/с, энтерол, ИПП, микрогранулированные ферменты, фолиевая кислота, селективные спазмолитики (дюспаталин, спарекс, метеоспазмил, бускопан, дицетел), инфузии солевых растворов, аминокислот, гемостатики.
4. ФКС с биопсией, ирригоскопия.
5. Рецидив с-г кишечника, стенозирование анастомоза, обострение основного заболевания, оценить протяженность и активность свищевого хода.

Эталоны ответов к задаче №4

1. рак головки поджелудочной железы.
2. холелитиаз, рак фатерова соска
3. УЗИ повторно после подготовки (прием эспумизана, метеоспазмил, к арболена накануне обследования), дуоденоскопия, КТ с контрастированием или МРТ органов брюшной, РХПГ.
4. при подтверждении рака желудка – оперативное лечение.
5. при выраженной клинике опухоли, как правило, не операбельная

Эталоны ответов к задаче №5

1. Цирроз-рак печени
2. КТ или МРТ органов брюшной полости
3. пересадка печени.
 - чаще вызывают явления частичной или постепенно нарастающей непроходимости кишечника (урчание, метеоризм, вздутие живота, запоры, схваткообразные боли или симптомы «острого живота» при полной обструкции толстой кишки);
 - «лентообразный» или «овечий» кал, на поверхности которого могут быть алая кровь и слизь.
4. Опухоли левой половины:
 - чаще вызывают явления частичной или постепенно нарастающей непроходимости кишечника (урчание, метеоризм, вздутие живота, запоры, схваткообразные боли или симптомы «острого живота» при полной обструкции толстой кишки);
 - «лентообразный» или «овечий» кал, на поверхности которого могут быть алая кровь и слизь.
5. при метастатическом поражении печени продолжительность жизни не больше года

6. Перечень практических умений по изучаемой теме:

1. Выбрать из данных жалоб, анамнеза, объективного исследования сведения, свидетельствующие о наличии опухоли в пищеводе. (УК 1, ПК 5, ПК 6)
2. Назначать и интерпретировать данные дополнительных методов обследования, выявить морфологический субстрат. (УК 1, ПК 5, ПК 6)
3. Провести дифференциальную диагностику между различными заболеваниями пищевода. (УК 1, ПК 5, ПК 6)

провести обследование больных с опухолями желудка, (УК 1, ПК 5)
 выделить кардинальные синдромы заболевания; интерпретировать
 полученные клинические данные, (УК 1, ПК 5)
 наметить план обследования и лечения пациента,
 интерпретировать данные дополнительных методов исследования (данные
 УЗИ, КТ, ФГС, гепатопанелей), (УК 1, ПК 5)
 владеть наиболее информативными методами диагностики
 владеть современными схемами ведения больных, в том числе методом
 канцерпревенции (УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8)
 Диспансеризация больных с предраковыми изменениями СОЖ, вопросы ВТЭ(УК 1, ПК 5,
 ПК 6, ПК 8)

1. Уметь ставить предполагаемый диагноз (УК 1, ПК 5, ПК 6)
 2. Назначать дополнительные методы обследования для его верификации
(УК 1, ПК 5, ПК 6)
 3. Определять тактику ведения (УК 1, ПК 5, ПК 6)
- Уметь интерпретировать результаты анализов опухолевых маркеров. (УК
 1, ПК 5)

Освоить алгоритм ведения больного при подозрении на опухоль печени
 (УК 1, ПК 5)

7. Тематика НИР – Ведение больных с пищеводом Барретта, сравнительная
 эффективность различных групп ИПП

-Эффективность канцерпревенции у пациентов с атрофическим гастритом и
 кишечной метаплазией

– Ранняя диагностика рака поджелудочной железы

Эффективность таргетной терапии у пациентов с ГЦК

– Методика скрининга КРР в мире

8. Рекомендуемая литература

Перечень основной литературы				Кол-во экземпляров	
№	Наименование, вид издания	Автор(- ы), составит ель(-и),	Место издания, издатель ство, год	В библио теке	На кафе дре
п/ п					

		редакто р(-ы)			
1	2	3	4	5	6
1.	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов. Т. 1.. - Режим доступа: https://www.books-up.ru/ru/read/vnutrennie-bolezni-v-2-t-t-1-2990917/	ред. С. И. Рябов	СПб. : СпецЛит, 2015.	ЭБС Букап	-/-
2.	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов. Т. 2.. - Режим доступа: https://www.books-up.ru/ru/read/vnutrennie-bolezni-v-2-t-t-2-2991838/	ред. С. И. Рябов	СПб. : СпецЛит, 2015.	ЭБС Букап	-/-
3.	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник. Т. 1. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970433102.html	ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.	ЭБС Консультант студента (ВУЗ)	-/-
4	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник. Т. 2. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970433119.html	ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.	ЭБС Консультант студента (ВУЗ)	-/-
5	Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : руководство. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432730.html	Я. С. Циммерман	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.	ЭМБ Консультант врача	-/-

1. **Перечень дополнительной литературы**

2.

				Кол-во экземпляр ов	
1	2	3	4	5	6
1	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: анатомо-эндоскопические и клинико-инструментальные основы	О. Б. Дронова, И. И.	М. : БИНО М,	1	- / -

	этиологии, патогенеза, диагностики и лечения	Каган, А. А. Третьяков	2014.		
2	Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : рук. для врачей. - Режим доступа: https://www.books-up.ru/read/gastroenterologiya-3001020/?page=1	ред. Е. И. Ткаченко	СПб. : СпецЛит, 2013.	ЭБС Букап	- / -
3	Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : руководство. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432730.html	Я. С. Циммерман	М. : ГЭОТ АР-Медиа, 2015.	ЭМБ Консультант врача	- / -
4	Классификации заболеваний внутренних органов [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: https://www.books-up.ru/read/klassifikacii-zabolevanij-vnutrennih-org	ред. А. В. Гордиенко, В. Ю. Голофеевский	СПб. : СпецЛит, 2013.	ЭБС Букап	- / -

3. Электронные ресурсы:

4. ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
 5. ЭБС Консультант студента ВУЗ
 6. ЭМБ Консультант врача
 7. ЭБС Айбукс
 8. ЭБС Букап
 9. ЭБС Лань
 10. ЭБС Юрайт
 11. СПС Консультант Плюс
 12. НЭБ eLibrary
 13. БД Sage
 14. БД Oxford University Press
 15. БД ProQuest
 16. БД Web of Science
 17. БД Scopus
- БД MEDLINE Complet

1. Тема «Зачетное занятие»**2. Формы работы:**

- Подготовка к зачетному занятию.

3. Перечень вопросов для самоподготовки к зачетному занятию**1. ПО МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ В СОЖ ВЫДЕЛЯЕТСЯ****1) кардиальный, антро-пилорический и фундальный отдел**

2) кардиальный, дно, большая и малая кривизна

3) тело, угол желудка, большая и малая кривизна

4) антро-пилорический и фундальный отдел

5) большая, малая кривизна, дно желудка

2. ИНТЕРМЕДИАРНЫЕ ЗОНЫ ЭТО

1) **зоны переходного желудочного эпителия (от кардии к телу, от тела к антральному отделу)**

2) зоны метаплазии в антральном отделе

3) зоны дисплазии в теле желудка

4) зоны метаплазии в теле желудка

5) зоны лимфоцитарной инфильтрации СО антрального отдела

3. ФУНДАЛЬНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ ЖЕЛУДКА СОДЕРЖАТ

1) только добавочные клетки

2) только главные клетки

3) главные и добавочные клетки

4) главные, париетальные и добавочные клетки

5) париетальные и добавочные

4. АНТРАЛЬНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ ЖЕЛУДКА СОДЕРЖАТ

1) только добавочные клетки

2) только главные клетки

3) главные и добавочные клетки

4) главные, париетальные и добавочные клетки

5) мукоциты и добавочные

305. ИЗНУТРИ ЖЕЛУДОК ВЫСТИЛАЕТ

1) цилиндрический эпителий

2) плоский эпителий

3) кубический эпителий

4) каемчатые клетки

5) мукоциты

6. СОЛЯНАЯ КИСЛОТА

- 1) **активирует пепсиногены**
- 2) активизирует трипсин
- 3) активирует липазу
- 4) энтерокиназу
- 5) фосфолипазу

7. ПАРИЕТАЛЬНЫЕ КЛЕТКИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА СЕКРЕТИРУЮТ

- 1) **соляную кислоту**
- 2) молочную кислоту
- 3) гастромукопротеид
- 4) муцин
- 5) пепсиноген

8. ГЛАВНЫЕ КЛЕТКИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ВЫРАБАТЫВАЮТ

- 1) **пепсиноген**
- 2) химозин
- 3) соляную кислоту
- 4) пепсиноген, химозин
- 5) химозин, соляную кислоту

9. ДОБАВОЧНЫЕ КЛЕТКИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА СЕКРЕТИРУЮТ

- 1) **муцин**
- 2) бикарбонаты
- 3) гастрин
- 4) секретин
- 5) внутренний фактор Кастла

10. ГАСТРИН СЕКРЕТИРУЕТСЯ

- 1) **G - клетками антрального отдела желудка**
- 2) фундальным отделом желудка
- 3) слизистой оболочкой двенадцатиперстной кишки
- 4) бруннеровыми железами
- 5) поджелудочной железой

11. СОМАТОСТАТИН СЕКРЕТИРУЕТСЯ

- 1) G - клетками антрального отдела желудка
- 2) фундальным отделом желудка
- 3) слизистой оболочкой двенадцатиперстной кишки
- 4) бруннеровыми железами
- 5) **D - клетками антрального отдела желудка**

12. ИНГИБИТОРАМИ ЖЕЛУДОЧНОГО КИСЛОТООБРАЗОВАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) гастрин
- 2) кишечная энтерокиназа
- 3) гистамин
- 4) инсулин
- 5) соматостатин, секретин, глюкагон**

13. СТИМУЛЯТОРАМИ ЖЕЛУДОЧНОГО КИСЛОТООБРАЗОВАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) гастрин**
- 2) кишечная энтерокиназа
- 3) секретин
- 4) глюкагон
- 5) соматостатин

14. СИСТЕМА ПРОТОКОВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СОСТОИТ ИЗ

1) вирсунгова, санториниева протоков и их мелких боковых ветвей 3 и 4 порядка

- 1) вирсунгова
- 3) санториниева
- 4) ацинозных протоков
- 5) билиарных протоков

15. ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА СИНТЕЗИРУЕТ

1) трипсиноген, химотрипсиноген, эластазу, прокарбоксипептидазу А и В, липазу, фосфолипазу и α -амилазу

- 2) только протеолитические ферменты
- 3) только липазу и фосфолипазу
- 4) только трипсиноген
- 5) эластазу, прокарбоксипептидазу А и В, липазу

16. АЛЬФА-КЛЕТКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ПЖ) ПРОДУЦИРУЮТ

- 1) соматостатин
- 2) инсулин
- 3) глюкагон**
- 4) трипсин
- 5) липазу

17. ОСНОВНЫМИ СТИМУЛЯТОРАМИ СЕКРЕЦИИ ПЖ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) секретин, панкреозимин, гастрин, блуждающий нерв.**
- 2) гистамин
- 3) гастрин
- 4) ацетилхолин

5) простагландины

18. ОСНОВНАЯ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ЕДИНИЦА ПЕЧЕНИ

- 1) **печеночная долька**
- 2) гепатоцит
- 3) купферовская клетка
- 4) синусоид
- 5) пространство Диссе

19. ТОЛЬКО В ПЕЧЕНИ СИНТЕЗИРУЮТСЯ

- 1) **альбумины,**
- 2) альфа-1—глобулины
- 3) альфа-2-
- 4) бета-глобулины
- 5) гамма глобулины

20. ПИГМЕНТНАЯ ФУНКЦИЯ ПЕЧЕНИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1) **конъюгации, экскреции билирубина**
- 2) только в синтезе глюкоранидазы
- 3) только в конъюгации непрямого билирубины
- 4) в синтезе билирубина
- 5) только в экскреции прямого билирубина

21. ДЕЗИНТОКСИКАЦИОННУЮ ФУНКЦИЮ ПЕЧЕНИ ВЫПОЛНЯЮТ

- 1) **макрофаги, купферовские клетки, лимфоидная ткань**
- 2) неколлагеновые гликопротеины
- 3) гликозаминогликаны
- 4) протеогликаны
- 5) эластин

22. ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ СОКРАЩАЕТСЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ

- 1) гастрин
- 2) панкреатического сока
- 3) **холецистокинина**
- 4) секретин
- 5) брадикинин

23. ВРЕМЯ ТРАНЗИТА КИШЕЧНОГО СОДЕРЖИМОГО У ЛИЦ С ЗАПОРАМИ

- 1) около 60 часов
- 2) 48 часов
- 3) **67-120 часов**
- 4) 24 часа
- 5) до 24 часов

24. СОСТАВ МИКРОФЛОРЫ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ТОНКОЙ КИШКИ

- 1) стерильна
- 2) лактобактерии, стрептококки, хеликобактер пилори
- 3) лактобактерии, стрептококки, бактероиды, бифидобактерии
- 4) лактобактерии, стрептококки**
- 5) бифидобактерии, лактобактерии, бактероиды, энтерококки, эшерихии, стафилококки, стрептококки, клостридии, протей

25. СОСТАВ МИКРОФЛОРЫ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ТОНКОЙ КИШКИ

- 1) бифидобактерии, лактобактерии, бактероиды, энтерококки, эшерихии, стафилококки, стрептококки, клостридии, протей
- 2) стерильна
- 3) лактобактерии, стрептококки, хеликобактер пилори
- 4) лактобактерии, стрептококки, бактероиды, бифидобактерии**
- 5) лактобактерии, стрептококки

26. СОСТАВ МИКРОФЛОРЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ

- 1) бифидобактерии, лактобактерии, бактероиды, энтерококки, эшерихии, стафилококки, стрептококки, клостридии, протей**
- 2) стерильна
- 3) лактобактерии, стрептококки, хеликобактер пилори
- 4) лактобактерии, стрептококки, бактероиды, бифидобактерии
- 5) лактобактерии, стрептококки

327. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ГЭРБ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) РН- метрия**
- 2) аспирационно-титрационный метод
- 3) узкоспектральная эндоскопия
- 4) компьютерная томография
- 5) магнитнорезонансная томография

28. К ОСНОВНЫМ МЕТОДАМ ВЕРИФИКАЦИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ОТНОСЯТСЯ

- 1) анализ желудочного сока
- 2) рентгеноскопия желудка
- 3) гастроскопия
- 4) морфологическое исследование слизистой оболочки желудка**
- 5) данные гастропанели

29. МАРКЕРАМИ АУТОИММУННОГО ГАСТРИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) антинуклеарные антитела
- 2) антимитохондриальные антитела
- 3) антиглиадиновые антитела

- 4) антитела к париетальным клеткам
- 5) антитела к тканевой транскламиназе

30. СОГЛАСНО МААСТРИХТУ – III ДЛЯ СКРИНИНГОВОЙ ДИАГНОСТИКИ *HELICOBACTER PYLORI* НАИБОЛЕЕ ПРИЕМЛЕМЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) молекулярно-генетический ПЦР
- 2) **серологический ИФА**
- 3) бактериологический
- 4) исследование антигена *H.pylori* в кале
- 5) уреазный дыхательный тест

31. СОГЛАСНО МААСТРИХТУ – III ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЭРАДИКАЦИИ *HELICOBACTER PYLORI* НАИБОЛЕЕ ПРИЕМЛЕМЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) быстрый уреазный тест +серологический
- 2) **исследование антигена *H.pylori* в кале+ уреазный дыхательный тест**
- 3) бактериологический+серологический ИФА
- 4) гистологический+ уреазный дыхательный тест
- 5) быстрый уреазный тест + мазок-отпечаток

32. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ФИБРОЭНДОСКОПИИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) варикозное расширение вен пищевода
- 2) кровотечение из верхних отделов пищеварительного тракта
- 3) дивертикул пищевода
- 4) **астматическое состояние**
- 5) рак кардиального отдела желудка

33. К ИНВАЗИВНЫМ МЕТОДАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА ОТНОСЯТСЯ

- 1) фиброколоноскопия
- 2) **двухбалонная энтероскопия**
- 3) капсульная энтероскопия
- 4) фиброгастроскопия
- 5) виртуальная колоноскопия

34. ДЛЯ СКРИНИНГОВОЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1) виртуальная колоноскопия
- 2) фиброколоноскопия
- 3) ирригоскопия
- 4) **трансабдоминальное УЗИ толстого кишечника**

5) капсульная эндоскопия

35. РЕТРОГРАДНАЯ ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ

- 1) наследственных энтеропатий
- 2) хронического калькулезного холецистита, дуоденита, стеноза привратника
- 3) рака фатерова соска, холедохолитиаза, стриктуры холедоха**
- 4) хронического гепатита
- 5) хронического панкреатита

36. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ РЕТРОГРАДНОЙ ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) наличие конкрементов в желчном пузыре
- 2) расширение холедоха по УЗИ**
- 3) гепатомегалия
- 4) деформация луковицы ДПК
- 5) наличие кист в поджелудочной железе

37. КТ ПЕЧЕНИ НАИБОЛЕЕ РЕЗУЛЬТАТИВНА В ДИАГНОСТИКЕ

- 1) микронодулярного цирроза печени
- 2) гепатита
- 3) очагового поражения печени**
- 4) макронодулярного цирроза печени
- 5) застойного фиброза печени

38. ДЛЯ РАСПОЗНАВАНИЯ ПОДПЕЧЕНОЧНОЙ (МЕХАНИЧЕСКОЙ) ЖЕЛТУХИ ИЗ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

- 1) УЗИ
- 2) МРТ
- 3) обзорный снимок брюшной полости
- 4) ретроградная панкреатохолангиография**
- 5) спленопортография

39. АБСОЛЮТНЫМИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К ПРОВЕДЕНИЮ КОЛОНОСКОПИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) тяжелая форма неспецифического язвенного колита и болезни Крона, декомпенсированная сердечная и легочная недостаточность
- 2) декомпенсированная сердечная и легочная недостаточность, гемофилия**
- 3) гемофилия, острый парапроктит
- 4) острый парапроктит, кровоточащий геморрой
- 5) тяжелая форма неспецифического язвенного колита и болезни Крона, кровоточащий геморрой

40. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) рентгенологический
- 2) ультразвуковой
- 3) компьютерная томография**
- 4) биохимический
- 5) иммуноферментный

41. «ДИСПЕПСИЯ» ЭТО:

- 1) тошнота
- 2) рвота
- 3) изжога
- 4) запоры или поносы
- 5) боль или тяжесть в эпигастральной области**

42. В РОССИИ ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ ДИСПЕПСИЮ ОБНАРУЖИВАЮТ У

- 1) 30-40% населения**
- 2) 10-15%
- 3) 50%
- 4) до 5%
- 5) 20-30%

43. В ПАТОГЕНЕЗЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ ИГРАЮТ РОЛЬ

- 1) высокий уровень соляной кислоты в желудке
- 2) преобладание нарушений моторно-эвакуаторной активности желудка
- 3) нарушение синтеза простагландинов+ нарушение моторно-эвакуаторной активности желудка
- 4) снижение порога болевой чувствительности+нарушение моторно-эвакуаторной активности желудка**
- 5) высокий уровень соляной кислоты в желудке +нарушение моторно-эвакуаторной активности желудка

44. РИМСКИЙ КОНСЕНСУС 4 ОТ 2016 ГОДА КЛАССИФИЦИРОВАЛ ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ ДИСПЕПСИЮ НА ДВА ВАРИАНТА

- 1) неязвенная диспепсия и эпигастральный болевой синдром
- 2) постпрандиальный дистресс-синдром и эпигастральный болевой синдром**
- 3) Хроническая идиопатическая тошнота и эпигастральный болевой синдром
- 4) Руминационный синдром и эпигастральный болевой синдром
- 5) Хроническая идиопатическая тошнота и эпигастральный болевой синдром

45. СТРАТЕГИЯ ТЕРАПИИ «НЕОБСЛЕДОВАННОЙ» ДИСПЕПСИИ В РЕГИОНАХ С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ ИНФИЦИРОВАННОСТИ Н.Р.(БОЛЕЕ 20%) ВКЛЮЧАЕТ

- 1) прием ИПП
- 2) прием блокаторов Н-2 рецепторов гистамина
- 3) эрадикационное лечение**
- 4) прием прокинетики
- 5) курс лечения антацидами и репарантами

46. СТРАТЕГИЯ ТЕРАПИИ «НЕОБСЛЕДОВАННОЙ» ДИСПЕПСИИ В РЕГИОНАХ С НИЗКИМ УРОВНЕМ ИНФИЦИРОВАННОСТИ Н.Р.(БОЛЕЕ 20%) ВКЛЮЧАЕТ

- 1) прием ИПП**
- 2) прием блокаторов Н-2 рецепторов гистамина
- 3) эрадикационное лечение
- 4) прием прокинетики
- 5) курс лечения антацидами и репарантами

47. «СИМПТОМЫ ТРЕВОГИ», ИСКЛЮЧАЮЩИЕ ДИАГНОЗ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ

1) дисфагия, лихорадка, немотивированную потерю массы тела, изменения в биохимическом и общем анализе крови

- 2) эпигастральная боль, усиливающаяся после приема пищи
- 3) нет улучшения после дефекации или отхождения газов
- 4) нет соответствия критериям расстройств желчного пузыря и сфинктера Одди
- 5) эпигастральная боль в сочетании с вздутием в верхней части живота или тошнота после еды или чрезмерная отрыжка

48. ПОКАЗАНИЯМИ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ ЯВЛЯЮТСЯ

1) необходимость проведения сложного обследования и затруднения в дифференциальном диагнозе

- 2) проведение эрадикационной терапии
- 3) проведение терапии ИПП
- 4) проведение эндоскопического исследования
- 5) проведение импедансометрии

49. ГЭРБ – ЭТО:

1) воспалительные изменения в дистальной части пищевода

- 2) стриктура пищевода
- 3) язва пищевода
- 4) спазм пищевода

5) варикозное расширение вен пищевода

350. ПИЩЕВОД БАРРЕТА ЭТО:

- 1) **тонкокишечная метаплазия слизистой пищевода**
- 2) пептическая язва пищевода
- 3) стриктура пищевода
- 4) рак пищевода
- 5) спазм пищевода

51. ТИПИЧНЫМ ПИЩЕВОДНЫМ СИМПТОМОМ ГЭРБ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) рвота
- 2) отрыжка
- 3) **изжога**
- 4) давящие боли за грудиной
- 5) сухость во рту

52. ГЭРБ ИГРАЕТ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ

- 1) **бронхообструктивного синдрома**
- 2) ангинозного синдрома
- 3) синдрома портальной гипертензии
- 4) синдрома печеночно-клеточной недостаточности
- 5) астеновегетативного синдрома

53. ПРИ ПСЕВДОКОРОНАРНОМ (ЭЗОФАГАЛЬНОМ) СИНДРОМЕ БОЛЬ КУПИРУЮТ

- 1) нитроглицерин
- 2) изменение положения тела (с горизонтального на вертикальное)
- 3) транквилизаторы
- 4) **кислотоснижающие препараты**
- 5) спазмолитики

54. ЗНАЧЕНИЯ ИНТРАГАСТРАЛЬНОГО pH, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ОПТИМАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ГЭРБ (ПРАВИЛО БЕЛЛА)

- 1) **pH>4 в течение суток не менее 22 часов**
- 2) pH>2 в течение суток не менее 22 часов
- 3) pH>6 в течение суток не менее 18 часов
- 4) pH>8 в течение суток не менее 10 часов
- 5) pH≥2 в течение суток не менее 24 часов

55. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЭРБ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) **ИПП**
- 2) ИПП+блокаторы H₂ рецепторов гистамина
- 3) антациды
- 4) селективные миотропные спазмолитики

5) блокаторы H_2 рецепторов гистамина

56. ДЛЯ КАРДИАЛГИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ГЭРБ ХАРАКТЕРНО

- 1) боли за грудиной
- 2) страх смерти
- 3) связь болей с положением тела
- 4) боли за грудиной, связь болей с положением тела**
- 5) снятие болей приемом селективных миотропных спазмолитиков

57. В ОСНОВЕ СОВРЕМЕННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДИК ПРИ ГЭРБ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) резекция н/3 пищевода
- 2) стентирование пищевода
- 3) бужирование пищевода
- 4) наложение «манжетки» из дна желудка на н/3 пищевода**
- 5) баллонная дилатация н/3 пищевода

58. НАИБОЛЕЕ ПОПУЛЯРНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕТОДИКОЙ ПРИ ГЭРБ И ГПОД ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) резекция по Бильрот I
- 2) резекция по Бильрот II
- 3) фундопликация по Ниссену**
- 4) герниопластика по Трабукко
- 5) герниопластика по Лихтенштейну

59. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ НИЗКОЙ СТЕПЕНИ ДИСПЛАЗИИ ЭПИТЕЛИЯ БОЛЬНЫМ С ПИЩЕВОДОМ БАРРЕТА НАЗНАЧАЮТ

- 1) длительный прием (более года) блокаторов протонной помпы, гистологическое исследование через 3 и 6 месяцев, а затем (при отсутствии отрицательной динамики) ежегодно**
- 2) длительный прием (более года) блокаторов H_2 -гистаминовых рецепторов, гистологическое исследование через 6 и 12 месяцев
- 3) длительный прием (более года) алгинат–содержащих антацидов, прокинетиков, гистологическое исследование 12 месяцев
- 4) длительный прием (более года) блокаторов протонной помпы, гистологическое исследование через 12-18 месяцев
- 5) длительный прием (более года) прокинетиков, гистологическое исследование через 3 и 6 месяцев

60. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ ДИСПЛАЗИИ ЭПИТЕЛИЯ БОЛЬНЫМ С ПИЩЕВОДОМ БАРРЕТА НАЗНАЧАЮТ

- 1) длительный прием (более года) блокаторов H_2 -гистаминовых рецепторов, гистологическое исследование через 6 и 12 месяцев
- 2) длительный прием (более года) алгинат–содержащих антацидов, прокинетиков, гистологическое исследование 12 месяцев

- 3) длительный прием (более года) блокаторов протонной помпы, гистологическое исследование через 12-18 месяцев
- 4) длительный прием (более года) прокинетиков, гистологическое исследование через 3 и 6 месяцев
- 5) ставится вопрос об эндоскопическом или хирургическом лечении**

61. ПОКАЗАНИЯМИ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С ГЭРБ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) выраженный эзофагит
- 2) неэрозивная ГЭРБ
- проведение 3) эрозивная ГЭРБ
- 4) антирефлюксное лечение при осложненном течении заболевания, а также при неэффективности адекватной медикаментозной терапии**
- 5) импедансометрии

62. ПОСЛЕ ПРЕКРАЩЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ГЭРБ В ТЕЧЕНИЕ 6 МЕСЯЦЕВ ВОЗНИКАЕТ РЕЦИДИВ

- 1) в 10-15 % случаев
- 2) в 20-30 % случаев
- 3) в 60–80 % случаев**
- 4) в 30-40 % случаев
- 5) в 50% случаев

63. К ОСНОВНЫМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ВЕРИФИЦИРОВАТЬ ДИАГНОЗ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА, ОТНОСЯТСЯ

- 1) аспирационно-титрационный метод
- 2) рентгеноскопия желудка
- 3) фиброгастроскопия
- 4) морфологическое исследование слизистой оболочки желудка**
- 5) pH метрия

64. АТРОФИЯ ЭТО

- 1) наличие в инфильтрате нейтрофильных лейкоцитов
- 2) плазмоцитарная инфильтрация собственной пластинки и/или эпителия
- 3) появление диспластических изменений в СОЖ
- 4) выраженное развитие фиброзной ткани
- 5) необратимое уменьшение количества нормальных желез с замещением их метаплазированным эпителием**

65. КИШЕЧНАЯ МЕТАПЛАЗИЯ ЭТО

- 1) необратимое уменьшение количества нормальных желез
- 2) нарушение процессов дифференцировки и изменение как морфологии отдельных клеток, так и гистоархитектоники.

3) резкое уплощение базофильного эпителия, почти не содержащего слизи с высоким насыщением РНК.

4) замещение эпителия клетками, не свойственными или всему органу или его функционально/морфологическому отделу

5) выраженная инфильтрация эозинофилами всех слоев стенки желудка

66. ИНФИЦИРОВАННОСТЬ Н.Р. ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ

1) дистального рака желудка, мальт-клеточной лимфоме, язвенной болезни, острого и хронического гастрита

2) хронического гастрита тела желудка, ГЭРБ, эрозивного дуоденита

3) язвенной болезни, дуоденита, ГЭРБ

4) функциональной диспепсии, эрозивного эзофагита

5) ГЭРБ, ахалазии пищевода, дуоденита

67. СИДНЕЙСКАЯ СИСТЕМА ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРИТОВ ПО ЭТИОЛОГИИ ПОДРАЗДЕЛЯЕТ ИХ НА:

1) гранулематозный, эозинофильный, лимфоцитарный

2) гастрит типа А, гастрит типа В, гастрит типа С

3) неатрофический, атрофический

4) гастрит с повышенной секрецией, гастрит с секреторной недостаточностью

5) Н.р.-ассоциированный, аутоиммунный, медикаментозный, идиопатический

68. МОДИФИЦИРОВАННАЯ ХЬЮСТОНСКАЯ (1996) КЛАССИФИКАЦИЯ ПОДРАЗДЕЛЯЕТ ХРОНИЧЕСКИЕ ГАСТРИТЫ НА:

1) Н.р.-ассоциированный, аутоиммунный, медикаментозный, идиопатический

2) гастрит с повышенной секрецией, гастрит с секреторной недостаточностью

3) гранулематозный, эозинофильный, лимфоцитарный

4) неатрофический, атрофический

5) неатрофический, атрофический, особые формы

69. МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ АТРОФИИ СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА OLGA- ОТ 2008 ГОДА ПРОГНОЗИРУЕТ РИСК РАКА ЖЕЛУДКА ПО ВИЗУАЛЬНО-АНАЛОГОВОЙ ШКАЛЕ ИЗМЕНЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ

1) тела и антрального отдела желудка

2) тела и кардиального отдела желудка

3) тела желудка н/з пищевода

4) кардиального отдела желудка и пищевода

5) антрального отдела желудка и пищевода

70. К ПРЕДРАКОВЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ИЗМЕНЕНИЯМ СОЖ ОТНОСЯТСЯ

1) атрофия СО антрального отдела желудка

2) тонкокишечная метаплазия

- 3) нейтрофильная инфильтрация собственной пластинки
- 4) лимфоцитарная инфильтрация собственной пластинки
- 5) **дисплазия СО**

71. ДИСПЛАЗИЯ СОЖ ЭТО

- 1) **нарушение процессов дифференцировки и изменение как морфологии отдельных клеток, так и гистоархитектоники**
- 2) резкое уплощение базофильного эпителия, почти не содержащего слизи с высоким насыщением РНК.
- 3) плазмоцитарная инфильтрация собственной пластинки и/или эпителия
- 4) замещение эпителия клетками, не свойственными или всему органу или его функционально/морфологическому отделу
- 5) выраженная инфильтрация эозинофилами всех слоев стенки желудка

72. ПРИ МУЛЬТИФОКАЛЬНОМ ГАСТРИТЕ ПОРАЖАЕТСЯ

- 1) **область угла желудка, малая кривизна, интермедиарная зона**
- 2) тело желудка, большая кривизна
- 3) большая кривизна, интермедиарная зона
- 4) только большая кривизна
- 5) только область угла желудка

73. МУЛЬТИФОКУЛЬНЫЙ ГАСТРИТ ОТНОСИТСЯ К

- 1) **атрофическим гастритам**
- 2) особым формам ХГ
- 3) неатрофическим формам ХГ
- 4) Н.р.-ассоциированным
- 5) Н.р.-негативным

74. ВЫДЕЛЯЮТ 2 ФЕНОТИПА ХГ, ЭТО

- 1) лимфоцитарный и эозинофильный
- 2) гранулематозный и рефлюкс-гастрит
- 3) **классический антральный и фундальный**
- 4) атрофический и неатрофический
- 5) тип А и тип В

75. У 1% ПАЦИЕНТОВ С АНТРАЛЬНЫМ ГАСТРИТОМ ЕЖЕГОДНО ВОЗНИКАЮТ

- 1) **дуоденальные язвы**
- 2) рак желудка
- 3) язва желудка
- 4) антральные эрозии
- 5) эрозивные дуодениты

76. У 1% ПАЦИЕНТОВ С ФУНДАЛЬНЫМ ГАСТРИТОМ ЕЖЕГОДНО ВОЗНИКАЮТ

- 1) дуоденальные язвы
- 2) рак желудка**
- 3) язва желудка
- 4) антральные эрозии
- 5) эрозивные дуодениты

77. К РАЗВИТИЮ КИШЕЧНОЙ МЕТАПЛАЗИИ ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ

- 1) антральный атрофический гастрит
- 2) фундальный атрофический гастрит**
- 3) Н.р.-ассоциированный антральный гастрит
- 4) Гранулематозный
- 5) Неатрофический гастрит тела желудка

78. СНИЗИТЬ РИСК РАЗВИТИЯ РАКА ЖЕЛУДКА МОЖЕТ ЭРАДИКАЦИЯ, ЕСЛИ ОНА ПРОВОДИТСЯ

- 1) до развития пренеопластических процессов (атрофии и метаплазии)**
- 2) до развития язвенного поражения СОЖ
- 3) до развития дисплазии
- 4) до развития неоплазии
- 5) до развития эрозирования СОЖ

79. РЕФЛЮКС-ГАСТРИТ ЭТО

- 1) особая форма гастрита**
- 2) атрофический гастрит антрального отдела желудка
- 3) атрофический гастрит тела желудка
- 4) эрозивный гастрит культи желудка
- 5) химический гастрит желудка

80. ПРИ АТРОФИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Ди-нол**
- 2) ИПП
- 3) антациды
- 4) плантаглюцид
- 5) витамины группы В

81. ТЕРАПИЯ АТРОФИЧЕСКОГО (АУТОИММУННОГО) ГАСТРИТА В КАЧЕСТВЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ СТРАТЕГИИ ПО СНИЖЕНИЮ РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА ЖЕЛУДКА ВКЛЮЧАЕТ

- 1) базисную профилактику (правильное питание – овощи, фрукты, антиоксиданта: витамины А, В, Е), отказ от курения, эрадикацию Н.р., если есть инфицирование, и обязательное назначение витамина В-12**
- 2) эрадикацию Н.р., если есть инфицирование

- 3) прием ди-нола
- 4) назначение витамина В-12
- 5) прием плантаглоцида, витаминов группы В, РР

82. ПОКАЗАНИЯМИ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ГАСТРИТАМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) атрофический гастрит с эрозиями
- 2) аутоиммунный гастрит по поводу В₁₂-дефицитной анемии**
- 3) лимфоцитарный гастрит
- 4) рефлюкс-гастрит
- 5) особые формы гастрита

83. АПОПТОЗ ЭТО

- 1) замещение эпителия клетками, не свойственными или всему органу
- 2) необратимое уменьшение количества нормальных желез с замещением их метаплазированным эпителием
- 3) то изменение нормальной структуры клеток в направлении неопластического процесса
- 4) эозинофильной инфильтрации собственной пластинки
- 5) генетически запрограммированная смерть клетки**

84. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ В МИРЕ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 7-9 человек на 1000**
- 2) 15 человек на 1000
- 3) 6 человек на 1000
- 4) 20 человек на 1000
- 5) 30 человек на 1000

85. ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) нарушения питания+курение
- 2) высокий уровень желудочного кислотобразования+Н.р.**
- 3) желудочная метаплазия+ Н.р.
- 4) желудочная атрофия + снижение синтеза простагландинов
- 5) НПВП+курение

86. КАРДИНАЛЬНЫМИ СИМПТОМАМИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) ритмированные эпигастральные боли, кровотечения, рвота, приносящая облегчение**
- 2) боль в эпигастрии, изжога, тошнота

- 3) рвота, накануне съеденной пищей, отрыжка воздухом, тошнота
- 4) изжога, отрыжка кислым
- 5) отрыжка воздухом, дисфагия, рвота

87. ПРИ Н.Р. – НЕГАТИВНОЙ ФОРМЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ
ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) терапия ИПП

- 2) Прием блокаторов Н-2 рецепторов гистамина
- 3) курсы антацидной и репаративной терапии
- 4) Прием блокаторов Н-2 рецепторов гистамина в сочетании с прокинетиками
- 5) Репаранты СОЖ

88. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ
ЯВЛЯЕТСЯ

1) кровотечения

- 2) стенозы
- 3) пенетрации
- 4) малигнизации
- 5) перфорации органа

89. СУСПИЦИОЗНАЯ (ПОДОЗРИТЕЛЬНАЯ) ЯЗВА ЖЕЛУДКА ЭТО

- 1) впервые выявленная язва желудка у пациента старше 50 лет, локализованная по большой кривизне
- 2) впервые выявленная язва ДПК у пациента старше 50 лет,
- 3) язва желудка у пациента старше 50 лет, локализованная по малой кривизне
- 3) язва желудка у пациента старше 35 лет
- 4) Н.р. негативная язва желудка у пациента старше 50 лет, локализованная в пилорическом канале
- 5) впервые выявленная язва ДПК с антральными эрозиями

90. ТЕРАПИЯ ПЕРВОЙ ЛИНИИ СОГЛАСНО МААСТРИХТУ – 2015
ВКЛЮЧАЕТ

1) ИПП + кларитромицин + амоксициллин + ди-нол

- 2) ИПП + метронидазол + тетрациклин
- 3) ИПП + фуразолидон
- 4) ИПП + ципрофлоксацин
- 5) ИПП + вентер

91. ТЕРАПИЯ ВТОРОЙ ЛИНИИ СОГЛАСНО МААСТРИХТУ – 2005
ВКЛЮЧАЕТ

1) ИПП + тетрациклин + метронидазол + ди-нол

- 2) ИПП + кларитромицин + тетрациклин + ди-нол
- 3) ИПП + амоксициллин + тетрациклин + ди-нол

- 4) ИПП+фуразолидон+метронидазол+ди-нол
- 5) ИПП +левофлоксацин +фуразолидон+ди-нол

92. ЗАПОРЫ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ВОЗНИКАЮТ ВСЛЕДСТВИЕ

- 1) щадящей диеты
- 2) постельного режима
- 3) **повышенного тонуса блуждающего нерва**
- 4) приема антибиотиков
- 5) ограниченного приема жидкости

93. МНОГОПОЛЬНАЯ ПОЛИФОКАЛЬНАЯ БИОПСИЯ, ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ, БИОПСИЯ ИЗ ОБЛАСТИ РУБЦА ПОКАЗАНЫ ПРИ ВЕДЕНИИ БОЛЬНЫХ С

- 1) язвенной болезнью ДПК
- 2) **язвенной болезнью желудка**
- 3) язвенным колитом
- 4) эрозивным гастродуоденитом
- 5) целующихся язвах луковицы ДПК

94. ДОСТОВЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ СТЕНОЗА ПРИВРАТНИКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) рвота желчью
- 2) урчание в животе
- 3) резонанс под пространством Траубе
- 4) **шум плеска через 3-4 часа после приема пищи**
- 5) видимая перистальтика

95. НА ПЕНЕТРАЦИЮ ЯЗВЫ МОЖЕТ УКАЗЫВАТЬ

- 1) появления ночных болей
- 2) появление запоров
- 3) усиление изжоги
- 4) появление отрыжки
- 5) **изменения характерного ритма язвенных болей**

96. О НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ФОРМИРОВАНИЯ СТЕНОЗА ПРИВРАТНИКА (КОМПЕНСИРОВАННОЙ) МОГУТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- 1) наличие рубцовых деформаций+замедление опорожнения+увеличение размеров желудка
- 2) **наличие рубцовых деформаций+гастроэзофагеальный рефлюкс+высоконачинающаяся сегментирующая перистальтика**
- 3) наличие рубцовых деформаций+ускоренная перистальтика
- 4) гастроэзофагеальный рефлюкс+ увеличение размеров желудка
- 5) наличие рубцовых деформаций+ увеличение размеров желудка

97. О СФОРМИРОВАВШЕМСЯ (ДЕКОМПЕНСИРОВАННОМ) СТЕНОЗЕ ПРИВРАТНИКА СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- 1) синдром «ниши»
- 2) наличие свободного газа в брюшной полости
- 3) «чаши Клойбера»
- 4) симптом «пиалы»**
- 5) гастроэзофагеальный рефлюкс

98. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПЕНЕТРАЦИИ

- 1) наличие рубцовых деформаций+гастроэзофагеальный рефлюкс+высоконачинающаяся сегментирующая перистальтика
- 2) наличие рубцовых деформаций+замедление опорожнения+увеличение размеров желудка
- 3) Глубокая «ниша»+малая подвижность язвенной зоны+трехслойность в язвенной «нише»+дополнительное депо бария вне контура желудка**
- 4) гастроэзофагеальный рефлюкс+ увеличение размеров желудка
- 5) наличие рубцовых деформаций+ увеличение размеров желудка

99. ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ НПВП ИНДУЦИРОВАННОЙ ГАСТРОПАТИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) нарушения питания+курение
- 2) высокий уровень желудочного килотообразования+Н.р.
- 3) желудочная метаплазия+ Н.р.
- 4) желудочная атрофия + курение
- 5) снижение синтеза простагландинов**

100. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ НПВП-АССОЦИИРОВАННОЙ ЯЗВЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) назначение прокинетики и спазмолитиков
- 2) прием антацидов
- 3) эрадикация Н.р.
- 4) назначение ИПП
- 5) назначение ИПП и мизопростол**

101. К ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦИОННЫМ РАССТРОЙСТВАМ ОТНОСИТСЯ

- 1) синдром мальабсорбции
- 2) синдром мальдигестии
- 3) гастрит культи желудка
- 4) анастомозит

5) демпинг-синдром

102. К ОРГАНИЧЕСКИМ ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦИОННЫМ РАССТРОЙСТВАМ ОТНОСИТСЯ

- 1) **пептическая язва культи желудка или анастомоза**
- 2) синдром приводящей петли
- 3) гипогликемический синдром
- 4) дуоденогастральный рефлюкс
- 5) ГЭРБ

103. ОСНОВНЫМИ МЕТОДАМИ ДИАГНОСТИКИ ДЕМПИНГ-СИНДРОМА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) колоноскопия
- 2) гастроскопия
- 3) морфологическое исследование биоптата СО
- 4) интрагастральная рН-метрия
- 5) **рентгеноскопия**

104. ПРИ ДЕМПИНГ-СИНДРОМЕ НАЗНАЧАЮТ

- 1) **прокинетики, антихолинергические средства**
- 2) диету с высоким содержанием углеводов
- 3) диету с большим количеством жидкости
- 4) диету с высоким содержанием жиров
- 5) антациды

105. ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦИОННОЙ ДИСТРОФИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) метеоризма, стул с примесью крови и слизи
- 2) боль в правом подреберье и эпигастрии, горький привкус во рту
- 3) тошнота, рвота съеденной пищей, приносящая облегчение
- 4) металлический привкус во рту, ломкость ногтей и волос, потеря аппетита
- 5) **диарея, резкое похудание, гиповитаминоз, анемия**

106 . К ЧИСЛУ НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫХ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОВ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ОТНОСЯТСЯ

- 1) **различные поражения билиарного тракта, алкоголизм и нарушения питания, воздействие различных медикаментов и химических факторов**
- 2) дефицит антиоксидантов в пище, воздействие различных медикаментов и химических факторов, ведущих к повреждению ПЖ,
- 3) гиперлипидемия (приобретенная и врожденная), гиперкальцемия (гиперпаратиреоз)
- 4) вирус эпидемического паротита, Коксаки –В, вирусы гепатитов, ЕСНО, вирус Эпштейна-Барра

5) атипичная инфекция (микоплазма, легионелла, туберкулез), васкулиты.

107. К ЛЕКАРСТВАМ, ПРИЕМ КОТОРЫХ ИНДУЦИРУЕТ РАЗВИТИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА, ОТНОСЯТСЯ

- 1) аминосалицилаты, кальций
- 2) вальпроевая кислота (подтвержденные данные), азатиоприн, циклоспорин
- 3) эритромицин, метронидазол, меркаптопурин, парацетамол, рифампицин,
- 4) сульфаниламиды
- 5) **тиазидные диуретики, тетрациклины, сульфасалазин, эстрогены.**

108. ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЕЙ ПРИ ПАНКРЕАТИТЕ

- 1) чаще локализуются в верхней половине живота
- 2) чаще локализуются в левом подреберье
- 3) носят опоясывающий характер, усиливаются в положении на спине
- 4) чаще локализуются в правом подреберье
- 5) **чаще локализуются в левом подреберье, носят опоясывающий характер, усиливаются в положении на спине**

109. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) **экзокринная недостаточность поджелудочной железы**
- 2) перитонит
- 3) псевдокисты
- 4) асцит
- 5) эндокринная недостаточность

110. ОСНОВНЫМИ ЛАБОРАТОРНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА (ДЛИТЕЛЬНОЕ ТЕЧЕНИЕ) В СТАДИИ РЕМИССИИ, ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) гипергликемия, повышение содержание кетоновых тел
- 2) гипохолестеринемия, гипокалиемия
- 3) креаторея, стеаторея, повышение содержание мылов в кале, лейкоцитоз
- 4) **креаторея, стеаторея, снижение уровня ферментов в дуоденальном содержимом**
- 5) повышение содержания крахмала в кале, стеаторея, гипергликемия

111. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ ИССЛЕДОВАНИЕ

- 1) амилазы/липазы
- 2) копрограммы
- 3) посева кала на дисбактериоз
- 4) **эластазы 1 в кале**

5) кала на скрытую кровь

412. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ В ФАЗЕ ВЫРАЖЕННОГО ОБОСТРЕНИЯ С СИНДРОМОМ "УКЛОНЕНИЯ ФЕРМЕНТОВ" ПРИНЦИПЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ВКЛЮЧАЮТ НАЗНАЧЕНИЕ

- 1) сандостатина, оперативного лечения
- 2) жидких антацидов в больших количествах, наркотических анальгетиков, антибиотиков
- 3) наркотических анальгетиков, детоксикации, антибиотиков
- 4) ИПП, холод, голод и покой
- 5) сандостатина, ферментных препаратов, ИПП, жидких антацидов в больших количествах**

113. АЛКОГОЛЬНЫЙ ПАНКРЕАТИТ ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ

- 1) кальцифицирующих панкреатитов**
- 2) непрерывно-рецидивирующих
- 3) обструктивных панкреатит
- 4) фиброзно-индуриативных
- 5) врожденных

114. ПРИЗНАКИ ПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ ЭКЗОГЕННОЙ И ЭНДОГЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ РАЗВИВАЮТСЯ ПРИ ПОТЕРЕ

- 1) 80-90% функционирующей паренхимы ПЖ**
- 2) 30-40% функционирующей паренхимы ПЖ
- 3) 40-50% функционирующей паренхимы ПЖ
- 4) 50-60% функционирующей паренхимы ПЖ
- 5) 70-75% функционирующей паренхимы ПЖ

115. ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) нарушением процессов кишечного пищеварения и всасывания, развитием избыточного бактериального роста в тонкой кишке**
- 2) развитием сахарного диабета
- 3) развитием гипогликемического синдрома
- 4) развитием желчекаменной болезни
- 5) развитием синдрома портальной гипертензии

416. ВНУТРИСЕКРЕТОРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) нарушением процессов кишечного пищеварения и всасывания, развитием избыточного бактериального роста в тонкой кишке**
- 2) развитием сахарного диабета и гипогликемического синдрома
- 3) развитием синдрома мальдигестии
- 4) развитием желчекаменной болезни
- 5) развитием синдрома портальной гипертензии

117. КУПИРОВАНИЕ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В НАЗНАЧЕНИИ

- 1) гордокса и ИПП
- 2) контрикала и прокинетиков
- 3) антацидов и ферментов
- 4) ненаркотических и наркотических анальгетиков, холиноблокаторов, ИПП, ферментных препаратов**
- 5) ИПП и спазмолитиков

118. УВЕЛИЧЕНИЕ АКТИВНОСТИ ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗЫ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) при внутрипеченочном холестазае
- 2) при вирусном гепатите
- 3) при первичном раке печени
- 4) при гемолитической анемии
- 5) при внутрипеченочном холестазае, при вирусном гепатите**

119. ГИПОАЛЬБУМИНЕМИЯ ХАРАКТЕРНА

- 1) для цирроза печени
- 2) для острой атрофии печени
- 3) для гепатомы
- 4) для хронического вирусного гепатита в стадии интеграции
- 5) для цирроза печени и острой атрофии печени**

119. НАИБОЛЕЕ РАННИМ И ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ПЕЧЕНОЧНОГО ЦИТОЛИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) повышение активности аланиновой аминотрансферазы**
- 2) повышение активности альдолазы
- 3) повышение активности аспарагиновой аминотрансферазы
- 4) гипоальбуминемия
- 5) повышение уровня сывороточного железа

120. ПОЯВЛЕНИЕ БИЛИРУБИНА В МОЧЕ УКАЗЫВАЕТ

- 1) на паренхиматозную желтуху
- 2) на подпеченочную желтуху
- 3) на гемолитическую желтуху
- 4) на паренхиматозную желтуху и подпеченочную желтуху**
- 5) на синдром портальной гипертензии

121. альфа-ФЕТОПРОТЕИН МОЖЕТ БЫТЬ ЗНАЧИТЕЛЬНО ПОВЫШЕН ПРИ

- 1) гепатоцеллюлярной карциноме**
- 2) семиноме
- 3) циррозе

- 4) холангиоцеллюлярной карциноме
- 5) раке поджелудочной железы

122. ПОВЫШЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ НЕКОНЬЮГИРОВАННОГО (НЕСВЯЗАННОГО, СВОБОДНОГО) БИЛИРУБИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) хронического гепатита
- 2) цирроза печени
- 3) болезни Вильсона-Коновалова
- 4) гемолитической анемии**
- 5) гемохроматоза

123. КОНЬЮГИРОВАННЫЙ (СВЯЗАННЫЙ) БИЛИРУБИН ОБРАЗУЕТСЯ В КЛЕТКАХ ПЕЧЕНИ С ПОМОЩЬЮ ФЕРМЕНТА

- 1) глюкуронилтрансферазы**
- 2) лейцинаминопептидазы
- 3) кислой фосфатазы
- 4) нуклеотидазы
- 5) энтерокиназы

124. ОСНОВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ХРОНИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) Гепатомегалия, Желтуха**
- 2) Асцит
- 3) Анемия
- 4) Тромбоцитопения
- 5) спленомегалия

125. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ БИЛИАРНОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ДИФFUЗНЫХ БОЛЕЗНЯХ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) желтуха, кожный зуд, увеличенная печень с бугристой поверхностью, высокий уровень активности щелочной фосфатазы
- 2) кожный зуд, повышения активности аминотрансфераз
- 3) высокий уровень активности щелочной фосфатазы, анемия, лейкоцитоз, похудание
- 4) увеличенная печень с бугристой поверхностью, анемия, гипертермия
- 5) ксантелазмы, желтуха, кожный зуд, высокий уровень активности щелочной фосфатазы**

126. ОСТРОЙ ДИСТРОФИИ ПЕЧЕНИ СООТВЕТСТВУЕТ СИМПТОМОКОМПЛЕКС

- 1) желтуха, зуд, ксантомы, гепатоспленомегалия, высокие активность щелочной фосфатазы и уровень холестерина
- 2) желтуха, анорексия, тошнота, мягкая печень, высокая активность трансаминаз и нормальная активность щелочной фосфатазы

3) желтуха, гепатоспленомегалия, умеренно увеличенная активность трансаминаз, гипер-γ-глобулинемия, положительная реакция на антитела к гладкой мускулатуре

4) желтуха, лихорадка, гепатомегалия, почечная недостаточность, кома, изменение ЭЭГ и умеренно повышенная активность трансаминаз

5) желтуха (не всегда), боль в правом верхнем квадранте живота, живот мягкий, лейкоцитоз

127. В ДИАГНОСТИКЕ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ИМЕЮТ ЗНАЧЕНИЕ

1) повышения активности аминотрансфераз

2) уровня сывороточного железа

3) повышения холестерина, липопотеидов

4) повышения активности щелочной фосфатазы крови

5) повышения непрямого (свободного) билирубина крови

128. СОЧЕТАНИЕ ЦИТОЛИТИЧЕСКОГО И МЕЗЕНХИМАЛЬНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1) острого вирусного гепатита С

2) острого вирусного гепатита В

3) аутоиммунного гепатита

4) хронического гепатита В в фазе интеграции

5) гемохроматоза

129. ДЛЯ РАСПОЗНАВАНИЯ ПОДПЕЧЕНОЧНОЙ (МЕХАНИЧЕСКОЙ) ЖЕЛТУХИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) УЗИ

2) МРТ

3) обзорный снимок брюшной полости

4) ретроградная панкреатохолангиография

5) прямая спленопортография

130. ФЕРМЕНТОМ, МЕТАБОЛИЗИРУЮЩИМ АЛКОГОЛЬ В ОРГАНИЗМЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

1) алкоголь- редуктаза

2) алкоголь- оксидаза

3) алкоголь- дегидрогеназа

4) алкоголь- синтетаза

5) глюкозо- 6-фосфатаза

131. ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ЖЕЛТУХА БЕРЕМЕННЫХ ВЫЗЫВАЕТСЯ

1) высоким уровнем эстрогенов

2) высоким уровнем прогестерона

3) ингибированием глюкуронилтрансферазы

- 4) аутоиммунным процессом
- 5) некрозом гепатоцитов

132. БОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО АММОНИЯ ПРЕВРАЩАЕТСЯ ПЕЧЕНЬЮ

- 1) в глютамин**
- 2) в α-кетоглутарат
- 3) в ангиназу
- 4) в мочевины
- 5) в меркаптан

133. ПОВЫШЕНИЕ БИЛИРУБИНА КРОВИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ ОБУСЛОВЛЕНО

- 1) секреторной недостаточностью поджелудочной железы
- 2) повышенной секрецией желудка
- 3) дисбактериозом
- 4) гибелью печеночных клеток**
- 5) запорами

134. ВЕДУЩИМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) инфекционный (вирусы В, С, Д)**
- 2) токсический (лекарственное поражение печени)
- 3) аллергический
- 4) недостаточность кровообращения
- 5) метаболические нарушения (болезнь Вильсона-Коновалова)

135. ЭКСПЕРТАМИ ЛОСАНДЖЕЛЕССКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ ОТДЕЛЬНО НЕ ВЫДЕЛЯЕТСЯ

- 1) вирусные гепатиты
- 2) токсические гепатиты
- 3) алкогольный гепатит**
- 4) криптогенный гепатит
- 5) аутоиммунный

136. ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА

- 1) интерстициальный, аутоиммунный, лекарственный гепатит, первичный билиарный цирроз
- 2) паренхиматозный, интерстициальный, болезнь Вильсона-Коновалова
- 3) Токсический, вирусный гепатит, первичный билиарный цирроз
- 4) хронический вирусный гепатит, хронический аутоиммунный гепатит, хронический лекарственный гепатит, первичный билиарный цирроз, болезнь Коновалова-Вильсона, недостаточность антитрипсина**

5) хронический вирусный гепатит, хронический аутоиммунный гепатит, хронический лекарственный гепатит, болезнь Коновалова-Вильсона, синдром Жильбера

137. МАРКЕРЫ РЕПЛИКАЦИИ HBV ИНФЕКЦИИ:

- 1) HBsAg
- 2) антитела HBcAg IgG
- 3) ДНК HBV**
- 4) антитела HBeAg
- 5) РНК HBV

138. МАРКЕРЫ РЕПЛИКАЦИИ HCV ИНФЕКЦИИ

- 1) антитела HCV IgM
- 2) антитела HCV IgG
- 3) антитела HCV суммарные
- 4) антитела к NS₄
- 5) РНК HCV**

139. МАРКЕРЫ РЕПЛИКАЦИИ HDV ИНФЕКЦИИ:

- 1) антитела к HDV IgG
- 2) антитела к HDV IgM
- 3) РНК HDV**
- 4) HBsAg
- 5) HCV IgG, NS₄

140. ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ АКТИВНОСТИ ТРАНСАМИНАЗ (30-50 НОРМ) В СЫВОРОТКЕ КРОВИ УКАЗЫВАЕТ

- 1) на микронодулярный цирроз
- 2) на холестаз
- 3) на лекарственное поражение печени**
- 4) на первичный билиарный цирроз
- 5) на аминазиновую желтуху

141. В РОССИИ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕН

- 1) 2 генотип HCV
- 2) 2 и 3 генотипы HCV
- 3) 1в генотип HCV**
- 4) 3 генотип HCV
- 5) 1а генотип HCV

142. ПРЕПАРАТАМИ С ДОКАЗАННЫМ ЭФФЕКТОМ ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ С ЯВЛЯЮТСЯ:

1) **интерфероны, пегилированные интерфероны , ингибиторы протеаз, ингибиторы полимеразы (NS 3,NS5), ингибиторы циклофеллина.**

- 2) только интерфероны
- 3) только ингибиторы полимеразы (NS 3,NS5)
- 4) только ингибиторы протеаз

5) только ингибиторы циклофеллина

143. ПАЦИЕНТЫ, ИНФИЦИРОВАННЫЕ HCV ГЕНОТИПОМ 3, МОГУТ ЛЕЧИТЬСЯ

- 1) усиленный ритонавиром Паритапревир, омбитасвир и дасабувир
- 2) **Sofosbuvir / velpatasvir**
- 3) Тенофовир
- 4) Энтековир
- 5) Гразопревир / эльбасвир

144. ПАЦИЕНТОВ, ИНФИЦИРОВАННЫХ HCV ГЕНОТИПА 4 МОЖНО ЛЕЧИТЬ ФИКСИРОВАННОЙ ДОЗОЙ

- 1) **Сочетания гразопревира (100 мг) и элбасвира (50 мг)**
- 2) Софосбувир / лидипасвир
- 3) Sofosbuvir / velpatasvir
- 4) Тенофовир
- 5) нтековир

445. . ПАНГЕНОТИПИЧНЫМ СОЧЕТАНИЕМ ПППД ЯАЛЯЮТСЯ

- 1) **Софосбувир и даклатасвир**
- 2) Sofosbuvir / velpatasvir
- 3) Софосбувир / лидипасвир
- 4) усиленный ритонавиром Паритапревир, омбитасвир и дасабувир
- 5) Гразопревир / элбасвир

146. СРОКИ НАЗНАЧЕНИЯ НУКЛЕОЗИДОВ/НУКЛЕОТИДОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХГВ:

- 1) **3 года и более**
- 2) 5 лет
- 3) 7 лет
- 4) 1 год

147. ТЕНОФОВИР НЕ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ОДНОВРЕМЕННО С:

- 1) гепатопротекторами
- 2) нефротоксическими лекарственными средствами

3) сахароснижающими средствами

4) мочегонными

5) Бета-блокаторами

148. АНАЛОГИ НУКЛЕОЗИДОВ/НУКЛЕОТИДОВ ЯВЛЯЮТСЯ:

1) ложными медиаторами

2) противовирусными белками

3) гепатопротекторами

4) витаминами

5) ингибиторами протее

149. ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

1) репликация вируса

2) интеграция вируса

3) нормальный уровень сывороточных трансаминаз

4) увеличение сывороточных трансаминаз

5) внепеченочные проявления с выраженным аутоиммунным компонентом

150. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ В С СИНДРОМОМ ГИПЕРСПЛЕНИЗМА ОПАСНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

1) снижение содержания эритроцитов

2) снижение содержания тромбоцитов до 50×10^9 /л

3) лейкопения

4) отсутствие эффекта при суточной дозе 15-20 мг преднизолона

5) ускоренное

451. ДЛЯ МИНИМАЛЬНОЙ СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ ГЕПАТИТА ХАРАКТЕРНА СЛЕДУЮЩАЯ МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА

1) мостовидные некрозы, диффузная инфильтрация

2) ступенчатые некрозы, диффузная инфильтрация

3) узлы регенерации

4) очаговая лимфогистиоцитарная инфильтрация по портальным трактам с единичными внутридольковыми некрозами

5) разрастание соединительной ткани

152. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ:

1)гепатопротекторы

2)иммуносупрессанты, нуклеозиды

3)интерфероны

4)глюкокортикоиды, иммуносупрессанты

5) нуклеозиды

153. ЛЕКАРСТВЕННОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПЕЧЕНИ ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЕТСЯ

- 1) транквилизаторами, антацидами, кордароном, амиодароном
- 2) стрептомицином, новокаином, парацетомолом, люминалом
- 3) ноотропами, антибиотиками
- 4) НПВП, дексаметазоном, тренталом
- 5) фторотаном, люминалом, парацетамолом, туберкулостатиками**

154. ПРИ ПЕРВИЧНОМ БИЛИАРНОМ ЦИРРОЗЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ

- 1) кортикостероидов
- 2) гепатопротекторов
- 3) урсодезоксихолевой кислоты**
- 4) интерферонов
- 5) нуклеозидов

155. ПЕРЕХОД ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТ ПОЯВЛЕНИЕ

- 1) симптома «хомячка», гипербилирубинемии
- 2) гепатоспленомегалии
- 3) желтухи
- 4) гипоальбуминемии
- 5) варикозного расширения вен пищевода, спленомегалии**

156. ПАТОГНОМОНИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) стеатогепатит
- 2) некроз гепатоцитов и фиброз
- 3) стеатоз
- 4) узлы регенерации**
- 5) воспалительные инфильтраты в портальных трактах

457. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ В НАШЕЙ СТРАНЕ ВЕДУЩИМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) вирусы В, С, Д,
- 2) недостаточность кровообращения
- 3) лекарственное поражение печени
- 4) болезнь Вильсона-Коновалова
- 5) алкоголь**

158. БАЗИСНЫМ ПРЕПАРАТОМ ТЕРАПИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) спиронолактон**
- 2) петливые диуретики

- 3) раствор альбумина
- 4) альдоктон
- 5) гепотопротекторы

159. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ СИНДРОМА ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) спленомегалия, тромбоцитопения, анемия
- 2) асцит, гипертермия, похудание
- 3) спленомегалия, геморрагический синдром
- 4) спленомегалия, варикозное расширение вен пищевода, асцит**
- 5) спленомегалия, гепатомегалия, анемия

160. КАРДИНАЛЬНЫМИ СИНДРОМАМИ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) портальная гипертензия и печеночно-клеточная недостаточность**
- 2) нефротический синдром
- 3) гиперспленизм
- 4) гипертонический синдром
- 5) астеновегетативный синдром

161. ИНДЕКС ТЯЖЕСТИ КЛАССА В ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ПО СИСТЕМЕ ЧАЙЛЬД–ПЬЮ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ

- 2) 5 баллов
- 3) 7-9 баллов**
- 4) 1-3 баллов
- 5) 10-15 баллов
- 6) 3-5 баллов

162. ПРОЯВЛЕНИЯМИ СИНДРОМА ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) Портальная гастро- , энтеро- , колопатия**
- 2) варикозное расширение вен желудка
- 3) геморроидальные кровотечения
- 4) лимфаденопатия
- 5) бронхолегочный синдром

163. ПРИ ЛЕЧЕНИИ АСЦИТА У БОЛЬНОГО ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ДИУРЕТИКАМИ ВОЗМОЖНЫ ОСЛОЖНЕНИЯ

- 1) гипербилирубинемия, аллергические реакции
- 2) гиповолемический шок, фибрилляция предсердий, энцефалопатия
- 3) гиперкалиемия, азотемия, анурия
- 4) гипокалиемия, цитопения, гиперлипидемия
- 5) электролитные нарушения, прогрессирование печеночной энцефалопатии, развитие ГРС.**

164. СНИЖЕНИЕ АЛЬБУМИНОВ КРОВИ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

- 1) нарушения всасывания белков из кишечника
- 2) портальной гипертензии
- 3) нарушения синтетической функции гепатоцитов**
- 4) диспротеинемии
- 5) малым поступлением белков с пищей

165. ПРИЧИНОЙ ПИЩЕВОДНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) повышение давления в портальной вене**
- 2) снижения гемоглобина крови
- 3) высокой вирусной нагрузкой
- 4) желтухой
- 5) синдромом цитолиза

166. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) эналаприл
- 2) карведилол**
- 3) атенолол
- 4) метопролол
- 5) верапамил

167. ЗНАЧИТЕЛЬНО УМЕНЬШАЕТ РИСК РАЗВИТИЯ СПОНТАННОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ПЕРИТОНИТА ПОСЛЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВРВП

- 1) раннее введение антибиотиков**
- 2) введение раствора альбумина
- 3) курс сандостатина
- 4) длительная гемостатическая терапия
- 5) курс кортикостероидов

168. ПРОФИЛАКТИКА ГЕПАТОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ СО СПОНТАННЫМ БАКТЕРИАЛЬНЫМ ПЕРИТОНИТОМ СОСТОИТ В ВЕДЕНИИ

- 1) раствора альбумина**
- 2) раствора кристаллоидов
- 3) 5% раствора глюкозы и витаминов
- 4) свежезамороженной плазмы
- 5) антибактериальных препаратов

169. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К ПРОВЕДЕНИЮ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПАРАЦЕНТЕЗА У БОЛЬНОГО ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ И АСЦИТОМ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) лихорадка

- 2) нарастание симптомов печеночной энцефалопатии
- 3) синдром гиперспленизма
- 4) ДВС –синдром**
- 5) желтуха

170. ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРИЗНАКИ СИНДРОМА ЖИЛЬБЕРА

- 1) повышение прямого билирубина
- 2) кожный зуд
- 3) повышение непрямого билирубина**
- 4) повышение щелочной фосфатазы
- 5) повышение АЛТ

171. ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА БОЛЕЗНИ КОНОВАЛОВА-ВИЛЬСОНА ДОСТОВЕРНЫМИ ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) уровень меди в сыворотке крови
- 2) церулоплазмин в сыворотке
- 3) обнаружение кольца Кайзера-Флейшер
- 4) 24-часовая экскреция меди с мочой
- 5) церулоплазмин в сыворотке и обнаружение кольца Кайзера-Флейшер**

172. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ТЕРАПИИ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) глюкокортикоиды
- 2) имуран
- 3) кортизон
- 4) D-пенициламин**
- 5) роферон

173. ПОСТОЯННЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ГЕМАХРОМАТОЗА

- 1) пигментация кожи**
- 2) экстрапирамидные синдромы
- 3) кольца Кайзера-Флейшнера
- 4) лейкоцитоз
- 5) анемия

174. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ РАКА ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) тяжесть и боли в правом подреберье
- 2) прогрессирующее похудание
- 3) желтуха
- 4) быстро развивающаяся гепатомегалия**
- 5) асцит

175. К АЛКОГОЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ПЕЧЕНИ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) **адаптивная гепатопатия**
- 2) болезнь Вильсона-Коновалова
- 3) цирроз легких
- 4) хронический гломерулонефрит
- 5) хронический холецистит

176. ЛАБОРАТОРНЫЙ МАРКЕР АЛКОГОЛЬНОГО ГЕПАТИТА

- 1) повышение трансаминаз
- 2) повышение гамма-глутаминтранспептидазы
- 3) **сочетанное повышение трансаминаз и гамма-глутаминтранспептидазы**
- 4) десахарированный трансферрин
- 5) амилаза крови

177. ОСНОВНЫМ В ЛЕЧЕНИИ АЛКОГОЛЬНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) интерферон, гептрал
- 2) гормонотерапия
- 3) трентал, аллохол
- 4) холестеринснижающие препараты
- 5) **полная абстиненция, терапия препаратами урсодезоксихолевой кислоты, эссенциальными фосфолипидами, витаминами группы В, Е**

178. ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- а. кишечные кровотечения, боли в животе, поносы, запоры, метеоризм, лихорадка**
- б. тенезмы, нейропсихические отклонения,
- 3) висцеральная гипералгезия, нейропсихические отклонения, полиморфизм жалоб
- 4) чередование запоров и поносов
- 5) абдоминальная боль и метеоризм

179. ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЮТ СЛЕДУЮЩИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- 1) увеличение диаметра кишки
- 2) множественные гаустрации
- 3) картина "булыжной мостовой"
- 4) мешковидные выпячивания по контуру кишки

5)изменения гаустрации, вплоть до ее исчезновения, укорочение и сужение просвета кишки

180. В ДИАГНОСТИКЕ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ВЕДУЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

физикальное обследование

- 11) анализ кала на скрытую кровь
- 12) ирригоскопия
- 13) колоноскопия с биопсией**
- 14) ирригоскопия, колоноскопия

181. ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНЫМИ СРЕДСТВАМИ ВЫБОРА ЯВЛЯЮТСЯ

- 6) кортикостероиды
- 7) фторхинолоны
- 8) ципрофлоксацины
- 9) Сульфпрепараты (сульфасалазин, салодальк, месалазин и др)**
- 10) иммуномодуляторы

182. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ ЭТО

- 1) длительный срок заболевания ЯК (> 10 лет), тотальное поражение толстой кишки, наличие выраженной тяжелой дисплазии
- 2) прогрессирующие форм заболевания
- 3) резистентность к консервативной терапии
- 4)частые массивное кровотечение
- 5) длительный прием глюкокортикоидов

183. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ТЕРАПИИ ОПИСТОРХОЗА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) бускопан
- 2) глюкофаж
- 3) метронидазол
- 4) макмирор
- 5) прозиквантель (билтрицид)**

184. ОСНОВНЫМИ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) количественные и качественные отклонения в режиме питания, инфекция, самолечение
- 2) нарушение микроциркуляции, застой желчи
- 3) заболевание печени, аутоиммунные процессы
- 4) режим питания, частый прием холиретиков
- 5) моторно-секреторные нарушения, нарушение процессов метаболизма в организме, наследственная предрасположенность**

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

- 1) дуоденальное зондирование (1 стадия), ЭРХПГ, ФГДС
- 2) внутривенную холеграфию
- 3) обзорную рентгенографию органов брюшной полости
- 4) ультразвуковое исследование и КТ**
- 5) дуоденальное зондирование и ультразвуковое исследование

186. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО

- 1) рентгенологический метод исследования
- 2) эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография**
- 3) эхография
- 4) фракционное дуоденальное зондирование
- 5) радиорентгенохромодиагностика

187. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО РАССТРОЙСТВА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ДИНАМИЧЕСКОЙ ХОЛЕСЦИНТИГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ ФРАКЦИЯ ИЗГНАНИЯ

- 1) менее 60%
- 2) менее 40%
- 3) более 60%
- 4) более 40%**
- 5) равна 50%

188. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ РАССТРОЙСТВО ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ СОПРОВОЖДАЮЩЕЕСЯ ЕГО ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ, ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) ноющими болями в правом подреберье, удлинением, расширением, замедленным опорожнением желчного пузыря, выявленных при рентгенологическом исследовании, частым сочетанием с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и гастродуоденитом
- 2) упорные диареи, тошнота, боли в правом подреберье, наличие конкрементов в желчном пузыре на рентгенограмме
- 3) схваткообразные боли в левом подреберье, замедленное опорожнение желчного пузыря на рентгенограмме
- 4) коликообразными или схваткообразными болями, болью, появляющейся через 1-2 часа после еды, обычно иррадиирующей в правую лопатку, ключицу, нередко - в поясницу и подложечную область,**

сокращением желчного пузыря и ускоренным его опорожнением, выявленными при рентгенологическом исследовании

5) метеоризм, опоясывающие боли, отрыжки горечью, симптом «указательного перста» на рентгенограмме

189. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ РАССТРОЙСТВО ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЕСЯ ЕГО ГИПОКИНЕТИЧЕКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ, ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1) коликообразными или схваткообразными болями, болью, появляющейся через 1-2 часа после еды, обычно иррадиирующей в правую лопатку, ключицу, нередко - в поясницу и подложечную область, сокращением желчного пузыря и ускоренным его опорожнением, выявленными при рентгенологическом исследовании

2) упорные диареи, тошнота, боли в правом подреберье, наличие конкрементов в желчном пузыре на рентгенограмме

3) схваткообразные боли в левом подреберье, замедленное опорожнение желчного пузыря на рентгенограмме

4) ноющими болями в правом подреберье, удлинением, расширением, замедленным опорожнением желчного пузыря, выявленных при рентгенологическом исследовании, частым сочетанием с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и гастродуоденитом

5) метеоризм, опоясывающие боли, отрыжки горечью, симптом «указательного перста» на рентгенограмме

190. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПОМОТОРНОЙ ДИСФУНКЦИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ НАЗНАЧАЕТСЯ

1) хофитол

2) но-шпа

3) панкреатин

4) гептрал

5) эссенциале

191. В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ИСПОЛЬЗУЮТ

1) ИПП

2) сукральфат и его аналоги

3) спазмолитические средства

4) беззондовые тюбажи

5) хирургическое лечение

192. СИМПТОМЫ, ИСКЛЮЧАЮЩИЕ ДИАГНОЗ СРК

1) поносы

2) боли

3) запоры

4) изменения в биохимическом и общем анализе крови

5) метеоризм

193. ДЛЯ СРК ХАРАКТЕРНЫ

- 1) ночная симптоматика
- 2) лихорадка
- 3) немотивированная потеря веса
- 4) изменения в биохимическом и общем анализе крови
- 5) метеоризм, поносы, запоры, абдоминальная боль**

194. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СРК С ПРЕОЛАДАНИЕМ БОЛЕЙ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1) диета
- 2) адсорбенты (смекта, активированный уголь и др.)
- 3) трициклические антидепрессанты, дроверин, мебеверин**
- 4) пеногасители
- 5) пре- и пробиотиками

195. БОЛЬНОМУ СРК С ПРЕОЛАДАНИЕМ ПОНОСОВ ПОКАЗАНО ЛЕЧЕНИЕ

- 1) диетой
- 2) препаратами УДХК
- 3) адсорбентами (смекта, активированный уголь и др.), пре- и пробиотиками, ферментами поджелудочной железы**
- 4) дюфалаком
- 5) тальцидом

196. БОЛЬНОМУ СРК С ПРЕОЛАДАНИЕ ЗАПОРОВ ПОКАЗАНО ЛЕЧЕНИЕ

- 1) диетотерапией
- 2) осмотическими слабительными**
- 3) антацидами
- 4) лоперамидом
- 5) препаратами УДХК

197. ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА ЧАЩЕ ПОРАЖАЮТСЯ

- 1) дистальные отделы тонкого кишечника**
- 2) любой отдел ЖКТ – от рта до ануса,
- 3) сигмовидную кишка
- 4) все отделы толстой кишки
- 5) прямую кишка

198. КАРДИНАЛЬНЫЕ СИНДРОМЫ БОЛЕЗНИ КРОНА

- 1) диарея, боли в животе, падение массы тела
- 2) коликообразные боли в животе без системных проявлений и локальной пальпаторной болезненности
- 3) Мальабсорбция
- 4) анорексией без диареи и болей в животе
- 5) желудочно-кишечное кровотечение

199. ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ (КРОМЕ АНАРЕКТАЛЬНОЙ ЗОНЫ) УМЕРЕННОЙ АКТИВНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) препараты, содержащие 5-аминосалициловую кислоту,
- 2) цитостатики
- 3) инфликсимаб
- 4) антибактериальные

5) системные стероиды, антибиотики (рифаксимин, метронидазол + фторхинолоны)

200. 70% НЕКАРДИАЛЬНОГО РАКА ЖЕЛУДКА СВЯЗАНО С ПОСЛЕДСТВИЯМИ

- 1) нарушениями процессов апоптоза и регенерации
- 2) поломки в системе цитохрома P450
- 3) генетически обусловленной чувствительности организма пациента
- 4) факторов окружающей среды
- 5) *H. pylori*-инфекции

7. Рекомендованная литература по теме занятия

Перечень основной литературы				Кол-во экземпляров	
№ п/ п	Наименование, вид издания	Автор(- ы), составит ель(-и), редакто р(-ы)	Место издания, издатель ство, год	В библио теке	На кафе дре
1	2	3	4	5	6
1.	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов. Т. 1.. - Режим доступа: https://www.books-up.ru/ru/read/vnutrennie-bolezni-v-2-t-t-	ред. С. И. Рябов	СПб. : СпецЛит, 2015.	ЭБС Букап	-/-

	1-2990917/				
2.	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов. Т. 2.. - Режим доступа: https://www.books-up.ru/ru/read/vnutrennie-bolezni-v-2-t-t-2-2991838/	ред. С. И. Рябов	СПб. : СпецЛит, 2015.	ЭБС Букап	-/-
3.	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник. Т. 1. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970433102.html	ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.	ЭБС Консультант студента (ВУЗ)	-/-
4	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник. Т. 2. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970433119.html	ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.	ЭБС Консультант студента (ВУЗ)	-/-
5	Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : руководство. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432730.html	Я. С. Циммерман	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.	ЭМБ Консультант врача	-/-

3. Перечень дополнительной литературы

4.

				Кол-во экземпляров	
1	2	3	4	5	6
1	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: анатомо-эндоскопические и клиничко-инструментальные основы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения	О. Б. Дронова, И. И. Каган, А. А. Третьяков	М. : БИНОМ, 2014.	1	- / -
2	Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : рук. для врачей. - Режим доступа: https://www.books-up.ru/read/gastroenterologiya-3001020/?page=1	ред. Е. И. Ткаченко	СПб. : СпецЛит, 2013.	ЭБС Букап	- / -

3	Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : руководство. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432730.html	Я. С. Циммерман	М. : ГЭОТ АР-Медиа, 2015.	ЭМБ Консультант врача	- / -
4	Классификации заболеваний внутренних органов [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: https://www.books-up.ru/read/klassifikacii-zabolevanij-vnutrennih-org	ред. А. В. Гордиенко, В. Ю. Голофеевский	СПб. : СпецЛит, 2013.	ЭБС Букап	- / -

5. Электронные ресурсы:

6. ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
 7. ЭБС Консультант студента ВУЗ
 8. ЭМБ Консультант врача
 9. ЭБС Айбукс
 10. ЭБС Букап
 11. ЭБС Лань
 12. ЭБС Юрайт
 13. СПС КонсультантПлюс
 14. НЭБ eLibrary
 15. БД Sage
 16. БД Oxford University Press
 17. БД ProQuest
 18. БД Web of Science
 19. БД Scopus
- БД MEDLINE Complet