

федеральное государственное
бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Волгоградский
государственный
медицинский университет»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»

Директор Института НМФО

Н.И. Свиридова

«27»

2024 г.

ПРИНЯТО

на заседании ученого совета Института
НМФО №18 от 27.06.2024 г.

Фонд оценочных средств для проведения государственной (итоговой государственной) аттестации

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.28**

Гастроэнтерология

Квалификация (степень) выпускника: **врач-гастроэнтеролог**

Кафедра: **Кафедра внутренних болезней Института непрерывного медицинского и фармацевтического образования.**

Форма обучения – **очная**

Для обучающихся 2023, 2024 года поступления (актуализированная версия)

Волгоград, 2024

Разработчики программы:

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень / звание	Кафедра (полное название)
1.	Недогода Сергей Владимирович	Зав. кафедрой внутренних болезней ИНМФО	д.м.н.	Кафедра внутренних болезней Института НМФО
2.	Санина Татьяна Николаевна	Доцент кафедры внутренних болезней ИНМФО	к.м.н.	Кафедра внутренних болезней Института НМФО
3.	Лутова Виктория Олеговна	Доцент кафедры внутренних болезней ИНМФО	к.м.н.	Кафедра внутренних болезней Института НМФО

Фонд оценочных средств для проведения государственной (итоговой государственной) аттестации выпускников, подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология.

Рабочая программа обсуждена на заседании кафедры протокол №4 от 20.05.2024 г.

Заведующий кафедрой внутренних болезней Института НМФО,
д.м.н., профессор


С.В. Недогода

Рецензент: профессор кафедры внутренних болезней ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, д.м.н. Туркина С.В.

Рабочая программа согласована с учебно-методической комиссией Института НМФО ВолгГМУ, протокол №12 от 27.06.2024 г.

Председатель УМК


М.М. Королева

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и производственной практики


М.И. Науменко

Рабочая программа утверждена на заседании Ученого совета Института НМФО протокол №18 от 27.06.2024 г.

Секретарь Ученого совета


М.В. Кабытова

Тестовые вопросы к ГИА по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология

Раздел 1. «Заболевания пищевода»

1. При псевдокоронарном (эзофагеальном) синдроме при ГЭРБ боль купирует:

изменение положения тела (с горизонтального на вертикальное)

нитроглицерин

транквилизаторы

холинолитики

спазмолитики

2. Для начальной стадии рефлюкс-эзофагита наиболее типичным являются:

гиперемия и отек слизистой дистального отдела пищевода

диффузная гиперплазия и отек слизистой пищевода

геморрагические изменения в слизистой

зияние кардии

эрозивно-язвенные дефекты слизистой

3. «Золотой стандарт» лечения ГЭРБ:

Ингибиторы протонной помпы

H₂- гистаминоблокаторы

M- холинолитики

Антациды

Спазмолитики

4. Отрыжка и срыгивание, возникающие при наклоне туловища, наблюдаются при

стриктурах пищевода

аэрофагии

вегетативной лабильности

недостаточности антропилорической области

недостаточности кардии

5. Для быстрого купирования изжоги следует использовать:

антациды и альгинаты

ингибиторы протонной помпы

спазмолитики

адсорбенты

H₂-гистаминоблокаторы

6. Внепищеводными синдромами ГЭРБ могут являться:

жгучие за грудиные ангинозоподобные боли

эрозии зубной эмали

ларингит

бронхиальная астма

7. Пищевод Баррета – это:
 - замещение многослойного плоского неороговевающего эпителия цилиндрическим с явлениями кишечной метаплазии**
 - замещение цилиндрического эпителия многослойным плоским эпителием
 - эрозивно-язвенное поражение пищевода
 - аденокарцинома пищевода
 - атрофия слизистой оболочки пищевода

8. При лечении пищевода Баррета ИПП (ингибиторы протонной помпы) применяются:
 - проводится непрерывная поддерживающая терапия ИПП**
 - в течение 4 недель
 - в течение 8 недель
 - в течении года
 - назначение ИПП нецелесообразно

9. При длительной терапии ИПП больным ГЭРБ с наличием инфекции *Helicobacter pylori* (Hр) необходимо проведение эрадикации, так как:
 - эрадикация способствует предотвращению транслокации Hр из антрального отдела на тело желудка и тем самым уменьшает риск развития атрофического гастрита и рака желудка**
 - эрадикация (Hр) способствует уменьшению симптомов ГЭРБ
 - эрадикация уменьшает частоту рецидивов ГЭРБ
 - эрадикация повышает эффективность лечения ГЭРБ
 - эрадикация Hр в данном случае не показана

10. К рекомендациям по изменению образа жизни для больных ГЭРБ относятся:
 - избегать обильного приема пищи и не есть на ночь**
 - отказаться от курения**
 - не носить тесную одежду и тугий пояс**
 - спать с приподнятым головным концом кровати**

11. Показаниями для хирургического лечения ГЭРБ (лапароскопической фундопликации) являются:
 - сохраняющиеся или постоянно возникающие симптомы, несмотря на оптимальную терапию**
 - ухудшение качества жизни из-за зависимости от приема медикаментов или в связи с их побочными эффектами**
 - наличие пищевода Баррета**
 - наличие рефлюкс-эзофагита III-IV степени**

12. Бронхопищеводный синдром при ГЭРБ обусловлен:

регургитацией желудочного содержимого в дыхательные пути
избыточной массой тела
дисфагией
спазмом пищевода
длительностью заболевания

13. Стриктура дистального отдела пищевода обычно обусловлена:
эрозивно-язвенным рефлюкс-эзофагитом
хронической пневмонией
язвенной болезнью желудка
хроническим активным пангастритом
склеродермией

14. Признаками пищевода Баррета являются:
цилиндрическая метаплазия эпителия в нижней части
язва пищевода
врожденный короткий пищевод
отсутствие перистальтики пищевода
щелочной пищевод

15. Какой метод исследования показан для выявления дивертикула пищевода?
рентгенологическое исследование
медиастиноскопия
электрокимография
эзофагоманометрия
УЗИ

16. Пациент болен около 3-х лет, жалобы на затруднение прохождения пищи, регургитацию 1-2 раза в сутки, периодические боли за грудиной. Больной несколько пониженного питания, анализ крови в пределах нормы. Диагноз:
ахалазия пищевода
рак пищевода
рубцовая стриктура пищевода
эзофагит
дивертикул

17. Ведущая роль в генезе язвы дистального отдела пищевода принадлежит:
рефлюксу желудочного содержимого в пищевод
эзофагиту
снижению защитных свойств слизистой
нарушению микроциркуляции
нарушению регенерации

18. Больная 53 лет повышенного питания жалуется на сильные изжоги и боли за грудиной, усиливающиеся при наклоне вперед. Какой предварительный диагноз можно поставить?

рефлюкс-эзофагит

ценкеровский дивертикул пищевода

хронический гастрит

хронический панкреатит

рак пищевода

19. Лечение склеродермии пищевода включает:

щадящую диету

кортикостероиды

лидазу

20. Механизм замыкания кардии обусловлен:

пищеводно-кардиальным жомом (сфинктер)

автоматизмом кардии

верхней зоной повышенного давления в пищеводе

внутрибрюшным давлением

Раздел 2. «Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки»

21. Инфицирование гастродуоденальной слизистой оболочки пилорическим хеликобактером сопровождается:

развитием антрального гастрита

снижением секреции гастрина

ахлоргидрией

диффузной атрофией главных желез желудка

недостаточностью кардии

22. Гастрин (17) секретируется:

антральным отделом желудка

фундальным отделом желудка

слизистой 12-перстной кишки

бруннеровыми железами

поджелудочной железой

23. Ахлоргидрия отмечается при:

пернициозной анемии

болезни Менетрие

лимфоцитарном гастрите

эозинофильном гастрите

гранулематозном гастрите

24. К основным методам исследования, позволяющим верифицировать диагноз хронического гастрита, относят:

гистологическое исследование прицельных биоптатов слизистой оболочки желудка

анализ желудочного сока

рентгеноскопию

гастроскопию

pH-метрию

25. К этиологическим факторам язвенной болезни относят:

хеликобактер пилори

алкоголь

никотин

нарушения питания

стресс

26. Достоверным клиническим признаком стеноза привратника является:

шум плеска через 3-4 часа после приема пищи

рвота желчью

урчание в животе

резонанс под пространством Траубе

видимая перистальтика

27. У взрослых самой частой причиной стеноза привратника является:

язвенная болезнь

рефлюкс-гастрит

гипертрофия мышц привратника

пролапс слизистой желудка в 12-перстную кишку

доброкачественный полип желудка

28. Больной 62 лет с коротким язвенным анамнезом и длительно нерубцующейся язвой желудка обратился с жалобами на слабость, тошноту, потерю аппетита, постоянные боли в эпигастральной области, похудание. В данном случае можно думать о:

злокачественной язве

стенозе выходного отдела желудка

пенетрации язвы

микрочрвотечениях из язвы

перфорации язвы

29. Основными отличиями симптоматических язв от язвенной болезни являются:

отсутствие рецидивирующего течения

локализация язвы

величина язвы

кровотечение
часто пенетрируют

30. Лекарственные язвы чаще осложняются:

кровотечением
перфорацией
стенозом
малигнизацией
пенетрацией

31. Препаратами с выраженным ульцерогенным действием являются:

нестероидные противовоспалительные
антибиотики
антигистаминные
гистаминоблокаторы
ганглиоблокаторы

32. Для какой язвы характерны поздние и ночные боли:

язвы луковицы 12-ти перстной кишки
язвенного эзофагита
язвы антрума
язвы дна желудка
язвы кардиального отдела желудка

33. pH чистого желудочного сока здорового человека:

0,9-1,5
0,5-0,9
1,5-2,0
2,0-2,5
2,5-3,0

34. При стенозе выходного отдела желудка:

появляется рвота и усиливается изжога
усиливается боль в верхней половине живота
появляется непереносимость жиров и молочной пищи
появляются поносы
появляется асцит и отеки нижних конечностей

35. При кровотечении из язвы двенадцатиперстной кишки:

боль исчезает или уменьшается
предшествующая боль резко усиливается
появляется сухость и горький вкус во рту
боль иррадиирует в спину
боль иррадиирует а прекардиальную область

36. При пилоробульбарных язвах зона болезненности определяется:

на 5-7 см выше пупка справа
в области мечевидного отростка
в околопупочной области
в эпигастральной области справа
в эпигастральной области слева

37. К симптоматическим язвам желудка относятся:

стрессовые язвы
лекарственные язвы
при обширных ожогах (язвы Карлинга)
при синдроме Золлингера-Эллисона

38. Какой метод диагностики язвенной болезни желудка наиболее достоверный?

рентгеноскопия
гастрофиброскопия
ультразвуковое исследование
лапароскопия
рентгенография

39. Осложнениями язвенной болезни желудка НЕ является:

синдром мальабсорбции
перфорация
пенетрация
стеноз привратника
кровотечение

40. При каких заболеваниях развивается гистамин-рефрактерная ахлоргидрия:

хронический атрофический гастрит

хронический поверхностный гастрит
гастродуоденит
язвенный стеноз привратника
язвенная болезнь желудка

41. Какой продукт обладает антацидным свойством:

творог
бульон
капустный сок
крепкий чай
кофе

42. Какие препараты НЕ назначаются при хроническом гастрите с повышенной секреторной функцией:

лимонтар
но-шпа
плантаглюцид
викалин
альмагель

43. Наиболее частой гистологической формой рака желудка служит:

аденокарцинома
скирр
солидный рак
плоскоклеточный рак
недифференцированный рак

44. Какой из перечисленных гастритов относят к болезни Менетрие?

гигантский гипертрофический
интерстициальный
атрофический
полипозный
атрофически-гиперпластический

45. Предраковыми формами гастрита являются все, КРОМЕ:

эрозивный гастрит

атрофический гастрит
гиперпластический гастрит
полипозный гастрит
гастрит с кишечной метаплазией

46. Наиболее частой причиной гранулематозного гастрита является:

болезнь Крона

кампилобактерии

алиментарный фактор

целиакия

ни один из перечисленных факторов

47. Лимфоцитарный (эрозивный, «вариолоформный») гастрит наиболее часто связан с:

целиакией

хеликобактерной инфекцией

вирусной инфекцией

болезнью Крона

алиментарным фактором

48. Инфицирование гастродуоденальной слизистой оболочки пилорическим хеликобактером обычно сопровождается:

развитием антрального гастрита

снижением секреции гастрина

ахлоргидрией

диффузной атрофией главных желез желудка

недостаточностью кардии

49. Пептическую язву пищевода следует дифференцировать с:

изъязвленным раком

лейомиомой

саркомой

дивертикулом пищевода

50. Синдром приводящей петли развивается после операции:

резекции желудка по Бильрот II

резекции желудка по Бильрот I

селективной проксимальной ваготомии
СПВ и пилороластики
стволовой ваготомии

Раздел 3. «Заболевания печени»

51. Конъюгированный билирубин образуется в клетках печени с помощью фермента:

глюкоронилтрансферазы
лейцинаминопептидазы
кислой фосфатазы
нуклеотидазы
глутаматдегидрогеназы

52. Наиболее ранним и чувствительным показателем печеночного цитолитического синдрома является:

повышение активности аланиновой аминотрансферазы
повышение альдолазы
повышение активности аспарагановой аминотрансферазы
гипоальбуминемия
гиперферремия

53. Наиболее специфичным тестом внутripеченочного холестаза является:

щелочная фосфатаза
динамическая сцинтиграфия
трансаминазы
конъюгированный билирубин
неконъюгированный билирубин

54. Из факторов свертывания крови меньше всего страдает при заболеваниях печени:

антигемофильный глобулин
фибриноген
тромбин
фактор V
фактор VII

55. При циррозе печени электрофорез белков выявляет

повышение γ -глобулина
повышение альбумина
значительное увеличение α_1 -глобулина
отсутствие β -глобулина
отсутствие α_2 -глобулина

56. Высокий уровень γ -глутамилтранспептидазы является характерным для:
острого алкогольного гепатита
хронического гепатита В и С
гемохроматоза
сахарного диабета
хронического панкреатита
57. Для гемолитической желтухи не является характерным:
билирубинурия
увеличение в крови неконъюгированного билирубина
нормальный уровень сывороточной щелочной фосфатазы
нормальный уровень сывороточных трансаминаз и γ -глутамил-транспептидазы
гиперретикулоцитоз
58. Уровень связанного (конъюгированного) билирубина в крови не возрастает при:
гемолитической желтухе
синдроме Ротора
синдроме Дабина-Джонсона
хроническом активном гепатите
первичном билиарном циррозе печени
59. Наиболее чувствительным тестом при синдроме гиперспленизма является:
определение количества гранулоцитов и тромбоцитов в крови
определение билирубина в сыворотке крови
динамическая сцинтиграфия с радиофармпрепаратом
определение АСТ в сыворотке крови
определение щелочной фосфатазы в сыворотке крови
60. Высокий уровень трансаминаз в сыворотке крови указывает на:
острый вирусный гепатит
микронодулярный цирроз печени
холестаз
первичный билиарный цирроз
аминазиновую желтуху
61. Зуд при желтухе связан с:
солями желчных кислот
билирубином
лецитином
фосфолипидами
щелочной фосфатазой

62. Морфологический субстрат хронического активного гепатита в отличие от холестатического гепатита составляют:

ступенчатые некрозы

отложение меди

жировая дистрофия

нарушение архитектоники печеночных долек

63. Сочетание цитолитического и мезенхимально-воспалительного синдромов характерно для:

аутоиммунного гепатита

острого вирусного гепатита С

острого вирусного гепатита В

хронического неактивного гепатита

гемохроматоза

64. При хроническом гепатите В с синдромом гиперспленизма прогностически опасным является:

снижение содержания тромбоцитов до 50 - 30 на 10 в 9/л

снижение содержания эритроцитов

лейкопения

отсутствие эффекта при суточной дозе 15 - 20 мг преднизалона

ускоренное СОЭ

65. Решающим в диагностике хронического гепатита любого генеза является:

гистологическое исследование пунктата печени

повышения трансфераз

диспротеинемия

данные объективного осмотра

гипербилирубинемия

66. При лечении диуретиками асцита при циррозе печени не является осложнением:

гиперкалиемия

гиповолемия

гипокалиемия

азотемия

нарушение сердечной деятельности

67. Рациональным мероприятием при лечении постцирротического асцита является:

верошпирон внутрь от 100 до 400 мг с учетом суточного диуреза

соблюдение диеты с содержанием поваренной соли от 5 до 10г

ограничение суточного потребления жидкости до 5 литра, если

содержание натрия в сыворотке больше 130 мэкв

довести суточный диурез до 2 - 3 литров

начинать терапию салуретиками с максимальных терапевтических доз

68. Противопоказанием к проведению диагностического параабдоминоцентеза не является:

синдром гиперспленизма

лихорадка у больного циррозом печени с асцитом

нарастание симптомов печеночной энцефалопатии у больного циррозом печени с асцитом

признаки перитонита

желудочно-кишечное кровотечение

69. К более постоянному клиническому проявлению гемохроматоза относится:

пигментация кожи

экстрапирамидные синдромы

кольца Кайзера-Флейшнера

лейкоцитоз

анемия

70. Для верификации гемохроматоза наиболее достоверной диагностической процедурой является:

биопсия печени

биопсия кожи

определение сывороточного железа

биопсия тонкой кишки

ректальная биопсия

71. Билирубинурия встречается при:

гемолитической желтухе

обтурационной желтухе

паренхиматозной желтухе

все верно

все не верно

72. Болезнь Жильбера сопровождается следующими нарушениями лабораторных показателей:

гипербилирубинемия за счет конъюгированного билирубина

гипербилирубинемия за счет неконъюгированного билирубина

гиперуробилинурия

повышение сывороточных аминотрансфераз

повышение щелочной фосфатазы

73. Какие из нижеперечисленных исследований являются наиболее информативными в диагностике желчнокаменной болезни?

радионуклидное исследование

термография

лапароскопия

ультразвуковая эхолокация

гепатосцинтиграфия

74. Подпеченочная желтуха характеризуется:

гиперуробилинурией

нарастанием сывороточных аминотрансфераз

увеличением гамма-глобулинов

повышением показателей тимоловой пробы

гипербилирубинемией

75. Симптом Ортнера-Грекова характерен для:

жировой инфильтрации печени

обострения калькулезного холецистита

лямблиоза

гипотонии сфинктера Одди

нарушения холесекреторной функции печени

76. В патогенезе холецистита наиболее существенную роль играют:

хронический гепатит

снижение холатообразовательной функции печени

инфекционный процесс в желчных путях

гиперкинетическая дискинезия желчного пузыря

гипертония сфинктера Одди

77. В наибольшей степени на панкреатическую недостаточность указывает :

стеаторея

полифекалия

креаторея

амилорея

наличие крови и слизи в стуле

78. В клинической картине постхолецистэктомического синдрома наиболее часто отмечается:

- диспептический синдром**
- астеноневротический синдром
- гипертензивный синдром
- синдром мальабсорбции
- демпинг-синдром

79. В диагностике синдрома Жильбера основное значение имеет:

- стойкая гипербилирубинемия**
- гепатомегалия
- нарушение функциональных проб печени
- спленомегалия
- астенический синдром

80. При хроническом холецистите ведущим синдромом в клинике является:

- болевым**
- астеноневротический
- желтухи
- гепатолиенальный
- лихорадочный

81. Основные клинические симптомы, встречающиеся при заболеваниях желчевыводящих путей все, кроме:

- дисфагический**
- болевым
- диспептический
- астено-вегетативный
- холестатический

82. Симптом Кера определяется как:

- болезненность при глубокой пальпации области желчного пузыря**
- болезненность при поколачивании по правой реберной дуге
- болезненность при надавливании на диафрагмальный нерв между ножками
- грудиноключично-сосцевидной мышцы справа

усиление болезненности при глубокой пальпации области желчного пузыря на
высоте глубокого вдоха
болезненность в точке пересечения правой реберной дуги и наружного края прямой
мышцы живота

83. Назовите наиболее информативный метод диагностики ЖКБ:

УЗИ органов брюшной полости

обзорная рентгенография живота

дуоденальное зондирование

биохимическое исследование крови (билирубин, щелочная фосфатаза,

ГГТП,

холестерин)

ФГДС

84. К пузырьным симптомам относятся:

симптом Ортнера

френикус-симптом

симптом Мерфи

симптом Поргеса

85. Выберите возможные механизмы формирования гипомоторной дискинезии желчного

пузыря:

нарушение функции вегетативной нервной системы

дефицит холецистокинина

снижение выработки мотилина

86. «Золотой стандарт» диагностики холедохолитиаза:

эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография

УЗИ брюшной полости

эндоскопическое УЗИ

пероральная холецистография

КТ брюшной полости

87. При начальной стадии фиброза печени может выявляться следующий синдром:

Астеновегетативный синдром

Портальная гипертензия

Геморрагический синдром

Лихорадка

Печеночно-клеточная недостаточность

88. Наиболее оптимальным неинвазивным методом инструментальной диагностики фиброза печени является:

УЗИ-эластография печени

УЗИ печени

Биопсия печени

Сцинтиграфия печени

Геогепатография

89. Какой препарат имеет доказанное антифибротическое действие, благодаря содержанию в нем глицирризиновой кислоты:

Фосфоглив

Адеметионин

Эссенциале

Гепта-Мерц

Гепабене

90. Калькулезный холецистит может иметь осложнения:

панкреонекроз

гнойный холангит

гастродуоденальное кровотечение

стеноз фатерова сосочка

Раздел 4. «Заболевания поджелудочной железы»

91. Клетки поджелудочной железы, вырабатывающие ферменты - это:

клетки эпителиально-железистой ткани

клетки калликреиновой системы

В - клетки

Д - клетки

А – клетки

92. Важнейшим лабораторно-диагностическим тестом муковисцидоза является:

ЛОТОВЫЙ

- амилаза крови
- содержание аминокислот в кале
- содержание жира в кале
- мочевой синдром

93. Значительное увеличение в слюне и поте натрия, хлора и калия указывают на:

кистозный фиброз поджелудочной железы

- паротит
- сахарный диабет
- хронический панкреатит
- рак поджелудочной железы

94. При пенетрации язвы в поджелудочную железу часто повышается:

амилаза

- липаза
- глюкоза
- щелочная фосфатаза
- глюкагон

95. Секретин:

продуцируется слизистой оболочкой 12 п. к.

- повышает продукцию гастрина
- вызывает значительное снижение гастрина в сыворотке
- продуцируется поджелудочной железой
- повышает кислотность желудочного содержимого

96. Характерной клинической чертой хронического панкреатита является:

недостаточность функции внешней секреции (гипоферментемия)

- развитие сахарного диабета
- желтуха
- повышение аминотрансфераз
- гепатомегалия

97. Больному хроническим панкреатитом латентного течения показаны:

- диета с преобладанием белков**
- общий полноценный рацион
- диета с преобладанием жиров
- диета с преобладанием углеводов
- диета с повышенным содержанием железа

98. Терапия хронического панкреатита в фазе стойкой ремиссии включает:
диету №5п
хирургическое лечение
ингибиторы трипсина
ферментные препараты
анальгетики
99. Методом выбора лечения псевдоопухолевой формой хронического панкреатита является:
хирургический
консервативный
химиотерапия
рентгенотерапия
рефлексотерапия
100. В наибольшей степени на панкреатическую недостаточность указывает :
стеаторея
полифекалия
креаторея
амилорея
наличие крови и слизи в стуле

Раздел 5. «Заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей»

101. При снижении холатахолестеринового коэффициента возникает склонность к заболеванию:
калькулезным холециститом
бактериальным холециститом
хроническим гепатитом
циррозом печени
хроническим холангитом
102. Основной функцией желчи является:
эмульгация жиров
гидролиз углеводов
лизис белков
лизис жиров
нейтрализация желудочного содержимого
103. В лечении гиперкинетической формы дискинезии желчного пузыря используют:
спазмолитики, одестон
H₂-блокаторы гистамина
препараты группы сукральфата

беззондовые тубажи
хирургическое лечение

104. В лечении гипокинетической формы дискинезии желчного пузыря используют:

холекинетики, хофитол
спазмолитики
хирургическое лечение
антациды
ферменты

105. Отсутствие видимости желчного пузыря после введения йодированных соединений означает:

патологию желчного пузыря
снижение всасывания в кишечнике
снижение функции печени
снижение функции поджелудочной железы
снижение перистальтики кишечника

106. Желчные камни чаще всего состоят из:

холестерина
солей желчных кислот
оксалатов
мочевой кислоты
цистина

107. При желчнокаменной болезни имеет место:

снижение соотношения желчных кислот к холестерину
снижение уровня билирубина в моче
повышение уровня желчных кислот
повышение уровня лецитина
снижение уровня белков желчи

108. Чрезкожная холангиография является методом, позволяющим диагностировать:

непроходимость желчных путей с механической желтухой
хронический гепатит
билиарный цирроз печени
абсцесс печени
внутрипеченочный сосудистый блок

109. Лечение при холецистолитиазе включает применение:

хенодезоксихолевой кислоты
холевой кислоты
литохолевой кислоты

кетолитохолевой кислоты
дегидрохолевой кислоты

110. «Золотой стандарт» диагностики холедохолитиаза:

эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
УЗИ брюшной полости
эндоскопическое УЗИ
пероральная холецистография
КТ брюшной полости

111. Признаками хронического панкреатита являются нижеследующие, кроме:

повышение температуры
боль постоянная в сочетании с приступообразной
локализация боли в эпигастральной области
общая слабость
снижение аппетита

112. Применение каких лекарственных средств нецелесообразно в случае хронического панкреатита с выраженным болевым синдромом и нарушением внешней секреции в стадии обострения?

глюкокортикоиды
анальгетики
ингибиторы панкреатических ферментов
спазмолитики
антибиотики

113. В наибольшей степени на панкреатическую недостаточность указывает:

стеаторея
полифекалия
креаторея
амилорея
наличие крови и слизи в стуле

114. Стеаторея характерна для:

хронического панкреатита
хронического анацидного гастрита
язвенной болезни
язвенного колита

дисбактериоза кишечника

115. При хронических панкреатитах боль чаще всего возникает:

после употребления жирной пищи

после простудных заболеваний

после рвоты

после кофе

после тряской езды

116. Какой признак часто наблюдается при псевдотуморозном панкреатите:

желтуха

боль

поносы, запоры

рвота

сахарный диабет

117. Терапия хронического панкреатита в фазе стойкой ремиссии включает:

диету №5п

хирургическое лечение

ингибиторы трипсина

ферментные препараты

анальгетики

118. Препараты, используемые в терапии обострения хронического панкреатита все, кроме:

ганглиоблокаторы

антациды

неселективные М-холинолитики

ферменты

антиферментные препараты

119. Показания к хирургическому лечению хронического панкреатита все, кроме:

развитие сахарного диабета

холедолитиаз или другая патология, препятствующая оттоку секрета

поджелудочной

железы
стриктура большого дуоденального протока
злокачественные опухоли поджелудочной железы
развитие механической желтухи

120. Непосредственной причиной смерти больных хроническим панкреатитом могут быть:

инфекционно-гнойные осложнения
кровотечения из ЖКТ
карцинома поджелудочной железы
ДВС-синдром

121. Осложнениями хронического панкреатита НЕ является:

язвенная болезнь
механическая желтуха
полисерозиты
рак поджелудочной железы
левосторонний гидроторакс

122. Дифференциальный диагноз при хроническом панкреатите проводят с:

опухолью поджелудочной железы
язвенной болезнью
дискинезией желчного пузыря
функциональным расстройством сфинктера Одди

123. Какой признак часто наблюдается при псевдотуморозном панкреатите:

желтуха
боль
поносы, запоры
рвота
сахарный диабет

124. Плевральный выпот слева при хроническом панкреатите образуется из-за:

образования в диафрагме микрофистул
повышения активности ферментов поджелудочной железы

развития СН
инфекционного воспаления плевры

125. Назовите особенности морфологических изменений поджелудочной железы при

алкогольном панкреатите:

псевдокисты

кальцификаты

фиброзные изменения паренхимы

накопление липидов в ацинозных клетках

126. УЗИ поджелудочной железы позволяет оценить:

неравномерность контуров

размеры и плотность

наличие кистозных изменений

наличие кальцификатов

127. Ведущими симптомами для кист ПЖ следует считать:

боли

нарушение оттока панкреатического сока

прощупывание опухоли

симптомы сдавления других органов

128. Методом выбора лечения псевдоопухолевой формы хронического панкреатита является:

хирургический

консервативный

химиотерапия

рентгенотерапия

рефлексотерапия

129. Выработка каких ферментов относится к экзокринной функции поджелудочной железы:

амилаза

инсулин

глюкагон

соматостатин

панкреатический полипептид

130. Маркер внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы:
панкреатическая эластаза 1 кала
кальпротектин
трансферрин и гемоглобин кала
опухолевая пируваткиназа Tu M2 в кале

Раздел 6. «Заболевания тонкого и толстого кишечника»

131. В желудочно-кишечном тракте желчные кислоты подвергаются реабсорбции. Это происходит в:

подвздошной кишке
12-перстной кишке
толстой кишке
желудке
тощей кишке

132. У лиц с врожденной недостаточностью лактазы отмечается вздутие живота, скопление газов и диарея при переваривании:

молока
яиц
черного хлеба
капусты
сладостей

133. Самой маленькой адсорбирующей единицей слизистой тонкой кишки является:

микроворсинка
бокаловидная клетка
цилиндрическая клетка
ворсинка

134. Суточная норма клетчатки в питании составляет:

20 - 30 г
10 г
40-45 г
60 - 80 г
100- 150 г

135. Для синдрома раздраженной толстой кишки характерно:

общее состояние больного не страдает
гипохромная анемия
дефицит витамина С

пеллагрические изменения кожи
дефицит витаминов группы В

136. В терапию синдрома раздраженной толстой кишки с преобладанием запоров в терапию целесообразно включить:

пшеничные отруби

гранаты

сок капусты

сок алоэ

картофель

137. Чаще всего дивертикулы толстой кишки обнаруживаются в:

сигмовидной кишке

прямой кишке

нисходящей кишке

поперечно-ободочной кишке

слепой кишке

138. Самым часто встречающимся симптомом аденоматозного полипа толстой или прямой кишки является:

кровь при дефекации

боль

мелена

диарея

запор

139. В норме рН кала находится в пределах:

6,8 - 7,3

2,2 - 3,5

3,8 - 4,5

5,0 - 6,2

7,5 - 8,2

140. Поражение прямой кишки при неспецифическом язвенном колите может быть в:

100% случаев

10 - 20% случаев

25 - 50% случаев

50 - 70% случаев

70 - 85% случаев

141. При неспецифическом язвенном колите в патологический процесс вовлекается:

слизистая оболочка

слизистая и подслизистая оболочки

серозная оболочка
вся стенка кишки
мышечный слой кишки

142. Токсическая дилатация толстой кишки является типичным осложнением при:

неспецифическом язвенном колите
болезни Крона
дивертикулезе толстой кишки
врожденной долихосигме
полипозе толстой кишки

143. При неспецифическом язвенном колите диагностическое значение имеют следующие рентгенологические признаки:

изменения гаустрации, вплоть до ее исчезновения, укорочение и сужение просвета кишки
увеличение диаметра кишки
множественные гаустрации
вид «булыжной мостовой»
мешковидные выпячивания по контуру кишки

144. При неспецифическом язвенном колите легкой и средней степени тяжести медикаментозным средством выбора является:

сульфасалазин, месалазин
кортикостероиды
фталазол
левомицетин
ампициллин

145. При болезни Крона чаще поражается:

подвздошная кишка
пищевод
желудок
аппендикс
прямая кишка

146. Патологический процесс при гранулематозном колите чаще развивается в:

подслизистом слое
слизистой оболочке
мышечном слое
субсерозном слое
серозном слое

147. Типичными признаками стриктуры прямой кишки являются:

затруднения при дефекации

поносы

примесь крови

тенезмы

зуд

148. Целиакия характеризуется непереносимостью:

пшеницы

гречи

риса

овса

149. Клинические признаки синдрома мальабсорбции:

диарея

истощение

анемия

боли в костях, патологические переломы

150. Целиакии наиболее часто сопутствует кожное заболевание:

герпетиформный дерматит

псориаз

атопический дерматит

пемфигоид

пузырчатка

151. Наиболее ранним и постоянным признаком болезни Крона является:

диарея

боль в животе

лихорадка

примесь крови в кале

примесь гноя в кале

152. Какое действие оказывает стимуляция парасимпатической нервной системы на моторику желудочно-кишечного тракта:

увеличивает

тормозит

не влияет

дискоординирует

останавливает

153. Критерии, исключающие диагноз СРК:

наличие ночной симптоматики

наличие анемии

прогрессирующее похудание

154. Кал принимает черный цвет:

после приема внутрь препарата железа

при кровотечении из толстого кишечника

при анацидном гастрите

при желтухе

при кровотечении из геморроидальных узлов

155. Что характерно для язвенного колита из перечисленных изменений в периферической крови?

ускорение СОЭ

замедление СОЭ

эритроцитоз, ретикулоцитоз

гипертромбоцитоз

лейкопения

156. Известно, что целиакия может осложняться развитием:

лимфомы

фибромы

ангиосаркомы

бластомы

гемангиомы

157. Алая кровь на поверхности кала (вслед за началом дефекации) является признаком:

кровотечение из дистальных отделов толстого кишечника

кровотечение из дистальных отделов тонкого кишечника

кровотечение из проксимальных отделов толстого кишечника

кровотечение из проксимальных отделов тонкого кишечника

158. К механизмам нарушения всасывания относятся:

уменьшение общей всасывательной поверхности
ускорение моторной функции
нарушение мезентериального кровотока
структурные изменения слизистой оболочки

159. Клинические признаки колитического синдрома все, КРОМЕ:

обильный стул

частый, до 10 раз в сутки стул

тенезмы

скудный стул, со слизью и кровью

схваткообразные боли в ниже-боковых отделах живота

160. Какая часть кишки чаще всего поражается при НЯК, с которой, как правило, начинается воспаление:

прямая

подвздошная

сигмовидная

поперечно-ободочная

слепая

161. Поддерживающая терапия целиакии включает в себя:

аглютеную диету

ферменты

витамины

в тяжелых случаях - малые дозы глюкокортикоидов

162. При дивертикулезе толстой кишки встречаются следующие осложнения

перфорация

кровотечение

дивертикулит

тромбозы

163. Какой из клинических признаков наиболее часто сочетается с раком слепой кишки?

анемия

кишечный дискомфорт

кишечная непроходимость
наличие пальпируемой опухоли
субфебрилитет

164. Эндоскопическими критериями поражения толстой кишки при неспецифическом язвенном колите НЕ являются:

глубокие щелевидные язвы
гиперемия и отёк слизистой оболочки
контактная ранимость и кровоточивость
поверхностные дефекты слизистой оболочки
поверхностное сплошное воспаление

165. В каком случае уменьшается диаметр кишки обычно в сочетании с плотной консистенцией и болезненностью:

спазм гладкой мускулатуры кишки
спайки между кишкой и задней брюшной стенкой вследствие перенесенного воспаления или опухоли
большое количество газов в кишке
переполнение кишки жидким содержимым
воспалительный процесс в кишке, особенно в серозной оболочке

166. Какой признак не характерен для язвенного колита:

рвота
боли
поносы
запоры
наличие крови в кале

167. Целиакия характеризуется непереносимостью:

пшеницы
овса
риса
гречи

168. Клинические признаки синдрома мальабсорбции:

диарея

истощение

анемия

боли в костях, патологические переломы

169. Целиакии наиболее часто сопутствует кожное заболевание:

герпетиформный дерматит

псориаз

атопический дерматит

пемфигоид

пузырчатка

170. Для энтерального копрологического синдрома особенно характерно наличие:

нейтрального жира

слизи

крови

йодофильной флоры

лейкоцитов

Раздел 7. «Современные методы диагностики и лечения»

171. Показанием к эзофагоскопии не является:

травма грудной клетки

грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

эзофагит

рак пищевода

варикозное расширение вен пищевода

172. Из указанных заболеваний относительным противопоказанием к эзофагоскопии является:

острое воспалительное заболевание миндалин, глотки, гортани, бронхов

варикозное расширение вен пищевода

эпилепсия

эзофагит

рак пищевода

173. Показанием к плановой гастроскопии является:

обострение хронического гастрита

язва желудка;

рак желудка

доброкачественная подслизистая опухоль желудка

174. Показанием к экстренной гастроскопии не является:

полип желудка

анастомоз

инородное тело

желудочно-кишечное кровотечение

175. При наличии у больного симптомов желудочно-кишечного кровотечения ему следует произвести:

эзофагогастродуоденоскопию

обзорную рентгенографию органов грудной и брюшной полости

рентгенографию желудочно-кишечного тракта с бариевой взвесью

колоноскопию

ректороманоскопию

176. Какой метод диагностики язвенной болезни желудка наиболее достоверный?

гастрофиброскопия

рентгеноскопия

ультразвуковое исследование

лапароскопия

рентгенография

177. Эндоскопическими критериями поражения толстой кишки при неспецифическом язвенном колите НЕ являются:

глубокие щелевидные язвы

гиперемия и отёк слизистой оболочки

контактная ранимость и кровоточивость

поверхностные дефекты слизистой оболочки

поверхностное сплошное воспаление

178. Какие из нижеперечисленных исследований являются наиболее информативными в диагностике желчнокаменной болезни?

ультразвуковая эхолокация

радионуклидное исследование

термография

лапароскопия

гепатосцинтиграфия

179. Назовите наиболее информативный метод диагностики ЖКБ:

УЗИ органов брюшной полости

обзорная рентгенография живота
дуоденальное зондирование
биохимическое исследование крови (билирубин, щелочная фосфатаза, ГГТП, холестерин)
ФГДС

180. «Золотой стандарт» диагностики холедохолитиаза:

эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
УЗИ брюшной полости
эндоскопическое УЗИ
пероральная холецистография
КТ брюшной полости

Раздел 8. «Онкогастроэнтерология»

181. В дифференциальной диагностике злокачественной язвы от доброкачественной можно использовать:

морфологию
локализацию язвы
размеры
глубину
кровоточивость

182. Назовите классическую триаду карциноидного синдрома (карциноидная опухоль поджелудочной железы):

приступы гиперемии и приливов крови к лицу, туловищу, иногда сопровождающиеся бронхоспазмом
диарея
развитие эндокардиального фиброза с отложением бляшек на створках трехстворчатого клапана, клапана легочной артерии и формированием недостаточности трикуспидального клапана и стеноза легочной артерии
запоры

183. При раке большого дуоденального соска встречаются все перечисленные симптомы, кроме

повышения сахара в крови
дуоденального кровотечения
коликообразных болей
дуоденостаза
лихорадки с ознобом

184. Наиболее частая локализация рака поджелудочной железы:

головка

диффузная

хвост

тело

выводной проток

185. Ведущий симптом рака пищевода:

дисфагия

тупые боли в груди

приступы кашля

осиплость голоса

лихорадка

186. Опухоль Крукенберга представляет собой метастазы карциномы желудка в:

яичники

головной мозг

надключичные лимфоузлы

печень

брюшину

187. Какая локализация опухоли в ободочной кишке наиболее часто обуславливает состояние кишечной непроходимости?

рак нисходящей и сигмовидной кишки

рак печеночного изгиба

рак слепой кишки

рак поперечноободочной кишки

рак селезеночного изгиба кишки

188. Какой характер кровоточивости у больного раком прямой кишки?

появление крови перед актом дефекации

появление алой крови в конце акта дефекации

профузное ректальное кровотечение

примесь алой крови к каловым массам

мелена

189. Частота метастазирования рака ободочной кишки обусловлена:

степенью дифференциации клеточных элементов опухоли

локализацией опухоли

макроскопической формой опухоли

микроскопическим строением опухоли

размером опухоли

190. Назовите классическую триаду карциноидного синдрома (карциноидная опухоль поджелудочной железы):

приступы гиперемии и приливов крови к лицу, туловищу, иногда сопровождающиеся бронхоспазмом; диарея; развитие эндокардиального фиброза с отложением бляшек на створках трехстворчатого клапана, клапана легочной артерии и формированием недостаточности трикуспидального клапана и стеноза легочной артерии

коллаптоидные реакции; запоры; желтуха

лихорадка, похудание, анорексия

суставной синдром, тахикардия, диарея

приступы резкой бледности, тахикардия, артериальная гипертензия

191. α - фетопропротеин обнаруживается в крови больных:

первичным гепатоцеллюлярным раком печени

полипозным гастритом

лейомиомой желудка

полипом прямой кишки

туморозной формой хронического панкреатита

192. Часто дают метастазы в печень опухоли, локализующиеся

в желудке

в толстой кишке

в легких

в поджелудочной железе

193. Рак желчного пузыря чаще всего ассоциирован с:

холедохолитиазом

циррозом печени

язвенной болезнью

гастродуоденитом

дивертикулезом кишечника

194. Характерные клинические симптомы рака желчного пузыря все, КРОМЕ:

отечный

болевого

диспепсический

потеря массы тела

желтуха

195. При раке фатерова сосочка при объективном исследовании наиболее часто определяется:

симптом Курвуазье

симптом Кера

симптом Мак-Кензи

симптом Мюсси

симптом Менделя

196. В патогенезе рака печени имеют значение

вирусный гепатит В

андрогенные стероиды

травмы печени

генетические особенности организма

197. На операции обнаружен спавшийся желчный пузырь, общий желчный проток менее 4 мм, дуоденум и панкреас - без изменений. Печень увеличена, внешний вид ее похож на билиарный цирроз. Этот симптомокомплекс наиболее характерен

для карциномы бифуркации печеночных протоков

для холестатического гепатита

первичного билиарного цирроза

вторичного склерозирующего холангита

первичного склерозирующего холангита

198. В отношении рака тонкой кишки верны следующие положения

чаще болеют мужчины

чаще болеют люди в возрасте старше 50 лет

это часто встречающееся заболевание

199. Рак тонкой кишки метастазирует

в регионарные лимфоузлы

в почки

в легкие

в кости

200. К начальным проявлениям рака тонкой кишки относятся все следующие, кроме

крови в кале

локализованных болей в животе

вздутия живота (локализованного)

запоров, сменяющихся поносами

Раздел 9. «Ургентная гастроэнтерология»

201. Первоочередной задачей при инородных телах пищевода являются:

удаление инородного тела

противошоковая терапия

промывание пищевода

хирургическое лечение

трахеостомия

202. Редким осложнением аксиальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы является:

ущемление

катаральный рефлюкс-эзофагит

кровотечение

рефлекторная стенокардия

эрозивно-язвенный эзофагит

203. Рациональным лечением флегмоны желудка является:

хирургическое

симптоматическое

физиотерапевтическое

санаторно-курортное

фитотерапевтическое

204. Подтверждающим перфорацию язвы является:

рентгенологически определяемый газ под правым куполом диафрагмы

острые боли внизу живота

повышение артериального давления

нарастающая анемия

метеоризм

205. Больного с острым холециститом необходимо госпитализировать в отделение:

хирургическое

терапевтическое

инфекционное

реанимационное

гастроэнтерологическое

206. Для острого тромбоза в системе воротной вены наименее характерна:

желтуха

острая боль

повторная рвота

портальная гипертензия

коллапс

207. Синдром Меллори-Вейса чаще всего сопровождается:

- алкоголизм**
- язвенную болезнь
- лимфому
- карциному
- грыжу пищеводного отверстия диафрагмы

208. При симптомокомплексе "острого живота" исчезновение "печеночной тупости" свидетельствует:

- о перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки**
- об остром панкреатите
- о функциональной кишечной непроходимости
- о механической кишечной непроходимости
- о правостороннем пневмосклерозе

209. Частыми причинами развития острой печеночной недостаточности является:

- алкогольное поражение печени**
- лекарственное поражение печени**
- острый вирусный гепатит**
- промышленные токсины**

210. При ожогах пищевода могут быть осложнения:

- кровотечение**
- стриктуры**
- медиастенит**
- рефлюкс-эзофагит

211. Инструментальные поражения пищевода возможны при:

- введении зонда**
- бужировании**
- эзофагоскопии**
- рентгеновском исследовании

212. Для клинической картины разрыва желудка характерно:

- резчайшая боль**
- кровавая рвота**
- отсутствие печеночной тупости**
- коллапс**

213. Мужчина 55 лет три года страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с частыми рецидивами. На терапию H₂-гистаминблокаторами реагировал положительно. Поступил с кровоточащей

язвой. За 4 недели терапии ранитидином язва зарубцевалась. Какова дальнейшая лечебная тактика?

- поддерживающая терапия Н2-гистаминблокаторами**
- прерывистая курсовая терапия Н2-гистаминблокаторами
- хирургическое лечение
- терапия сукральфатом
- курсовая терапия омепразолом

214. Признаками перфорации язвы являются:

- отсутствие печеночной тупости**
- сильнейшая боль в эпигастрии**
- ригидность передней брюшной стенки**
- гиперперистальтика

215. Пенетрацию язвы подтверждают симптомы:

- усиление болей**
- уменьшение ответной реакции на антациды**
- появление болей в спине**

216. К экстравезикальным осложнениям острого холецистита относятся:

- перитонит**
- холангит**
- панкреатит**
- сепсис**

217. Причинами возникновения острого холецистита являются:

- инфекция**
- нарушение оттока желчи**
- нарушение обмена желчи в пузыре**
- камни желчного пузыря**

218. Дегтеобразный стул появляется при повреждении следующих отделов пищеварительного тракта:

- пищевода**
- желудка**
- двенадцатиперстной кишки**
- сигмовидной кишки

219. Для острого токсического гепатита характерны симптомы:

- желтуха**
- рвота**
- кровохарканье
- нарушения ритма сердца

220. К неотложным действиям при пищевой токсикоинфекции относятся:
назначение инфузионной и дезинтоксикационной терапии
исследование кала и рвотных масс на наличие возбудителя
экстренная лапароскопия
назначение антибиотиков
ректороманоскопия

Раздел 10. «Особенности поражения органов пищеварения при других заболеваниях»

221. При склеродермии пищевода чаще всего поражаются:
кардиоэзофагеальный сфинктер
поддиафрагмальная часть пищевода
глоточно-пищеводный сфинктер
средняя треть пищевода

222. Туберкулезное поражение желудка проявляется в виде:
язв
гранулематозного гастрита
инфильтративно-склеротической формы
диффузной инфильтрации

223. Жировой гепатоз наиболее характерен для:
сахарного диабета
склеродермии
хронической недостаточности кровообращения
красной волчанки
саркоидоза

224. Спленомегалия и лихорадка неясного генеза дают основание заподозрить:
инфекционный мононуклеоз
тифопаратифозные заболевания
бактериальный эндокардит
вирусный гепатит

225. Доброкачественная желтуха беременных вызывается:
высоким уровнем эстрогенов
высоким уровнем прогестерона
ингибированием глюкуронил-трансферазы
аутоиммунным процессом
некрозом гепатоцитов

226. Цирроз печени, формирующийся при констриктивном перикардите, обычно характеризуется:

**упорным асцитом
высоким венозным давлением
резкой одышкой, набуханием шейных вен, цианозом
гиперспленизмом**

227. Туберкулез кишечника может осложняться:

**прободением язв
перитонитом
кишечной непроходимостью
кишечным кровотечением**

228. Возбудитель описторхоза локализуется в:

желчновыделительной системе и поджелудочной железе
желчном пузыре
поджелудочной железе
желудочно-кишечном тракте
желудке

229. Морфологическим субстратом поражение печени при саркоидозе является:

специфическая гранулёма
холестатический гепатит
гранулематозный гепатит
жировая дистрофия

230. При токсико-инфекционном шоке у больных брюшным тифом отмечаются симптомы:

**тахикардия
снижение артериального давления
нарушения микроциркуляции**

231. При диффузном токсическом зобе отмечают

**поражение печени
поносы
поражение пищевода**

232. Возбудитель описторхоза локализуется

в желчевыделительной системе и поджелудочной железе
только в желчном пузыре
в поджелудочной железе
в желудочно-кишечном тракте

233. К пищевой непереносимости относят

**дефицит лактазы
псевдоаллергические реакции**

пищевую аллергию
глютенную энтеропатию

234. Средствами патогенетической терапии пищевой аллергии являются все перечисленные, кроме

ферментов
антигистаминных препаратов
кортикостероидов
антагонистов протеиназ

235. Характерными симптомами болезни Аддисона являются

гипотония
адинамия
тошнота
расстройство стула

236. Для поражения печени при хронических лимфолейкозах характерно

гепатомегалия
портальная гипертензия
гипербилирубинемия

237. Поражение печени при саркоидозе трудно дифференцировать

с первичным билиарным циррозом печени
с жировым гепатозом
с кардиальным циррозом печени
с гепатокарциномой

238. Язва 12-перстной кишки часто возникает

при циррозе печени
при надпочечниковой недостаточности
при анемии Аддисона - Бирмера
при недостаточности гипофиза
при беременности

239. Поражение печени при сахарном диабете клинически проявляется

гепатомегалией
спленомегалией
желтухой
носовыми кровотечениями
асцитом

240. Клиническими проявлениями СПИДа являются

лихорадка
ознобы
лимфаденопатия

понос

Раздел 11. «Особенности заболеваний органов пищеварения у подростков»

241. Одной из наиболее частых причин острого эзофагита у детей является **нерегулярное и неполноценное по составу питание**
длительный прием салицилатов
пищевая аллергия
хронические заболевания печени и желчных путей
242. Постельный режим ребенку с обострением хронического гастродуоденита рекомендуют соблюдать до **исчезновения самостоятельных болей**
исчезновения пальпаторных болей
исчезновения диспепсических явлений
полного выздоровления
243. Существенную роль в язвообразовании у детей отводят **хеликобактерным микроорганизмам**
кишечной палочке
протею
палочке молочно-кислого брожения
244. Осложнение язвенной болезни у детей, требующее немедленного оказания помощи
кровотечение
пенетрация
малигнизация
деформация луковицы двенадцатиперстной кишки
245. Язвенное кровотечение характеризуется меленой и отсутствием рвоты при локализации язвы
в двенадцатиперстной кишке
на малой кривизне желудка
в кардиальном отделе желудка
на большой кривизне желудка
246. Рвота "кофейной гущей" у детей возникает при **кровотечении из язвы**
деформации луковицы двенадцатиперстной кишки
пенетрации язвы
перфорации язвы

247. Упорный болевой синдром, не уменьшающийся от приема антацидов, с рвотой, на приносящей облегчения, характерен для осложнения язвенной болезни у детей

пенетрация язвы

кровотечение из язвы

перфорация язвы

деформация луковицы двенадцатиперстной кишки

248. Появление на фоне симптомов язвенной болезни у детей чувства переполнения желудка, отрыжки тухлым, рвоты с остатками пищи, съеденной накануне, похудание свидетельствует об осложнении

стеноз привратника

малигнизация язвы

перфорация язвы

пенетрация язвы

249. Препарат, влияющий на хеликобактерные микроорганизмы, для лечения язвенной болезни у детей

де-нол

ранитидин

атропин

гастроцепин

250. Для восстановления моторно-эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки при язвенной болезни у детей назначают

гастроцепин

ранитидин

де-нол

атропин

Раздел 12. «Гастроэнтерологическая помощь в амбулаторных условиях»

251. Рентгенологически выявленное отсутствие перистальтики в дистальном отделе пищевода при нормальной моторике в проксимальном отделе характерно для:

склеродермии

ахалазии пищевода

диффузного спазма пищевода

эзофагита

пищевода Баррета

252. К основным методам исследования, позволяющим верифицировать диагноз хронического гастрита, не относится:

дуоденальное зондирование

анализ желудочного сока

рентгенография желудка
гастроскопия
морфологическое исследование слизистой оболочки желудка

253. Наличие триады симптомов - стойкое повышение желудочной секреции, изъязвление ЖКТ, диарея - указывает на:

синдром Золлингера-Эллисона
язвенную болезнь с локализацией в желудке
язвенный колит
язвенную болезнь с локализацией в постбульбарном отделе
хронический панкреатит

254. Для клиники хронического гастрита характерно:

диспепсический синдром
субфебрильная температура
умеренный лейкоцитоз
диарея
спастический стул

255. Наличие эрозий в антральном отделе желудка характерно для:

хеликобактерной инфекции
острого гастрита
аутоиммунного гастрита
гранулематозного гастрита
болезни Менетрие

256. Какой из нижеперечисленных нестероидных противовоспалительных препаратов реже других вызывает язвенные изменения ЖКТ?

мелоксикам
индометацин
вольтарен
реопирин
диклофенак

257. Для целиакии спру характерно все перечисленное, кроме:

лихорадки
метеоризма
поносов
полифекалии
истощения

258. Усиливают диарею при целиакии спру:

белые сухари
мясо
сырые овощи и фрукты

рис
кукуруза

259. Употребление какого из перечисленных злаков или продуктов из него не вызывает ухудшения течения целиакии спру?

кукуруза
пшеница
рожь
овес
ячмень

260. Ведущим фактором в возникновении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки не является:

заболевания желчного пузыря
гиперсекреция соляной кислоты
дуоденит
хеликобактериоз
курение

261. При лечении диареи можно применять отвар:

ольховых шишек
ромашки
мяты
цветов бессмертника
толокнянки

262. При наличии диареи и отсутствии синдрома мальабсорбции можно думать о:

синдроме раздраженной кишки
ахлоргидрии
истерии
гранулематозном колите
глютеновой энтеропатии

263. Креаторея характерна для:

хронического панкреатита
болезни Крона
ишемического колита
синдрома раздраженной кишки
дискинезии желчного пузыря

264. Лучший метод дифференциальной диагностики склеродермии и ахалазии:

рентгеноскопия

биопсия пищевода

эзофагоскопия

атропиновый тест

цитологические исследования

265. Заболевания, сопровождающиеся изжогой, не включают:

дискинезию желчного пузыря

язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки

высокую язву малой кривизны желудка

скользящую грыжу пищеводного отверстия диафрагмы и рефлюкс-эзофагит

гастрит

266. Признаком перфорации язвы является:

ригидность передней брюшной стенки

лихорадка

рвота

изжога

гиперперистальтика

267. При диетотерапии язвенной болезни включение белковых пищевых продуктов при дробном питании приведет:

к снижению агрессивности желудочного содержимого

к повышению агрессивности желудочного содержимого

агрессивность не изменится

к понижению слизисто-бикарбонатного барьера

к диарее

268. Желудочную секрецию снижает:

фамотидин

солкосерил

сайтотек

венгер
НО-ШПА

Раздел 13. «Физиологические основы гастроэнтерологии»

269. а-амилазу секретируют
околоушные слюнные железы
поджелудочная железа
кишечник
270. Значительное увеличение сывороточной амилазы указывает
на паротит
на острый панкреатит
на перитонит
на острый гепатит
271. Активность трипсина в сыворотке крови повышается
при остром панкреатите
при обострении хронического панкреатита
при язвенной болезни
при перитоните
272. Ингибиторы трипсина повышаются в сыворотке крови
при обострении хронического панкреатита
при панкреонекрозе
при сепсисе
при перитоните
273. Конъюгировать билирубин способны:
печень
мышцы
поджелудочная железа
почки
кишечник
274. При повышении уровня неконъюгированного билирубина крови при гемолизе эритроцитов характерны:

уробилинурия

кожный зуд

гипертрансаминаземия

увеличение щелочной фосфатазы

275. Конъюгированный билирубин образуется в клетках печени с помощью фермента:

глюкуронилтрансферазы

лейцинаминопептидазы

кислой фосфатазы

нуклеотидазы

276. Уробилиноген образуется:

в кишечнике

в почках

в печени

в моче

277. Неконъюгированная гипербилирубинемия развивается в результате всех следующих метаболических нарушений, кроме:

расстройства экскреции билирубина в печени

увеличения производства билирубина

снижения захвата билирубина печенью

дефицита глюкоронилтрансферазы в гепатоцитах

278. Повышение аланиновой трансаминазы в сыворотке крови может быть вызвано всеми перечисленными состояниями, кроме:

заболевания почек

некроза гепатоцитов любой этиологии

миокардита

травмы скелетных мышц

инфаркта миокарда

279. Активность аланиновой трансаминазы в крови повышается при всех заболеваниях, кроме:

жирового гепатоза

хронического активного гепатита
активного цирроза печени
инфаркта миокарда
хронического персистирующего гепатита

280. Повышение g-глутамилтранспептидазы в крови может быть обусловлено всем перечисленным, кроме

назначения стероидов

холестаза

употребления алкоголя

инфекционного мононуклеоза

отравления любым гепатотоксическим веществом

281. Увеличение активности щелочной фосфатазы наблюдается

при холестазае внутрипеченочном

при механической желтухе

при первичном раке печени

при гемолитической анемии

282 Гипоальбуминемия наблюдается:

при циррозе печени

при гепатолентикулярной дегенерации

при гематоме

при персистирующем гепатите

283. В желудочно-кишечном тракте желчные кислоты подвергаются реабсорбции. Это происходит:

в подвздошной кишке

в толстой кишке

в 12-перстной кишке

284. Холестатическая желтуха характеризуется:

кожным зудом

гипербилирубинемией с преобладанием конъюгированной фракции

гипохолестеринемией

285. Обезвреживающая функция печени осуществляется через:
- окислительные процессы**
 - гидролиз**
 - конъюгацию**
 - усиление выделения веществ**
286. Фибриноген синтезируется исключительно
- в гепатоцитах**
 - в пищеварительном тракте
 - в плазматической клетке
 - в селезенке
 - в купферовских клетках
287. При поражении печени гипофибриногенемия вызывается всеми перечисленными факторами, кроме:
- усиленного связывания с белком**
 - уменьшения синтеза фибриногена
 - потребления во время внутрисосудистой коагуляции
 - уменьшения во время массивной кровопотери
 - разрушения вследствие патологической фибринолитической активности
288. а-фетопроtein обнаруживается в крови больных:
- первичным гепатоцеллюлярным раком печени**
 - полипозным гастритом
 - лейомиомой желудка
 - полипом прямой кишки
 - туморозной формой хронического панкреатита
289. Для цитолитического синдрома характерны морфологические изменения в виде:
- гидропической (баллонной) дистрофии**
 - некроза гепатоцитов**
 - жировой дистрофии гепатоцитов
290. Для цитолитического синдрома характерны все перечисленные биохимические изменения, кроме:

снижения всех показателей

повышения активности аланиновой аминотрансферазы
повышения активности аспарагиновой аминотрансферазы
повышения альдолазы
повышения сывороточного железа

291. Наиболее ранним и чувствительным показателем печеночного цитолитического синдрома является

повышение активности аланиновой аминотрансферазы

повышение альдолазы
повышение активности аспарагиновой аминотрансферазы
гипоальбуминемия
гиперферремия

292. Лабораторными показателями, характерными для печеночного мезенхимально-воспалительного синдрома, являются:

гипер-g-глобулинемия

повышение в крови продуктов деградации соединительной ткани (С-реактивного белка, гексоз, серомукоида)

гипербилирубинемия
гипертрансаминаземия

293. Внутрипеченочный холестаз характеризуют все перечисленные показатели, кроме:

увеличения в сыворотке крови неконъюгированной фракции билирубина

билирубинурии
увеличения в крови щелочной фосфатазы
гиперхолестеринемии
появления желчных кислот в крови

294. В диагностике холестатического синдрома имеют значение все перечисленные показатели, кроме

повышения непрямого билирубина крови

повышения щелочной фосфатазы крови
повышения прямого билирубина крови
повышения холестерина

повышения γ -глутамилтранспептидазы

295. Появление билирубина в моче указывает

на паренхиматозную желтуху

на подпеченочную желтуху

на гемолитическую желтуху

296. Увеличение активности амилазы в моче наблюдается при всех перечисленных заболеваниях, кроме

цирроза печени

острого панкреатита

обострения хронического панкреатита

панкреонекроза

перитонита

297. Снижение стеркобилина в кале наблюдается

при паренхиматозной желтухе

при механической желтухе

при гемолитической анемии

298. Креаторея наблюдается

при ахилии

при гнилостной диспепсии

при недостаточности внешней секреции поджелудочной железы

299. Стеаторея в виде нейтрального жира характерна

для механической желтухи

для паренхиматозной желтухи

для хронических панкреатитов

300. Желудочный сок содержит

соляную кислоту

протеазы

липазу

гастромукопротеин

Перечень вопросов для II этапа итоговой (государственной итоговой) аттестации в ординатуре по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология

1. Методы выявления *H.pylori*, подготовка больного, показания, оценка результатов.
2. Принцип метода, показания и противопоказания, подготовка больного к проведению МРТ органов брюшной полости.
3. Суточная рН-импедансометрия. Показания для проведения. Подготовка к проведению, техника проведения.
4. Принцип метода, показания, оценка результатов внутрипищеводной рН-метрии.
5. Манометрия высокого разрешения. Показания для проведения двигательной функции пищевода. Значение в дифференциальной диагностике (ГЭРБ, ахалазия кардии, эзофагоспазм, дисфагия, боль в грудной клетке).
6. Методы переливания крови, показания, побочные реакции.
7. Принцип метода фиброгастроскопии, подготовка больного, показания и противопоказания.
8. Принцип метода рентгенологического исследования желудка пищевода и 12 п.к., подготовка больного, показания и противопоказания. Оценка результатов исследования.
9. Принцип метода рентгенологического исследования желчного пузыря и желчных путей, подготовка больного, показания и противопоказания.
10. Инструментальные методы исследования печени. Значение в диагностике (УЗИ, Доплеровское соннография, КТ, МРТ, МРХПГ).
11. Ультразвуковое исследование печени, принцип метода, оценка результатов исследования.
12. Методика промывания желудка толстым и тонким зондом, показания.
13. Методика проведения, показания и оценка результатов плевральной пункции.
14. Показания, противопоказания и принципы проведения гемодиализа.
15. Методика определения группы крови и резус факторы.
16. Методика пальпации и перкуссии органов брюшной полости, интерпретация полученных данных.
17. Методика пальцевого исследования прямой кишки.
18. Методика проведения и оценка результатов перкуссии и пальпации печени.
19. Принципы метода проведения КТ органов брюшной полости.
20. УЗИ диагностика заболеваний желчного пузыря (УЗ-холецистография или билиосцинтиграфия с холецистографией с определением фракции опорожнения желчного пузыря). Показания. Алгоритм ведения пациентов с дискинезией желчного пузыря.
21. Методика проведения и оценка результатов дуоденального зондирования.
22. Оказание первой врачебной помощи при остром панкреатите.

23. Оказание первой помощи при острой кишечной непроходимости.
24. Неотложная помощь при отравлении снотворными.
25. Неотложная помощь при синдроме мальабсорбции.
26. Оказание первой врачебной помощи при прободной язве.
27. Оказание первой врачебной помощи при желчной колике.
28. Неотложная помощь при желудочно–кишечном кровотечении.
29. Оказание неотложной помощи при печеночной коме, печеночной энцефалопатии,
30. Неотложная помощь при напряженном асците.

Перечень вопросов для III этапа итоговой (государственной итоговой) аттестации по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология.

1. Ахалазия кардии. Этиология. Морфология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина, диагноз, осложнения. Лечение. Консервативное лечение. Показания, возможности, методы и результаты хирургического лечения.
2. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Значение эндоскопического исследования и внутрижелудочной рН-метрии в диагностике заболевания. Классификация. Течение и осложнения. Лечение. Консервативное лечение. Показания к хирургическому лечению.
3. Эозинофильный эзофагит. Определение. Этиология. Диагностика. Медикаментозное и хирургическое лечение.
4. Синдром Барретта. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Течение и осложнения. Дифференциальная диагностика. Лечение. Консервативное лечение. Хирургическое лечение.
5. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина. Параэзофагеальные грыжи. Врожденный короткий пищевод. Инструментальная диагностика. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Лечение. Консервативное лечение. Показания к хирургическому лечению.
6. Синдром Меллори-Вейсса. Этиология. Патогенез. Клиника. Течение. Лечение.
7. Функциональная (идиопатическая) диспепсия (синоним: неязвенная диспепсия). Определение понятия. Клинические варианты неязвенной диспепсии. Дифференциальный диагноз. Особенности лечения.
8. Язва желудка (синоним: язвенная болезнь желудка). Эрозия желудка. Язва пептическая: пилорического канала, медиогастральная. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Клинические варианты течения. Осложнения. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Консервативное лечение. Хирургическое лечение. Диспансеризация и профилактика.
9. Дуоденальная язва (синоним: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки). Эрозия двенадцатиперстной кишки. Язва пептическая

двенадцатиперстной кишки. Язва постпилорическая. Этиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Клинические варианты течения. Осложнения. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Показания к хирургическому лечению.

10. Пенетрирующая язва. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Консервативное лечение. Хирургическое лечение. Каллезная язва. Морфология. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Консервативное лечение. Хирургическое лечение. Перфорация язвы. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Хирургическое лечение.

11. Язвенное кровотечение. Методы ранней диагностики. Методы интенсивной терапии и ведения больных с язвенным кровотечением. Хирургическое лечение.

12. Стеноз привратника. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Консервативное лечение. Хирургическое лечение.

13. Синдром Золлингера-Эллисона. Этиология, патогенез. Особенности клиники, диагностики. Дифференциальный диагноз. Медикаментозное лечение. Оперативное лечение.

14. Хронический атрофический гастрит. Желудочная атрофия. Этиология и патогенез. Особенности клиники, диагностики и лечения.

15. Особые формы гастритов. Хронический гипертрофический гастрит. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Гранулематозный гастрит. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Болезнь Менетрие. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Эозинофильный гастрит. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Лимфоцитарный гастрит. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Дуоденит хронический. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.

16. Постгастрорезекционные расстройства. Демпинг-синдром. Синдром приводящей петли. Гипогликемический синдром. Постгастрорезекционная дистрофия. Пептическая язва анастомоза. Клиника. Диагностика. Лечение.

17. Дифференциальный диагноз при основных клинических синдромах поражения печени: гепатомегалия, гепатолиенальный синдром, желтуха, портальная гипертензия, асцит, геморрагический синдром, синдром печеночной энцефалопатии, гепаторенальный синдром, холестатический синдром.

18. Дифференциальный диагноз при основных клинико-лабораторных синдромах. Синдром цитолиза, холестаза, иммунно-воспалительный синдром, синдром печеночно-клеточной недостаточности.

19. Инструментальные методы исследования печени. УЗИ. Пункционная биопсия. Лапароскопия. Диагностические возможности методов, показания, противопоказания, подготовка больных, ведение больных после исследования.

20. Лекарственное поражение печени. Лекарственные средства наиболее часто вызывающие ЛПП. Факторы риска развития ЛПП. Алгоритм диагностики ЛПП. Лечение.
21. Метаболически ассоциированная жировая болезнь печени. Группы риска. Диагностика фиброза, индексы стеатоза. Прогноз по степени фиброза. Медикаментозное лечение.
22. Алкогольная болезнь печени. Факторы риска. Критерии установления диагноза. Дифференциальная диагностика. Лабораторно-диагностические методы исследования. Инструментальные методы исследования. Стратификация критериев нутритивной недостаточности по степеням. Медикаментозное лечение.
23. Циррозы печени. Определение состояния или группы заболеваний. Особенности кодирования заболевания. Классификация асцитов, классификация инфицированных асцитов, портальной гипертензии по уровню портального блока. Подходы к лечению.
24. Печеночная энцефалопатия. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Стандарты лечения.
25. Печеночная кома. Экзогенная, эндогенная, смешанная. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Неотложная помощь, консервативная терапия, показания к трансплантации печени.
26. Первичный билиарный холангит. Этиология. Патогенез. Стратификация риска. Особенности течения. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современные подходы к терапии.
27. Аутоиммунный гепатит. Определение. Клинические проявления. Специфические характеристики. Алгоритм диагностики. План обследования. Диагностические критерии. Стратегия лечения аутоиммунного гепатита. Алгоритм выбора препаратов для лечения. Диспансеризация пациентов, у которых установлена ремиссия.
28. Первичный склерозирующий холангит. Этиология. Патогенез. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современное лечение.
29. Гемохроматоз. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современное лечение.
30. Гепатолентикулярная дегенерация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение.
31. Порфирии. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение.
32. Амилоидоз печени. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение.
33. Неалкогольная жировая болезнь печени, группы риска. Диагностика фиброза, индексы стеатоза. Сердечно-сосудистые проявления при НАЖБП, прогноз по степени фиброза от заболеваний печени и сердечно-сосудистых рисков.

34. Болезни сосудов печени. Тромбоз воротной вены. Тромбофлебит воротной вены. Болезнь и синдром Бадда-Киари.
35. Трансплантация печени. Принципы отбора больных. Показания, противопоказания. Возможности и результаты. Ведение больных после операции.
36. Хронический панкреатит. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Варианты течения. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. Диетотерапия.
37. Муковисцидоз. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Клинические признаки и симптомы. Осложнения. Диагноз и рекомендуемые клинические исследования. Дифференциальный диагноз. Общие принципы лечения. Оценка эффективности лечения. Прогноз.
38. Методы исследования заболеваний желчного пузыря (рентгенологические методы исследования билиарной системы, ультразвуковое исследование, сцинтиграфия билиарного тракта). Диагностические возможности методов, показания, противопоказания, подготовка больных, ведение больных после исследования.
39. Дискинезия желчевыводящих путей. Алгоритм диагностики дисфункции желчного пузыря. Алгоритм диагностики дискинезии сфинктера Одди. Дифференциальная диагностика. Медикаментозное и немедикаментозное лечение. Показания для проведения эндоскопического лечения. Профилактика. Диспансерное наблюдение.
40. Желчнокаменная болезнь (синоним холелитиаз). Калькулез желчного пузыря с острым холециститом. Калькулез желчного пузыря без холецистита. Холестолитиаз. Холелитиаз. Возвратная желчепузырная колика. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Современные концепции холелитиаза. Механизмы образования литогенной желчи. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Методы и результаты оперативного лечения. Эндоскопическая холецистография. Медикаментозная и немедикаментозная (ультразвуковая) литотрипсия.
41. Постхолецистэктомический синдром. Причины развития. Патогенез. Классификация. Клинические варианты течения. Методы диагностики. Меры профилактики. Консервативная терапия.
42. Холангит. Нисходящий, первичный, рецидивирующий, склерозирующий, вторичный, стенозирующий, гнойный. Этиология. Патогенез. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Консервативная терапия. Сроки, методы и результаты оперативного лечения.
43. Методы диагностики заболеваний кишечника (рентгенологическое исследование, эндоскопия, биопсия, лапароскопия, копрологическое исследование).
44. Синдром мальабсорбции. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Лабораторные и инструментальные методы исследования. Лечение.

45. Диарея. Определение. Типы диареи. Алгоритм действия врача по ведению больного с хронической диареей. Энтеропатия с нарушением мембранного пищеварения. Факторы риска, повышающие развитие органической диареи. Отличительные клинические особенности хронической диареи, эозинофильный гастроэнтероколит. Особенности течения и диагностики. Дифференциальная диагностика (лекарственно-индуцированная диарея, псевдомембранозный колит). Методы исследования (Колоноскопия, ФГДС, МРТ, КТ), фекальный кальпротектин. Лечение. Показания для госпитализации. Реабилитация.

46. Дифференциальный диагноз при запорах. Классификация запоров. Патогенетические факторы развития. Профилактика. Особенности применения различных групп препаратов. Диетолечение. Очистительные клизмы.

47. Язвенный колит. Особенности кодирования. Определение. Понятия обострения (рецидив, атака, клинической ремиссии, эндоскопической ремиссии, гистологическая ремиссия). Монреальская классификация по протяженности. Тяжесть атаки согласно индексу активности (Мейо). Классификация по эндоскопической активности. Основные внекишечные проявления. Лабораторная диагностика. Лечение.

48. Болезнь Крона. Определение. Этиология. Внекишечные проявления. Диагностика. Лабораторно-инструментальная диагностика. Консервативное лечение по степени тяжести. Мониторинг эффективности и побочных эффектов лекарственной терапии. Хирургическое лечение. Реабилитация. Профилактика.

49. Осложнения цирроза печени: асцит и спонтанный бактериальный перитонит, гепаторенальный синдром.

50. Хронические сосудистые заболевания кишечника. Хронический ишемический энтерит. Ишемическая стриктура кишечника. Мезентериальный атеросклероз и сосудистая недостаточность. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Консервативная терапия.

51. Дивертикулярная болезнь кишечника. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия.

52. Абсцесс кишечника. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия.

53. Болезнь Уипла. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия.

54. Целиакия. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия.

55. Карциноидный синдром. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия.
56. Пигментные гепатозы (синдром Жильбера, синдром Криглера-Найяра, синдромы Дабина-Джонсона и Ротора), порфирии.
57. Синдром раздраженного кишечника. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая симптоматика. Течение. Дифференциальный диагноз. Лечение.
58. Энтеральное и парентеральное питание. Показания к применению препаратов энтерального парентерального питания. Методы энтерального питания. Критерии эффективности проводимого энтерального и парентерального питания.
59. Современные основы лечебного питания. Физиологические диетические рационы. Особенности лечебного питания при основных заболеваниях органов пищеварения. Критерии выбора диеты при сочетанной патологии органов пищеварения.
60. Экстракорпоральные методы лечения. Показания. Противопоказания. Побочные эффекты.
61. Эндоскопическая диагностика в гастроэнтерологии. Теоретические основы метода. Показания, абсолютные и относительные противопоказания к проведению исследования. Диагностические возможности метода. Виды эндоскопических исследований в гастроэнтерологии. Подготовка больных к исследованиям
62. Рентгенологическая диагностика в гастроэнтерологии. Показания, ограничения и противопоказания к проведению. Подготовка больных к отдельным видам исследования.
63. Опухоли пищевода. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Классификация. Патологическая анатомия предраковых заболеваний и рака. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.
64. Опухоли желудка. Рак. Карциноид. Саркома. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Классификация. Патологическая анатомия предраковых заболеваний и рака. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Злокачественные неэпителиальные опухоли пищевода.
65. Опухоли поджелудочной железы. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Консервативная терапия. Сроки, методы и результаты оперативного лечения.
66. Нейроэндокринные опухоли. Инсулинома. Синдром Золлингера – Эллисона. Випома. Диагностика. Показания к хирургическому лечению. Опухоли кишечника. Доброкачественные опухоли. Злокачественные опухоли. Рак толстой кишки. Клинические варианты течения. Современные возможности диагностики и лечения.
67. Онкогепатология. Опухоли печени. Гепатоцеллюлярная карцинома. Холангиокарцинома. Ангиосаркома. Метастазы в печень. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения.

68. Опухоли желчного пузыря. Доброкачественные опухоли. Злокачественные опухоли желчного пузыря. Карцинома желчного пузыря. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз с другими заболеваниями и с другими опухолями. Осложнения. Сроки, методы и результаты оперативного лечения.
69. Опухоли большого дуоденального сосочка. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз с другими заболеваниями. Сроки, методы и результаты оперативного лечения.
70. Острый живот. Клиника, диагностика, оказание неотложной помощи.
71. Острые желудочно-кишечные кровотечения. Клиника, диагностика, оказание неотложной помощи.
72. Острый панкреатит. Клиника, диагностика, оказание неотложной помощи.
73. Ургентная гепатология. Оказание неотложной помощи при желчной колике, печеночной коме, печеночной энцефалопатии, напряженном асците.
74. Острая кишечная непроходимость. Клиника, диагностика, оказание неотложной помощи.
75. Острая диарея. Клиника, диагностика, оказание неотложной помощи.
76. Особенности поражений органов пищеварительной системы при заболеваниях бронхолегочной системы.
77. Особенности поражений органов пищеварения при заболеваниях сердечнососудистой системы.
78. Особенности поражений органов пищеварения при заболеваниях мочевыделительной системы.
79. Особенности поражений органов пищеварения при патологии соединительной ткани.
80. Особенности поражений органов пищеварения при эндокринной патологии (сахарном диабете, заболеваниях щитовидной, паращитовидных желез, надпочечников).
81. Особенности поражений органов пищеварения при амилоидозе, муковисцидозе и других болезнях накопления.
82. Особенности поражений органов пищеварения при заболеваниях крови.
83. Антисекреторные средства (H₂-гистаминоблокаторы, ингибиторы протоновой помпы): классификация, показания и противопоказания к применению, тактика назначения в гастроэнтерологии
84. Желчегонные препараты: классификация, показания и противопоказания к применению, тактика назначения в гастроэнтерологии
85. Спазмолитические препараты: классификация, показания и противопоказания к применению, тактика назначения в гастроэнтерологии
86. Слабительные препараты: классификация, показания и противопоказания к применению, тактика назначения в гастроэнтерологии
87. Ферментные препараты: классификация, показания и противопоказания к применению, тактика назначения в гастроэнтерологии

88. Глюкокортикостероиды: классификация, показания и противопоказания к применению, тактика назначения в гастроэнтерологии, осложнения при их применении

89. Антибактериальные препараты: показания и противопоказания к применению, тактика назначения в гастроэнтерологии, побочные эффекты, их профилактика и коррекция.

90. Антицитокиновые препараты: классификация, показания и противопоказания к применению, тактика назначения в гастроэнтерологии, перспективы антицитокиновой терапии

Типовые ситуационные задачи, выносимые на III этап итоговой (государственной итоговой) аттестации по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1

Пациент 45 лет, программист, обратился к врачу с жалобами на боли в эпигастральной области, преимущественно натощак и в ночное время, заставляющие его просыпаться, а также на почти постоянную изжогу, чувство тяжести и распирания в эпигастральной области после приёма пищи, изжогу, отрыжку кислым, тошноту.

Из анамнеза известно, что пациент много курит, злоупотребляет кофе, питается нерегулярно. Часто бывают обострения хронического фарингита. Болен около трех лет. Не обследовался, лечился самостоятельно (принимал фитотерапию).

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ 32,0 кг/м². Кожный покров чистый, обычной окраски. Температура тела нормальная. Миндалины, задняя стенка глотки не гиперемированы. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, напряжения мышц живота нет, симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

ЭФГДС: пищевод свободно проходим, утолщены продольные складки, очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода, кардия смыкается не полностью. В желудке натощак содержится небольшое количество светлой жидкости и слизи. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извитые. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,5 см в диаметре. Край дефекта имеют чёткие границы, гиперемированы, отёчны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии. Уреазный тест на наличие *H. pylori* – положительный.

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента
3. Какое лечение Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
4. Необходим ли эндоскопический контроль, если да, то через какой период?
5. Необходимо ли взять пациента на диспансерный учет?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2

Больная С. 47 лет на приёме по поводу постоянных, усиливающихся после погрешностей в диете болей в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину, похудание. В 40-летнем возрасте перенесла холецистэктомию по поводу калькулезного холецистита. Через полгода после операции появились почти постоянные, усиливающиеся после

погрешностей в диете боли в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину. При применении спазмолитиков и при соблюдении диеты самочувствие улучшалось. Последние 1,5-2 года присоединился практически постоянный неоформленный стул, стала терять вес (похудела на 8 кг за 2 года). На протяжении этого же времени возникал зуд промежности, стала больше пить жидкости, участились мочеиспускания. При осмотре состояние больной удовлетворительное. Телосложение правильное, повышенного питания. Рост – 175 см, вес – 90 кг, ИМТ – 29 кг/м². Голени пастозны. При сравнительной перкуссии лёгких определяется лёгочный звук. Аускультативно дыхание жёсткое, проводится во все отделы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС=80 уд/мин, АД - 156/85 мм рт. ст. Язык влажный, у корня обложен белым налётом. При поверхностной пальпации живота отмечается некоторая болезненность в эпигастрии и в правом подреберье. Имеется болезненность в зоне Шоффера. Положительный симптом Мейо-Робсона. При глубокой пальпации пальпируется сигмовидная кишка в виде умеренно подвижного безболезненного цилиндра, диаметром 1,5 см. Симптомов раздражения брюшины нет. При перкуссии живота — тимпанит. Размеры печени по Курлову – 15x13x11 см. Печень выступает из-под рёберной дуги на 3-4 см, край умеренной плотности, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить и какие вероятны в них изменения?
3. Определите тактику лечения больного.
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Какие осложнения основного диагноза можно предположить у данной пациентки?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3

Больная Р. 45 лет обратилась к врачу с жалобами на чувство тяжести, переполнения в эпигастрии, возникающее через 40-50 минут после еды, тошноту. В течение 20 лет страдает хроническим гастритом, обострения 1-2 раза в год. Во время обострений обычно принимает ингибиторы протонной помпы, антациды. Эрадикационную терапию не получала. Настоящее ухудшение – в течение 2 недель на фоне погрешностей в диете. Самостоятельно принимала альмагель при возникновении неприятных ощущений.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост 166 см, вес 64 кг. Кожный покров чистый, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и пилорoduodenальной зоне. Симптомы Кера, Мерфи, Ортнера отрицательные. Печень не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул

1 раз в день, оформленный, без патологических примесей.

На фиброгастроскопии: пищевод свободно проходим, слизистая его не изменена. Кардия смыкается полностью. Слизистая оболочка желудка гиперемирована, с участками атрофии в антральном отделе, складки сглажены, расправляется воздухом хорошо. Привратник проходим. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки и залуковичный отдел не изменены. Взяты биоптаты из антрального отдела желудка: быстрый уреазный тест положительный. Результат гистологического исследования биоптата: слизистая желудка с атрофией и хронической полиморфноклеточной инфильтрацией.

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования пациента.
3. Назначьте медикаментозное лечение, обоснуйте свой выбор.
4. Оцените трудоспособность пациента.
5. Разработайте план диспансерного наблюдения пациента.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №4

Женщина 45 лет обратилась к врачу с жалобами на изжогу, отрыжку кислым, усиливающиеся в горизонтальном положении после приёма пищи и при наклоне вперед. Данные симптомы появились около трёх месяцев назад, по поводу чего ранее не обследовалась, лекарственных препаратов не принимала. Курит по 10 сигарет в день, алкоголь употребляет в минимальных количествах. При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ=31 кг/м². Кожный покров чистый, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумы не выслушиваются. ЧСС – 72 уд. мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В клиническом и биохимическом анализах крови отклонений не выявлено. ЭКГ – синусовый ритм, ЧСС=70 уд. в мин, горизонтальное положение электрической оси сердца, вариант нормы. Проведена ЭГДС, при которой выявлены множественные участки гиперемии слизистой оболочки и отдельные не сливающиеся эрозии дистального отдела пищевода размером до 5 мм.

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Назначьте медикаментозное лечение, обоснуйте свой выбор.
4. Какие рекомендации по изменению образа жизни необходимо дать пациентке?
5. Необходим ли эндоскопический контроль, если да, то через какой период?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №5

Мужчина 48 лет обратился к врачу с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, тупые ноющие боли в области правого подреберья, тошноту, отрыжку воздухом, снижение аппетита, периодически возникающий кожный зуд. Из анамнеза известно, что пациент употребляет алкоголь (более 60 г этанола в сутки) в течение 13 лет. Два года назад появились боли ноющего характера в области правого подреберья, общая слабость, тошнота, периодически возникающий кожный зуд, усиливающийся в вечернее время. За медицинской помощью пациент не обращался. Периодически принимал баралгин, антигистаминные средства, ферментные препараты; эффекта от принимаемых препаратов не отметил. Настоящее обострение в течение последних трех недель, когда после употребления алкоголя появились слабость, почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошнота, отрыжка воздухом, снижение аппетита. Операций, гемотрансфузий не было.

При осмотре: состояние удовлетворительное; рост 178 см, вес 79 кг, ИМТ 24,9 кг/м². Кожный покров желтушной окраски, склеры иктеричны; выявляются телеангиэктазии на груди, спине, плечах, «пальмарная» эритема. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 70 в 1 мин; АД 130/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом у корня. Живот мягкий, при поверхностной пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 11×8×7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность. Селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Результаты исследований: Общий анализ крови: эритроциты – $4,4 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $6,3 \times 10^9/л$; нейтрофилы сегментоядерные – 64%; нейтрофилы палочкоядерные – 1%; лимфоциты – 28%; моноциты – 4%; эозинофилы – 2%; базофилы – 1%; Нв – 148 г/л; тромбоциты – $217 \times 10^9/л$; СОЭ – 18 мм/ч. Биохимия крови: общий билирубин – 25 мкмоль/л; непрямого билирубин – 22,5 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,5 мкмоль/л; АЛТ – 203 ед/л; АСТ – 214 ед/л; ГГТП – 89 ед/л; ЩФ – 298 ед/л; ТГ – 3,9 ммоль/л; ХС-ЛПНП –

2,8 ммоль/л; ХС-ЛПВП – 1,5 ммоль/л; глюкоза – 5,0 ммоль/л; креатинин – 62 мкмоль/л; мочевины – 2,8 ммоль/л; альбумин – 43 г/л; общий белок – 71,5 г/л; альфа-1-глобулины – 3,2 г/л; альфа-2-глобулины – 5,7 г/л; бета-глобулины – 7,1 г/л; γ -глобулины – 12,5 г/л; альфа-фетопротеин – 3,1 ед/л; ферритин – 54 мкг/л; трансферрин – 2,6 г/л; калий – 3,7 ммоль/л; Na – 137,5 ммоль/л; железо – 21,5 мкмоль/л; амилаза – 44 ед/л; ХС – 5,3 ммоль/л. ПТИ – 84%.

Иммуноферментный анализ: HBsAg (-); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (-); HBeAg (-); анти-HBe (-); анти-HBcIgM (-); анти-HCV – отриц. Эластометрия печени: определена стадия F2 (по шкале METAVIR), умеренный фиброз. Кал на скрытую кровь – отриц. Рентгенологическое исследование лёгких: без патологических изменений. ЭКГ – без патологических изменений. Общий анализ мочи: в пределах нормы.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Обоснуйте назначение медикаментозного лечения данного пациента.
5. Разработайте план диспансерного наблюдения пациента. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №6

Больной Т. 48 лет, электросварщик, обратился к врачу с жалобами на частую, выраженную изжогу после еды и в ночное время, особенно, при употреблении острой, жирной или обильной пищи, частую тошноту по утрам, отрыжку пищей после еды, обычно, при наклонах туловища и положении лежа, плохой сон из-за изжоги.

Из анамнеза: со школьного возраста отмечал боли в животе, плохой аппетит. Лечился самостоятельно, по советам родственников периодически принимая но-шпу и ферментные препараты с незначительным эффектом. Во время службы в армии лечился в госпитале по поводу гастрита. В дальнейшем длительное время жалоб со стороны органов пищеварения не имел. Питается нерегулярно, работает по сменам, часто в ночные смены. Курит с 13 лет по 20 сигарет в день. Алкоголь практически не употребляет. Описанные жалобы появились два года назад после длительного периода значительных физических нагрузок (строительство дома) и эпизода тяжелого психо-эмоционального стресса (пожар в квартире). Самостоятельно принимал альмагель, омез в течение 10-14 дней с хорошим эффектом. В течение последующих 2-х лет часто беспокоила изжога, но к врачам не обращался, использовал альмагель, омез короткими курсами с кратковременным эффектом. Последнее ухудшение – в течение месяца после погрешности в диете и алкоголизации; на фоне приёма привычного набора препаратов в течение недели самочувствие с положительной динамикой, в связи с чем, лечение прекратил. Через 5 дней симптомы возобновились. Три дня назад имел место однократный эпизод черного разжиженного стула. В дальнейшем стул без особенностей.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост: 175 см, вес: 63 кг. Кожа обычной окраски, умеренной влажности, чистая. В лёгких везикулярное дыхание. ЧД 18 в мин. Тоны сердца умеренно приглушены, ритм правильный. ЧСС – 80 в мин, АД – 130/85 мм рт.ст. Язык густо обложен серым налетом, влажный. Живот мягкий, умеренно болезненный высоко в эпигастрии слева от средней линии и в пилорoduоденальной зоне. Пальпация других отделов живота практически безболезненна. Печень 10,5×8×7 см. Край закруглен, эластичной консистенции, безболезненный. Пузырные симптомы отрицательные. Селезёнка не пальпируется, перкуторно 7×5 см. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: эритроциты – $4,0 \times 10^{12}$ /л. Hb – 122 г/л, MCH – 26p/g, MCHC – 346g/l, лейкоциты – $5,2 \times 10^9$ /л: базофилы – 0, эозофилы – 1, палочкоядерные – 2, сегментоядерные – 68; лимфоциты – 23, моноциты – 6. СОЭ = 5 мм/час. Анализ кала на

скрытую кровь положительный. ФГДС – пищевод проходим. Слизистая нижней трети пищевода ярко гиперемирована с множественными мелкими эрозиями, занимающими до половины диаметра пищевода. Кардиальный жом смыкается не полностью. В пищевод пролабирует слизистая оболочка желудка. Желудок содержит значительное количество секрета с примесью желчи. Слизистая тела желудка слегка отёчна, розовая, складки магистрального типа. Слизистая антрума очагово гиперемирована с множественными плоскими эрозиями. Пилорус зияет. Луковица ДПК не деформирована. Слизистая оболочка розовая, блестящая. Постбульбарный отдел без особенностей.

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы данному пациенту?
3. Составьте конкретную схему медикаментозного лечения данного пациента с указанием доз, продолжительности приёма препаратов.
4. Определите сроки проведения контрольного эндоскопического исследования.
5. Примите решение по экспертизе трудоспособности пациента

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №7

Больной С. 69 лет, пенсионер, обратился к врачу с жалобами на тупые, ноющие малоинтенсивные боли и ощущение тяжести в подложечной области через 15-20 минут после еды, тошноту, изжогу. Болевые ощущения усиливаются при погрешностях в питании.

Периодически беспокоят одышка, давящие боли за грудиной, возникающие при умеренных физических нагрузках (подъём на 2-й этаж), купируются приемом нитрамента и при прекращении нагрузки.

Из анамнеза: боли в подложечной области беспокоят последние 4-5 недель, несколько уменьшаются после приёма но-шпы, альмагеля. Около недели назад пациент отметил эпизод появления чёрного стула в течение 2-х суток. В возрасте 49 лет диагностировали язвенную болезнь ДПК, лечился в стационаре, в последующем обострений заболевания никогда не фиксировалось. Последние 10 лет к врачам по этому поводу пациент не обращался. Больной страдает ИБС; 1,5 года назад перенёс инфаркт миокарда, 10 месяцев назад проведена операция стентирования коронарных артерий (установлено 2 стента). Пациент получает медикаментозное лечение по поводу ИБС, в том числе, аспирин и клопидогрел, последние 5 месяцев прекратил приём статинов.

При осмотре: состояние удовлетворительное, ИМТ – 27 кг/м², кожный покров и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Голени пастозны. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 мин. Сердце – тоны приглушены, акцент 2 тона на аорте, ритм правильный. ЧСС – 92 в 1 мин. АД – 130/85 мм рт.ст. Живот участвует в дыхании, при пальпации мягкий, определяется умеренная болезненность в эпигастрии по средней линии тела и в пилоро-дуоденальной зоне, остальные отделы живота безболезненны. Пузырные симптомы отрицательные. Размеры печени по Курлову 11x9x8 см, селезёнки 6x4 см. Край печени плотно-эластической консистенции определяется на 2 см ниже реберной дуги, безболезненный. Пальпация отделов толстой кишки безболезненна. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный.

В анализах: эритроциты $3,11 \times 10^{12}/л$, Hb 103 г/л, МСН - 22р/g, МСНС– 300 g/l, лейкоциты $5,6 \times 10^9/л$. СОЭ 8 мм/час. Общий холестерин 7,8 ммоль/л, триглицериды 2,6 ммоль/л.

ЭКГ: ритм синусовый, 72 в 1 мин; R1> RII> RIII, в I, aVL, v1-4 отведениях зубец Q > 1/3 зубца R, зубец T отрицательный.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные методы исследования Вы назначили бы данному пациенту?
4. Составьте план лечения пациента.
5. Обоснуйте выбор антисекреторной терапии у данного пациента.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №8

Женщина 45 лет обратилась к врачу с жалобами на общую слабость, тупую, ноющую боль в правом подреберье, усиливающуюся после приёма жирной, жареной пищи, физической нагрузки; боль иррадирует в правое плечо, правую лопатку, правую половину шеи; отмечает горечь во рту, отрыжку воздухом, тошноту, неустойчивый стул, снижение аппетита.

Из анамнеза. Считает себя больной в течение четырех лет, когда впервые появились общая слабость, боль ноющего характера в области правого подреберья, усиливающаяся после погрешностей в диете, физической нагрузки, горечь во рту, отрыжка воздухом, неустойчивый стул (с тенденцией к запорам). За медицинской помощью не обращалась. При появлении болевого синдрома принимала аллохол, панкреатин, анальгин; отмечала временное улучшение самочувствия. Настоящее обострение в течение месяца, когда после употребления большого количества жирной пищи появились боли в области правого подреберья, горечь во рту, отрыжка воздухом. Операций, гемотрансфузий не было. Алкоголем не злоупотребляет. Из семейного анамнеза известно, что мать пациентки страдала желчнокаменной болезнью.

При осмотре: состояние удовлетворительное, рост 170 см, вес – 72 кг; ИМТ 24,9 кг/м². Кожный покров чистый, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 72 в 1 мин; АД – 130/80 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом у корня. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 9×8×7 см; пальпация печени затруднена из-за болезненности, преимущественно в точке желчного пузыря. Определяется болезненность в точке Маккензи, положительные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера, Лепене, Мюсси-Георгиевского. Селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Результаты исследований:

Общий анализ крови: эритроциты – $4,6 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $11,2 \times 10^9/л$; нейтрофилы сегментоядерные – 75%; нейтрофилы палочкоядерные – 2%; лимфоциты – 19%; моноциты – 3%; эозинофилы – 1%; базофилы – 0%; Нв – 141 г/л; тромбоциты – $215 \times 10^9/л$; СОЭ – 19 мм/ч. Биохимия крови: общий билирубин – 18 мкмоль/л; непрямого билирубин – 16,0 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,0 мкмоль/л; АЛТ – 28 ед/л; АСТ – 23 ед/л; ГГТП – 25 ед/л; ЩФ – ед/л; глюкоза – 5,2 ммоль/л; креатинин – 64 мкмоль/л; мочевины – 3,2 ммоль/л; общий белок – 72 г/л; амилаза – 42 ед/л; ХС – 5,2 ммоль/л.

При обзорной рентгенографии органов брюшной полости патологии не выявлено. При УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, контуры ровные, эхогенность не повышена, структура не изменена. Желчный пузырь увеличен (до 3,5 см в поперечнике), деформирован, с перегибом в шейке; выявлено диффузное утолщение его стенок до 5 мм, их уплотнение. В просвете желчного пузыря визуализируется взвесь («застойная желчь»). Ductus choledochus 7 мм. Поджелудочная железа нормальных размеров и формы, эхогенность не повышена. Панкреатический проток не расширен. Дуоденальное зондирование: в порции «В» выявлено скопление слизи, лейкоцитов, клеточного эпителия, кристаллы холестерина, билирубинат кальция.

Общий анализ мочи: в пределах нормы. ЭКГ - без патологических изменений; эзофагогастродуоденоскопия – без патологических изменений; иммуноферментный анализ на выявление гельминтов: описторхоз, лямблиоз, аскаридоз, токсокароз – отрицательный. Кал на яйца глист (трижды) – отрицательный.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения данного пациента.
5. Какова дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №9

Мужчина 49 лет обратился к врачу с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошноту.

Из анамнеза. Считает себя больным в течение двух лет, когда впервые появились общая слабость, повышенная утомляемость, чувство тяжести в области правого подреберья. За медицинской помощью не обращался. Периодически принимал эссенциале форте по 2 капсуле три раза в день, ферментные препараты: креон по 25000 Ед. два раза в сутки; улучшения самочувствия не отметил. Настоящее обострение в течение месяца, когда после значительной физической нагрузки усилились боли в области правого подреберья, увеличилась общая слабость. Принимал баралгин, положительного эффекта не наблюдалось. Операций, гемотрансфузий не было. Алкоголем не злоупотребляет, гепатотоксичные лекарственные средства не принимал, был донором.

При осмотре: состояние удовлетворительное; рост-177 см, вес -79 кг, ИМТ 25,2кг/м². Кожный покров желтушной окраски, склеры иктеричны, выявляются телеангиэктазии на груди, плечах и спине. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 72 в 1 мин; АД-130/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 12×8×7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность при пальпации. Селезёнка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный.

Результаты исследований: общий анализ крови: эритроциты – $4,5 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $6,5 \times 10^9/л$; нейтрофилы – $4,5 \times 10^9/л$; лимфоциты – $1,3 \times 10^9/л$; моноциты – $0,44 \times 10^9/л$; эозинофилы – $0,2 \times 10^9/л$; базофилы – $0,06 \times 10^9/л$; Hb – 145г/л; тромбоциты – $232 \times 10^9/л$; СОЭ – 23 мм/ч. Биохимия крови: общий билирубин – 35 мкмоль/л; непрямой билирубин – 29,5 мкмоль/л; прямой билирубин – 5,5 мкмоль/л; АЛТ – 230 ед/л; АСТ – 155 ед/л; ГГТП – 83 ед/л; ЩФ – 143 ед/л; глюкоза – 5,1 ммоль/л; креатинин – 72 мкмоль/л; мочевины – 3,2 ммоль/л; альбумин – 39 г/л; общий белок – 71 г/л; альфа-1-глобулины – 3,0 г/л; альфа-2-глобулины – 5,5 г/л; бета-глобулины – 6,0 г/л; γ -глобулины – 17,5 г/л; ТТГ – 0,94 МЕ/л; альфа-фетопротеин – 3,2 ед/л; ферритин – 53 мкг/л; трансферрин – 2,5 г/л; калий – 3,9 ммоль/л; Na–138 ммоль/л; амилаза – 43 ед/л; железо – 21,3 мкмоль/л; ХС – 5,0 ммоль/л; церулоплазмин – 185 мг/л. ПТИ – 55%. Иммуноферментный анализ: HBsAg (+); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (+); HBeAg (-); анти- HBe (+); анти-HBcIgM (-); анти-HDV (-); анти-HCV (-); анти-ВИЧ – отрицательный. Иммунологическое исследование: концентрация IgG в сыворотке крови - 7,0 г/л; ПЦР: ДНК ВГВ – положительный; количественный анализ ДНК ВГВ – 61000 МЕ/мл. Кал на скрытую кровь – отриц. Общий анализ мочи: в пределах нормы. Эластометрия печени: определена стадия F4 (по шкале METAVIR). При УЗИ органов брюшной полости выявлены гепатомегалия, диффузные дистрофические изменения паренхимы печени. Рентгенологическое исследование легких: без патологических изменений; ЭКГ – без патологических изменений; тест связи чисел – в пределах нормы.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
5. Разработайте план диспансерного наблюдения пациента

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №10

Мужчина 48 лет обратился к врачу с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, почти постоянные тупые боли в области

правого подреберья, тошноту, нарушение сна. Из анамнеза. Считает себя больным в течение двух лет, когда впервые появились общая слабость, повышенная утомляемость, чувство тяжести в области правого подреберья, периодическое повышение температуры до субфебрильных цифр. За медицинской помощью не обращался. При появлении болевого синдрома принимал эссенциале форте по 2 капсулы три раза в день, ферментные препараты: креон по 10000 Ед. два раза в сутки, но-шпу; улучшения самочувствия не отметил. Настоящее обострение в течение месяца, когда после перенесенного гриппа усилились боли в области правого подреберья, увеличилась общая слабость. Операций, гемотрансфузий не было. Алкоголем не злоупотребляет, гепатотоксичные лекарственные средства не принимал, был донором.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост – 165 см, вес – 70 кг, ИМТ – 25,7 кг/м². Кожный покров желтушной окраски, склеры иктеричны, выявляются телеангиэктазии на груди, плечах и спине. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД=16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС = 74 в 1 мин; АД = 130/80 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 12 (+3)×8×7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность при пальпации. Селезёнка не увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Результаты исследований: общий анализ крови: эритроциты – $4,6 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $6,7 \times 10^9/л$; нейтрофилы – $4,4 \times 10^9/л$; лимфоциты – $1,5 \times 10^9/л$; моноциты – $0,46 \times 10^9/л$; эозинофилы – $0,28 \times 10^9/л$; базофилы – $0,06 \times 10^9/л$; Нв – 144г/л; тромбоциты – $242 \times 10^9/л$; СОЭ – 22 мм/ч.

Биохимия крови: общий билирубин – 36 мкмоль/л; непрямого билирубин – 30,5 мкмоль/л; прямой билирубин – 5,5 мкмоль/л; АЛТ – 218 ед/л; АСТ – 157 ед/л; ГГТП – 82 ед/л; ЩФ – 142 ед/л; глюкоза – 5,1 ммоль/л; креатинин – 64 мкмоль/л; мочевины – 3,2 ммоль/л; альбумин – 38 г/л; общий белок – 70,2 г/л; альфа-1-глобулины – 2,8 г/л; альфа-2-глобулины – 5,7 г/л; бета глобулины – 6,7 г/л; γ -глобулины – 17 г/л; ТТГ – 0,94 МЕ/л; альфа-фетопротеин – 3,3 ед/л; ферритин – 55 мкг/л; трансферрин – 2,4 г/л; калий – 3,6 ммоль/л; Na–137 ммоль/л; амилаза – 42 ед/л; железо – 20,7 мкмоль/л; ХС – 5,2 ммоль/л; церулоплазмин – 188 мг/л. ПТИ – 57%.

Иммуноферментный анализ: анти-НСV – положительный; HBsAg (-); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (-); HBeAg (-); анти-HBe (-); анти-HBcIgM (-); анти-ВИЧ – отрицательный. Генотипирование HCV: генотип 1 – положительный. Иммунологическое исследование: концентрация Ig класса Gv сыворотке крови - 7,2г/л. ПЦР: РНК ВГС – положительный; количественный анализ РНК ВГС – 31000 МЕ/мл.

Эластометрия печени: определена стадия F4 (по шкале METAVIR). При УЗИ органов брюшной полости выявлены гепатомегалия, диффузные дистрофические изменения паренхимы печени. Анализ кала на скрытую кровь – отрицательный. Общий анализ мочи: в пределах нормы. Рентгенологическое исследование легких: без патологических изменений.

ЭКГ – без патологических изменений.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
5. Разработайте план диспансерного наблюдения пациента

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №11

Больной С. 29 лет, программист, обратился к врачу с жалобами на тупые, ноющие малоинтенсивные боли в нижних отделах живота ближе к левому флангу, возникающие

перед дефекацией, либо усиливающиеся сразу после опорожнения кишечника, длящиеся около 30- минут, разжиженный стул с примесью слизи и небольших количеств алой крови, частота стула до 5-6 раз в сутки, в том числе, в ночное время, ложные позывы на дефекацию с выделением из прямой кишки только слизи с примесью алой крови, ощущение урчания, бурления в животе в течение дня, снижение веса на 5 кг за прошедшие 4 месяца.

Из анамнеза: нарушение стула впервые отметил 5 месяцев назад после поездки на юг в летнее время и связал указанный симптом с особенностями питания (употребление больших количеств овощей и фруктов). Диарея сохранялась и прогрессировала и после возвращения из отпуска. Самостоятельно принимал смекту, мезим с незначительным и нестойким эффектом. Через 1,5 месяца отметил появление в кале слизи и прожилок крови, затем появились слабые боли по левому флангу живота. Начал прием но-шпы. По совету родственницы 2 недели назад в течение 5 дней принимал левомицетин по 3 таблетки в день, на этом фоне значительно усилились диарея и боли в животе, увеличилась примесь крови в кале, что и послужило поводом для обращения к врачу. Обращение за медицинской помощью откладывал, поскольку считал, что у него имеет место какое-то инфекционное заболевание кишечника и опасался госпитализации в инфекционное отделение, предпочитая лечиться самостоятельно. В прошлом в период студенчества имели место неоднократные эпизоды жидкого стула, появления которых пациент связывал с употреблением якобы недоброкачественных продуктов. Лечился, как правило, самостоятельно, употреблял отвары вяжущих средств.

При осмотре: состояние удовлетворительное, $t - 36,8^{\circ}\text{C}$, рост 178 см, вес 61 кг, кожный покров и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 мин. Сердце – тоны звучные, ритм правильный. ЧСС – 92 в 1 мин. АД – 120/85 мм рт.ст. Язык умеренно диффузно обложен сероватым налётом, влажный. Живот участвует в дыхании, умеренно равномерно вздут, при поверхностной пальпации мягкий, определяется умеренная болезненность по левому флангу живота, при глубокой пальпации отчётливая болезненность в левой подвздошной области, где пальпируется спазмированная, плотноэластическая, болезненная сигмовидная кишка; остальные отделы толстой кишки безболезненны. Пальпация эпигастральной и подрёберных областей безболезненна Пузырные симптомы отрицательные. Размеры печени по Курлову: 10x8x7 см, селезёнки 6x4 см. Край печени не пальпируется. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный.

В анализах: эритроциты = $3,02 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb = 103 г/л, МСН - 23р/г, МСНС– 300 г/л , лейкоциты = $12,6 \times 10^9/\text{л}$. СОЭ = 38 мм/час. Копрограмма: кал разжиженный, неоформленный, мышечные волокна, крахмал внутриклеточный в небольшом количестве, лейкоциты до 30-40 в поле зрения, эритроциты в значительном количестве, слизь в большом количестве. Фекальный кальпротектин 532 мкг/г. Общий белок сыворотки 62,3 г/л, альбумины – 49,3%, глобулины 50,7%, СРП – 95мг/л.

Ректороманоскопия без подготовки: аппарат введен до 18 см. Слизистая оболочка прямой кишки диффузно гиперемирована, отёчна, выраженная контактная кровоточивость, множественные эрозии, местами, сливные, покрытые фибрином. В просвете кишки слизь, окрашенная кровью, и жидкие каловые массы в небольшом количестве.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимы данному пациенту?
4. Составьте и обоснуйте план лечения пациента.
5. Проведите экспертизу трудоспособности пациента.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №12

Больной Т. 42 лет госпитализирован в стационар по направлению врача-терапевта участкового с жалобами на слабость, сонливость в дневное время, желтушность кожных покровов, чувство тяжести в правом подреберье, периодические носовые кровотечения после физической работы, увеличение живота в объёме, отёки на нижних конечностях в области стоп и голеней.

В анамнезе: тяжесть в правом подреберье беспокоит в течение последних 3 месяцев. За последний месяц отметил нарастание общей слабости, увеличение живота и желтуху. Употребляет водку по 200 г ежедневно в течение последнего года, наблюдается у нарколога. Употребление наркотиков отрицает. Гемотрансфузий, оперативных вмешательств не было.

Объективно: состояние средней тяжести. Сознание ясное. Тест связывания чисел – 40 сек. Рост – 178 см, вес – 62 кг. Кожа обычной влажности, желтушная. В области груди и верхней части спины видны «сосудистые звездочки». Склеры иктеричны. Отёки стоп и нижней трети голеней. В лёгких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в мин. При аускультации тоны сердца ритмичные, шумов нет. ЧСС – 78 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, малиновый, сосочки сглажены. Живот увеличен в объёме, пупок сглажен, на передней брюшной стенке радиально от пупка определяются расширенные, извитые вены. В положении лёжа живот распластан. При пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье. Размеры печени по Курлову – 15×15×13 см. Нижний край печени при пальпации плотный, бугристый. Стул оформленный, коричневый, без патологических примесей. Размеры селезёнки – 15×12. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча тёмно-жёлтая.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,1 \times 10^{12}/л$; Нв – 122 г/л; цветовой показатель – 0,9%; тромбоциты – $98 \times 10^9/л$, лейкоциты – $3,2 \times 10^9/л$, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, лимфоциты – 29%, моноциты – 3%, СОЭ – 22 мм/ч.

Биохимические анализы: общий билирубин – 130 мкмоль/л, прямой билирубин – 100 мкмоль/л, АЛТ – 120 Ед/л, АСТ – 164 Ед/л. МНО – 2, альбумин – 28 г/л. Фиброгастродуоденоскопия: варикозное расширение вен пищевода I ст. Ультразвуковое исследование брюшной полости: переднезадний размер правой доли печени – 170 мм, контуры чёткие и неровные. Паренхима неравномерно диффузно-повышенной эхогенности. Диаметр портальной вены – 16 мм. Желчный пузырь нормальных размеров, содержимое – желчь. Гепатикохоledох не расширен. Селезёнка расположена обычно, структура однородная, паренхима средней эхогенности. Площадь селезёнки – 36,1 см². Свободная жидкость в брюшной полости.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

1. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

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

3. Какие возможны осложнения данного заболевания?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №13

Мужчина 32 лет. При обращении в поликлинику предъявляет жалобы на неоформленный стул с примесью крови до 10 раз в сутки, схваткообразные боли внизу живота перед дефекацией, похудание на 7 кг за 3 месяца.

Из анамнеза: примеси крови в кале и неоформленный стул беспокоят в течение 3 месяцев. Температура не повышалась. Контакт с инфекционными больными отрицает, за пределы области не выезжал. Курил 1 пачку сигарет в сутки 10 лет, год назад прекратил. Злоупотребление алкоголем, внутривенную наркоманию отрицает. У родственников заболеваний желудочно-кишечного тракта нет. Работает менеджером, профессиональных вредностей нет.

Объективно: состояние удовлетворительное. Температура 36,7°C. Кожный покров бледный, влажный. Рост – 175 см, вес – 58 кг. В лёгких везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в минуту. При аускультации – ритм сердца правильный, соотношение тонов в норме, шумов нет. ЧСС – 98 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. (D=S). При осмотре живот симметричен, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный по левому фланку и в левой подвздошной области. Печень по Курлову – 9×8×7 см. Размеры селезенки – 6×4 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: эритроциты – $2,7 \times 10^{12}$, Hb - 108 г/л, цветовой показатель – 0,6, тромбоциты – 270×10^9 , лейкоциты – $7,0 \times 10^9$, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 27%, моноциты – 5%, СОЭ – 22 мм/ч.

Копрограмма: кал неоформленный, слизь ++++, лейкоциты – 10-15 в поле зрения, эритроциты – 5-6 в поле зрения.

Фиброколоноскопия: слизистая нисходящей ободочной, сигмовидной и прямой кишки диффузно гиперемирована, легко кровоточит при контакте с колоноскопом, сосудистый рисунок смазан. В ректосигмоидном отделе выявлены множественные эрозии, покрытые фибрином.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения пациента в данной ситуации?
5. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №14

Пациентка С. 22 лет направлена в стационар для обследования с жалобами на выраженную слабость, диарею до 3-4 раз в сутки, стул кашицеобразный, без патологических примесей, снижение массы тела на 5 кг за 6 месяцев, боли в околопупочной области, сухость во рту, постоянную жажду.

Пациентка считает себя больной в течение 6 лет, когда впервые появилась диарея до 5-6 раз в сутки, начал снижаться вес, появились отёки на ногах. Периодически происходила нормализация стула на фоне приёма противодиарейных препаратов. Пациентка отмечает, что нарушения стула появлялись после употребления в пищу молочных продуктов, хлебобулочных изделий, макарон, каш. Обследовалась у инфекционистов – инфекционная патология исключена.

Общий осмотр. Состояние средней степени тяжести за счёт выраженной слабости, сознание ясное. Рост – 163 см, вес – 45 кг. Кожный покров бледный, чистый, слизистые бледно-розовые. Лимфоузлы безболезненные, не увеличены. Язык влажный, чистый. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. АД – 100/70 мм рт. ст., ЧСС – 75 ударов в минуту, пульс ритмичный. Живот при пальпации мягкий, участвует в акте дыхания, болезненный в эпигастральной, околопупочной областях. Печень, селезёнка не увеличены. Определяются отёки голеней до 2/3.

Лабораторные исследования: гемоглобин – 89 г/л, эритроциты – $3,72 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $6,1 \times 10^9$ /л, тромбоциты – 266×10^9 /л, СОЭ – 34 мм/ч. Анализ мочи – без особенностей. Реакция кала на скрытую кровь – отрицательная. Глюкоза крови: 8:00 – 4,5 ммоль/л, 13:00 – 7,0 ммоль/л, 22:00 – 11,9 ммоль/л. Гликолизированный гемоглобин - 9,3%. Биохимические показатели: билирубин общий – 23,8 мкмоль/л, билирубин прямой – 2,8 мкмоль/л, АЛТ – 69 Е/л, АСТ – 45 Е/л, γ -ГТП – 25 Е/л, щелочная фосфатаза – 118 Е/л, натрий – мкмоль/л, калий – 4,3 мкмоль/л, креатинин – 44 мкмоль/л, мочевины – 4,3 мкмоль/л, общий белок – 51 г/л, антитела к глиадину (IgG) - 135 Ед/мл.

ФГДС. Пищевод: слизистая оболочка гиперемирована, в средней и нижней трети множественные поверхностные эрозии, покрытые жёлтым фибрином в виде «творожных масс», кардиальный жом смыкается полностью. Желудок: содержимое – слизь с примесью светлой желчи в большом количестве. Слизистая умеренно гиперемирована, складки не утолщены. Привратник проходим. Луковица двенадцатиперстной кишки – слизистая гладкая, отсутствуют кишечные ворсинки, гиперемирована, отёчная, в просвете желчь.

Консультация проктолога: жалобы на периодическую диарею, временами с примесью слизи. Проведена ректороманоскопия. Патологических изменений не выявлено.

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Составьте и обоснуйте план лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №15

Мужчина 46 лет, водитель. Поступил в приёмное отделение стационара самостоятельно. Жалобы на резкую боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошноту, однократно рвоту съеденной пищей, не приносящую облегчения, умеренное вздутие живота, общую слабость, отсутствие аппетита на момент осмотра.

Начало заболевания связывает с тем, что накануне вечером отмечал с друзьями праздник, были погрешности в диете – прием острой и жирной пищи, алкоголя. Подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приёма но-шпы. Ранее часто отмечал ощущение тяжести и вздутия в животе после приёма жирной пищи. В настоящее время отмечает тяжесть и ощущение «распирания» в животе, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 3 раза в течение последних суток. Диурез не нарушен. Со слов жены – злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Телосложение нормостеническое, пониженного питания. Кожные покровы верхней половины туловища гиперемированы, чистые. Язык суховат, обложен желтоватым налётом. В лёгких дыхание жестковатое, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 92 удара в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Печень при пальпации плотная, безболезненная, около края рёберной дуги. Размер по Курлову - 10×9×8 см. Селезёнка не пальпируется. Живот несколько вздут, участвует в акте дыхания, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области. Симптомы раздражения брюшины - отрицательные.

Лабораторные данные. Общий анализ крови: лейкоциты - 9,6×10⁹/л, СОЭ – 16 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность – 1022, белок – 0,033%, анализ кала – стеаторея, креаторея, амилорея. УЗИ ОБП: печень увеличена, с перипортальными уплотнениями, желчный пузырь 75×35 мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой. Поджелудочная железа неоднородной структуры за счёт гипо- и гиперэхогенных очагов, немногочисленных кальцификатов, неравномерное расширение главного панкреатического протока, размеры головки увеличены до 5 см. Свободной жидкости в брюшной полости нет. От ФГДС больной отказался.

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Составьте и обоснуйте план лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №16

Больной В. 43 лет обратился в поликлинику с жалобами на ноющие боли в эпигастральной области, которые возникают через 20-30 минут после приема пищи; на тошноту и рвоту желудочным содержимым, возникающую на высоте болей и приносящую облегчение; на снижение аппетита.

Из анамнеза заболевания: впервые подобные жалобы возникли около 6 лет назад, но боли купировались приемом Алмагеля и Но-шпы. За медицинской помощью ранее не обращался. Отмечает весенне-осенние обострения заболевания. Ухудшение самочувствия около двух дней, после употребления алкоголя и жареной пищи. Работает водителем такси. Питается нерегулярно, часто употребляет алкоголь. Курит в течение 20 лет до 2-х пачек сигарет в день. Наследственный анамнез: у отца – язвенная болезнь желудка.

Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Астеник, пониженного питания. Кожа и видимые слизистые бледно-розовые, обычной влажности. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в мин. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 74 удара в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 74 удара в минуту. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, симптом Менделя положительный, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул ежедневно, без патологических примесей. Данные дополнительных методов исследования.

Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $6,5 \times 10^9/л$, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 60%, лимфоциты – 30%, моноциты – 8%, СОЭ – 10 мм/ч. Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,5 ммоль/л, фибриноген – 2,9 г/л, общий белок – 68 г/л. Общий анализ мочи: относительная плотность – 1018, эпителий – 2-4 в поле зрения, белок, цилиндры, соли - не определяются.

ФГДС: пищевод свободно проходим, слизистая не изменена, кардиальный жом смыкается. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая гиперемирована, складки обычной формы и размеров, в кардиальном отделе по большой кривизне определяется язвенный дефект 1,0-1,5 см, с ровными краями, неглубокий, дно прикрыто фибрином. Луковица двенадцатиперстной кишки обычной формы и размеров, слизистая бледно-розового цвета. Выявлен *Helicobacter pylori*.

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования.
4. Составьте и обоснуйте план лечения пациента
5. Какова Ваша дальнейшая тактика по наблюдению данного пациента?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №17

Больной К. 45 лет обратился к врачу с жалобами на давящие боли в эпигастральной области, периодически – опоясывающие, возникают через 40 минут после употребления жирной и жареной пищи, сопровождаются вздутием живота; на рвоту, не приносящую облегчение, на отрыжку воздухом.

Анамнез заболевания: больным себя считает около двух лет, когда появилась боль в левом подреберье после приема жирной и жареной пищи. За медицинской помощью не обращался. 3 дня назад после погрешности в диете боли возобновились, появилось вздутие живота, отрыжка воздухом, тошнота, рвота, не приносящая облегчения.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное. Кожный покров обычной окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 72 удара в минуту. Язык влажный,

обложен бело-жёлтым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Печень не пальпируется, размеры по Курлову - 9×8×7 см, симптом поколачивания отрицательный билатерально.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 136 г/л, цветной показатель – 1,0; СОЭ – 18 мм/ч, тромбоциты – $320 \times 10^9/л$, лейкоциты – $10,3 \times 10^9/л$, эозинофилы – 3%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 51%, лимфоциты – 32%, моноциты – 10%. Общий анализ мочи: светло-жёлтая, прозрачная, кислая, удельный вес - 1016, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эпителий - 1-2 в поле зрения, оксалаты – небольшое количество. Биохимическое исследование крови: АСТ – 30 Ед/л; АЛТ – 38 Ед/л; холестерин – 3,5 ммоль/л; общий билирубин – 19,0 мкмоль/л; прямой – 3,9 мкмоль/л; амилаза – 250 ед/л; креатинин – 85 ммоль/л; общий белок – 75 г/л. Копрограмма: цвет – серовато-белый, консистенция – плотная, запах – специфический, мышечные волокна +++, нейтральный жир +++, жирные кислоты и мыла +++, крахмал ++, соединительная ткань – нет, слизь – нет.

ФГДС: пищевод и кардиальный отдел желудка без особенностей. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая розовая, с участками атрофии. Складки хорошо выражены. Луковица двенадцатиперстной кишки без особенностей. УЗИ органов брюшной полости: печень нормальных размеров, структура однородная, нормальной эхогенности, протоки не расширены, общий желчный проток – 6 мм, желчный пузырь нормальных размеров, стенка – 2 мм, конкременты не визуализируются. Поджелудочная железа повышенной эхогенности, неоднородная, проток – 2 мм, головка увеличена в объеме (33 мм), неоднородная, повышенной эхогенности.

1. Оцените данные копрограммы.
2. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо назначить больному?
4. Дифференциальный диагноз.
5. Какова Ваша тактика лечения данного заболевания?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №18

Больной Н. 25 лет предъявляет жалобы на частый (до 10-15/сут) жидкий стул с примесью крови и слизи, боли в левой подвздошной области, повышение температуры тела до 38,3°C, резкую общую слабость, похудание. Нарушение стула отмечает в течение 2 месяцев, но 7 дней назад в кале появилась кровь, повысилась температура, появились слабость, недомогание, головокружение.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожа бледная. Язык слегка обложен белым налетом. Живот овальной формы, несколько вздут. При пальпации определяется умеренная болезненность в области нисходящего отдела толстой кишки. Перкуторно размеры печени по Курлову - 10×9×8 см. Общий анализ крови: гемоглобин – 90 г/л, СОЭ – 35 мм/ч, лейкоциты - $13,0 \times 10^9/л$; лейкоформула: базофилы - 1%, эозинофилы - 5%, палочкоядерные нейтрофилы - 20%, сегментоядерные нейтрофилы - 40%, лимфоциты - 24%, моноциты - 10%. Биохимический анализ крови: общий белок – 60 г/л, альбумин – 40 %, АЛТ – 42,68 ед/л, АСТ – 32 ед/л, серомукоид – 2,0 ммоль/л, СРБ – (+++), фибриноген – г/л. Копрограмма: цвет кала – коричневый, характер – неоформленный, в поле зрения – большое количество лейкоцитов, эритроцитов. Реакция Трибуле – резко положительная. Ирригоскопия: отмечается быстрое заполнение толстой кишки бариевой взвесью, равномерное сужение просвета кишки (симптом «водопроводной трубы»), расширение ректоректального пространства, сглаженность гаустр, ячеистый рельеф слизистой в области поперечно-ободочной кишки, в области прямой и сигмовидной кишок – множественные дефекты наполнения.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо назначить больному?

3. Какие внекишечные проявления возможны при данной патологии?
4. Какова Ваша тактика лечения данного заболевания? Обоснуйте свой выбор.
5. Какие антицитокнины необходимы, и в каких ситуациях они назначаются при данном заболевании

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №19

Больная М. 34 лет жалуется на боли жгучего характера в подложечной области, возникающие натощак и по ночам, изжогу, тошноту, иногда, на высоте болей, рвоту, приносящую облегчение.

Данные симптомы беспокоят 10 лет, возникают, в основном, весной и осенью. Самостоятельно принимает соду, Алмагель с положительным эффектом. Настоящее обострение связывает с приёмом Вольтарена по поводу болей в поясничной области.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожа обычной окраски, влажная. Пульс – 60 уд/мин, АД – 100/70 мм рт. ст. Язык влажный, густо обложен белым налетом. Живот обычной формы, не вздут, при пальпации резко болезненный в эпигастральной области. Стул со склонностью к запорам (1 раз в 2 дня).

Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, СОЭ – 10 мм/ч, лейкоциты – $5,2 \times 10^9$ /л; лейкоформула: палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 66%, лимфоциты – 27, моноциты – 5. Биохимический анализ крови: АЛТ – 40 ед/л, АСТ – 32 ед/л. Диастаза мочи – 64 ед.

ЭФГДС: пищевод свободно проходим, кардия смыкается. В желудке натощак содержится большое количество светлой секреторной жидкости и слизи. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извитые, диффузно гиперемированы. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой оболочки до 0,7 см в диаметре. Края дефекта имеют четкие границы, гиперемированы, отечны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии. Хелик-тест: базальный уровень – 4 мм; нагрузочный уровень – 10 мм; показатель прироста – 6 мм; Нр (+).

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какие могут быть показания к госпитализации?
3. Составьте план лечения пациента.
4. Перечислите возможные осложнения данного заболевания.
5. Проведите экспертизу трудоспособности

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №20

Женщина 53 лет обратилась к врачу с жалобами на изжогу, боли за грудиной, появляющиеся после еды и физической нагрузки. Отмечает также усиление болей при наклонах и в горизонтальном положении. Из анамнеза известно, что изжога беспокоит около 20 лет. Не обследовалась. Последние 2 месяца появились данные боли за грудиной. При осмотре: состояние удовлетворительное. Индекс массы тела (ИМТ) – 39 кг/м². Кожный покров обычной окраски, чистый. В лёгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 72 удара в минуту, АД – 120/80 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по краю рёберной дуги. Размеры – 10×9×8 см. Селезенка не пальпируется. Данные фиброгастродуоденоскопии: в нижней трети пищевода выявлены эрозии, занимающие около 40% окружности пищевода.

1. Сформулируйте и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента
3. Дайте немедикаментозные рекомендации больному.
4. Какое медикаментозное лечение Вы бы рекомендовали пациентке?
5. Необходим ли эндоскопический контроль, если да, то через какой период?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №21

Мужчина 60 лет обратился к врачу с жалобами на боли в эпигастрии через 20 минут после еды, рвоту, приносящую облегчение, похудел за месяц на 7 кг. Боли в эпигастрии беспокоят около 2 месяцев. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожный покров обычной окраски, чистый. В лёгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные ритмичные, ЧСС – 72 удара в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень по краю рёберной дуги. Размеры - 10×9×8 см. Селезёнка не пальпируется. Проведена фиброгастроуденоскопия: в средней трети желудка язвенный дефект 3 см в диаметре, взята биопсия.

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №22

Больной 35 лет обратился в поликлинику с жалобами на жидкий стул с примесью крови 5-6 раза в сутки, повышение температуры тела до 37,5°C, слабость, головокружение, боли в голеностопных, локтевых, плечевых суставах. Заболел около 2 месяцев назад, когда повысилась температура тела, появились боли в суставах. Проводилось несколько курсов антибактериальной терапии, на фоне чего появился жидкий стул.

Объективно: кожный покров бледный, чистый. При пальпации живот мягкий, болезненный в подвздошных областях. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Размеры печени по Курлову - 10×9×8 см. Селезёнка не пальпируется. В общем анализе крови: эритроциты - $3,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 61 г/л, лейкоциты - $11 \times 10^9/л$, тромбоциты - $350 \times 10^9/л$, СОЭ - 30 мм/ч.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дифференциального диагноза.
4. Составьте план дополнительного обследования.
5. Сформулируйте и обоснуйте план лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №23

В приемное отделение больницы доставлен 36-летний пациент с жалобами на интенсивные, почти постоянные боли в верхней половине живота с иррадиацией в спину. Боли усиливаются в положении лежа на спине или после попытки употребления небольшого количества пищи или воды и сопровождаются тошнотой, однократной рвотой, появлением кашицеобразного стула (серого цвета, жирный, блестящий, плохо смывается с унитаза), вздутием живота и выраженной слабостью.

Из анамнеза: в течение нескольких лет злоупотребляет алкоголем. Заболел около 4-х дней назад, когда после очередного алкогольного эксцесса появились вышеописанные жалобы. Осмотр: состояние средней тяжести. Больной в сознании, сидит в постели, прижимая руки к животу. Температура тела 37,5°C. Отмечается бледно-желтушный цвет кожи, цианоз лица, конечностей, а также отдельных участков на передней брюшной стенке, субиктеричность склер. АД - 102/58 мм рт. ст. Пульс – 98 ударов в минуту, ритмичный. Органы пищеварения: язык сухой, обложен белым налетом. Живот вздут, участвует в дыхании. При пальпации отмечается болезненность в эпигастрии и левом подреберье, особенно в зоне Шоффара и в точке Дежардена. Напряжения мышц передней брюшной

стенки нет. Симптом Щеткина Блюмберга, Ортнера, Кера отрицательные. Определяется положительный левосторонний френрикус-симптом. Печень не выступает из-под края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Перистальтика кишечника ослаблена.

В анализах крови: лейкоциты - $22,4 \times 10^9/\text{л}$; СОЭ – 32 мм/ ч.; Альфа-амилаза - 344 Ед/л; АсАТ – 96 Ед/л; АлАТ – 66 Ед/л; общий билирубин – 88 мкмоль/л (40 мкмоль/л непрямой); ГГТП – 165 Ед/л; глюкоза - 10,8 ммоль/л. При копрологическом исследовании в кале отмечаются непереваренные мышечные волокна, нейтральный жир.

УЗИ органов брюшной полости: увеличение размеров и снижение эхогенности поджелудочной железы, неравномерное сужение Вирсунгова протока.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назовите основные принципы медикаментозной терапии больного. Обоснуйте свой выбор.
5. Какова тактика ведения пациента после выписки из стационара?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №24

В приёмное отделение больницы бригадой скорой медицинской помощи доставлен 28-летний мужчина с направляющим диагнозом фельдшера скорой помощи «язвенная болезнь желудка, обострение, желудочное кровотечение». При поступлении пациент жалуется на выраженную слабость, головокружение. Из анамнеза известно, что пациент в течение 7-8 лет злоупотребляет алкоголем. На протяжении последнего года стал отмечать немотивированную общую слабость, снижение аппетита, периодически возникающие тупые неинтенсивные боли в правом подреберье, а в течение полугода - увеличение живота в объёме, неустойчивый стул. К врачу не обращался. Накануне поступления в стационар - очередной алкогольный эксцесс (выпил около 1 л водки). Сегодня около 2-х часов назад внезапно появилось как бы спонтанное выбрасывание изо рта алой крови после нескольких рвотных движений. Тошноты не было. Со слов больного кровотечение повторялось трижды.

Осмотр: состояние тяжелое. Пациент в сознании, но отмечается умеренное оглушение. Больной пониженного питания. Обращает на себя внимание бледность кожного покрова с отчётливым желтушным оттенком, иктеричность склер. На коже груди и спины видны единичные сосудистые звездочки размером около 0,5-1,0 см, отмечается гиперемия ладоней в области thenar и hypothenar. На коже плеча и живота одиночные геморрагии по типу синяков бурого цвета размером 3-4 см. В лёгких дыхание жёсткое, побочных дыхательных шумов нет. АД – 92/60 мм рт. ст. Пульс - 108 в минуту, ритмичный, малого наполнения и напряжения. Тоны сердца глухие, ритмичные. Органы пищеварения: обращают на себя внимание трещины в углах рта. Язык ярко-красный, сосочки сглажены, дёсны рыхлые. Живот увеличен в объёме, выпячивается пупок. На боковых поверхностях живота и в области пупка видны расширенные подкожные вены. В положении больного лёжа на спине в отлогих частях живота определяется тупой перкуторный звук, при повороте больного на противоположный бок - тимпанический звук. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Печень на 6 см выступает из-под края рёберной дуги, плотная, болезненная. Пальпируется нижний полюс селезёнки. Выслушивается слабая перистальтика кишечника.

В анализах крови: гемоглобин – 110 г/л; средний объем эритроцита (MCV) – 29 фл; среднее содержание гемоглобина (MCH) – 36 пг; средняя концентрация гемоглобина (MCHC) – 34 г/дл; лейкоциты - $16,4 \times 10^9/\text{л}$; СОЭ – 38 мм/ ч.; тромбоциты – $98 \times 10^9/\text{л}$. В биохимическом анализе крови: общий белок – 54 г/л; общий холестерин – 4,1 ммоль/л; АсАТ – 156 Ед/л; АлАТ – 98 Ед/л; общий билирубин – 178 мкмоль/л (прямой реакции – 92 ммоль/л, непрямой реакции - 86 ммоль/л); ГГТП – 189 Ед/л; глюкоза - 6,8 ммоль/л;

щелочная фосфатаза – 390 Ед/л; креатинин - 114 мкмоль/л; СКФ (по формуле СКD-EPI) = 60,4 мл/мин; протромбиновый индекс – 58%; МНО – 1,76. В анализах мочи: билирубин и уробилин положительные, белок – 0,88 г/л.

УЗИ: размеры печени увеличены. Отмечается гиперэхогенность ткани печени. Увеличение диаметра селезёночной вены (11 мм). Асцит.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Сформулируйте и обоснуйте план лечения пациента. Обоснуйте свой выбор.
5. Какие рекомендации можно дать пациенту после выписки из стационара?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №25

Мужчина 32 лет, обратился к врачу с жалобами на слабость, субфебрильную температуру тела, похудание, а также на периодически возникающие схваткообразные боли в правой подвздошной области, сопровождающиеся отхождением большого количества газов и диареей. Из анамнеза известно, что в течение нескольких лет у пациента изредка появлялись неинтенсивные боли, локализующиеся в правой подвздошной области, сопровождавшиеся метеоризмом и поносом (не более 1-2 раз в сутки). В течение последнего года боли и диарея участились, стали более интенсивными, появилась слабость, головокружения, субфебрильная температура тела. Пациент отметил значительное похудание.

Осмотр: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 22 кг/м². Кожный покров и видимые слизистые бледные. Отмечается умеренная отёчность подкожно-жировой клетчатки в области стоп, голеней, кистей рук, передней брюшной и грудной стенки. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 96 ударов в минуту,

АД – 110/68 мм рт. ст. Живот мягкий, участвует в акте дыхания, при пальпации в правой подвздошной области определяется небольшое напряжение мышц передней брюшной стенки и болезненность. При пальпации нисходящей ободочной и сигмовидной кишок также определяется умеренная болезненность. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах крови: гемоглобин – 88 г/л; эритроциты - $2,8 \times 10^{12}$ /л; средний объем эритроцита (MCV) – 114 фл; среднее содержание гемоглобина (MCH) – 36 пг; средняя концентрация гемоглобина (MCHC) – 39 г/дл; лейкоциты – $10,5 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 3%; сегментоядерные нейтрофилы – 72%; СОЭ – 32 мм/ч; общий белок – 48 г/л; общий холестерин – 3,1 ммоль/л; креатинин - 88 мкмоль/л. В анализах мочи: относительная плотность – 1,018; белок – 0,033 г/л. Колоноскопия: при эндоскопическом исследовании терминального отдела подвздошной кишки отмечается отёчность, неравномерное утолщение и легкая ранимость слизистой оболочки (картина «бульжной мостовой»).

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назовите три группы базисных препаратов и препаратов резерва для лечения больных с данным заболеванием.
5. Есть ли показания к госпитализации пациента?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №26

Студентка 21 года обратилась в поликлинику с жалобами на периодическую диарею, боль и вздутие живота в течение последних 6 месяцев, необъяснимую потерю веса (около 5 кг). Заметила, что диарея становится не такой выраженной, если она перестаёт с едой употреблять хлеб. Также беспокоена зудящей сыпью на разгибательных поверхностях локтей, спонтанно образующимися небольшими кровоизлияниями в кожу. Отмечает, что начала чувствовать общую слабость и недомогание последний месяц. При осмотре температура тела - 36,8°C, ЧСС – 80 ударов в минуту, АД - 115/75 мм рт. ст., ЧДД - 16 в минуту, сатурация O₂ - 99%. Из анамнеза: болеет сахарным диабетом I типа.

По данным общего анализа крови, сывороточного железа, ферритина, свободного трансферина, установлена железодефицитная анемия.

Вопросы:

1. Каковы этиология и патогенез данного заболевания?
2. Какие изменения стула характерны для данного заболевания?
3. Назовите и опишите осложнение (синдром), развивающееся при длительном неконтролируемом течении данного заболевания?
4. Какие исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза заболевания?
5. Каковы основные принципы лечения данного заболевания?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №27

К врачу обратился мужчина 35 лет с жалобами на интенсивные боли в эпигастральной области через 30-60 минут после приёма пищи, купируются через 1-2 часа, изжогу, тошноту, однократную рвоту на высоте болей, приносящую облегчение. Считает себя больным около 15 лет, когда появились неинтенсивные боли в подложечной области, возникающие после приёма пищи. Амбулаторно был диагностирован хронический поверхностный гастрит. Боли продолжались 2-3 недели, после чего проходили. В дальнейшем возникали ежегодно в осенне-весенний период.

При рН-метрии выявлено повышение кислотности желудочного содержимого. Лечился амбулаторно, старался соблюдать диету. При болях принимал Ранитидин (300 мг сутки). Настоящее обострение началось в марте, длится уже 3 недели. Курит в течение 8 лет по 15 сигарет в день. При пальпации определяется локальная болезненность в эпигастральной области, положительный симптом Опенховского.

1. Сформулируйте наиболее вероятный предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями желудка необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные исследования могут быть выполнены для подтверждения и уточнения диагноза?
4. Каково стандартное лечение данного заболевания (с указанием доз и кратности введения)?
5. Какова тактика диспансерного наблюдения пациента?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №28

Пациент 40 лет обратился в поликлинику с жалобами на боли в животе, метеоризм, кашицеобразный, иногда водянистый, пенистый стул, который иногда чередуется с запорами, также отмечает общую слабость. Своё состояние связывает с приёмом молока, хотя в детстве подобного не замечал.

Симптомы появились после холецистэктомии по поводу гангренозного холецистита, с развитием в послеоперационном периоде динамической кишечной непроходимости, по поводу чего была выполнена резекция тонкой кишки. АД – 110/60 мм рт. ст., PS – 89 ударов в минуту, ЧДД – 18 в минуту, температура тела – 36,7°C.

1. Сформулируйте наиболее вероятный предварительный диагноз.
2. Перечислите методы лабораторной диагностики данного заболевания.

3. Каковы основные принципы лечения данного заболевания?
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Тактика диспансерного наблюдения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №29

Пациентка А. 38 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на горечь во рту, возникающую преимущественно в утренние часы, ощущение дискомфорта в области эпигастрия, чувство быстрого насыщения; после погрешностей в диете беспокоит тошнота, метеоризм.

Из анамнеза известно, что 2 года назад перенесла холецистэктомию по поводу хронического калькулезного холецистита. Подобные жалобы беспокоят в течение года. При объективном осмотре: состояние удовлетворительное. Кожный покров и видимые слизистые нормальной окраски, чистые. Со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной систем без особенностей. Язык влажный, обложен желтоватым налётом у корня. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, слегка болезненный в эпигастральной области.

В клиническом анализе крови: эритроциты - $4,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 135 г/л, цветовой показатель - 0,96, тромбоциты - 347×10^9 , лейкоциты - $8,7 \times 10^9$, СОЭ - 12 мм/ч. В биохимическом анализе крови: АЛТ - 28 Ед/л, АСТ - 25 Ед/л, амилаза - 77 Ед/л, щелочная фосфатаза - 80 Ед/л.

Выполнено ФГДС: слизистая желудка умеренно отёчна, гиперемирована в антральном отделе. Перистальтика активная. Желудок хорошо расправляется воздухом. Привратник зияет. В просвете желудка определяется небольшое количество желчи.

1. Сформулируйте наиболее вероятный предварительный диагноз.
2. Каков патогенез описанных проявлений?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?
5. Сформулируйте и обоснуйте план лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №30

Пациент М. 47 лет обратился к врачу с жалобами на общую слабость, вялость, плохой аппетит, чувство тяжести в эпигастрии после приема пищи. Подобные жалобы беспокоят в течение длительного времени, ранее не обследовался. Кроме того, в последние 4 месяца стал отмечать появление неустойчивости при ходьбе, ощущение «мурашек» в нижних конечностях, жжение языка.

Из анамнеза известно, что с молодого возраста знает о наличии аутоиммунного тиреоидита (регулярно наблюдается у эндокринолога, уровень ТТГ в пределах нормальных значений).

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожный покров слегка бледный, нормальной влажности. Со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной систем без особенностей. Язык обложен белым налётом у корня, сосочки сглажены. Живот не вздут, мягкий, слегка чувствительный в эпигастрии. Отёков нет.

В клиническом анализе крови: гемоглобин - 106 г/л, эритроциты - $2,9 \times 10^{12}$ л, цветовой показатель - 1,09, MCV - 130, ретикулоциты - 1%, лейкоциты - $4,9 \times 10^9/л$, СОЭ - 15 ммч, макроцитоз, анизоцитоз, тельца Жолли. В биохимическом анализе крови: АЛТ - 32 Ед/л, АСТ - 30 Ед/л, амилаза - 60 Ед/л, щелочная фосфатаза - 59 Ед/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Предложите план дальнейшего обследования.
3. Какие специфические иммунологические маркеры могут подтвердить диагноз?

4. Какие изменения эндоскопической картины можно ожидать при ФГДС?
5. Предложите план лечения.

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Свиридова Наталия Ивановна

09.09.24 14:31 (MSK)

Сертификат 0475ADC000A0B0E2824A08502DAA023B6C