Федеральное медико-биологическое агентство
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Государственный научный центр Российской Федерации –
Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И. Бурназяна»
Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования

Кафедра терапии

УТВЕРЖДАЮ
Первый проректор МБУ ИНО ФМБЦ
им. А.И. Бурназяна
_____ В.Н. Олесова
«24» августа 2023 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ С ОЦЕНОЧНЫМИ СРЕДСТВАМИ

основная профессиональная образовательная программа
высшего образования – программа ординатуры
по специальности
31.08.28 Гастроэнтерология

Уровень образования: подготовка кадров высшей квалификации

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат: 5245C700D5AFBD9B467025BEFED80EEF
Владелец: Олесова Валентина Николаевна
Действителен: с 30.03.2023 до 20.04.2024

Москва, 2023

1. Общие положения

1.1. Законодательные и нормативные основы разработки программы государственной итоговой аттестации

– Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;

– приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 25.08.2014 № 1070 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология (уровень подготовки кадров высшей квалификации)»;

– приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.11.2013 № 1258 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры»;

– приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 18.03.2016 № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки».

1.2. Государственная итоговая аттестация в структуре программы ординатуры

Государственная итоговая аттестация относится в полном объеме к базовой части программы ординатуры – Блок 3 «Государственная итоговая аттестация» – и завершается присвоением квалификации «Врач-гастроэнтеролог».

В Блок 3 «Государственная итоговая аттестация» входит подготовка и сдача государственного экзамена.

Трудоемкость освоения программы государственной итоговой аттестации выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология составляет 3 зачетных единицы, из них: 2 зачетных единицы приходятся на подготовку к государственному экзамену и 1 зачетная единица – государственные итоговые испытания в форме государственного экзамена.

2. Требования к государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация по основной профессиональной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология выявляет теоретическую и практическую подготовку выпускника в соответствии требованиями ФГОС ВО по специальности.

Обучающийся допускается к государственной итоговой аттестации после успешного освоения программ дисциплин и практик в объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры.

Государственная итоговая аттестация включает оценку сформированности у выпускников всех универсальных и профессиональных компетенций, установленных ФГОС ВО по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология, путем оценки знаний, умений и владений в соответствии с содержанием программы ординатуры, характеризующих их готовность к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации «Врач-гастроэнтеролог».

Перечень компетенций, оцениваемых на государственной итоговой аттестации

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими

универсальными компетенциями:

– готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

– готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

– готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **профессиональными компетенциями**:

Профилактическая деятельность:

- готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

- готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);

- готовностью к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

- готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков (ПК-4).

Диагностическая деятельность:

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

Лечебная деятельность:

- готовностью к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи (ПК-6);

- готовностью к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7).

Реабилитационная деятельность:

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

Психолого-педагогическая деятельность:

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

Организационно-управленческая деятельность:

- готовностью к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

- готовностью к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с

использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

- готовностью к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

3. Структура государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена, состоящего из двух этапов:

1) междисциплинарное тестирование;

2) устное собеседование по дисциплинам программы ординатуры, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

3.1. 1 этап – Междисциплинарное тестирование

Тестовый контроль проводится с целью определения объема и качества знаний выпускника.

Междисциплинарное тестирование осуществляется по материалам утвержденного фонда оценочных средств, который охватывает содержание всех обязательных дисциплин учебного плана программы ординатуры. Индивидуальное тестирование выпускника включает 100 тестовых заданий.

Примеры контрольно-измерительных материалов, выявляющих результаты освоения выпускником программы ординатуры:

Задание: укажите правильный вариант (варианты) ответа.

1. Профилактическое лечение больных с язвенной болезнью (ЯБ):

1) назначается всем больным ЯБ;

2) назначается лишь в случаях наличия факторов риска;

3) профилактическое лечение проводится как сезонное противорецидивное;

4) при проведении профилактических мероприятий используется комплекс препаратов;

5) профилактически назначаются лишь блокаторы Н2-гистаминрецепторов.

2. Больной 49 лет прооперирован по поводу язвенного кровотечения с перфорацией 5 лет назад. Отмечает боли, похожие на прежние, язвенные, но локализующиеся в эпигастральной области слева. Отмечает рвоты на высоте болей и похудение. Консервативное лечение не эффективно. В кале реакция Грегерсена (+++). Какое из нижеприведенных заболеваний следует подозревать в первую очередь?

1) синдром гипогликемии;

2) агастральная астения;

3) синдром приводящей петли;

4) пептическая язва анастомоза;

5) демпинг-синдром;

6) синдром хронической диареи.

3.2. 2 этап – Устное собеседование по дисциплинам программы ординатуры

Устное собеседование проводится с целью определения качества теоретической подготовки, сформированности универсальных и профессиональных компетенций выпускника, оценки профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения.

Основой для проведения устного собеседования являются экзаменационные билеты, включающие:

- контрольные вопросы, выявляющие теоретическую подготовку выпускника;
- контрольные задания, выявляющие практическую подготовку выпускника;

- ситуационные задачи, выявляющие сформированность компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология.

Примеры контрольных вопросов:

1. Врожденные аномалии пищевода. Функциональные болезни пищевода, этиология и патогенез. Вторичные эзофагеальные дискинезии, дивертикулы пищевода, ахалазия кардии, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.
2. Острые гастродуоденальные и кишечные кровотечения. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагноз и дифференциальный диагноз. Интенсивная терапия.

Примеры контрольных заданий:

1. Расскажите методику клинического обследования гастроэнтерологического больного.
2. Расскажите методику сбора анамнеза жизни, анамнеза заболевания гастроэнтерологического больного.

Примеры ситуационных задач:

Ситуационная задача № 1.

Пациент Л., 47 лет, обратился с жалобами на мучительную изжогу в течение последних 3 недель и интенсивные боли в подложечной области и зоне Шоффара, возникающие ночью и/или через 1,5 – 2 часа после еды. Боли иррадиировали в спину, купировались приемом «соды», эффект длился не более 1-2 часов. Беспокоила почти постоянная тошнота.

В анамнезе травма правого коленного сустава, около 6 месяцев назад, консультирован ортопедом - выставлен диагноз «артроз правого коленного сустава, повреждение связочного аппарата правого коленного сустава, реактивный синовит», была назначена «поддерживающая» терапия на 6 месяцев, которую пациент продолжает принимать.

При осмотре пациент повышенного питания, ИМТ - 33 кг/м^2, гиперемия лица. Живот увеличен в объёме за счет подкожно-жировой клетчатки, чуть вздут, асцита нет, определяется болезненность при пальпации эпигастральной и пилоро-бульбарной зон, зоны Шоффара. Симптомы Кера, Мюсси, Ортнера, Щеткина – отрицательные. Мочеиспускание без особенностей. Последние 2-3 месяца стул со склонностью к запорам, без патологических примесей.

Результаты лабораторно-инструментальных методов обследования:

Клинический анализ крови – Гемоглобин 124 г/л, эритроциты 4,2 х10^{12}/л, ЦП 0,95, лейкоциты 6,1х10$^{9/}$л, ретикулоциты 17‰, СОЭ 10 мм/час.

Диастаза – 1436 (норма до 800).

Б/х анализ крови: АЛТ – 36ед/л, АСТ – 55ед/л, ГГТП – 14ед/л, ЩФ – 216ед/л, альфа-амилаза – 418ед/л (норма до 390), холестерин – 6,87ммоль/л, глюкоза – 6,1ммоль/л, общий белок – 75 г/л.

Анализ кала на скрытую кровь – слабо положительный.

Уреазный дыхательный тест – положительный.

ЭГДС: пищевод свободно проходим, слизистая оболочка пищевода гиперемирована в нижней трети. Слизистая оболочка желудка гиперемирована, больше в антральном отделе, где по задней стенке, ближе к луковице 12-п. кишки определяется глубокий (примерно 5-6 мм) язвенный дефект диаметром 16 мм, края язвы подрыты, конвергенция складок выражена слабо (фото). Луковица 12-перстной кишки гиперемирована, залуковичные отделы гиперемированы, отмечаются единичные лимфангиоэктазии по типу «манной крупы».

УЗИ органов брюшной полости, заключение: признаки стеатоза печени, незначительное увеличение размеров головки поджелудочной железы, диффузные изменения печени и поджелудочной железы.

Фото. Фрагмент видеозаписи фиброгастродуоденоскопии (антральный отдел желудка).



Вопросы:

1. Выделите ведущие клинико-лабораторные синдромы.
2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной.
3. С учетом данных жалоб, анамнеза, представленных данных лабораторных и инструментальных исследований определите наиболее вероятный предварительный диагноз.
4. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?
5. Лечебная тактика ведения.

Ситуационная задача № 2.

Пациент Ж., 18 лет, обратился с жалобами на ноющие боли в пилоро-бульбарной зоне, возникающие натощак, ночью, на фоне стрессовых ситуаций (экзамен в институте), периодически отрыжку воздухом, горечь во рту по утрам. Боли без иррадиации, купируются приемом пищи, воды, альмагеля. Ранее не обследовался, к врачу не обращался, хотя боли в животе отмечает уже около года. Настоящее ухудшение около 2 недель.

Пациент 4 года курит по 2 пачки сигарет в день, по праздникам употребляет спиртные напитки, пьет регулярно кофе, диету не соблюдает, питается в заведениях фаст-фуда. Объективно: состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°С. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, высыпаний нет. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 76 в мин. АД 110/70 мм рт ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в пилоро-бульбарной зоне. Симптомы, Мюсси, Ортнера, Кера, Менделя и Щеткина – Блюмберга отрицательные. Размеры печени по Курлову 9х8х7 см. Селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание б/о.

Результаты лабораторно – инструментальных методов обследования:

Клинический анализ крови: Гемоглобин 128 г/л, эритроциты 4,1х1012/л, ЦП 0,95, лейкоциты 7,1х109/л, СОЭ 6 мм/час.

Уреазный дыхательный тест – положительный.

Анализ кала на скрытую кровь – отрицательный.

NADAL-тест на содержание в кале гемоглобина и комплекса гемоглобин/гаптоглобин – отрицательный.

УЗИ органов брюшной полости – патологии не выявлено.

ЭГДС: пищевод свободно проходим, слизистая оболочка пищевода умеренно гиперемирована в нижней трети. Кардия смыкается полностью. Желудок обычной формы

и размеров, перистальтика живая, большое количество слизи, в антральном отделе желудка слизистая оболочка умеренно гиперемирована. Луковица 12-перстной кишки рубцово - воспалительно деформирована, слизистая гиперемирована, определяется язвенный дефект с перифокальным валом инфильтрации, диаметром 8 мм (фото), залуковичные отделы гиперемированы.

Фото. Фрагмент видеозаписи фиброгастродуоденоскопии (луковица ДПК).



Вопросы:

1. Выделите ведущие клинико-лабораторные синдромы.
2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной, этиологические факторы;
3. С учетом данных жалоб, анамнеза, представленных данных лабораторных и инструментальных исследований определите наиболее вероятный диагноз.
4. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?
5. Какова лечебная тактика ведения данного пациента?

В процессе проведения государственного экзамена выпускнику могут быть заданы уточняющие или дополнительные (не включенные в билет) вопросы по программе государственного экзамена.

4. Порядок подготовки и проведения государственной итоговой аттестации

Государственный экзамен является заключительным этапом подготовки выпускника и проводится согласно календарному учебному графику и расписанию государственной итоговой аттестации.

Перед государственным экзаменом проводятся консультации, на которых обучающиеся могут задать вопросы по содержанию материала, входящего в программу государственного экзамена, который вызвал затруднения при подготовке.

При подготовке к государственному экзамену выпускнику следует опираться на материалы лекций, рекомендованную литературу, федеральные клинические рекомендации.

Порядок проведения государственной итоговой аттестации, в том числе подачи апелляции по результатам государственной итоговой аттестации, установлен соответствующим локальным нормативным актом Университета.

5. Критерии оценки

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности. Общая оценка за государственный экзамен выставляется по совокупности результатов выполнения всех заданий.

Описание шкалы оценивания результатов тестирования:

- от 90% и выше правильных ответов – **отлично**;
- от 80% до 89% правильных ответов – **хорошо**;

- от 70% до 79% правильных ответов – **удовлетворительно**;
- менее 70% правильных ответов – **неудовлетворительно**.

Описание шкалы оценивания при ответе на контрольные вопросы:

Отлично – выпускник дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на основные и дополнительные экзаменационные вопросы; ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов; выпускник демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Хорошо – выпускник дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на основные и дополнительные экзаменационные вопросы; ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса; имеются незначительные упущения в ответах.

Удовлетворительно – выпускник дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Неудовлетворительно – выпускник демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Описание шкалы оценивания при решении ситуационных задач:

Отлично – выпускник правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы с привлечением лекционного материала, учебника и дополнительной литературы.

Хорошо – выпускник правильно ставит диагноз, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы.

Удовлетворительно – выпускник ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз в соответствии с классификацией. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, демонстрируя поверхностные знания предмета.

Неудовлетворительно – выпускник не может сформулировать диагноз или неправильно ставит диагноз. Не может правильно ответить на большинство вопросов задачи и дополнительные вопросы.

Описание шкалы оценивания при выполнении контрольных заданий:

Отлично – выпускник правильно выполняет все практические задания, правильно интерпретирует свои действия, показывая уверенное владение навыками и умениями.

Хорошо – выпускник в основном правильно выполняет практические задания, интерпретирует свои действия и самостоятельно может исправить выявленные преподавателем отдельные ошибки.

Удовлетворительно – выпускник ориентируется в основном задании по практическим навыкам, но допускает ряд существенных ошибок, которые исправляет с помощью преподавателя.

Неудовлетворительно – выпускник не справился с предложенным заданием, не может правильно интерпретировать свои действия и не справляется с дополнительным заданием.

6. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственному экзамену

Основная литература:

1. Дементьев А. С. Гастроэнтерология. Стандарты медицинской помощи / сост. А. С. Дементьев, И. Р. Манеров, С. Ю. Кочетков, Е. Ю. Чепанова – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 384 с. (Серия «Стандарты медицинской помощи») – ISBN 978-5-9704-3670-7. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436707.html

2. Ивашкин В. Т. Гастроэнтерология. Национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 464 с. – ISBN 978-5-9704-4406-1. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html

Дополнительная литература:

1. Ивашкин В. Т. Рекомендации по диагностике и лечению взрослых больных гепатитом С / В. Т. Ивашкин, Н. Д. Ющук, Е. А. Климова и др. – 4-е изд., испр. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 104 с. – ISBN 978-5-9704-5653-8. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456538.html

2. Маев И. В. Болезни пищевода / Маев И. В., Бусарова Г. А., Андреев Д. Н. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 648 с. – ISBN 978-5-9704-4874-8. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448748.html

3. Мельникова И. Ю. Детская гастроэнтерология / под ред. Мельниковой И. Ю. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 480 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») – ISBN 978-5-9704-5175-5. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970451755.html

4. Павлов Ч. С. Неалкогольная жировая болезнь печени / Ч. С. Павлов, Е. А. Кузнецова, Ю. О. Шульпекова, М. Ч. Семенистая. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 64 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») – ISBN 978-5-9704-5333-9. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453339.html

5. Ривкин В. Л. Болезни прямой кишки / Ривкин В. Л. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 128 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») – ISBN 978-5-9704-4318-7. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970443187.html

6. Тель Л. З. Нутрициология / Л. З. Тель [и др.] – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 544 с. – ISBN 978-5-4235-0255-3. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423502553.html

Приложение к программе
государственной итоговой аттестации с оценочными средствами
программы ординатуры 31.08.28 Гастроэнтерология

Фонд оценочных средств

1. Контрольно-измерительные материалы для проведения междисциплинарного тестирования

№ п/п	Наименование дисциплины / кол-во тестовых заданий	Тестовые задания
1.	Гастроэнтерология /40	**1. Профилактическое лечение больных с язвенной болезнью (ЯБ):** 1) назначается всем больным ЯБ; 2) назначается лишь в случаях наличия факторов риска; 3) профилактическое лечение проводится как сезонное противорецидивное; 4) при проведении профилактических мероприятий используется комплекс препаратов; 5) профилактически назначаются лишь блокаторы Н2-гистаминрецепторов. **2. Больной 49 лет прооперирован по поводу язвенного кровотечения с перфорацией 5 лет назад. Отмечает боли, похожие на прежние, язвенные, но локализующиеся в эпигастральной области слева. Отмечает рвоты на высоте болей и похудение. Консервативное лечение не эффективно. В кале реакция Грегерсена (+++). Какое из нижеприведенных заболеваний следует подозревать в первую очередь?** 1) синдром гипогликемии; 2) агастральная астения; 3) синдром приводящей петли; 4) пептическая язва анастомоза; 5) демпинг-синдром; 6) синдром хронической диареи. **3. У больного 52 лет в течение длительного времени на фоне жалоб астенического характера периодически появляется чувство тяжести в правом подреберье, тошнота, небольшая желтуха. В это время нарушаются биохимические показатели функции печени: АЛТ, билирубин, сулемовая проба, тимоловая проба, белковые фракции. Рецидивы связаны с инфекциями. Работоспособность сохраняется. Какому из нижеприведенных диагнозов соответствуют клинический синдром и лабораторные данные?** 1) портальный цирроз печени; 2) хронический персистирующий гепатит; 3) билиарный цирроз печени; 4) хронический активный гепатит; 5) псевдоцирроз печени% 6) гемохроматоз; 7) амилоидоз печени;

		8) синдром Бадда-Киари; 9) хронический миелолейкоз; 10) альвеококкоз печени. **4. У 75-летнего мужчины возникает выраженная боль в мезогастральной области в сочетании с рвотой и вздутием живота примерно через 30 минут после еды. За последние несколько месяцев он похудел на 6 кг, так как ограничивал прием пищи, боясь, что она будет провоцировать появление болей. Во время бессимптомного периода обследование живота без особенностей. Над правой бедренной артерией выслушивается шум, периферическая пульсация снижена на обеих нижних конечностях. Анализ стула на скрытую кровь отрицательный. Фиброгастродуоденоскопия, ирригоскопия и колоноскопия не выявили патологических изменений. Данное состояние скорее всего обусловлено:** 1) психогенными факторами; 2) новообразованием; 3) воспалением; 4) ишемией; 5) преходящей обструкцией. **5. Больного 56 лет беспокоит боль в эпигастрии. Через несколько часов после возникновения боль стала сопровождаться чувством сдавления горла, нехваткой воздуха, онемением левой руки, болью в межлопаточном пространстве. В анамнезе язвенная болезнь желудка. При осмотре: живот вздут, от перемены положения в постели боль не изменяется. Напряжение брюшной стенки исчезает, когда больной отвлекается, затем появляется вновь. Какому из перечисленных ниже диагнозов соответствует клиническая манифестация болезни?** 1) хронический гастрит; 2) язвенная болезнь, перфорация язвы двенадцатиперстной кишки; 3) дискинезия желчевыводящих путей; 4) разрыв аневризмы брюшной аорты; 5) острая кишечная непроходимость; 6) синдром раздраженной кишки; 7) желчнокаменная болезнь, желчная колика; 8) сахарный диабет; 9) острый аппендицит; 10) острая пневмония справа; 11) болезнь Крона; 12) геморрагический васкулит; 13) пищевая токсикоинфекция; 14) острый инфаркт миокарда. **6. У 53-летнего мужчины, регулярно употребляющего алкоголь и страдающего хроническим рецидивирующим панкреатитом, развилась безболевая желтуха. При ретроградной**

		панкреатохолангиографии выявлено значительное сужение общего желчного протока. Какова наиболее вероятная причина желтухи у больного? 1) перидуктальный фиброз общего желчного протока вследствие хронического панкреатита; 2) компрессия общего желчного протока вследствие формирования псевдокистоза поджелудочной железы; 3) опухоль поджелудочной железы с вовлечением общего желчного протока; 4) опухоль общего желчного протока; 5) стриктура общего желчного протока вследствие холелитиаза. **7. Для гастрита типа В характерно:** 1) наличие Helicobacter Pilory; 2) сохраненная или повышенная секреторная функция; 3) пониженная секреторная функция; 4) клинические проявления аналогичны язве двенадцатиперстной кишки; 5) преимущественно поражен антральный отдел желудка. **8. Больная 45 лет с детства страдает запорами, стул один-два раза в неделю. Некоторое улучшение наблюдалось в пубертатном периоде. В настоящее время самостоятельно стул бывает один раз в две недели с выделением твердых каловых масс. Вынуждена пользоваться клизмами. В детстве и юности часто бывал «двухэтапный стул», когда после одной дефекации через полчаса-час наблюдалась вторая, а затем снова следовал период запора. Подберите диагноз из нижеперечисленных.** 1) микседема; 2) эндометриоз кишечника; 3) мегадолихоколон; 4) рак толстой кишки; 5) синдром раздраженной кишки; 6) скрытая депрессия. **9. При гиперацидном гастрите наиболее эффективными минеральными водами являются:** 1) натриево-хлоридные; 2) натриево-хлоридно- гидрокарбонатные; 3) натриево-гидрокарбонатные; 4) натриево-сульфатно- гидрокарбонатные; 5) воды с высоким содержанием органических веществ. **10. Мужчина 55 лет последние три года страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с частыми рецидивами. На терапию Н2-гистаминблокаторами реакция положительная. Поступил с кровоточащей язвой. Сделано переливание крови. За четыре недели терапии ранитидином язва зарубцевалась. Какова дальнейшая лечебная тактика?** 1) прерывистая курсовая терапия Н2-гистаминблокаторами;

		2) поддерживающая терапия Н2-гистаминблокаторами; 3) хирургическое лечение; 4) терапия сукральфатом; 5) курсовая терапия омепразолом. **11. Множественные язвы в желудке и двенадцатиперстной кишке в сочетании с гиперацидным состоянием и упорными болями в эпигастрии, не купирующимися антацидами, вероятнее всего, связаны:** 1) с синдромом Дубина–Джонсона; 2) с синдромом Золлингера–Эллисона; 3) с изъязвлением рака желудка; 4) с язвами угла желудка. **12. У мужчины 51 года отмечаются длительные боли и чувство распирания в правом подреберье. При обследовании: желтухи нет, положительный симптом Кера, температура субфебрильная, СОЭ — 30 мм/ч. Каков предполагаемый диагноз?** 1) хронический холецистит в фазе обострения; 2) хронический панкреатит в фазе ремиссии; 3) язвенная болезнь желудка в фазе обострения; 4) хронический гепатит; 5) другое заболевание. **13. У прежде здорового подростка появилась лихорадка до 380С, во время которой на коже и слизистых оболочках появились геморрагические высыпания, экхимозы. Однократно была мелена, затем две недели имела место положительная реакция Грегерсена в кале. Тромбоциты крови 60х109/л. Все явления самостоятельно прошли бесследно. Заболеванию предшествовало лечение ангины сульфаниламидными препаратами. Подберите соответствующий диагноз из нижеприведенных:** 1) острые эрозии желудка; 2) синдром Мэллори–Вейса; 3) диафрагмальная грыжа; 4) рак пищевода; 5) варикозное расширение вен пищевода; 6) геморрой; 7) рак сигмовидной кишки; 8) рак восходящего отдела кишечника; 9) неспецифический язвенный колит; 10) терминальный илеит; 11) дивертикулез толстой кишки; 12) геморрагический васкулит; 13) болезнь Верльгофа; 14) меккелев дивертикул. **14. Какие средства обладают цитопротективным действием в отношении слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки?** 1) облепиховое масло; 2) викалин;

		3) гастроцепин; 4) сукральфат; 5) солкосерил. **15. У больного 20 лет, астеника, на фоне нейроциркуляторной дистонии появились тупые боли в правом подреберье, провоцирующиеся стрессовыми ситуациями, без повышения температуры тела. При обследовании: конкрементов в желчных путях не выявлено, на холецистограммах желчный пузырь уменьшен в размерах, при дуоденальном зондировании объем порции ТВУ — 15 мл, время — 3 минуты. Наиболее вероятно, что у больного:** 1) хронический холецистит; 2) дискинезия желчных путей по гипомоторному типу; 3) дискинезия желчных путей по гипермоторному типу. **16. Женщина 43 лет обратилась к семейному врачу с жалобами на запоры. У нее практически не бывает самостоятельного стула. В беседе выяснилось, что ее беспокоит также зябкость конечностей, утомляемость; стали выпадать волосы. Работает программистом, много времени проводит за компьютером. При осмотре выявлена сухость кожи, слизистых оболочек. Глухие тоны сердца. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации определяется плотная, заполненная каловыми массами сигмовидная кишка. Выберите наиболее информативный диагностический тест для данной больной:** 1) фиброгастроскопия; 2) определение гормонов щитовидной железы и ТТГ, антител к щитовидной железе; 3) фиброколоноскопия; 4) копрограмма; 5) УЗИ брюшной полости. **17. Значительное увеличение сывороточной амилазы указывает:** 1) на паротит; 2) на острый панкреатит; 3) на острый гепатит; 4) на перитонит; 5) правильные ответы 1), 2) и 4). **18. Основными патогенетическими звеньями образования камней в желчевыводящей системе являются:** 1) нарушение метаболизма холестерина и билирубина; 2) изменение pH желчи; 3) холестаз; 4) продукция печеночной клеткой литогенной желчи; 5) все перечисленное. **19. В развитии асцита при циррозе печени не имеют патогенетического значения:** 1) портальная гипертензия;

		2) гипоальбуминемия; 3) увеличение продукции печеночной лимфы; 4) увеличение активности ренин-альдостероновой системы и продукции вазопрессина; 5) воспаление брюшины. **20. При подозрении на хронический калькулезный холецистит с целью уточнения диагноза необходимо провести:** 1) дуоденальное зондирование; 2) внутривенную холангиографию; 3) обзорную рентгенографию органов брюшной полости; 4) эхогепатографию; 5) ззофагогастродуоденоскопию. **21. Холестатическая желтуха характеризуется :** 1) кожным зудом; 2) гипербилирубинемией с преобладанием конъюгированной фракции; 3) гипохолестеринемией; 4) правильные ответы 1) и 2); 5) все перечисленное. **22. Гипонатриемия наступает при следующих состояниях, кроме**: 1) бессолевой диеты; 2) рвоты; 3) диареи; 4) надпочечниковой недостаточности; 5) всего перечисленного. **23. Внутрипеченочный холестаз характеризуют все перечисленные показатели, кроме:** 1) увеличения в сыворотке крови неконъюгированной фракции билирубина; 2) билирубинурии; 3) увеличения в крови щелочной фосфатазы; 4) гиперхолестеринемии; 5) появления желчных кислот в крови. **24. В диагностике холестатического синдрома имеют значение все перечисленные показатели, кроме:** 1) повышения щелочной фосфатазы крови; 2) повышения прямого билирубина крови; 3) повышения холестерина; 4) повышения g-глютамилтранспептидазы; 5) повышения непрямого билирубина крови. **25. Явление гиперсенсибилизации к глютеину наблюдаются прежде всего:** 1) при неспецифическом язвенном колите; 2) при болезни Крона; 3) при целиакии; 4) при болезни Уиппля; 5) при всех перечисленных формах патологии. **26. Лабораторным показателем, характеризующим синдром Жильбера, является:** 1) увеличение в крови неконъюгированного билирубина;

		2) билирубинурия; 3) увеличенное содержание в крови трансаминаз; 4) гиперретикулоцитоз; 5) гипоальбуминемия. **27. В норме в IV (пузырную) фазу дуоденального зондирования количество выделяемой желчи составляет:** 1) до 30 мл; 2) до 40 мл; 3) до 50 мл; 4) до 100 мл. **28. Удельный вес пузырной желчи в норме составляет:** 1) от 1006 до 1010; 2) от 1011 до 1015; 3) от 1016 до 1032; 4) выше 1064. **29. Нейромедиатором экзокринной функции поджелудочной железы является:** 1) допамин; 2) серотонин; 3) субстанция Р; 4) ацетилхолин. **30. Главные клетки слизистой оболочки желудка вырабатывают:** 1) пепсиноген; 2) химозин; 3) гастромукопротеин; 4) правильные ответы 1) и 2); 5) все перечисленное. **31. Физиологическое торможение продукции гастрина происходит под влиянием - (1) кислого содержимого в антральном отделе желудка; - (2) рефлюкса содержимого 12-перстной кишки в желудок; - (3) кислого содержимого в луковице 12-перстной кишки ; - (4) щелочного содержимого в луковице 12-перстной кишки:** 1) правильные ответы 1, 2, 3; 2) правильные ответы 1, 3; 3) правильные ответы 2, 4; 4) правильный ответ 4; 5) все ответы правильные. **32. Наиболее частым и серьезным осложнением чрезкожной биопсии печени является:** 1) кровотечение в брюшную полость; 2) желчный перитонит; 3) кровотечение в плевральную полость; 4) желчная эмболия; 5) повреждение органов брюшной полости иглой. **33. Биопсия слизистой оболочки тонкой кишки является ценным диагностическим методом:** 1) при болезни Уипла;

		2) при глютеновой энтеропатии; 3) при склеродермии; 4) при болезни Крона; 5) при всем перечисленном. **34. Колоноскопия позволяет выявить:** 1) язвенный колит; 2) рак толстой кишки; 3) болезнь Крона; 4) болезнь Уипла; 5) все перечисленное. **35. При рефлюкс-эзофагите рекомендуется:** 1) блокаторы протонового насоса и Н2-репепторов гистамина; 2) метоклопрамид и другие прокинетики; 3) подъем головного конца кровати на 15 см; 4) частое дробное питание; 5) все перечисленное. **36. Жгучие боли, у основания мечевидного отростка, с иррадиацией в область сердца, возникающие и усиливающиеся через пол часа после еды, при физической нагрузке и наклоне туловища; они не купируются полностью альмагелем. Отмечается также отрыжка воздухом, приступы удушья, кашель, при рентгенографиическом исследовании с бариевой взвесью- рефлюкс контрастных масс из желудка в пищевод. Все перечисленное позволяет заподозрить:** 1) аксиальную (скользящую) грыжу пищеводного отверстия диафрагмы и рефлюкс-эзофагит; 2) рак пищевода; 3) бронхиальную астму; 4) хронический гастрит; 5) ахалазию кардии. **37. Хронический гастрит необходимо дифференцировать:** 1) с язвенной болезнью желудка; 2) с раком желудка; 3) с хроническим панкреатитом; 4) с хроническим холециститом; 5) со всем перечисленным. **38. Лечение пневматоза желудка функционального характера включает:** 1) общеукрепляющую терапию; 2) лечебную физкультуру; 3) частое дробное питание; 4) запрещение газированных напитков; 5) все перечисленное. **39. К неэпителиальным злокачественным опухолям желудка относятся:** 1) лимфосаркома; 2) фибросаркома; 3) миосаркома; 4) все перечисленное;

		5) правильные ответы 1) и 2). **40. Омепразол относится к группе препаратов:** 1) адреноблокаторы; 2) М-холиноблокаторы; 3) спазмолитики; 4) блокаторы гистаминовых Н1 рецепторов; 5) блокаторы гистаминовых Н2 рецепторов; 6) блокаторы протонового насоса.
2.	Общественное здоровье и здравоохранение /5	**1. К системам охраны здоровья населения относятся** 1) государственная система здравоохранения 2) муниципальная система здравоохранения 3) частная система здравоохранения 4) система медико-социального обеспечения 5) все перечисленное **2. Факторами, оказывающими влияние на здоровье населения, являются** 1) генетические 2) природно-климатические 3) уровень и образ жизни населения 4) уровень, качество и доступность медицинской помощи 5) социально-экономические условия; 6) все перечисленные **3. К косвенному экономическому ущербу в связи с инвалидностью нельзя отнести** 1) потери трудовых мест в связи с инвалидностью 2) расходы на лечебную помощь 3) выплата пенсий по инвалидности **4. К основным направлениям, которые необходимы для развития здравоохранения, относятся все перечисленные кроме** 1) эффективное распределение ресурсов здравоохранения по регионам 2) равенство и доступность медицинской помощи для населения 3) финансирование учреждений здравоохранения 4) качество медицинской помощи 5) социально-экономические условия для медицинского персонала 6) здоровье населения **5. В методику расчета себестоимости медицинских услуг в стационаре не включаются** 1) расходы на питание пациентов 2) расходы на медикаменты 3) накладные расходы 4) верных ответов нет
3.	Педагогика /5	**1. Науки, входящие в систему педагогических** 1) дидактика, психология, история, философия, школоведение 2) общая педагогика, возрастная педагогика, социальная педагогика, методики изучения отдельных предметов 3) педагогика дошкольных учреждений, педагогика школы, социология, культурология

		4) общая педагогика, этика, эстетика, возрастная физиология 5) история педагогики, педагогика высшей школы, теория воспитания, школьная гигиена **2. К методам просветительской работы относят все, кроме** 1) наглядных 2) комбинированных 3) устных 4) творческих **3. Документ, разрабатываемый по каждой дисциплине учебного плана и определяющий научное содержание, наименование и основные вопросы разделов и тем, распределение учебного времени по разделам, темам и видам учебных занятий, называется** 1) учебная программа 2) учебный план 3) государственный образовательный стандарт 4) тематический план **4. Деятельность, включающая в себя проведение измерений, экспертизы, испытаний для оценки одной или нескольких характеристик объекта и сравнение полученных результатов с установленными требованиями, – это** 1) мониторинг 2) контроль 3) планирование качества 4) оценка качества **5. Выражение объема изученного материала, основанного на определенных результатах обучения, и связанной с ними нагрузки – это** 1) кредит 2) нагрузка 3) зачетные единицы
4.	Медицина чрезвычайных ситуаций /5	**1. Задачи РСЧС** 1) разработка и реализация правовых и экономических норм по обеспечению защиты населения и территорий от ЧС 2) прогнозирование и оценка социально-экономических последствий ЧС 3) сбор, обработка, обмен и выдача информации в области защиты населения и территорий от ЧС 4) социальная защита населения, пострадавшего от ЧС 5) своевременное и эффективное оказание всех видов медицинской помощи населению в ЧС **2. В состав ВСМК входят все, кроме** 1) служба медицины катастроф Минздрава и Минобороны России 2) силы и средства Роспотребнадзора, РАН, МВД России, МЧС России 3) силы и средства органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органов местного

		самоуправления 4) силы и средства медицинской службы гражданской обороны **3. Организационной формой, позволяющей своевременно оказать медицинскую помощь наибольшему числу пораженных при массовых поражениях, является** 1) быстрое выведение пораженных из очага катастрофы; 2) четко организованная медицинская эвакуация 3) прогнозирование исхода поражения 4) медицинская сортировка 5) оказание неотложной помощи **4. Что включает площадка для сбора и оказания медицинской помощи в очаге ЧС** 1) пункт сбора пораженных 2) распределительный пост 3) сортировочная площадка 4) площадка санитарного транспорта 5) площадка оказания медицинской помощи 6) площадка размещения легко пораженных 7) площадка размещения тяжело пораженных **5. В случае массового поступления пострадавших главный (дежурный) врач ЛПМО** 1) формирует сортировочные бригады для работы в приемном отделении 2) контролирует подготовку приемного отделения, операционного и реанимационного блоков и других подразделений ЛПМО к приему пострадавших 3) контролирует подготовку хирургического и травматологического отделений, реанимационных палат и других функциональных подразделений к приему пострадавших и оказанию им медицинской помощи 4) отдает распоряжение заведующему аптекой о подготовке к выдаче в отделения необходимого медицинского имущества и медикаментов 5) при невозможности оказания пострадавшим медицинской помощи в необходимом объеме запрашивает через ТЦМК бригады медицинского усиления 6) контроль исполнения решения
5.	Патология /5	**1. При общении практикующего врача с родственниками умершего основным нормативным актом, регламентирующим его права и обязанности является** 1) Приказ Минздрава России «О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий» 2) ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» 3) ФЗ «О погребении и похоронном деле» 4) Приказ Минздрава России «О правилах проведения патолого-анатомических исследований» 5) Приказ Минздравсоцразвития «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-

		экспертных учреждениях Российской Федерации» **2. К основным методам лабораторной диагностики относятся** 1) Цитологический 2) Иммуногистохимический 3) Молекулярно-генетический 4) Серологический 5) Ничего из вышеперечисленного 6) Все вышеперечисленные **3. Понятие АТИПИЯ относится к** 1) Доброкачественной опухоли 2) Продуктивному воспалению 3) Гнойному расплавлению ткани 4) Жировому перерождению ткани 5) Ничего из вышеперечисленного 6) Все вышеперечисленные **4. К исходам патологического процесса можно отнести** 1) Замещение соединительной тканью 2) Замещение нейроглией 3) Формирование кисты 4) Формирование каверны 5) Ничего из вышеперечисленного 6) Все вышеперечисленные. **5. Осложнение основного заболевания – это** 1) одна или несколько нозологических форм (заболеваний, травм), которые сами по себе или через обусловленные ими осложнения привели к летальному исходу 2) Одна или несколько нозологических форм (заболеваний, травм), которыми одновременно страдал умерший и каждое из них в отдельности несомненно могло привести к летальному исходу 3) Одна или несколько нозологических форм (заболеваний, травм), которые этиологически не связаны, но включились в общий патогенез с основным заболеванием, явились одной из причин его развития, впоследствии отягощали течение и способствовали развитию смертельных осложнений, приведших к летальному исходу 4) Одна или несколько нозологических форм (заболеваний, травм), которые связаны с основным заболеванием патогенетически (непосредственно или опосредованно) и не являются его проявлением (не включены в синдромокомплекс основного заболевания) 5) Одна или несколько нозологических форм (заболеваний, травм), этиологически и патогенетически не связанные с основным заболеванием и не оказавшие влияния на летальный исход
6.	Кардиология /20	**1. Назовите непосредственные причины, вызывающие острый коронарный синдром:** 1) длительный спазм коронарных артерий; 2) тромбоз;

		3) эмболия. 4) наличие атеросклеротической бляшки, перекрывающей просвет коронарной артерии на 60%. **2. Через какой интервал времени после начала ишемии зона некроза в миокарде становится видима макро- и микроскопически?** 1) через 18-24 часа; 2) через 1-5 часов; 3) через 20-30 минут. **3. Больной 50 лет поступил в отделение через 4 дня после эпизода длительных (до 5 часов) загрудинных болей. На ЭКГ - полная блокада левой ножки пучка Гиса. При решении вопроса о наличии острого инфаркта миокарда диагностическую ценность будет иметь:** 1) определение содержания миоглобина; 2) определение активности аспартатаминотрасферазы; 3) определение активности креатинфосфокиназы; 4) определение тропонина. **4. Регистрация патологического зубца Q и подъёма сегмента ST в отведениях II, III, aVF является признаком:** 1) передне-перегородочного инфаркта миокарда 2) нижнего инфаркта миокарда 3) бокового инфаркта миокарда 4) задне-базального инфаркта миокарда **5. Факторы риска внезапной сердечной смерти:** 1) желудочковая тахикардия в анамнезе; 2) низкая фракция выброса у пациента с инфарктом миокарда в анамнезе; 3) пароксизмы фибрилляции предсердий у пациента с тиреотоксикозом; 4) низкая физическая активность после перенесенного миокардита. **6. Каковы основные патогенетические механизмы повышения артериального давления?** 1) активация системы ренин-ангиотензин-альдостерон; 2) активация симпатической нервной системы; 3) дисфункция эндотелия; 4) избыточная реабсорбция натрия на уровне почек. **7. Какой инструментальный метод следует использовать в первую очередь для диагностики артериальной гипертензии почечного генеза?** 1) ультразвуковое исследование почек; 2) допплерография почечных артерий; 3) компьютерная томография органов брюшной полости; 4) радиоизотопная ренография. **8. Отметьте основные классы антигипертензивных препаратов** 1) холинолитики; 2) вета-адреномиметики; 3) тиазидовые диуретики;

		4) блокаторы медленных кальциевых каналов; 5) ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента; 6) блокаторы рецепторов ангиотензина II 1 типа; 7) бета-адреноблокаторы. **9. Какой антигипертензивный препарат следует в первую очередь использовать у больных с ишемической болезнью сердца?** 1) диуретик; 2) прямой ингибитор ренина; 3) бета-адреноблокатор; 4) ингибитор ангиотензинпревращающего фермента; 5) агонист имидазолиновых рецепторов. **10. Морфологические изменения при рестриктивной кардиомиопатии:** 1) плексиформный кардиосклероз; 2) фиброз и гиалинизация клапанного эндокарда; 3) амилоидоз миокарда и клапанов сердца; 4) фиброз пристеночного эндокарда; 5) мелкоочаговый кардиосклероз. **11. Какая наиболее частая причина развития митрального стеноза?** 1) хроническая ревматическая болезнь сердца; 2) кальциноз митрального клапана; 3) врожденный порок сердца; 4) инфекционный эндокардит. **12. Какие нозологические формы входят в понятие органической митральной недостаточности?** 1) инфекционный эндокардит; 2) отрыв хорд митрального клапана; 3) кальциноз митрального клапана; 4) аннулоэктация митрального клапана; 5) ответы 1,3. **13. При постоянной форме фибрилляции предсердий тромбоэмболия наиболее часто встречается у больных:** 1) ишемической болезнью сердца; 2) гипертонической болезнью; 3) ревматическим митральным пороком сердца. **14. Этиология ХСН** 1) ИБС; 2) ГБ, вторичные АГ; 3) пороки сердца; 4) кардиомиопатии; 5) миокардиты; 6) токсические воздействия на миокард. **15. При возникновении тромбоэмболии легочной артерии на ЭКГ из перечисленного наиболее специфично появление:** 1) признака SI-QIII; 2) полной или неполной блокады правой ножки пучка Гиса; 3) отрицательных зубцов Т в отведениях V1-D;

		4) синусовой тахикардии; 5) частых предсердных экстрасистол. **16. При развитии врожденного порока имеет значение прием:** 1) медикаментов; 2) наркотиков; 3) гормонов; 4) контрацептивов; 5) всего перечисленного в определенный период развития. **17. Первичный гиперальдестеронизм (синдром Конна) – это:** 1) базофильная или хромофобная аденома гипофиза; 2) опухоль коры надпочечников, выделяющая избыточное количество альдостерона; 3) аденокарцинома пучковой зоны коры надпочечников; 4) опухоль из хромаффинных клеток мозгового вещества надпочечников. **18. Какой процент сужения коронарных артерий является гемодинамически значимым:** 1) менее 75%; 2) более 65 %; 3) более 75%; 4) более 50%. **19. У больных ИБС конечно-диастолическое давление в левом желудочке в результате приема нитратов**: 1) повышается; 2) понижается; 3) не изменяется; 4) может как повышаться, так и понижаться. **20. Наиболее выраженным влиянием на сосудистый тонус из антагонистов кальция обладает:** 1) нифедипин; 2) верапамил; 3) дилтиазем; 4) различий между данными препаратами нет.
7.	Поликлиническая терапия /10	**1. При хроническом бронхите хрипы лучше выслушиваются при:** 1) форсированном дыхании; 2) обычном дыхании; 3) задержке дыхания; 4) на вдохе; 5) в горизонтальном положении. **2. Укажите изменения при хроническом легочном сердце:** 1) анемия; 2) эритроцитоз; 3) тромбоцитоз; 4) тромбоцитопения; 5) бластемия. **3. Согласно классификации гипертонической болезни по ВОЗ выделяют:**

		1) две стадии течения заболевания; 2) три стадии течения заболевания; 3) пять стадий течения заболевания; 4) шесть стадий заболевания. **4. Наиболее важным методом диагностики хронического пиелонефрита среди ниже представленных методов является:** 1) выявление бактериурии; 2) пункционная биопсия почки; 3) выявление антител к базальной мембране клубочков; 4) термометрия; 5) определение активных лейкоцитов в моче. **5. Продолжительность течения острой пневмонии:** 1) до 2 - 3 дней; 2) до 10 недель; 3) до 6 недель; 4) до 3 - 4 недель; 5) до 8 недель. **6. На какой максимальный срок может выдать больничный лист участковый врач единолично и единовременно?** 1) на 3 дня; 2) на 6 дней; 3) на 10 дней; 4) на 21 день; 5) на 30 дней. **7. Перечислите особенности фармакокинетики, фармакодинамики лекарственных препаратов у пожилых людей:** 1) замедление всасывания; 2) замедление распределения; 3) снижение скорости метаболизма; 4) снижение скорости выведения; 5) ни одно из перечисленных. **8. Наиболее частой причиной хронического первичного панкреатита является**: 1) вирусная инфекция; 2) алкоголизм; 3) обменные и гормональные нарушения; 4) наследственная предрасположенность; 5) несбалансированное питание. **9. Выберете 4 показания для обязательного назначения антикоагулянтов у пациентов с нарушением ритма по типу фибрилляции предсердий:** 1) предшествующая эмболия или инсульт в анамнезе; 2) гипертензия в анамнезе; 3) возраст более 45 лет; 4) инфаркт миокарда в анамнезе; 5) узловые образования в анамнезе; 6) тромбофлебит поверхностных вен голеней; 7) застойная недостаточность кровообращения. **10. Артрит, уретрит, конъюнктивит - триада,**

		типичная для: 1) синдрома Съегрена; 2) синдрома Рейгера; 3) синдрома Фелти; 4) ревматоидного артрита; 5) СКВ.
8.	Интенсивная терапия в гематологии /10	**1. Трансфузионная терапия больных апластической анемией включает следующие препараты крови, кроме:** 1) эритроцитарной массы; 2) гранулоцитарного колониестимулирующего фактора; 3) тромбоцитарного концентрата; 4) плазмы крови; 5) размороженных эритроцитов. **2. Наличие выраженного геморрагического синдрома при значительном удлинении активированного частичного тромбопластинового времени, протромбинового времени и тромбинового времени может быть связано с:** 1) передозировкой гепарина; 2) тяжелым поражением печени; 3) патологическим фибринолизом; 4) ДВС-синдромом; 5) всем перечисленным. **3. При каком из перечисленных вариантов острого лейкоза наиболее часто развивается синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания:** 1) М1; 2) М2; 3) М3; 4) М4; 5) М5. **4. Диагностика тромбофилических состояний основывается на: 1. исследовании скорости глобулинового лизиса; 2. выявлении волчаночного антикоагулянта; 3. исследовании уровня физиологических антикоагулянтов; 4. исследовании ристомицин-зависимой агрегации тромбоцитов.** 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; 2) если правильны ответы 1 и 3; 3) если правильны ответы 2 и 4; 4) если правильный ответ 4; 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. **5. Патогенез тромботических осложнений при эритремии обусловлен: 1. увеличением массы циркулирующих эритроцитов, замедлением тока крови и повышением ее вязкости; 2. тромбоцитозом; 3. нарушением функциональных свойств тромбоцитов; 4. активацией плазменного гемостаза.** 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; 2) если правильны ответы 1 и 3;

		3) если правильны ответы 2 и 4; 4) если правильный ответ 4; 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. **6. Основное количество железа в организме человека всасывается:** 1) в желудке; 2) в нисходящем отделе ободочной кишки; 3) в двенадцатиперстной и тощей кишках; 4) в подвздошной кишке; 5) в слепой кишке. **7. Принципы ведения больных с подозрением на ДВС-синдром: 1. терапия ДВС-синдрома проводится по жизненным показаниям до получения его подтверждения с помощью лабораторных методов исследования; 2. диагносцировать ДВС-синдром следует раньше, чем появятся его клинические признаки; 3. диагностика основана на появлении продуктов паракоагуляции - продуктов деградации фибриногена (ПДФ) и растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК); 4. терапия ДВС-синдрома проводится после получения его подтверждения с помощью лабораторных методов исследования.** 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; 2) если правильны ответы 1 и 3; 3) если правильны ответы 2 и 4; 4) если правильный ответ 4; 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. **8. Клиническая диагностика ДВС-синдрома основана на: 1. положительных этаноловом, протаминсульфатном, b-нафтоловом и клампинг-тестах; 2. развитии феномена внутрисосудистого гемолиза эритроцитов; 3. повышении кофакторной активности фактора Виллебранда; 4. гиперфибриногенемии.** 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; 2) если правильны ответы 1 и 3; 3) если правильны ответы 2 и 4; 4) если правильный ответ 4; 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. **9. Аутоиммунный гемолиз может быть симптоматическим и осложнить течение: 1. инфаркта миокарда; 2. диффузных болезней соединительной ткани; 3. острой пневмонии; 4. лимфопролиферативного синдрома.** 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; 2) если правильны ответы 1 и 3; 3) если правильны ответы 2 и 4; 4) если правильный ответ 4; 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. **10. К антикоагулянтам непрямого действия относится:**

		1) фенилин; 2) гепарин; 3) свежезамороженная плазма; 4) тиклид; 5) аминокапроновая кислота.

2. Контрольно-измерительные материалы для проведения устного собеседования по дисциплинам программы ординатуры

2.1. Контрольные вопросы, выносимые на государственный экзамен

1. Врожденные аномалии пищевода. Функциональные болезни пищевода, этиология и патогенез. Вторичные эзофагеальные дискинезии, дивертикулы пищевода, ахалазия кардии, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.
2. Острые гастродуоденальные и кишечные кровотечения. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагноз и дифференциальный диагноз. Интенсивная терапия.
3. Деонтология и медицинская этика врача-гастроэнтеролога.
4. Методы исследования функции и диагностика заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки.
5. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: классификация, формы, диагностика, лечение.
6. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Этиология, патогенез, клиника, диагноз, дифференциальный диагноз.
7. Цирроз печени. Этиология, клиника, диагностика, возможности этиотропного лечения.
8. Болезни пищевода: причины, классификация, диагностика. Эзофагиты. Пищевод Барретта. Профилактика рака пищевода.
9. Лимфома тонкого кишечника: причины, диагностика, лечение.
10. Опухоли органов пищеварения: эпидемиология, факторы и группы риска, методы ранней диагностики.
11. Геморрой: причины, диагностика, лечение.
12. Болезнь Крона: современные представления о патогенезе, критерии диагноза, тактика обследования и лечения.
13. Парапроктит: причины, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
14. Язвенный колит: патогенез, клиническая картина, критерии диагноза и лечения
15. Современные методы диагностики хронических заболеваний печени, методы установления этиологии, определения активности и стадии фиброза печени
16. Хронические гепатиты: клинические формы, классификация, диагностика, лечение.
17. Принципы организации гастроэнтерологической помощи населению в Российской Федерации, особенности стационарной и амбулаторной помощи.
18. Генетически обусловленные заболевания печени: Болезнь Вильсона-Коновалова, гемохроматоз, дефицит альфа-1 антитрипсина. Дифференциальный диагноз, принципы терапии.
19. Синдром холестаза: причины, клинические проявления, методы диагностики и подходы к лечению
20. Аномалии желчного пузыря. Функциональные расстройства билиарного тракта: дифференциальный диагноз, тактика ведения.
21. Аутоиммунные заболевания печени: классификация, клиническая картина, методы диагностики и лечения.
22. Запоры: причины, принципы диагностики и лечения. Дивертикулярная болезнь толстой кишки. Кишечная непроходимость.
23. Принципы лечения циррозов печени.

24. Опухоли желудка и двенадцатиперстной кишки: классификация, причины, патогенез, верификация диагноза, тактика ведения пациентов.

25. Неинвазивные маркеры опухолей ЖКТ.

26. Алкогольная болезнь печени. Острый алкогольный гепатит: течение, оценка степени тяжести и прогноз, лечение.

27. Вирусные хронические заболевания печени, обусловленные вирусами гепатита B, C и D. Современные возможности противовирусного лечения.

28. Желчнокаменная болезнь. Показания к хирургическому лечению. «Постхолецистэктомический синдром».

29. Хронический панкреатит. Клиника, диагноз и дифференциальный диагноз, осложнения и лечение (консервативное, хирургическое, санаторно-курортное), профилактика, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.

30. Аутоиммунный панкреатит. IgG4-ассоциированная болезнь: Клинические проявления, диагностика и лечение.

31. Синдром диареи. Заболевания тонкой кишки (классификация). Основные подходы к лечению. Выбор адсорбентов, спазмолитических и антидиарейных препаратов. Синдром мальабсорбции.

32. Функциональные заболевания кишечника. Синдром раздраженной кишки. Синдром избыточного бактериального роста.

33. Генетические основы патологии в гастроэнтерологии.

34. Опухоли печени: классификация, причины, патогенез, верификация диагноза, тактика ведения пациентов.

35. Ишемический колит: современные представления о патогенезе, критерии диагноза, тактика обследования и лечения.

36. Хроническая тазовая боль: причины, гастроинтестинальные аспекты.

37. Острый гастрит. Хронический гастрит. Классификация, этиология и патогенез, клиника, лечение. Клинические аспекты пилорического хеликобактериоза. Значение ЭГДС и биопсии слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

38. Неалкогольная жировая болезнь печени как проявление метаболического синдрома: патогенез, дифференциальный диагноз, принципы терапии.

39. Лекарственные поражения печени: классификация, диагностика, лечение

40. Полипы и рак толстой кишки: факторы и группы риска, методы ранней диагностики, тактика ведения.

41. Наследственные нарушения обмена билирубина. Синдром Жильбера: частота, клиника и диагностика. Редкие формы: синдром Криглера-Найяра, синдром Дабина-Джонсона и Ротора.

42. Инфекционные и паразитарные поражения желчных протоков: классификация, патогенез, лечение.

43. Энтеропатии: целиакия, болезнь Гордона, болезнь Уиппла: современные представления о патогенезе, критерии диагноза, тактика обследования, лечение.

44. Антибиотикоассоциированная диарея. Псевдомембранозный колит: факторы риска, клиническая картина, принципы диагностики и лечения

45. Осложнения цирроза печени: печеночно-клеточная недостаточность (печеночная энцефалопатия, желтуха, кома), портальная гипертензия. Гепаторенальный синдром. Гепатопульмональный синдром.

46. Асцит: причины, классификация, методы диагностики, дифференциальная диагностика, лечение

47. Инструментальные методы исследования в гастроэнтерологии, роль отдельных методов в диагностике заболеваний ЖКТ: pH-метрия, внутрипросветная манометрия, эндоскопия, ультразвуковое исследование, КТ, МРТ, ПЭТ, сцинтиграфия, биопсия слизистой полых органов, биопсия печени, ангиография.

48. Циррозы печени, эпидемиология, этиология, классификация, диагностика, исходы заболевания

49. Нейроэндокринные опухоли ЖКТ: карциноиды, гастриномы. Особенности клиники. Диагностика и лечение.

2.2. Контрольные задания, выносимые на государственный экзамен

1. Расскажите методику клинического обследования гастроэнтерологического больного.
2. Расскажите методику сбора анамнеза жизни, анамнеза заболевания гастроэнтерологического больного.
3. Расскажите методику осмотра, перкуссии, пальпации, аускультации гастроэнтерологического больного.

*включая исследования: центральной и периферической нервной системы (состояние сознания, двигательная и чувствительная сфера, оболочечные симптомы); органы чувств, полости рта, глотки; кожных покровов; периферического кровообращения; молочных желез; наружных половых органов.

4. Расскажите методику формулирования и обоснования предварительного диагноза.
5. Расскажите методику формулирования и обоснования дифференциального диагноза.
6. Расскажите методику назначения медикаментозной терапии гастроэнтерологического больного.
7. Расскажите методику назначения медикаментозной коррекции водно-электролитных нарушений.
8. Расскажите методику диагностики анемического синдрома.
9. Расскажите методику определения размеров печени по Курлову.
10. Расскажите методику оценки клинического анализа крови.
11. Расскажите методику оценки клинического анализа мочи.
12. Расскажите методику оценки биохимического анализа крови.
13. Расскажите методику оценки исследования онкомаркеров, специфичных для органов пищеварения
14. Расскажите методику оценки клинического анализа асцитической жидкости.
15. Расскажите методику проведения установки зонда Блэкмора.
16. Расскажите методику проведения и оценки результатов внутриполостной pH-метрии.
17. Расскажите методику регистрации и расшифровки и оценки ЭКГ.
18. Расскажите методику подготовки и анализ рентгенограмм при основных заболеваниях желудочно-кишечного тракта.
19. Расскажите методику подготовки и анализ УЗИ брюшной полости.
20. Расскажите методику оценки внешнесекреторной функции поджелудочной железы
21. Расскажите методику оценки наличия инфекции Helicobacter Pylori
22. Расскажите методику подготовки и анализ рентгенологических исследований желудочно-кишечного тракта.
23. Расскажите методику проведения внутривенного вливания (струйно, капельно).
24. Расскажите методику проведения подкожной, внутримышечной инъекции.
25. Расскажите методику проведения реанимационного пособия (закрытый массаж сердца, искусственная вентиляция легких «рот в рот»).
26. Расскажите методику проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: обморок.
27. Расскажите методику проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: гипертонический криз.

28. Расскажите методику проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: инфаркт миокарда.

29. Расскажите методику проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: тромбоэмболия легочной артерии.

30. Расскажите методику проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: приступ бронхиальной астмы, астматический статус.

31. Расскажите методику проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: анафилактический шок.

32. Расскажите методику проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: приступ пароксизмальной тахикардии, фибрилляции предсердий.

33. Расскажите методику проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: гипогликемия, гипергликемия, диабетическая кома.

34. Расскажите методику проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: легочное кровотечение.

35. Расскажите методику проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: желудочно-кишечное кровотечение.

36. Расскажите методику проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: эпилептический припадок, эпилептический статус.

37. Расскажите методику проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия.

38. Расскажите методику проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: тиреотоксический криз.

39. Расскажите методику проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: гипотиреоидная кома.

40. Расскажите методику проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: гипертензивный адреналовый криз при феохромоцитоме.

2.3. Ситуационные задачи

Задача 1.

Пациент Л., 47 лет, обратился с жалобами на мучительную изжогу в течение последних 3 недель и интенсивные боли в подложечной области и зоне Шоффара, возникающие ночью и/или через 1,5 – 2 часа после еды. Боли иррадиировали в спину, купировались приемом «соды», эффект длился не более 1-2 часов. Беспокоила почти постоянная тошнота.

В анамнезе травма правого коленного сустава, около 6 месяцев назад, консультирован ортопедом - выставлен диагноз «артроз правого коленного сустава, повреждение связочного аппарата правого коленного сустава, реактивный синовит», была назначена «поддерживающая» терапия на 6 месяцев, которую пациент продолжает принимать.

При осмотре пациент повышенного питания, ИМТ - 33 кг/м^2, гиперемия лица. Живот увеличен в объёме за счет подкожно-жировой клетчатки, чуть вздут, асцита нет, определяется болезненность при пальпации эпигастральной и пилоро-бульбарной зон, зоны Шоффара. Симптомы Кера, Мюсси, Ортнера, Щеткина – отрицательные. Мочеиспускание без особенностей. Последние 2-3 месяца стул со склонностью к запорам, без патологических примесей.

Результаты лабораторно-инструментальных методов обследования:

Клинический анализ крови – Гемоглобин 124 г/л, эритроциты 4,2 х10^{12}/л, ЦП 0,95, лейкоциты 6,1х10$^{9/}$л, ретикулоциты 17‰, СОЭ 10 мм/час.

Диастаза – 1436 (норма до 800).

Б/х анализ крови: АЛТ – 36ед/л, АСТ – 55ед/л, ГГТП – 14ед/л, ЩФ – 216ед/л, альфа-амилаза – 418ед/л (норма до 390), холестерин – 6,87ммоль/л, глюкоза – 6,1ммоль/л, общий белок – 75 г/л.

Анализ кала на скрытую кровь – слабо положительный.

Уреазный дыхательный тест – положительный.

ЭГДС: пищевод свободно проходим, слизистая оболочка пищевода гиперемирована в нижней трети. Слизистая оболочка желудка гиперемирована, больше в антральном отделе, где по задней стенке, ближе к луковице 12-п. кишки определяется глубокий (примерно 5-6 мм) язвенный дефект диаметром 16 мм, края язвы подрыты, конвергенция складок выражена слабо (фото). Луковица 12-перстной кишки гиперемирована, залуковичные отделы гиперемированы, отмечаются единичные лимфангиоэктазии по типу «манной крупы».

УЗИ органов брюшной полости, заключение: признаки стеатоза печени, незначительное увеличение размеров головки поджелудочной железы, диффузные изменения печени и поджелудочной железы.

Фото. Фрагмент видеозаписи фиброгастродуоденоскопии (антральный отдел желудка).



Вопросы:

1. Выделите ведущие клинико-лабораторные синдромы.
2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной.
3. С учетом данных жалоб, анамнеза, представленных данных лабораторных и инструментальных исследований определите наиболее вероятный предварительный диагноз.
4. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?
5. Лечебная тактика ведения.

Задача 2.

Пациент Ж., 18 лет, обратился с жалобами на ноющие боли в пилоро-бульбарной зоне, возникающие натощак, ночью, на фоне стрессовых ситуаций (экзамен в институте), периодически отрыжку воздухом, горечь во рту по утрам. Боли без иррадиации, купируются приемом пищи, воды, альмагеля. Ранее не обследовался, к врачу не обращался, хотя боли в животе отмечает уже около года. Настоящее ухудшение около 2 недель.

Пациент 4 года курит по 2 пачки сигарет в день, по праздникам употребляет спиртные напитки, пьет регулярно кофе, диету не соблюдает, питается в заведениях фаст-фуда. Объективно: состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°С. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, высыпаний нет. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 76 в мин. АД 110/70 мм рт ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в пилоро-

бульбарной зоне. Симптомы, Мюсси, Ортнера, Кера, Менделя и Щеткина – Блюмберга отрицательные. Размеры печени по Курлову 9х8х7 см. Селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание б/о.

Результаты лабораторно – инструментальных методов обследования:

Клинический анализ крови: Гемоглобин 128 г/л, эритроциты 4,1х1012/л, ЦП 0,95, лейкоциты 7,1х109/л, СОЭ 6 мм/час.

Уреазный дыхательный тест – положительный.

Анализ кала на скрытую кровь – отрицательный.

NADAL-тест на содержание в кале гемоглобина и комплекса гемоглобин/гаптоглобин – отрицательный.

УЗИ органов брюшной полости – патологии не выявлено.

ЭГДС: пищевод свободно проходим, слизистая оболочка пищевода умеренно гиперемирована в нижней трети. Кардия смыкается полностью. Желудок обычной формы и размеров, перистальтика живая, большое количество слизи, в антральном отделе желудка слизистая оболочка умеренно гиперемирована. Луковица 12-перстной кишки рубцово - воспалительно деформирована, слизистая гиперемирована, определяется язвенный дефект с перифокальным валом инфильтрации, диаметром 8 мм (фото), залуковичные отделы гиперемированы.

Фото. Фрагмент видеозаписи фиброгастродуоденоскопии (луковица ДПК).



Вопросы:

1. Выделите ведущие клинико-лабораторные синдромы.
2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной, этиологические факторы;
3. С учетом данных жалоб, анамнеза, представленных данных лабораторных и инструментальных исследований определите наиболее вероятный диагноз.
4. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?
5. Какова лечебная тактика ведения данного пациента?

Задача 3.

Пациент М, 22 лет, студент, обратился к терапевту поликлиники с жалобами на умеренные спастические боли в эпигастральной области, возникающие через 20-30 минут после приема пищи, без иррадиации, отрыжку кислым, изжогу, неприятный привкус во рту, запоры.

Считает себя больным в течение года, за медицинской помощью не обращался, лечился самостоятельно, принимал альмагель с положительным эффектом. Последние 3 дня, после погрешности в диете отмечается появление и усиление выше описанных жалоб.

Вредные привычки: курит. Питание не регулярное. Наследственный анамнез: мать здорова, у отца – язвенная болезнь желудка.

Объективно: состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7. Кожные покровы и видимые слизистые б/о. Отеков нет. Периферические л/у не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 76 в мин. АД 110/70 мм рт ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при

пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптомы, Мюсси, Ортнера, Кера, Менделя и Щеткина – Блюмберга отрицательные. Размеры печени по Курлову 9х8х7 см. Селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Результаты лабораторно – инструментальных методов обследования:

Клинический анализ крови: Гемоглобин 130 г/л, эритроциты $4{,}1 \times 10^{12}$/л, ЦП 0,95, лейкоциты $7{,}1 \times 10^{9}$/л, СОЭ 8 мм/час.

Клинический анализ мочи: уд.вес 1018, белок – отр., эритроциты отр., лейкоциты 1-2 в п.зр.

ФГДС: пищевод свободно проходим, слизистая розовая, чистая. Кардия смыкается полностью. Желудок обычной формы и размеров, перистальтика живая, большое количество слизи, в антральном отделе желудка слизистая оболочка отечная, пятнисто гиперемирована, единичные плоские эрозии, сосудистый рисунок не четкий. Луковица ДПК не деформирована, слизистая розовая.

Фото. Фрагмент видеозаписи фиброгастродуоденоскопии (антральный отдел желудка).



Вопросы:

1. Выделите ведущие клинические синдромы.
2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной.
3. На основании проведенных исследований поставьте предварительный диагноз.
4. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить для постановки окончательного диагноза?
5. Какова лечебная тактика ведения больного?

Задача 4.

Пациентка Д., 22 лет, обратилась с жалобами на частый до 7-8 раз в сутки неоформленный стул жидкой и/или кашицеобразной консистенции с примесью слизи, иногда ложные позывы на дефекацию, боли в животе чаще без чёткой локализации, реже спастические по ходу толстой кишки, больше слева в мезо- и гипогастрии. Боли частично купировала спазмолитиками (дротаверин). Похудела на 5 кг за 6 месяцев.

Из анамнеза известно, что около 6 месяцев назад впервые в жизни после еды в кафе отметила озноб, температуру не измеряла, спастические боли в животе, жидкий стул. По этому поводу обратилась к терапевту в поликлинику по месту жительства – было заподозрено пищевое отравление, проведено обследование на *иерсинеоз, псевдотуберкулёз, дизентерию, сальмонелёз* – результат отрицательный.

УЗИ органов брюшной полости – патологии не выявило.

ЭГДС – поверхностный гастродуоденит, недостаточность кардии.

Была проведена терапия спазмолитиками, абсорбентами, противоглистными препаратами, препаратами нормофлоры – с частичным эффектом. Однако, после отмены терапии – возобновление жалоб.

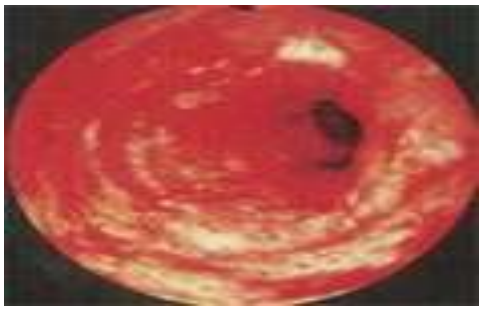
ОАК, ОАМ – без отклонений от нормы.

Биохимический анализ крови – отмечается повышение СРБ.

Копрограмма – консистенция – жидкая; реакция на скрытую кровь – положительная; бактерии – много; слизь – много; лейкоциты – много; стеркобилин – есть.

NADAL-тест – две полоски – положительный.

Кальпротектин кала – 976 (норма до 50).



ФКС –

Колоноскоп проведен в купол слепой кишки, слизистая правых отделов не изменена, терминальный отдел подвздошной кишки осмотрен на протяжении 25 см – без патологических изменений, начиная с нижней трети нисходящего отдела ободочной кишки определяется выраженная воспалительная инфильтрация слизистой оболочки, инъецированность сосудов, вплоть до слизистой оболочки прямой кишки, где определяются множественные поверхностные эрозии с наложением фибрина, окруженные воспалительным валом.



Ирригоскопия –

Отмечается снижение гаустрации, симптом «дымохода».

Вопросы:

1. Выделите ведущие клинико-лабораторные синдромы.

2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной.

3. На основании проведенных исследований поставьте предварительный диагноз.

4. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить для постановки окончательного диагноза?

5. Какова лечебная тактика ведения больной?

Задача 5.

Пациент Г., 57 лет, обратился с жалобами на постоянного характера тянущие боли умеренной интенсивности в правом мезогастрии, правой подвздошной области не связанные с приемом пищи, положением тела, актом дефекации. Периодически жидкий обильный стул с примесью крови, слизи до 5 раз в сутки чаще ночью.

Подобные жалобы беспокоят около 10 лет, обследовался амбулаторно – выставлялись диагнозы «хронический токсико-метаболический панкреатит», МКБ, хронический калькулёзный простатит, остеохондроз позвоночника с преимущественным поражением пояснично-крестцовой зоны и мышечно-тоническим синдромом данной

локализации; СРК; астено-ипохондрический синдром, «дисбактериоз». Периодически принимает ферментные препараты, эубиотики, омник, сульпирид, спазмолитики. Соблюдает строгую диету.

Настоящее ухудшение последние 3-4 месяца, когда вышеописанные жалобы приобрели непрерывный характер.

Физикальный осмотр: повышенного питания, ИМТ-33 кг/м^2, положение активное, но имеет место ограничение движений в виде невозможности глубокого наклона вперёд и поворотов туловища в обе стороны – ограничивает боль и тугоподвижность в пояснице. Живот несколько вздут, мягкий, однако, при ориентировочной пальпации определяется некоторая мышечная защита в мезогастрии справа. Симптомы Кера, Менделя, Ортнера, Мюсси, Опеньховского, Поргеса – отрицательные. При глубокой методической пальпации кишечника отклонений от нормы не выявлено. Отмечена болезненность в верхней правой мочеточниковой точке. Асцита нет. Печень незначительно (+3-4 см) увеличена за счет левой доли, край её эластичный, ровный, безболезненный. Селезёнка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. При ректальном исследовании определяются наружные спавшиеся геморроидальные узлы на 6 и 9 часах, сфинктер тоничен, на перчатке следы светло-коричневого кала, слизь. Дополнительных образований не пальпируется.

Результаты обследований:

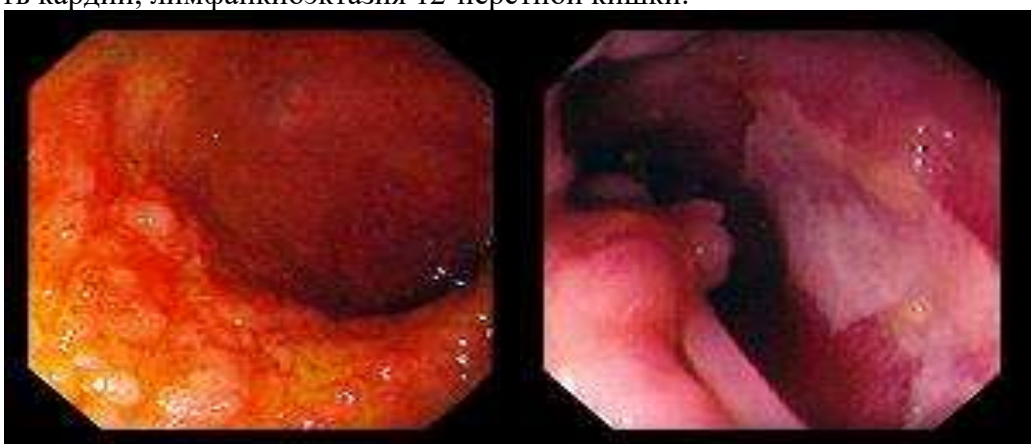
ОАК – лейкоциты – 11,3 * 10^9/л; ретикулоциты 17‰, СОЭ – 64 мм/ч.

ОАМ – лейкоциты – 15-20 в п/зр.

Биохимия – АЛТ – 44ед/л, АСТ – 64ед/л, ГГТП – 22ед/л, ЩФ – 189ед/л, СРБ – 98мг/л, фибриноген – 7,2г/л.

УЗИ органов брюшной полости, почек – диффузные изменения незначительно увеличенной печени с УЗ-картиной стеатоза, диффузные изменения поджелудочной железы. Микролиты обеих почек.

ЭГДС – поверхностный гастродуоденит, аксиальная хиатальная грыжа, недостаточность кардии, лимфанкиоэктазия 12-перстной кишки.



ФКС –





Рентгенография –

Вопросы:

1. Выделите ведущие клинико-лабораторные синдромы.

2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной.

3. На основании проведенных исследований поставьте предварительный диагноз.

4. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить для постановки окончательного диагноза?

5. Какова лечебная тактика ведения больного?

Задача 6.

Пациентка К., 54лет, обратилась с жалобами на боли в животе, локализованные больше слева и в подвздошной области, повышение температуры тела до 37.8^0 С, учащение стула. При этом сначала стул был полуоформленный трижды в течение дня, а уже через сутки был представлен слизистыми выделениями в виде «плевков» без каких-либо примесей. Вышеописанная симптоматика у пациентки появилась через 5дней с момента начала приема антибактериальных препаратов (амоксициллин по 1.0 х 2 раза в сутки), которые пациентка начала принимать самостоятельно по поводу сезонно обострившегося хронического бронхита. Пациентка присоединила антидиарейные препараты (лоперамид), дозу препарата регулировала самостоятельно, пытаясь ориентироваться на частоту дефекаций. К вечеру третьих суток состояние пациентки резко ухудшилось: стала нарастать слабость, температура тела повысилась до 38.3^0 С, находившиеся рядом с пациенткой родственники отметили снижение ее реакции на обращенную речь. Бригадой вызванной скорой медицинской помощи была доставлена в приемное отделение многопрофильной городской больницы.

При поступлении в стационар отмечена умеренная приглушенность сознания пациентки: она с достаточным промежутком времени (до 1.5 минут) отвечала на обращенную к ней речь. Обращали на себя внимание выраженная сухость языка, который был интенсивно обложен белым налетом, сниженный тургор кожи и выраженная ее сухость. В легких выслушивались единичные сухие хрипы, дыхание проводится симметрично и выслушивается над всей поверхностью легких, частота дыхания – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, отмечается систолический шум на верхушке сердца, без проведения и изменения силы и интенсивности при перемене положения тела, частота сердечных сокращений 96 в минуту с правильным ритмом, совпадающая с частотой пульса на лучевых артериях, пульс слабого наполнения. Артериальное давление, измеренное в положении пациентки лежа, 90/60 мм.рт. ст. Живот при пальпации умеренно болезненный в левых отделах, перитонеальных симптомов не выявлено. Печень у края реберной дуги, селезенка перкуторно и при пальпации не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, однако,

родственники пациентки отметили, что частота мочеиспусканий и количество выделенной мочи определенно стали меньше по сравнению с предыдущими сутками. С момента приема самостоятельно начатого приема лоперамида стул был дважды, консистенция его и количество не изменились – малообъемные слизистые «плевки». Пациентка госпитализирована в диагностическое отделение.

Лабораторные тесты:

Анализ крови клинический: гемоглобин – 156 г/л, эритроциты -5.34x10^{12}/л, лейкоциты -18.6x10^{9}/л, СОЭ – 45 мм/час, тромбоциты -356x10^{9}/л, лейкоцитарная формула: промиелоциты – 3%, метамиелоциты – 3%, п/я – 10%, с/я – 62%, э-1%, б-2%, мон-6%, лим-13%.

Биохимический анализ крови: АЛТ – 56 Ед/л, АСТ – 38 Ед/л, ГГТП – 46 Ед/л, билирубин общий – 23.6 мкмоль/л, прямой – 7.6 мкмоль/л, непрямой – 16.0 мкмоль/л, глюкоза – 4.6 ммоль/л, мочевина – 6.8ммоль/л, креатинин – 98 ммоль/л, холестерин – 4.8ммоль/л, общий белок – 58 г/л, K^+ - 2.9 ммоль/л, Na^+ - 130 ммоль/л.

Проктосигмоскопия: отмечается выраженная отечность слизистой оболочки толстого кишечника на уровне прямой кишки, сигмовидной кишки и части нисходящей части поперечно-ободочной кишки. Просвет кишки на доступном визуализации участке заполнен слизистым содержимым. На поверхности слизистой оболочки видоизмененного участка толстой кишки имеются белесовато-желтые бляшки в виде мембран диаметром от 0.5 до 1.2 см. Местами бляшки замещены поверхностным дефектом слизистой оболочки.

Консультация невролога: очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Токсическая (?) энцефалопатия.

ФОТО. Фрагмент видеозаписи процедуры проктосигмоскопии (участок сигмовидной кишки).



Вопросы:

1. Выделите ведущие клинико-лабораторные синдромы пациентки и оцените степень тяжести ее состояния.
2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной.
3. С учетом данных жалоб, анамнеза, консультативных осмотров, представленных данных лабораторных и инструментальных исследований определите наиболее вероятную диагностическую конструкцию.
3. Достаточно ли представленных данных обследований для окончательного диагноза?
4. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить, и какие данные можно получить с их помощью?
5. Какова лечебная тактика ведения данной пациентки?

Задача 7.

Больной В., 40 лет. При поступлении в отделение предъявлял жалобы на частый

жидкий стул как в дневное, так и в ночное время, боли в животе, вздутие живота, урчание, ноющие боли в крупных и мелких суставах мигрирующего характера, повышение температуры до фебрильных цифр, которое сопровождается ознобом с последующими проливными потами, отеки голеней и стоп, похудание.

Из анамнеза известно, что 8 лет назад появились артралгии, сопровождались припухлостью суставов. При обследовании выявился лейкоцитоз и повышение СОЭ. Был установлен диагноз инфекционного полиартрита. Лечился, улучшения не отмечал. Через 5 лет появились отеки голеней и стоп, жидкий стул, повышение температуры до 39° С, сохранялась ускоренная СОЭ. Постепенно поносы участились, приобрели постоянный характер, отеки усилились вплоть до бедер, потерял в весе 13 кг, появилась анемия. Неоднократно лечился в стационарах с диагнозом: хронический энтероколит 3 степени тяжести. На фоне парентерального введения белковых препаратов и коррекции анемии отмечалось временное улучшение. Наблюдается в поликлинике по месту жительства у терапевта и гастроэнтеролога, получил 2 группу инвалидности. В последнее время ухудшилась память, нарушился сон. Учитывая боли в животе, поносы в дневное и ночное время, отеки нижних конечностей, похудание на 13 кг, лихорадку больной был вновь госпитализирован для уточнения диагноза и лечения.

Родился доношенным ребенком. Рос и развивался соответственно возрасту. Аллергоанамнез и наследственность: без особенностей. Эпидемиологический анамнез не отягощен. Перенесенные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания. До потери трудоспособности работал на снегосплавильном пункте.

Состояние средней тяжести. ИМТ – 17,1 кг/м^2. Кожные покровы и видимы слизистые бледные. На коже визуализируются геморрагии. Тургор кожи снижен. Отеки стоп и голеней. Периферические л/у не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 78 в 1 мин. АД 130/80 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот правильной конфигурации, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания (-) с обеих сторон. Стул частый, жидкий, обильный, пенистый, светлый.

Проведенное обследование:

Клинический анализ крови: гемоглобин – 115 г/л, эритроциты – 4,5х10^{12}/л, лейкоциты – 7,0х10^9/л, п/я – 2%, с/я – 55%, э – 3%, лимфоциты – 35%, моноциты – 5%, СОЭ - 25 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 60,0 г/л, холестерин – 4,9 ммоль/л, общий билирубин – 8,7 мкмоль/л, АСТ – 40,3 Ед/л, АЛТ – 39,5 Ед/л, ЩФ – 73,6 Ед/л, ГГТП – 42,0 Ед/л, калий – 3,8 ммоль/л, кальций – 1,5 ммоль/л,сывороточное железо – 5,5 мкмоль/л.

Анализ мочи: уд. вес – 1017, белок – 0,65, лейк. – 1-2 в п/зр.

УЗИ брюшной полости, рентгенологическое исследование желудка, тонкой и толстой кишок, колоноскопия: без патологии.

ЭГДС: Недостаточность кардии. Хронический антральный гастрит. Хронический дуоденит. Биопсия из-за луковичного отдела ДПК и тощей кишки. При гистологическом исследовании выявлены комплексы PAS – положительных макрофагов, образующих конгломераты.

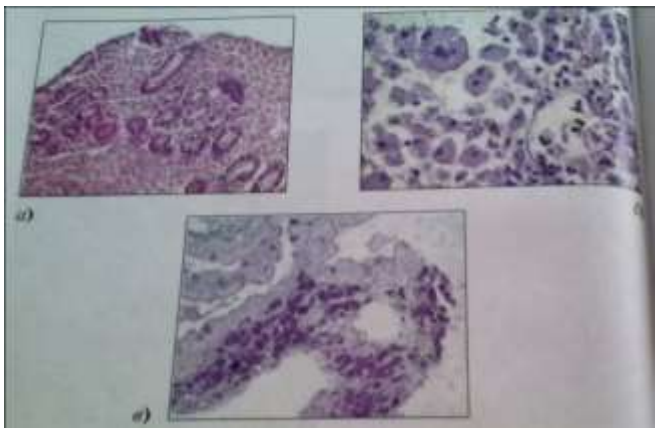


Рис.1. а) Собственная пластинка слизистой оболочки тонкой кишки заполнена крупными макрофагами с пенистой цитоплазмой. Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение х 120.

б) Встречаются многоядерные макрофаги. Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение х 500.

в) Гранулы макрофагов окрашиваются в малиновый цвет при проведении PAS-реакции. PAS – реакция. Увеличение х 250.

Вопросы:

1. Выделите ведущие клинико-лабораторные синдромы пациента и оцените степень тяжести его состояния.

2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной.

3. С учетом данных жалоб, анамнеза, консультативных осмотров, представленных данных лабораторных и инструментальных исследований определите наиболее вероятную диагностическую конструкцию.

4. Достаточно ли представленных данных обследований для окончательного диагноза?

5. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить и какие данные можно получить с их помощью?

6. Какова лечебная тактика ведения данного пациента?

Задача 8.

Больная К., 36 лет. При поступлении в отделение предъявляла жалобы на частый (до 11 раз в сутки), жидкий, водянистый стул, возникающий иногда в ночное время, вздутие и урчание в животе, отеки голеней и стоп, похудание на 10 кг за последние 6 месяцев, выпадение волос и сухость кожи, слабость, отсутствие menses в течение 2 лет.

Считает себя больной в течение 2 лет, когда стали отсутствовать menses. Постепенно появились периодические поносы, стала отмечать потерю в весе. Постепенно присоединилась слабость, начали выпадать волосы, ухудшилось зрение в сумеречное время. Из анамнеза известно, что родилась доношенным ребенком, росла и развивалась соответственно возрасту. Аллергоанамнез и наследственность не отягощены, в детстве переломы конечностей при незначительных травмах. Пять лет назад была выявлена язвенная болезнь луковицы ДПК, проходила лечение в стационаре, где впервые было выявлено снижение гемоглобина до 105 г/л и снижение общего белка до 58 г/л.

Состояние средней тяжести. ИМТ – 14,1 кг/м^2. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Тургор кожи снижен, кожа сухая, шелушится. Периферические л/у не увеличены. Отеки стоп и голеней до средней трети.голеней. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 76 в 1 мин. АД 80/50 мм.рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот равномерно вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Отмечается «шум плеска» в илеоцекальной области. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см., край мягкий, безболезненный.

Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания (-) с обеих сторон. Стул 10-11 раз в день, жидкий, водянистый, без патологических примесей.

Проведенное обследование:

По данным клинического и биохимического анализов крови: гипохромная анемия, СОЭ 40 мм/час, протеинемия за счет гипоальбуминемии, незначительно выраженный цитолитический синдром, снижение уровня кальция и сывороточного железа.

Анализ кала: кал жидкий, светло-коричневый, без примеси крови и слизи; в кале определяется большое количество жирных кислот. Яйца простейших и яйца глистов не определяются. Суточное количество кала составляет 1300 г/сут.

УЗИ брюшной полости: Гепатомегалия. Диффузные изменения печени и поджелудочной железы.

ЭГДС: Недостаточность кардии. Хронический антральный гастрит. Умеренно выраженная рубцово-язвенная деформация луковицы ДПК. Взята биопсия из дистального отдела ДПК. Гистологическое исследование: кишечные ворсины отсутствуют. Количество бокаловидных клеток в эпителии уменьшено. В поверхностном эпителии резко увеличено количество межэпителиальных лимфоцитов. Крипты глубокие. Собственная пластинка обильно инфильтрирована лимфоцитами.

Денситометрия: Остеопороз.



Рис.1. Нормальная структура слизистой оболочки тонкой кишки. Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение х 120.

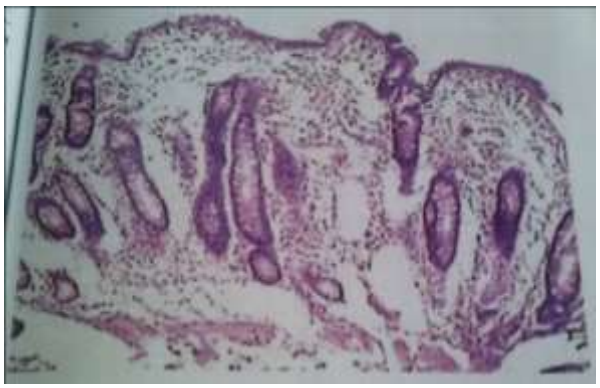


Рис.2. Тотальная атрофия слизистой оболочки тонкой кишки (Marsh III C). Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение х 120.

Вопросы:

1. Выделите ведущие клинико-лабораторные синдромы пациентки и оцените степень тяжести ее состояния.

2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной.

3. С учетом данных жалоб, анамнеза, консультативных осмотров, представленных данных лабораторных и инструментальных исследований определите наиболее вероятную диагностическую конструкцию.

4. Достаточно ли представленных данных обследований для окончательного диагноза?

5. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить и каке данные можно получить с их помощью?

6. Какова лечебная тактика ведения данной пациентки?

Задача 9.

Больная К., 20 лет, поступила в клинику с жалобами на коликообразные боли в животе преимущественно в околопупочной области, тошноту, диарею до 4-5 раз в сутки, артралгии в крупных суставах, судороги в нижних конечностях. Больную также беспокоила выраженная слабость, снижение веса, непереносимость молочных продуктов.

Анамнез заболевания. Описанные жалобы (артралгия, миалгия, хроническая диарея, слабость) появились около полугода тому назад. Была осмотрена терапевтом и аллергологом, проведено аллергологическое обследование, которое выявило повышенную чувствительность к коровьему молоку, лактоальбумину, лактозе, пшенице, ржи, глиадину. Было рекомендовано соблюдение диеты, на фоне которой состояние существенно не изменилось.

Анамнезе жизни. В детстве наблюдалась тяжелая детская экзема, перенесла инфекционный мононуклеоз. В дальнейшем чувствовала себя хорошо, занималась спортом. Год тому назад была подробно обследована перед приемом на работу и признана здоровой, дано разрешение работать в качестве тренера по теннису.

При тщательном сборе анамнеза было выяснено, что мать больной имеет похожие симптом (хронические поносы).

Объективное исследование. При осмотре состояние больной удовлетворительное. Рост 162 см, вес 58 кг. Температура тела нормальная, Небольшая сухость кожи. На коже спины папулезно-везикулезная сыпь. Со стороны легких и сердца патологии не выявлено. Число дыханий 18 в минуту. АД 118/76 мм рт.ст. Пульс 88 в 1 минуту, ритмичный. Язык чистый, влажный. Живот несколько вздут, умеренно болезненный при пальпации в околопупочной области. Печень и селезенка не увеличены. Стул обильный, до 4-5 раз в день, иногда наблюдается и в ночное время, бывают императивные позывы.

Данные дополнительных методов обследования:

Клинический анализ крови: эритроциты 3,0 х10*12/л, гемоглобин 75 г/л, ретикулоциты - 0,08%, ЦП 0,71, тромбоциты 180 х10*9/л, лейкоциты 6,3 х10*9/л. Лейкоцитарная формула: П/я - 4%, С/я -54% , Э. -8% , Л. -26% , М. - 8% , СОЭ - 3 мм/ч .

Биохимический анализ крови: общий белок - 55 г/л, альбумины - 28%, глобулины: альфа 1 - 13%, альфа 2 - 15%, бета - 17,5%, гамма - 30,5%; мочевина - 7,8 ммоль/л, креатинин - 100 мкмоль/л, холестерин - 3,0 ммоль/л, билирубин общий - 13,0мкмоль/л, билирубин прямой – 4,5 мкмоль/л, АЛТ - 30 ед/л, АСТ 28 ед/л, ЛДГ- 200 ед/л, ЛДГ-5 -3 %, щелочная фосфатаза - 170 *ед/л,* Сывороточное железо – 5 мкмоль/л.

Иммунологический анализ крови: выявлены антиглиадиновые антитела, антитела к тканевойтрансглютаминазе, эндомизию, ретикулину и дезаминированным пептидам глиадина.

Клинический анализ мочи: уд.вес - 1018, белок - следы, сахар - abs, эритроциты - 0 - 1 в поле зрения, лейкоциты - 1 - 2 в поле зрения, цилиндры - abs. Желчные пигменты: уробилин (-), билирубин (-).

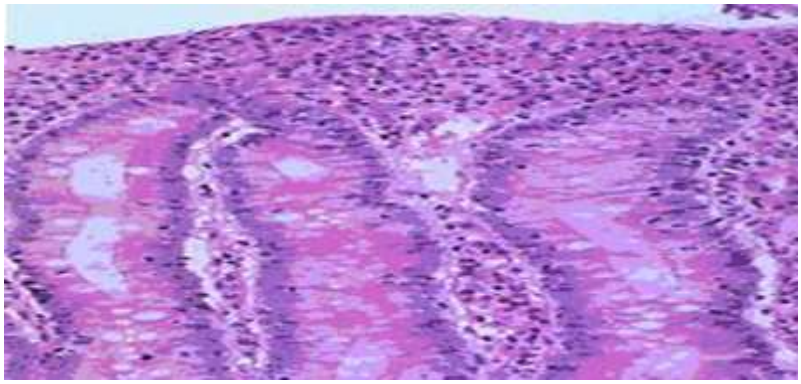
Копрологическое исследование: Кал кашицеобразный, цвет сероватый, запах обычный. Реакция на кровь отрицательная. Обнаружены – нейтральный жир, жирные кислоты и мыла. Лейкоциты 8-10 в поле зрения, эритроцитов нет.

УЗИ*:* Печень: размеры не увеличены, структура однородна. V. porta 1,1 см. Поджелудочная железа не увеличена, структура диффузно неоднородна. Селезенка не увеличена. Почки расположены в обычном месте. Конкрементов нет. Чашечно-лоханочная система не расширена.

При ректороманоскопии существенной патологии не выявлено.

ЭГДС: Признаки поверхностного гастрита и субатрофического дуоденита.

Произведена биопсия дистальных отделов 12-п кишки, выявлена атрофия ворсин тонкой кишки, разрастание крипт, воспалительная инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки (см. фото биопсии).



Вопросы:

1. Выделите ведущие клинико-лабораторные синдромы пациентки и оцените степень тяжести ее состояния;
2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной;
3. С учетом данных жалоб, анамнеза, консультативных осмотров, представленных данных лабораторных и инструментальных исследований определите наиболее вероятную диагностическую конструкцию;
4. Достаточно ли представленных данных обследований для окончательного диагноза?
5. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить, и какие данные можно получить с их помощью?
6. Какова лечебная тактика ведения данной пациентки?

Задача 10.

Больная С., 30 лет, обратилась с жалобами на слабость, повышенную утомляемость, снижение аппетита. Ухудшение состояния в течение 3 месяцев. Не курит, алкоголь не употребляет.

При осмотре: кожные покровы обычного цвета, чистые. Подкожно-жировая клетчатка умеренно выражена. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 76 в минуту. АД 120/70 мм рт.ст. Язык чистый. Живот правильной формы, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул один раз в сутки оформленный, коричневого цвета.

Клинический анализ крови: гемоглобин 130 г/л; эритроциты 4,6х10х12/л; тромбоциты 230 х10х9/л; лейкоциты 7,9х10х9/л; СОЭ 18 мм/час.

Биохимический анализ крови: билирубин общий 17,9 мкмоль/л; прямой 4,2 мкмоль/л; непрямой-13,7 мкмоль/л, альбумин-38 г/л, АЛТ 248 ед/л; АСТ 142 ед/л; общий белок 70 г/л; альбумины 39 г/л; ЩФ 152 ед./л; ГГТП 59 ед./л; ПТИ 80%; фибриноген 3,7 г/л.

ИФА: a/bHCV-отриц., HBsAgполож., a/bHbcorIgG –полож., a/bHbcorIgM –отриц., HbeAg- полож., a/bHBs –отриц., a/bHbe- отриц., a/bHDV-отриц.

Анализ крови: PCR HBV DNA полож. (11,0х10х9МЕ/мл). PCRHDVRNA-отриц.

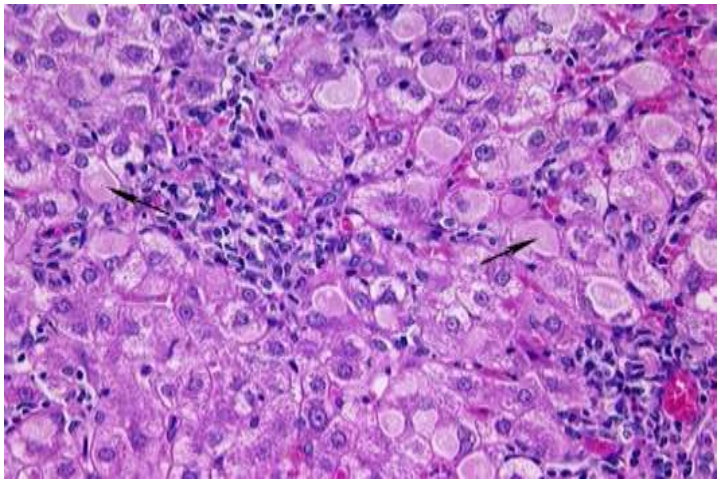
Анализы мочи и кала без особенностей.

УЗИ органов брюшной полости: печень в размерах незначительно увеличена, структура диффузно неоднородна, поджелудочная железа не увеличена, структура

диффузно неоднородна. Селезенка не увеличена.

ЭГДС без особенностей.

Биопсия печени: гидропическая дистрофия гепатоцитов, лимфогистиоцитарная инфильтрация, «матовостекловидные» гепатоциты с бледноэозинофильной мелкозернистой цитоплазмой.



Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Определите тактику ведения больного.

Задача 11.

Больной С., 47 лет, работает сантехником, поступил с жалобами на общую слабость, тошноту, постоянные боли в правом подреберье. Со слов больного в течение многих лет злоупотребляет алкоголем. Постоянно ощущал тяжесть в правом подреберье. В течение последних двух недель ежедневно употреблял пиво и по 250 мл водки. Настоящее ухудшение около недели, когда появились боли в правом подреберье, отметил пожелтение кожных покровов. Самостоятельно лекарственные средства не принимал. При осмотре состояние средней тяжести. Сознание ясное, эйфоричен, ориентирован, тест обратного счета выполнен. Кожные покровы и склеры иктеричные. Кожа сухая, лицо одутловатое, выраженная сосудистая сеть на лице, на туловище визуализируются единичные гематомы. Гипотрофия мышц плечевого пояса. Контрактура Дюпюитрена. Пастозность нижних конечностей. Чувствительность нижних конечностей снижена. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в мин. Тоны сердца глухие, ритм правильный. ЧСС 100 в мин. АД 105/60 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белесоватым налетом. Живот при пальпации болезненный в эпигастральной области и правом подреберье. Размеры печени по Курлову 17-15-10 см, плотная, поверхность гладкая, край острый, болезненная. В отлогих местах живота определяется притупление. Стул раз в 2-3 дня, оформленный, обычного цвета, без патологических примесей.

Лабораторные и инструментальные обследования:

Клинический анализ крови: гемоглобин -97 г/л (117-130), эритроциты - $2.94x10^{12}$/л (3.8-5.13), гематокрит-53,4 % (34.9-45.6), средний объем эритроцитов-101 фл (82-98), ЦП-1.15 (0.82-1.10), лейкоциты -$11.5x10^{9}$/л (4-10), тромбоциты -$152x10^{9}$/л (150-375), лейкоцитарная формула – п/я-4%, с/я - 65%, э- 2%, б- 1%, мон-7%, лим-21%, СОЭ-17 мм/час.

Биохимический анализ крови: АЛТ-315 Ед/л (0-32), АСТ-507 Ед/л (5-34), ГГТП-1043 Ед/л (11-61), ЛДГ общ-647 Ед/л (225-450), билирубин общий-341.7 мкмоль/л (1.7-20.5), билирубин прямой-204.4 мкмоль/л (0.86-5), ЩФ-324 Ед/л (64-306), альфа-амилаза-201 Ед/л (29-220), глюкоза-4.3 ммоль/л (3.8-6.1), мочевина-7.4 ммоль/л (2.5-8.3),

креатинин-78 мкмоль/л (53-88), общий белок-65 г/л (65-85), альбумин-30 г/л (33-57), калий-3.5 ммоль/л (3.44-5.3), натрий-134 ммоль/л (130.5-156.6), протромбин по Квику-68 % (70-130).

УЗИ органов брюшной полости: увеличение размеров печени, диффузные изменения печени и поджелудочной железы, конкременты желчного пузыря, дилатация воротной вены, асцит.

ЭГДС: недостаточность кардии, гастродуоденит, дуодено-гастральный рефлюкс

Вопросы:

1. Выделите основные клинические и лабораторные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

Задача 12.

Больной Л., 44 лет, разнорабочий, поступил в клинику с жалобами на тупые боли в эпигастрии, левом подреберье, схваткообразные боли в околопупочной области, увеличение объема и частоты стула, тошноту, многократную рвоту съеденной пищей, отсутствие аппетита.

Из анамнеза заболевания известно, что данное ухудшение состояния возникло несколько дней назад после очередного приема алкоголя и жирной пищи. Впервые подобные жалобы возникли 4 года назад на фоне злоупотребления крепкими спиртными напитками и нарушений диеты. К врачам не обращался. Обострения бывают 3-4 раза в год.

Вредные привычки: в течение 10 лет злоупотребляет крепкими спиртными напитками (в основном водкой), в среднем от 80 до 200 мл чистого этанола в сутки. Питание недостаточное и неполноценное.

При осмотре состояние больного средней тяжести. Рост - 77 см, вес - 54 кг, ИМТ - 17,2 кг/м^2. На коже груди и живота ярко-красные пятнышки, не исчезающие при надавливании. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Ритм сердца правильный. ЧСС - 92 уд/мин. АД 110/60 мм рт.ст. Язык несколько сухой, у корня обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Определяется болезненность в зоне Шоффара и точке Дежардена, положительный симптом Кача. Размеры печени по Курлову: 11×9×9 см, печень выступает из-под края реберной дуги по правой срединноключичной линии на 1 см, плотно-эластичной консистенции, болезненная при пальпации. Желчный пузырь не пальпируется. Селезенка не пальпируется.

Лабораторные тесты:

Клинический анализ крови: гемоглобин - 128 г/л, лейкоциты - 10,3×10^9/л, палочкоядерные нейтрофилы - 6 %, сегментоядерные нейтрофилы - 70 %, эозинофилы - 0 %, лимфоциты - 21 %, моноциты - 3 %. СОЭ - 20 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий билирубин - 18,9 мкмоль/л, прямой билирубин - 4,2 мкмоль/л, АСТ - 105 Ед/л, АЛТ - 47 Ед/л, γ-глутамилтранспептидаза - 150 Ед/л, амилаза - 280 Ед/л, ЩФ - 230 Ед/л, глюкоза - 5,2 ммоль/л.

Инструментальные исследования:

При УЗИ органов брюшной полости размеры печени увеличены за счет правой доли, контуры неровные, паренхима ее неоднородна, эхогенность печени повышена. Воротная вена не расширена (9 мм в диаметре). Желчный пузырь обычных размеров, стенка его не утолщена, конкрементов не выявлено. Общий желчный проток не расширен (около 4 мм). На фоне усиления эхогенности поджелудочной железы отмечается увеличение размеров ее головки до 5 см. Выявлены участки кальцификации паренхимы поджелудочной железы и конкремент в главном панкреатическом протоке. Отмечается

расширение главного панкреатического протока до 7 мм. Визуализация органов затруднена из-за вздутия кишечника.

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография: определяется неровность контуров протоков, их извилистость, участки стеноза и дилатаций («четкообразный» проток). Выявлен конкремент в главном панкреатическом протоке. Терминальный отдел главного панкреатического протока контрастирован до уровня внутрипротокового конкремента. Заключение: выявленные признаки обструкции главного панкреатического протока.

ФОТО. Фрагмент видеозаписи процедуры ЭРХПГ (контрастированный проток поджелудочной железы).



Вопросы:

1. Выделите клинические синдромы, имеющиеся у больного.
2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной.
3. Сформулируйте диагноз.
4. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза и какие данные можно получить с их помощью?
5. Какова лечебная тактика ведения данного пациента?

Задача 13.

Больная А., 47 лет, на протяжении 5 лет отмечается кожный зуд, нарушения менструального цикла. Лечилась у дерматолога и гинеколога, без эффекта. За последний год похудела на 5 кг.

Предъявляет жалобы на кожный зуд, чувство «инородного тела» и «песка» в глазах.

При объективном обследовании выявлены: субиктеричность склер, следы расчесов на коже туловища, в области лопаток темно-коричневая пигментация кожи, инъекция и отечность конъюнктивы глаз, незначительно выраженные явления сгибательной контрактуры межфаланговых суставов кистей в результате стягивания кожи, мышцы в этой области заметно гипотрофичны. Отмечается незначительное увеличение околоушных слюнных желез. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, плотная, поверхность гладкая. Селезенка не пальпируется.

Клинический анализ крови: эритроциты – $3{,}64 \times 10^{12}$/л, гемоглобин – 119 г/л, лейкоциты – $7{,}9 \times 10^{9}$/л, тромбоциты – 160×10^{9}/л, СОЭ – 56 мм/ч.

Биохимический анализ крови: билирубин общ. – 25мкмоль/л, билирубин прямой – 16 мкмоль/л, холестерин 8,75 ммоль/л, общий белок 70 г/л, альбумины – 43%, АЛТ 72 ед/л, АСТ – 83 ед/л, щелочная фосфатаза – 560 ед/л, протромбиновый индекс - 100%.

ИФА: АМА - > 1:40, ANA - >1:80.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

Задача 14.

Больной Х., 44 лет, при поступлении в клинику жаловался на плохой аппетит, слабость, ноющие боли в правом подреберье, вздутие живота, мучительный кожный зуд, усиливающийся к вечеру.

Болен около 4 лет: при случайном осмотре было обнаружено увеличение печени и селезенки. При лабораторном обследовании выявлено умеренное повышение трансаминаз и билирубина. В связи с чем был обследован. В течение последующих 3-х лет чувствовал себя удовлетворительно, затем периодически стала появляться слабость, снизился аппетит. Стал отмечать периодическое повышение температуры, желтушность кожи и склер. На протяжении последнего года появилась стойкая желтуха, диспептические расстройства и упорный кожный зуд.

При поступлении в клинику состояние средней тяжести. Питание понижено (вес 55 кг, рост 170 см.) Кожа и склеры желтушные, следы расчесов. В области плечевого пояса и на коже живота - сосудистые звездочки. Не резко выражена гинекомастия. В легких единичные незвонкие хрипы в нижних отделах. Тоны сердца приглушены, ЧСС - 92 в минуту. А/Д - 110/70 мм рт. ст. Живот вздут, при пальпации определяется большая плотная печень, поверхность ее мелкобугристая, край заострен. Пальпация болезненна. Селезенка выступает на 3 см из-под края реберной дуги. Отеков нет.

Во время пребывания в клинике состояние внезапно ухудшилось - появилась кровавая рвота, затем дегтеобразный кал. Больному проведена гемостатическая терапия. Для восполнения кровопотери однократно перелито 250 мл донорской крови. Однако на этом фоне произошло дальнейшее ухудшение состояния больного: усилилась боль в правом подреберье, наросла желтуха, появился печеночный запах изо рта. Прогрессивно наросли признаки печеночной энцефалопатии (усилилась сонливость, затем появилось сумеречное сознание и потеря ориентации), появилась гипермоторика, затем тремор верхних и нижних конечностей. На 2 день отмечалась полная потеря сознания, арефлексия, шумное дыхание, ЧД - 25 в 1 мин., тахикардия 120 в 1 мин. Гипотония (АД - 80/40 мм рт ст.). Размеры печени несколько уменьшились.

Клинический анализ крови: гемоглобин- 90г/л, эритроциты - 2,8 $x10^{12}$/л. Лейкоциты- $3,2x10^{9}$ /л. СОЭ - 6 мм/час. Тромбоциты $10x10^{9}$/л.

Биохимический анализ крови: билирубин - 121 мкмоль/л (н. до 24), реакция прямая. Общий белок 46 г/л. Альбумины - 38% (н. 55 - 65), Фибриноген - 2,0 г/л (н. 3,5 - 4). Холестерин - 2,2 ммоль/л. (н. 3,5 - 5,5). Сахар крови 5,8 ммоль/л. (н. 4,5 - 5,5 ммоль/л.). Протромбиновый индекс - 40 %. АСТ - 300 ед/л (н. до 40) АЛТ - 400 ед/л (н. до 40). Холинэстераза - 80 ед/л (н. 160 - 340). Щелочная фосфатаза - 380 ед/л (норма 36 - 92). Мочевина 4 ммоль/л. (н. 8 - 12), остаточный азот 40 ммоль/л. (норма 14 - 21), аммиак 250 мкм/л (норма 11 - 88).

Иммунологическое исследование: выявленHBsAg, повышено содержание IgG.

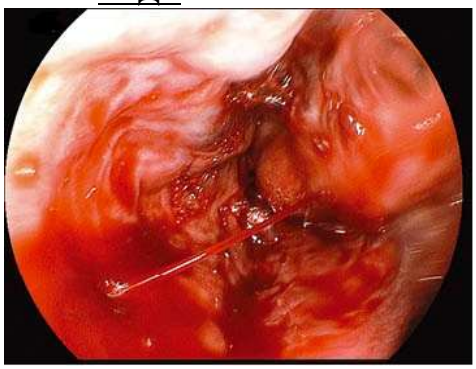
Анализ мочи: уд.вес - 1020. Следы белка. Уробилин и желчные пигменты ++.

УЗИ-органов брюшной полости: печень увеличена в размерах, структура ее неоднородна по плотности, общий акустический фон ткани усилен. Диаметр v. portae увеличен. Желчный пузырь без изменений. Контуры поджелудочной железы ровные, размеры не увеличены. Селезенка увеличена в размерах, повышеннойэхогенности. В брюшной полости небольшое количество свободной жидкости.

ЭГДС: пищевод свободно проходим, слизистая не изменена. В нижней трети пищевода гиперемия и отек слизистой, единичные поверхностные эрозии, кроме этого визуализируются утолщенные и извитые вены. Струйное кровотечение из вен пищевода.

RRS: слизистая прямой кишки визуально не изменена. При исследовании выявляются расширенные и извитые вены геморроидального сплетения.

ЭГДС



Вопросы:

1. Выделите основные синдромы у пациента и оцените степень тяжести его состояния.
2. Какие заболевания могут сопровождаться подобной клинической картиной?
3. Достаточно ли представленных данных обследований для окончательного диагноза?
4. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить, и с какой целью?
5. Какова лечебная тактика ведения данного пациента?

Задача 15.

Пациент Ф., 37 лет, врач, при диспансерном обследовании выявил у себя повышенный уровень сывороточного железа.

Обратился за помощью к гастроэнтерологу.

При осмотре: гиперстенического телосложения (занимается тяжелой атлетикой), кожные покровы смуглые, сухие, чистые. По органам и системам без явных физикальных отклонений.

При проведении лабораторных методов обследования выявлено: АЛТ – 73 ЕД/л, АСТ – 68 ЕД/л, железо – 59 мкмоль/л, ОЖСС – 7 мкмоль/л, ферритин – 1133 мкг/л, трансферин – 0,8 г/л.

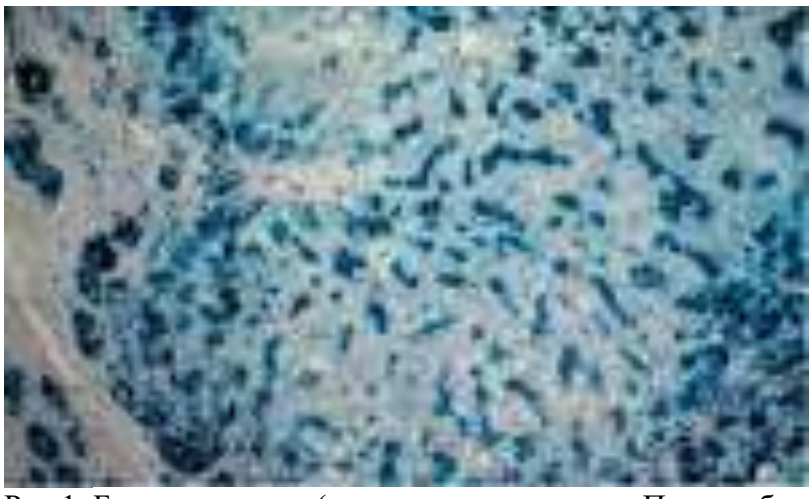


Рис.1. Биоптат печени (после окрашивания по Перлсу, берлинской лазурью).

Вопросы:

1. Выделите ведущий клинико-лабораторный синдром.
2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинико-

лабораторной картиной.

3. Какой микропрепарат представлен на картинке? Какая окраска?

4. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить для постановки окончательного диагноза?

5. Какова лечебная тактика ведения больного?