

Федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
**«Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П.Павлова»**  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

**Кафедра госпитальной терапии**

**Методические указания для студентов  
по дисциплине «Госпитальная терапия»  
Гастроэнтерология**

Уровень высшего образования – специалитет  
Специальность – 31.05.01 Лечебное дело

Рязань, 2018

**УДК 616.3(075.83)**

**ББК 54.13**

**М545**

Под редакцией профессора С.С. Якушина

***Рецензенты:***

В.Н. Абросимов, д.м.н., проф., зав. кафедрой терапии ФДПО с курсом семейной медицины ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России;

М.А. Бутов, д.м.н., проф., зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России;

А.А. Низов, д.м.н., проф., зав. кафедрой внутренних болезней и поликлинической терапии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России;

В.А. Фомина, к.м.н., зав. 8 кардиологическим отделением ГБУ РО РОККД

***Авторы:***

В.С. Петров, к.м.н., доцент; Н.В. Добрынина, к.м.н., доцент; И.В. Буданова, к.м.н., ассистент; Е.В. Лыгина, к.м.н., ассистент; Л.А. Зотова, к.м.н., ассистент

**М545** Методические указания для студентов по дисциплине: «Госпитальная терапия» / В.С. Петров [и др.]; под ред. профессора С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТС и ОП, 2018.- 64с.

В настоящих методических указаниях для студентов представлены отдельные темы по «госпитальной терапии», не входящие в темы практических занятий и лекций, в которые включены вопросы для самоконтроля, программированный контроль, кейс-задачи и рекомендуемая литература.

**УДК 616(075.83)**

**ББК 54.1**

© ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, 2018

© Авторы, 2018

## Содержание

Дифференциальная диагностика заболеваний пищевода. Гастриты. Язвенная болезнь желудка и луковицы 12-типерстной кишки. Зависимость от типа и локализации язвы (ювенильные язвы, субкардиальные, постбульбарные, пилорические язвы, пожилой возраст). Показания к оперативному лечению. <i>Лыгина Е.В.</i> .....	4
Дифференциальная диагностика при кишечной диспепсии (синдром раздраженного кишечника, болезнь Крона, язвенный колит, инфекционный колит). Лечение. <i>Буданова И.В.</i> .....	13
Дифференциальная диагностика заболеваний желчных путей и поджелудочной железы (желчно-каменная болезнь, хронический холецистит, дискинезии желчных путей, хронический панкреатит, рак поджелудочной железы). Неотложная терапия при желчной колике и остром панкреатите. <i>Зотова Л.А.</i> .....	25
Дифференциальная диагностика желтух. Диагностические критерии различных форм желтух (инфекционный гепатит, обтурационная желтуха, гемолитическая анемия). Дифференциальный диагноз гепатолиенального синдрома (хронические гепатиты алкогольного генеза, циррозы печени, опухоли печени, болезни накопления, болезни крови и кроветворных органов). <i>Добрынина Н.В.</i> .....	38
Лечение хронических гепатитов и циррозов печени. Неотложная терапия острой печеночной недостаточности. <i>Петров В.С.</i> .....	47

**Тема занятия: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВОДА. ГАСТРИТЫ. ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ЛУКОВИЦЫ 12-ТИПЕРСТНОЙ КИШКИ. ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ТИПА И ЛОКАЛИЗАЦИИ ЯЗВЫ (ЮВЕНИЛЬНЫЕ ЯЗВЫ, СУБКАРДИАЛЬНЫЕ, ПОСТБУЛЬБАРНЫЕ, ПИЛОРИЧЕСКИЕ ЯЗВЫ, ПОЖИЛОЙ ВОЗРАСТ). ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ**

**Цель занятия:** изучить особенности диагностики, дифференциальной диагностики и лечебной тактики заболеваний пищевода, гастритов, язвенной болезни желудка и 12-типерстной кишки.

**Форма проведения:** клиническое практическое занятие.

**Время проведения занятия** (количество астрономических часов):6

**Методическое оснащение:** методические разработки для студентов, тесты, истории болезни, кейс-задачи.

**Материально-техническое оснащение:** столы, стулья, мультимедийная техника, фантомы.

### **Организационно-методические указания для преподавателей**

В результате изучения темы студент должен овладеть следующими компетенциями:

#### **ПК-6:**

способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра.

#### **ПК-8:**

способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами.

### **Расчет учебного времени**

**I. Вводная часть - 30 мин.**

**II. Клиническая конференция – 30 мин.**

**III. Обсуждение материала:**

1) контроль теоретической подготовки студентов - 35 мин.

**Программированный контроль:**

**1. У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ В СОЧЕТАНИИ С СЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А. ацидин-пепсин
- Б. альмагель
- В. ранитидин
- Г. фамотидин

**2. ОСНОВНОЙ ЦЕЛЮ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А. снижение частоты рецидивов язвенной болезни
- Б. снижение секреции соляной кислоты
- В. уменьшение выраженности болевого синдрома
- Г. уменьшение риска прободения язвы

**3. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНОЙ СХЕМОЙ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ХЕЛИКОБАКТЕРОМ ПИЛОРИ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А. ингибитор протонной помпы + амоксициллин 1000 мг х 2 раза в сутки + кларитромицин 500 мг х 2 раза в сутки
- Б. ингибитор протонной помпы + амоксициллин 500 мг х 2 раза в сутки + кларитромицин 500 мг х 2 раза в сутки
- В. блокатор H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов + амоксициллин 1000 мг х 2 раза в сутки + кларитромицин 500 мг х 2 раза в сутки
- Г. блокатор H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов + амоксициллин 1000 мг х 2 раза в сутки + кларитромицин 500 мг 1 раз в сутки

**4. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А. ингибиторы протонной помпы
- Б. блокаторы H<sub>2</sub>-рецепторов гистамина

- В. блокаторы дофаминовых рецепторов
- Г. алюминийсодержащие гастропротекторы

**5. ПРЯМОЙ ПРИЗНАК ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ**

- А. симптом «ниши»
- Б. симптом «песочных часов»
- В. гастроэзофагеальный рефлюкс
- Г. деформация стенки желудка

**6. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРИТОВ**

- А. эндоскопия с прицельной биопсией
- Б. рентгенологическое исследование желудка
- В. исследование секреторной функции желудка
- Г. поэтажная манометрия

**7. ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПОМ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А. заместительная терапия
- Б. эрадикационная терапия
- В. антирефлюксная терапия
- Г. антисекреторная терапия

**8. ПРЕПАРАТОМ, БЛОКИРУЮЩИМ Н<sub>2</sub>-ГИСТАМИНОВЫЕ РЕЦЕПТОРЫ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А. ранитидин
- Б. омепразол
- В. метацин
- Г. гастрофарм

**9. ОМЕПРАЗОЛ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А. ингибитором протонной помпы
- Б. желчегонным препаратом
- В. блокатором Н<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов
- Г. ферментным препаратом

**10. В СОСТАВЕ СХЕМ ЭРАДИКАЦИИ ХЕЛИКОБАКТЕР**

## **ПИЛОРИ ПРИМЕНЯЮТ ВСЕ, КРОМЕ**

- А. сукральфат
- Б. метронидазол
- В. амоксициллин
- Г. омепразол

## **11. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ПЕНЕТРАЦИИ ЯЗВЫ?**

- А. мелена
- Б. появление упорных болей
- В. уменьшение ответной реакции на антациды
- Г. изменение характерного ритма болей

## **12. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ СИМПТОМАТИЧЕСКИМ ЯЗВАМ ОТНОСЯТСЯ:**

- А. лекарственные (применение НПВП, глюкокортикостероидов)
- Б. гормональные (при синдроме Золлингера-Эллисона, гиперпаратиреозе, карциноидном синдроме и др.)
- В. стрессорные (при инфаркте миокарда, инсульте, ожоговой болезни и др.)
- Г. ишемические

## **13. ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИИ *H. PYLORI* ЯВЛЯЕТСЯ**

- А. выявление диагностического титра антител к *H. pylori*
- Б. быстрый уреазный тест в биоптате
- В. микробиологический тест
- Г. цитологический тест в мазке-отпечатке

## **14. СРЕДИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЭРАДИКАЦИЯ ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ ПОКАЗАНА ПАЦИЕНТАМ**

- А. всем *H. pylori*-позитивным
- Б. всем с жалобами на абдоминальные боли
- В. только перенесшим язвенное кровотечение в анамнезе
- Г. только при бессимптомном течении заболевания

**15. В СХЕМУ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ЭРАДИКАЦИИ H. PYLORI ВХОДИТ**

- А. амоксициллин
- Б. левофлоксацин
- В. тетрациклин
- Г. ципрофлоксацин

**16. В ЛЕЧЕНИИ НПВП-ГАСТРОПАТИИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ**

- А. ингибиторы протонной помпы
- Б. блокаторы H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов
- В. антациды
- Г. препараты висмута

**17. ГИГАНТСКИМИ СЧИТАЮТСЯ ЯЗВЫ РАЗМЕРОМ БОЛЕЕ \_\_\_ СМ**

- А. 3
- Б. 4
- В. 5
- Г. 6

**18. НАИБОЛЕЕ НАДЕЖНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ МАЛИГНИЗАЦИИ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А. эндоскопия с биопсией
- Б. анализ кала на скрытую кровь
- В. рентгенография с бариевой взвесью
- Г. МРТ – томография органов брюшной полости

**19. ГОЛОДНЫЕ И/ИЛИ «НОЧНЫЕ БОЛИ», ВОЗНИКАЮЩИЕ ЧЕРЕЗ 2,5–4 ЧАСА ПОСЛЕ ЕДЫ, И ИСЧЕЗАЮЩИЕ ПОСЛЕ ОЧЕРЕДНОГО ПРИЕМА ПИЩИ, ЗАСТАВЛЯЮТ ДУМАТЬ О ЯЗВЕ**

- А. 12-перстной кишки
- Б. малой кривизны желудка
- В. фундального отдела желудка
- Г. нижнего отдела пищевода



## 20. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ХАРАКТЕРНО

- А. диспепсический синдром
- Б. диарея
- В. спастический стул
- Г. умеренный лейкоцитоз

2)обсуждение с обязательным объяснением материала - 35мин.

### IV. Вопросы для обсуждения и объяснения:

- 1 Определение понятия гастрит
- 2 Этиологические и предрасполагающие факторы развития гастрита
- 3 Патогенетические механизмы развития гастритов
- 4 Классификация гастритов
- 5 Клинические проявления гастритов
- 6 Дифференциально-диагностический ряд при гастритах
- 7 Лечение пациентов с различными видами гастритов
- 8 Определение понятия язвенная болезнь
- 9 Этиологические и предрасполагающие факторы развития язвенной болезни
- 10 Патогенетические механизмы развития язвенной болезни
- 11 Классификация язвенной болезни
- 12 Клинические проявления язвенной болезни желудка и луковицы 12-типерстной кишки
- 13 Особенности течения язвенной болезни в зависимости от типа и локализации язвы
- 14 Дифференциально-диагностический ряд при язвенной болезни
- 15 Лечение язвенной болезни
- 16 Осложнения язвенной болезни

**V. Клиническая работа:** курация больных - 1 ч 40 мин,  
разбор клинических случаев, решение ситуационных задач (при невозможности разобрать клинический случай) - 35 мин.

Кейс – задача:

**Задача№1.**

Больная Р. 45 лет обратилась к врачу с жалобами на чувство тяжести, переполнения в животе, возникающее через 40-50 минут после еды, тошноту.

В течение 20 лет страдает хроническим гастритом, обострения 1-2 раза в год. Во время обострений обычно принимает ингибиторы протонной помпы, антациды. Эрадикационную терапию не получала. Настоящее ухудшение – в течение 2 недель на фоне погрешностей в диете. Самостоятельно принимала альмагель при возникновении неприятных ощущений.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост 166 см, вес 64 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и пилоро-дуоденальной зоне. Симптомы холецистита отрицательные. Печень не изменена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул 1 раз в день, оформленный, без патологических примесей.

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

### **Вопросы:**

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

### **Задача №2.**

К врачу-терапевту участковому обратился мужчина 35 лет с жалобами на интенсивные боли после приёма пищи в эпигастриальной

области через 30-60 минут и проходящих через 1-2 часа, изжогу, тошноту, однократную рвоту на высоте болей, приносящую облегчение.

Считает себя больным около 15 лет, когда появились неинтенсивные боли в подложечной области, возникавшие после приёма пищи.

Амбулаторно был диагностирован хронический поверхностный гастрит. Боли продолжались 2-3 недели, после чего проходили.

В дальнейшем возникали ежегодно в осенне-весенний период.

При рН-метрии выявлено повышение кислотности желудочного содержимого.

Лечился амбулаторно, старался соблюдать диету.

При болях принимал ранитидин (30 мг сутки).

Настоящее обострение началось в марте, длится уже 3 недели.

Курит в течении 8 лет по 15 сигарет в день.

При пальпации определяется локальная болезненность в эпигастральной области, положительный симптом Опенховского (боль при поколачивании остистых отростков VII-XII позвонков).

### **Вопросы:**

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

**VI. Заключительная часть** (подведение итогов) - 5 мин.

**VII. Рекомендуемая литература:**

### **Основная:**

- 1 Маколкин В.И. Внутренние болезни, учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования "Лечеб. дело" / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, В.А. Сулимов.- М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2015. - 764с.

2 Внутренние болезни: учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования: в 2 т.: [с прил. на компакт-диске] / под ред. В.С. Моисеева, А.И. Мартынова, Н.А. Мухина. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2012. - Т.1,2.

3 Болезни сердца и сосудов. Руководство Европейского общества кардиологов.- М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2011.

#### **Дополнительная учебная литература:**

1 Гастроэнтерология: нац. рук. Краткое изд. / под ред. В.Т. Ивашкина и др. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2014. - 462 с.

2 Ревматология: учеб. пособие / под ред. Н.А. Шостак. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", - 435 с.

3 Чучалин А.Г. Пульмонология: Национальное руководство (с приложением на компакт – диске) / А.Г. Чучалин. - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009.

4 Морозов М.А. Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний: учебное пособие / М.А. Морозов.-2-е изд.- СПб.: ООО «СпецЛит», 2013.- 175с.

5 Филоненко С.П. Боли в суставах: дифференциальная диагностика: руководство / С.П. Филоненко, С.С. Якушин.- М.: ГЭОТАР – Медиа,2010.-174с.

6 Огороков В.Г. Диагностика и лечение желудочковых нарушений ритма сердца [Текст] : моногр. / В.Г. Огороков, С.В. Селезнев ; Ряз. гос. мед. ун-т. - Рязань : РИО РязГМУ, 2013. - 172 с.,

7 Основы ревматологии: учебное пособие для студентов обуч. по спец. «Лечебное дело» / С.С. Якушин [и др.]; Ряз.гос. мед. Ун-т.- Рязань: РИО РязГМУ,2015. – 130с.

#### **Интернет – ресурсы:**

1. ЭБС «Консультант студента «ВПО и СПО», [www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru) и [www.medcollegelib.ru](http://www.medcollegelib.ru) соответственно.

2. Библиографическая и реферативная база данных Scopus, [www.scopus.com](http://www.scopus.com).

3. Национальная электронная библиотека («НЭБ»); <http://нэб.рф/>.

4. Коллекция книг ЭБС "Юрайт", «Юрайт» [biblio-online.ru](http://biblio-online.ru)

5. Polpred.com. Обзор СМИ. Д <http://polpred.com>.

## **Тема занятия: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ КИШЕЧНОЙ ДИСПЕПСИИ (СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА, БОЛЕЗНЬ КРОНА, ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ, ИНФЕКЦИОННЫЙ КОЛИТ). ЛЕЧЕНИЕ**

**Цель занятия:** изучить особенности диагностики и дифференциальной диагностики, лечение заболеваний, проявляющихся синдромом кишечной диспепсии: язвенный колит, болезнь Крона, инфекционный колит, синдром раздраженного кишечника.

**Форма проведения:** клиническое практическое занятие.

**Время проведения занятия** (количество астрономических часов):6

**Методическое оснащение:** методические разработки для студентов, тесты, истории болезни, кейс-задачи.

**Материально-техническое оснащение:** столы, стулья, мультимедийная техника, фантомы.

### **Организационно-методические указания для студентов**

В результате изучения темы студент должен овладеть следующими компетенциями:

#### **ПК-6:**

способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра.

#### **ПК-8:**

способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами.

### **Расчет учебного времени**

- I. Вводная часть - 30 мин.**
- II. Клиническая конференция – 30 мин.**
- III. Обсуждение материала:**

1) контроль теоретической подготовки студентов - 35 мин.

**Программированный контроль:**

**1. К ОСНОВНОМУ КЛИНИЧЕСКОМУ СИМПТОМУ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ОТНОСЯТ:**

- А. боли в эпигастрии
- Б. частый жидкий стул с примесью крови
- В. запоры
- Г. рвоту, приносящую облегчение

**2. ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЕТСЯ \_\_\_\_\_ КИШКА:**

- А. слепая
- Б. ободочная
- В. прямая
- Г. тощая

**3. К МОРФОЛОГИЧЕСКОМУ ПРИЗНАКУ АКТИВНОСТИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ОТНОСЯТ:**

- А. наличие нейтрофильных лейкоцитов в собственной пластинке слизистой оболочки кишечной стенки
- Б. наличие пролиферативной активности фибробластов
- В. эозинофильную инфильтрацию слизистой оболочки
- Г. рубцовые изменения слизистой оболочки

**4. МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ СУБСТРАТАМИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЮТСЯ:**

- А. рубцовые изменения кишечника
- Б. специфические гранулемы
- В. лимфоцитарные гранулемы
- Г. хроническая эрозия, язва, крипт-абсцессы

**5. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ:**

- А. ректороманоскопия
- Б. виртуальная колоноскопия
- В. колоноскопия с исследованием гистологического материала

**6. ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ:**

- А. тяжелая дисплазия слизистой оболочки толстой кишки
- Б. прием глюкокортикоидов
- В. развитие склерозирующего холангита
- Г. развитие псевдополипоза

**7. ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ КАЛЬПРОТЕКТИНА В КАЛЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О:**

- А. глистной инвазии
- Б. воспалительном заболевании кишечника
- В. синдроме раздраженного кишечника
- Г. Гастрите

**8. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА МОЖНО ОТНЕСТИ ВСЕ, КРОМЕ:**

- А. кишечного кровотечения
- Б. острой токсической дилатации
- В. образования кишечных свищей
- Г. колоректального рака

**9. ДИАГНОЗ СИНДРОМА РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА ИСКЛЮЧАЕТСЯ ПРИ:**

- А. стуле реже 3 раз в неделю
- Б. стуле чаще 3 раз в неделю
- В. чувстве неполного опорожнения кишечника
- Г. наличии крови в кале



**10. К ВНЕКИШЕЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ БОЛЕЗНИ КРОНА ОТНОСЯТ:**

- А. панкреатогенный сахарный диабет
- Б. межкишечные свищи
- В. узловатую эритему
- Г. генерализованный эрозивный псориаз

**11. ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОЙ КИШКИ МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕН НА ОСНОВАНИИ ПОЛНОГО КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И:**

- А. гистологического подтверждения
- Б. исключения других заболеваний
- В. иммуногистохимического подтверждения
- Г. ирригоскопического подтверждения

**12. ОСЛОЖНЕНИЕМ СО СТОРОНЫ ОРГАНОВ ЖКТ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:**

- А. полипоз
- Б. перфорация
- В. холелитиаз
- Г. внутрикишечная обструкция

**13. ДИАГНОЗ ГЛЮТЕНОВОЙ ЭНТЕРОПАТИИ (ЦЕЛИАКИИ) ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ ОБНАРУЖЕНИЕМ:**

- А. альфа-амилазы (птиалина) в виде L-изомера в слюне
- Б. непереваренного глиаина и ретикулина в кале
- В. свободных дезаминированных пептидов глютена в моче
- Г. антител к тканевой трансглутаминазе в крови

**14. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНЫЙ КОЛИТ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО ИССЛЕДОВАНИЕ:**

- А. копрограммы на амилорею и стеаторею
- Б. кала на токсины А и В *C. difficile*
- В. обзорной рентгенограммы органов брюшной полости
- Г. клинического анализа крови

**15. КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО И БЫСТРО ФОРМИРУЕТ КИШЕЧНУЮ ОБЛИТЕРАЦИЮ:**

- А. болезнь Крона
- Б. язвенный колит
- В. псевдомембранозный колит
- Г. ишемический колит

**16. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К КОЛОНОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ:**

- А. острый парапроктит
- Б. тяжелая форма неспецифического язвенного колита
- В. декомпенсированная сердечная недостаточность
- Г. кровоточащий геморрой

**17. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:**

- А. ванкомицин
- Б. линкомицин
- В. тетрациклин
- Г. клиндамицин

**18. СРЕДСТВОМ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ:**

- А. амоксициллин
- Б. преднизолон
- В. месалазин
- Г. дротаверин

**19. ДЛЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА ХАРАКТЕРНО:**

- А. отсутствие закономерной его связи с приемом пищи
- Б. локализация в правой подвздошной области
- В. локализация в левой подвздошной области

**20. ИНГИБИТОРЫ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ МОГУТ ПРИМЕНЯТЬСЯ В ЛЕЧЕНИИ:**

- А. дизентерии

- Б. болезни Крона
- В. синдрома раздраженного кишечника
- Г. дивертикулярной болезни кишечника

**21. ПРИ НАЛИЧИИ ДИАРЕИ И ОТСУТСТВИИ СИНДРОМА МАЛЬАБСОРБЦИИ МОЖНО ДУМАТЬ О:**

- А. синдроме раздраженной кишки с диареей
- Б. ахлоргидрии
- В. гранулематозном колите
- Г. Глютеновой энтеропатии

**22. ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО, ОБРАТИВШЕГОСЯ С ЖАЛОБАМИ НА НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ КИШЕЧНИКА, СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С:**

- А. ректороманоскопии
- Б. фиброколоноскопии
- В. ирригографии
- Г. ректального пальцевого исследования

2) обсуждение с обязательным объяснением материала - 35 мин.

**IV. Вопросы для обсуждения и объяснения:**

1. Что понимают под синдромом кишечной диспепсии? Клинические проявления данного синдрома?
2. Какие заболевания протекают с кишечной диспепсией?
3. Особенности диагностики и дифференциальной диагностики при кишечных диспепсиях?
4. Осложнения при кишечных диспепсиях.
5. Что такое синдром раздраженного кишечника? Современные возможности диагностики СРК.
6. Особенности клиники, диагностики язвенного колита.
7. Особенности клиники, диагностики болезни Крона.
8. Особенности клиники, диагностики инфекционного колита, псевдомембранозного колита.
9. Основные принципы лечения синдрома раздраженного кишечника. Назовите современные спазмолитики с указанием их механизма действия.
10. Современные принципы лечения язвенного колита.

11. Современные принципы лечения болезни Крона.
12. Особенности лечения инфекционного и псевдомембранозного колита.

**V. Клиническая работа:** курация больных - 1 ч 40 мин, разбор клинических случаев, решение ситуационных задач (при невозможности разобрать клинический случай) - 35 мин.

Кейс – задача:

**Задача №1:**

Больной С. 31 год, инженер, обратился к терапевту с жалобами на ноющие малоинтенсивные боли в нижних отделах живота ближе к левому флангу, возникающие перед дефекацией или усиливающиеся после опорожнения кишечника, длящиеся 30-40 минут. Также беспокоит разжиженный стул с примесью слизи и алой крови (в небольшом количестве) до 5-6 раз в сутки, в том числе, в ночное время, ощущение урчания, бурления в животе в течение дня. Отмечает периодически ложные позывы на дефекацию с выделением только слизи с примесью алой крови, снижение веса на 5 кг (за последние 4 месяца).

Анамнез: впервые нарушение стула отметил 5 месяцев назад после поездки на юг в летнее время. Данные симптомы связывал с избыточным потреблением растительной клетчатки. После отпуска диарея сохранялась. Самостоятельно принимал смекту, мезим с незначительным эффектом. Через 1,5 месяца отметил появление в кале слизи и прожилок крови, затем появились слабые боли по левому флангу живота. Начал прием но-шпы. По совету родственницы 2 недели назад в течение 5 дней принимал левомецетин по 3 таблетки в день, на этом фоне значительно усилились диарея и боли в животе, увеличилась примесь крови в кале, что и послужило поводом для обращения к участковому врачу.

Объективно: общее состояние удовлетворительное,  $t - 36,8^{\circ}\text{C}$ , рост 178 см, вес 61 кг, кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет, число дыханий 18 в 1 мин. Тоны сердца звучные, ритм правильный. ЧСС – 92 в 1 мин. АД – 120/85 мм рт.ст. Язык обложен сероватым налётом, влажный.

Живот участвует в дыхании, равномерно вздут, при поверхностной пальпации мягкий, определяется умеренная болезненность по левому флангу живота, при глубокой пальпации отмечается болезненность в левой подвздошной области, где пальпируется спазмированная, плотноэластичная, болезненная сигмовидная кишка; остальные отделы толстой кишки безболезненны. Пузырные симптомы отрицательные. Размеры печени и селезенки по Курлову: 10x8x7 см и 6x4 см, соответственно. Край печени не определяется.

Общий анализ крови: эритроциты =  $3,02 \times 10^{12}/л$ , Hb = 103 г/л, лейкоциты =  $12,6 \times 10^9/л$ . СОЭ = 38 мм/час. Общий белок сыворотки 62,3 г/л, альбумины – 49,3%, глобулины 50,7%, СРБ – 95мг/л.

Копрограмма: кал разжиженный, неоформленный, мышечные волокна, крахмал внутриклеточный в небольшом количестве, лейкоциты до 30-40 в поле зрения, эритроциты в значительном количестве, слизь в большом количестве. Фекальный кальпротектин 532 мкг/г.

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

### **Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. План дообследования.
4. Определите план ведения пациента с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов.

### **Задача №2.**

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

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожа бледная. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации вздут, определяется умеренная болезненность в области нисходящего отдела толстой кишки. Перкуторно размеры печени по Курлову - 10×9×8 см.

Общий анализ крови: гемоглобин – 90 г/л, СОЭ – 35 мм/ч, лейкоциты -  $13,0 \times 10^9$  /л; лейкоформула: базофилы - 1%, эозинофилы - 5%, палочкоядерные нейтрофилы - 20%, сегментоядерные нейтрофилы - 40%, лимфоциты - 24%, моноциты - 10%. Биохимический анализ крови: общий белок – 60 г/л, альбумин – 40 %, АЛТ – 42,68 ед/л, АСТ – 32 ед/л, серомукоид – 2,0 ммоль/л, СРБ – (+++), фибриноген – 5 г/л.

Копрограмма: цвет кала – коричневый, характер – неоформленный, в поле зрения – большое количество лейкоцитов, эритроцитов.

Ирригоскопия: отмечается быстрое заполнение толстой кишки бариевой взвесью, равномерное сужение просвета кишки (симптом «водопроводной трубы»), расширение ректоректального пространства, сглаженность гаустр, ячеистый рельеф слизистой в области поперечно-ободочной кишки, в области прямой и сигмовидной кишок – множественные дефекты наполнения.

### **Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз.
2. Перечислите предрасполагающие факторы, приводящие к развитию данного заболевания.
3. Какие внекишечные проявления возможны при данной патологии?
4. Какие антицитокнины необходимы, и в каких ситуациях они назначаются при данном заболевании?
5. Какие антибактериальные препараты показаны при данном заболевании?

### **Задача №3.**

Больная Ф. 27 лет, предъявляет жалобы на чувство дискомфорта в животе, проходящее после акта дефекации, ощущение вздутия живота, кашицеобразный стул до 3 раз в сутки с примесью слизи, в основном, в утреннее время суток, периодически – чувство неполного

опорожнения кишечника, эмоциональную лабильность, плохой сон, частые головные боли. Вышеуказанные жалобы беспокоят около трёх лет, после развода с мужем.

Объективно: состояние удовлетворительное. Язык влажный, чистый. Живот несколько вздут, мягкий, отмечается разлитая пальпаторная чувствительность всего живота. Размеры печени по Курлову в пределах нормы.

Общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови – без существенных изменений. Копрологический анализ – без существенных патологических признаков, однако обнаруживается большое количество слизи.

### **Вопросы:**

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

### **Задача №4.**

Больной К. 27 лет, военнослужащий, жалуется на боли в правой подвздошной области постоянного характера (ночью нередко просыпается от болей). На этом фоне периодически возникают приступы болей по типу колики. Беспокоит выраженная слабость, снижение массы тела, диарея - стул 3-4 раза в сутки в виде жидкой кашицы, без патологических примесей, обильный. Отмечает повышение ежедневное повышение температуры до 37,6°C, особенно к вечеру.

Анамнез: заболел год назад, когда внезапно появились интенсивные боли в правой подвздошной области, повышение температуры до 38,0°C. Доставлен в приёмное отделение, где осмотрен хирургом, диагностирован острый аппендицит. При исследовании крови выявлен лейкоцитоз, пациент взят на операцию. При ревизии обнаружены утолщенная подвздошная кишка с отёчной рыхлой стенкой, увеличенные брыжеечные лимфоузлы.

Червеобразный отросток не изменён. Проведена аппендэктомия. В послеоперационном периоде появилась гипертермия до 38,5°C, на фоне введения антибиотиков температура снизилась до субфебрильных цифр, однако полностью не исчезла. Боли в правой подвздошной области сохранялись, стали носить тупой постоянный характер. Пациент стал отмечать учащение стула до 3-х раз в сутки, каловые массы вначале имели характер густой каши («коровий кал»), затем стали жидкими. В испражнениях периодически появлялись слизь и кровь в небольшом количестве. Постепенно нарастала слабость, за год болезни пациент похудел на 6 кг.

Объективно: пониженного питания, кожа несколько суховата, тургор снижен. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Дыхательная система - без патологии. Тоны сердца ясные, пульс - 80 ударов в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налётом. Живот участвует в дыхании, обычной конфигурации. При пальпации отмечает болезненность в правом нижнем квадранте, здесь же пальпируется уплотненная болезненная слепая кишка и несколько выше раздутые урчащие петли тонкой кишки. На остальном протяжении патологических изменений не выявлено. Печень по краю рёберной дуги.

Общий анализ крови: гемоглобин - 117 г/л, СОЭ - 34 мм/час, эритроциты -  $3,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты -  $12,6 \times 10^9$  /л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 51%, лимфоциты - 37%. Биохимический анализ крови: общий белок - 52 г/л, альбумины - 55%, глобулины: альфа1 - 3,7%, альфа2 - 10,0%, бета - 11,0%, гамма - 20,3%. Общий билирубин - 16,4 (прямой - 3,1; свободный - 13,3) ммоль/л, глюкоза - 5,5 ммоль/л., холестерин - 3,9 ммоль/л, калий - 3,5 ммоль/л, натрий - 142 ммоль/л, ЩФ - 310 U/L (норма до 306).

Ректороманоскопия: в перианальной области определяются рубцы, в одном из них свищ со скудным отделяемым. Между рубцами имеются единичные трещины

Ирригоскопия: бариевая взвесь ретроградно заполняет все отделы толстой кишки и подвздошную кишку на протяжении 15-20 см. Имеется неравномерное сужение дистального отдела подвздошной



кишки, неровные контуры, отсутствие гаустр в слепой и восходящей кишках.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы для патогенетической терапии Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Каков прогноз при данном заболевании?

**VI. Заключительная часть** (подведение итогов) - 5 мин.

**VII. Рекомендуемая литература:**

**Основная:**

1. Маколкин В.И. Внутренние болезни, учеб.для студентов учреждений высш. проф. образования "Лечеб. дело" / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, В.А. Сулимов.- М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2015. - 764с.
2. Внутренние болезни: учеб.для студентов учреждений высш. проф. образования: в 2 т.: [с прил. на компакт-диске] / под ред. В.С. Моисеева, А.И. Мартынова, Н.А. Мухина. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2012.- Т.1, 2.

**Дополнительная учебная литература:**

1. Гастроэнтерология: нац. рук. Краткое изд. [Текст] / под ред. В.Т. Ивашкина [и др.]. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2014. - 462 с.

**Интернет – ресурсы:**

1. ЭБС «Консультант студента «ВПО и СПО», [www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru) и [www.medcollegelib.ru](http://www.medcollegelib.ru) соответственно.
2. Библиографическая и реферативная база данных Scopus, [www.scopus.com](http://www.scopus.com).
3. Национальная электронная библиотека («НЭБ»); <http://нэб.рф/>.

4. Коллекция книг ЭБС "Юрайт", «Юрайт» biblio-online.ru
5. Polpred.com. Обзор СМИ. Д <http://polpred.com>.

## **Тема занятия: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ЖЕЛЧНО-КАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ, ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ, ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ, ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ, РАК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ). НЕОТЛОЖНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЖЕЛЧНОЙ КОЛИКЕ И ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ**

**Цель занятия:** изучить клинику, симптоматику, вопросы диагностики (дифференциальной диагностики), принципы лечения (индивидуальные особенности применения фармакотерапии) заболеваний желчных путей и поджелудочной железы.

**Форма проведения:** клиническое практическое занятие.

**Время проведения занятия** (количество астрономических часов):6

**Методическое оснащение:** методические разработки для студентов, тесты, истории болезни, кейс-задачи.

**Материально-техническое оснащение:** столы, стулья, мультимедийная техника, фантомы.

### **Организационно-методические указания для преподавателей**

В результате изучения темы студент должен овладеть следующими компетенциями:

#### **ПК-6:**

способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра.

#### **ПК-8:**

способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами.

### **Расчет учебного времени**

- I. Вводная часть - 30 мин.**
- II. Клиническая конференция – 30 мин.**

### **Ш. Обсуждение материала:**

1) контроль теоретической подготовки студентов - 35 мин.

#### **Программированный контроль:**

#### **1. КРЕАТОРЕЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ**

- А. хронического панкреатита
- Б. болезни Крона
- В. ишемического колита
- Г. синдрома раздраженной кишки

#### **2. У ЧЕЛОВЕКА В СУТКИ ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО СОКА**

- А. 1,5-2,0 л
- Б. 0,5-1,0 л
- В. 1,0-1,5 л
- Г. До 0,5 л

#### **3. СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ПРЕИМУЩЕСТВЕННО С ПРИЗНАКАМИ ЭКЗОКРИННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ**

- А. муковисцидозе
- Б. первичном амилоидозе
- В. синдроме Марфана
- Г. ни при одном из перечисленных заболеваний

#### **4. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А. биохимическое исследование желчи
- Б. ультразвуковая диагностика
- В. внутривенная холецистография
- Г. лапароскопия

#### **5. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ХРОНИЧЕСКИЙ КАЛЬКУЛЕЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ С ЦЕЛЬЮ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ**

- А. УЗИ органов брюшной полости

- Б. дуоденальное зондирование
- В. обзорную рентгенографию органов брюшной полости
- Г. ЭГДС

**6. В ТЕРАПИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА С СЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ВКЛЮЧАЮТСЯ**

- А. ферменты (панкреатин)
- Б. кортикостероиды
- В. сосудистые препараты
- Г. ингибиторы АПФ

**7. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ С ВНЕШЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ХАРАКТЕР СТУЛА**

- А. обильный, кашицеобразный, блестящий
- Б. скудный, фрагментированный
- В. водянистый с хлопьями
- Г. жидкий, с примесью алой крови

**8. ПРИ ПОВЕРХНОСТНОЙ ПАЛЬПАЦИИ ЖИВОТА У ЛИЦ С ДИСКИНЕЗИЕЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ**

- А. незначительная болезненность в правом подреберье
- Б. положительный симптом Ортнера
- В. мышечная защита правого подреберья
- Г. френикус-симптом

**9. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ВНЕШЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОКАЗАНЫ \_\_\_\_\_ ФЕРМЕНТНЫЕ ПРЕПАРАТЫ**

- А. высокодозные микрогранулированные
- Б. высокодозные таблетированные
- В. низкодозные микрогранулированные
- Г. низкодозные таблетированные

**10. РАК ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ**

- А. в равной степени одинаково мужчины и женщины
- Б. чаще у женщин
- В. чаще у мужчин
- Г. у женщин после 40 лет

**11. ПОВЫШЕНИЕ КОНЪЮГИРОВАННОГО  
БИЛИРУБИНА, ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗЫ, Г-  
ГЛУТАМИЛТРАНСПЕПТИДАЗЫ, ХОЛЕСТЕРИНА  
ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- А. цитолитического синдрома
- Б. холестатического синдрома
- В. синдрома печеночно-клеточной недостаточности
- Г. гиперспленизма

**12. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПРЕБЫВАНИЯ НА  
ДИСПАНСЕРНОМ УЧЕТЕ БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКИМ  
ПАНКРЕАТИТОМ**

- А. пожизненно
- Б. 2 года
- В. 3 года
- Г. 1 год

**13. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ  
ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ НЕ ПРИМЕНЯЮТ**

- А. морфин
- Б. атропин
- В. новокаин
- Г. баралгин

**14. В КОНСЕРВАТИВНУЮ ТЕРАПИЮ ХРОНИЧЕСКОГО  
ПАНКРЕАТИТА НЕ ВКЛЮЧАЮТСЯ**

- А. анальгетики
- Б. ферментные препараты
- В. кортикостероиды
- Г. сандостатин

**15. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ПОДТВЕРЖДЕНИЕМ ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А. высокий уровень амилазы в крови (диастазы в моче)
- Б. боль опоясывающего характера
- В. гипергликемия
- Г. стеаторея

**16. ПОКАЗАНИЕ К НАЗНАЧЕНИЮ ТЮБАЖЕЙ**

- А. гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей
- Б. постхолецистэктомический синдром
- В. гипермоторная дискинезия желчевыводящих путей
- Г. желчнокаменная болезнь

**17. ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИТУАЦИЙ НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ХЕНОДЕЗОКСИХОЛЕВОЙ ИЛИ УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЙ КИСЛОТ ПОКАЗАНО ПРИ**

- А. камнях диаметром более 20 мм
- Б. наличии рентгенопозитивных карбонатных камней
- В. рентгеномалоконтрастных холестериновых камнях
- Г. некалькулезном холецистите

**18. ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ СОКРАЩАЕТСЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ**

- А. холецистокинина
- Б. гастрин
- В. панкреатического сока
- Г. секретин

**19. В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ИСПОЛЬЗУЮТ**

- А. спазмолитические средства
- Б. H<sub>2</sub>-блокаторы гистамина
- В. сукралфат и его аналоги
- Г. ингибиторы протонной помпы

**20. В ЛЕЧЕНИИ ГИПОКИНЕТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ИСПОЛЬЗУЮТ**

- А. ингибиторы протоновой помпы
- Б. антациды
- В. спазмолитики
- Г. холекинетики

**21. ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ВНЕШЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОКАЗАНА К ПРОВЕДЕНИЮ ПРИ СТЕАТОРЕИ >\_\_\_ Г/СУТ**

- А. 15
- Б. 7
- В. 5
- Г. 2

**22. БИОДОСТУПНОСТЬ ФЕРМЕНТАТИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ В МИКРОГРАНУЛАХ СОСТАВЛЯЕТ \_\_ %**

- А. 100
- Б. 75
- В. 50
- Г. 10

**23. В СХЕМЕ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ОТСУТСТВУЮТ**

- А. ингибиторы протоновой помпы
- Б. прокинетики
- В. желчегонные
- Г. ферменты

**24. МАКСИМАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВНУТРЕННЕГО ДИАМЕТРА ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА В ОБЛАСТИ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_\_ ММ**

- А. 2
- Б. 5
- В. 4
- Г. 3



**25. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНЫМ ДАТЧИКОМ СТЕНКА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ В НОРМЕ ВЫГЛЯДИТ В ВИДЕ**

- А. однослойной изоэхогенной структуры, формирующей контур желчного пузыря
- Б. однослойной криволинейной структуры, состоящей из гипо- и гиперэхогенного слоев
- В. двухслойной линейной структуры, состоящей из гипо- и гиперэхогенного слоев
- Г. двухслойной гипоэхогенной структуры, формирующей контур желчного пузыря

**26. ПОСЛЕ ПОЯВЛЕНИЯ КЛИНИКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА НАИБОЛЬШИЙ УРОВЕНЬ АМИЛАЗЫ КРОВИ МОЖНО ЗАФИКСИРОВАТЬ ЧЕРЕЗ \_\_\_\_\_ ЧАСОВ**

- А. 12 – 18
- Б. 48 – 72
- В. – 24
- Г. 24 – 48

**27. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БИЛИАРНОГО СЛАДЖА (ПЕРВОЙ СТАДИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ) ЯВЛЯЕТСЯ**

- А. урсодезоксихолевая кислота
- Б. аминометилбензойная кислота
- В. аминодигидрофталазиндион натрия
- Г. протеинсукциниллат железа

**28. ДИАГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ**

- А. кальцинатов в головке поджелудочной железы
- Б. повышенной активности эластазы в кале
- В. пониженной активности диастазы мочи
- Г. большого количества жира в кале

**29. ДЛ Я ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЙ  
ВНЕШЕСЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ  
ЖЕЛЕЗЫ ОПРЕДЕЛЯЮТ АКТИВНОСТЬ**

- А. липазы кала
- Б. эластазы кала
- В. эластазы крови
- Г. липазы крови

**30. ОПРЕДЕЛЕНИЕ АКТИВНОСТИ ЭЛАСТАЗЫ КАЛА  
ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ  
ЖЕЛЕЗЫ СЛУЖИТ ДЛ Я**

- А. оценки степени внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы
- Б. дифференциальной диагностики опухолевых заболеваний и хронического панкреатита
- В. оценки степени инкреторной недостаточности поджелудочной железы
- Г. диагностики повреждения островкового аппарата поджелудочной железы

**31. К ПРИЗНАКАМ ВНУТРИСЕКРЕТОРНОЙ  
НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ  
ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ ОТНОСЯТ**

- А. дефицит жирорастворимых витаминов
- Б. снижение массы тела
- В. стеаторею
- Г. гипергликемию

**32. ПРЕПАРАТОМ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ ПРИ ЛЮБЫХ  
ФОРМАХ ХОЛЕСТАЗА, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А. урсодезоксихолиевая кислота
- Б. мебеверин
- В. креон
- Г. дюфалак

**33. ПРИЧИНОЙ ОБРАЗОВАНИЯ КАМНЕЙ В ЖЕЛЧНОМ  
ПУЗЫРЕ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А. анатомические особенности строения желчного пузыря и протоков
- Б. сдавления и перегибы желчных протоков
- В. дискинезии
- Г. инфекция *Helicobacter pylori*

**34. ДЛЯ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ХАРАКТЕРНА СЛЕДУЮЩАЯ ТРИАДА КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ**

- А. боль в животе, метеоризм, диарея
- Б. боль в животе, желтуха, высокая температура
- В. боль в животе, прожилки крови в кале, слизь в кале
- Г. боль в животе, рвота «кофейной гущей», мелена

**35. К РАННИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ВНЕШЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТНОСЯТ**

- А. кахексию
- Б. сахарный диабет
- В. полифекалию
- Г. «панкреатическую холеру»

**36. ДЛЯ ПОДАВЛЕНИЯ ВНЕШНЕЙ СЕКРЕЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВЕН**

- А. сандостатин
- Б. омепразол
- В. панкреатин
- Г. дротаверин

**37. ПРИ ПЕНЕТРАЦИИ ЯЗВЫ В ПОДЖЕЛУДОЧНУЮ ЖЕЛЕЗУ ПОВЫШАЕТСЯ**

- А. активность щелочной фосфатазы
- Б. активность амилазы
- В. уровень глюкозы
- Г. уровень билирубина

2) обсуждение с обязательным объяснением материала - 35мин.

#### **IV. Вопросы для обсуждения и объяснения:**

1. Назовите наиболее распространенные заболевания желчных путей и поджелудочной железы.
2. Каковы основные дифференциально-диагностические критерии заболеваний желчных путей?
3. Назовите основные дифференциально-диагностические критерии хронического панкреатита.
4. Какие заболевания желчных путей и желудочно-кишечного тракта могут привести к поражению поджелудочной железы?
5. Перечислите клинические варианты хронического панкреатита.
6. Диагностика хронического панкреатита.
7. Диагностика хронического холецистита.
8. Диагностика рака поджелудочной железы.
9. Неотложная терапия при желчной колике.
10. Неотложная терапия при остром панкреатите.

**V. Клиническая работа:** курация больных - 1 ч 40 мин,  
разбор клинических случаев, решение ситуационных задач (при невозможности разобрать клинический случай) - 35 мин.

#### Кейс – задачи:

##### **Задача №1.**

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

Начало заболевания связывает с тем, что накануне вечером отмечал с друзьями праздник, были погрешности в диете – прием острой и жирной пищи, алкоголя. Подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приема Но-шпы. Часто ранее отмечал ощущение тяжести и вздутия в животе после приема жирной пищи. В настоящее время

отмечает тяжесть и ощущение «распирания» в животе, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 3 раза в течение последних суток. Диурез не нарушен. Со слов жены – злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет.

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

Лабораторные данные.

Общий анализ крови: лейкоциты -  $9,6 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ – 16 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1022, белок – 0,033%, анализ кала – стеаторея, креаторея, амилорея.

УЗИ ОБП: печень увеличена, с перипортальными уплотнениями, желчный пузырь 75×35 мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой. Поджелудочная железа неоднородной структуры за счёт гипо- и гиперэхогенных очагов, немногочисленных кальцификатов, неравномерное расширение главного панкреатического протока, размеры головки увеличены до 5 см. Свободной жидкости в брюшной полости нет.

От ФГДС больной отказался.

### **Вопросы:**

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

### **Задача №2.**

В кабинет врача-терапевта участкового обратился мужчина 55 лет, злоупотребляющий алкоголем, курильщик, с жалобами на боли в глубине живота, распространяющиеся вверх, возникают чаще через 1,5-2 часа после обильной, острой или жирной еды, длящиеся до 3 часов, усиливающиеся в положении лежа на спине, уменьшающиеся в положении сидя с наклоном вперед, подтянув ноги к груди. Иногда боли иррадиируют в левую половину грудной клетки. Также отмечает тошноту, отсутствие аппетита, вздутие живота.

После каждого приёма пищи в течение 1 часа возникает кашицеобразный, иногда водянистый стул, содержащий капли жира. Отмечает снижение массы тела.

### **Вопросы:**

1. Сформулируйте наиболее вероятный предварительный диагноз.
2. Перечислите возможные осложнения данного заболевания.
3. Какие методы обследования используются для подтверждения и уточнения диагноза?
4. Каковы основные задачи консервативного ведения/лечения пациентов с данным заболеванием?
5. Перечислите основные медикаментозные и немедикаментозные лечебные мероприятия, показанные для данного больного.

### **VI. Заключительная часть (подведение итогов) - 5 мин.**

### **VII. Рекомендуемая литература:**

#### **Основная:**

1. Маколкин В.И. Внутренние болезни, учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования "Лечеб. дело" / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, В.А. Сулимов.- М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2015.- 764с.
2. Внутренние болезни: учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования: в 2 т.: [с прил. на компакт-диске] / под ред. В.С. Моисеева, А.И. Мартынова, Н.А. Мухина. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2012.- Т.1, 2. - 895 с.

3. Болезни сердца и сосудов. Руководство Европейского общества кардиологов.- М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2011.

#### **Дополнительная учебная литература:**

1. Гастроэнтерология: нац. рук. Краткое изд. / под ред. В.Т. Ивашкина [и др.]. - М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2014. - 462 с.

2. Ревматология: учеб. пособие / под ред. Н.А. Шостак. - М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2012.- 435 с.

3. Чучалин А.Г. Пульмонология: Национальное руководство (с приложением на компакт – диске) / А.Г. Чучалин.- М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009.

4. Морозов М.А. Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний: учебное пособие / М.А. Морозов .- 2-е изд.- СПб. : ООО «СпецЛит», 2013. - 175с.

5. Филоненко С.П. Боли в суставах: дифференциальная диагностика: руководство / С.П. Филоненко, С.С. Якушин. - М.:ГЭОТАР – Медиа, 2010.-174с.

6. Огороков В.Г. Диагностика и лечение желудочковых нарушений ритма сердца: моногр. / В. Г. Огороков, С. В. Селезнев ; Ряз. гос. мед. ун-т. - Рязань : РИО РязГМУ, 2013. - 172 с.

7. Основы ревматологии: учебное пособие для студентов обуч. по спец. «Лечебное дело» / С.С. Якушин [и др.]; Ряз.гос. мед. Ун-т.- Рязань: РИО РязГМУ, 2015. – 130с.

#### **Интернет – ресурсы:**

1. ЭБС «Консультант студента «ВПО и СПО», [www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru) и [www.medcollegelib.ru](http://www.medcollegelib.ru) соответственно.

2. Библиографическая и реферативная база данных Scopus, [www.scopus.com](http://www.scopus.com).

3. Национальная электронная библиотека («НЭБ»); <http://нэб.рф/>.

4. Коллекция книг ЭБС "Юрайт", «Юрайт» [biblio-online.ru](http://biblio-online.ru)

5. Polpred.com. Обзор СМИ. Д <http://polpred.com>.

6. Polpred.com. Обзор СМИ. Д <http://polpred.com>.

**Тема занятия: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЖЕЛТУХ. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ЖЕЛТУХ (ИНФЕКЦИОННЫЙ ГЕПАТИТ, ОБТУРАЦИОННАЯ ЖЕЛТУХА, ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ). ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ГЕПАТОЛИЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА (ХРОНИЧЕСКИЕ ГЕПАТИТЫ АЛКОГОЛЬНОГО ГЕНЕЗА, ЦИРРОЗЫ ПЕЧЕНИ, ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ, БОЛЕЗНИ НАКОПЛЕНИЯ, БОЛЕЗНИ КРОВИ И КРОВЕТВОРНЫХ ОРГАНОВ)**

**Цель занятия:** изучить особенности диагностики и дифференциальной диагностики заболеваний, проявляющихся желтухой и гепатолиенальным синдромом.

**Форма проведения:** клиническое практическое занятие.

**Время проведения занятия** (количество астрономических часов):6

**Методическое оснащение:** методические разработки для студентов, тесты, истории болезни, кейс-задачи.

**Материально-техническое оснащение:** столы, студья, мультимедийная техника, фантомы.

### **Организационно-методические указания для преподавателей**

В результате изучения темы студент должен овладеть следующими компетенциями:

#### **ПК-6:**

способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра.

#### **ПК-8:**

способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами.

### **Расчет учебного времени**

**1. Вводная часть - 30 мин.**



**2. Клиническая конференция – 30 мин.**

**3. Обсуждение материала:**

1) контроль теоретической подготовки студентов - 35 мин.

**Программированный контроль:**

**1. ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ  
ПРЕИМУЩЕСТВЕННО:**

- А. Без- или малосимптомные
- Б. Сопровождаются лихорадкой
- В. Сопровождаются болями в правом подреберье

**2. СРЕДИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ  
ПЕЧЕНИ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ:**

- А. Гепатоцеллюлярная аденома
- Б. Гемангиома
- В. Очаговая узелковая гиперплазия печени

**3. ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ПЕЧЕНИ  
ХАРАКТЕРНО:**

- А. Повышение содержания альфа-фетопротейна, аминотрансфераз, ГГТП, щелочной фосфатазы
- Б. Нормальное содержание альфа-фетопротейна, аминотрансфераз, ГГТП, щелочной фосфатазы
- В. Снижение содержания альфа-фетопротейна, аминотрансфераз, ГГТП, щелочной фосфатазы

**4. В КЛИНИКЕ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ:**

- А. Вторичные злокачественные опухоли печени
- Б. Первичные злокачественные опухоли печени

**5. ВЫСОКАЯ СТАБИЛЬНАЯ КОНЪЮГИРОВАННАЯ  
ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЯ, ПОВЫШЕНИЕ ЩЕЛОЧНОЙ  
ФОСФАТАЗЫ, ПОВЫШЕНИЕ ГГТП, КОЖНЫЙ ЗУД  
ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:**

- А. Гемолитических желтух
- Б. Гепатоцеллюлярных желтух
- В. Холестатических желтух

**6. ПРИЧИНОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ЯВЛЯЮТСЯ:**

- А. Холедохолия
- Б. Стриктура фатерова соска
- В. Рак головки поджелудочной железы
- Г. Все вышеперечисленное

**7. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ О ВНУТРИПЕЧЁНОЧНОМ ХОЛЕСТАЗЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ:**

- А. Увеличение уровня  $\gamma$ -глобулинов
- Б. Снижение уровня липопротеидов
- В. Повышение щелочной фосфатазы
- Г. Повышение уровня АСТ и АЛТ

**8. СПЛЕНОМЕГАЛИЯ, СНИЖЕНИЕ ЧИСЛА ЭРИТРОЦИТОВ, ВЫСОКОЕ СОДЕРЖАНИЕ УРОБИЛИНОГЕНА В КАЛЕ У БОЛЬНОГО С ЖЕЛТУХОЙ ЗАСТАВЛЯЕТ ДУМАТЬ О:**

- А. Внепеченочном холестаза
- Б. Внутривеночном холестаза
- В. Сепсисе
- Г. Гемолитической желтухе

**9. ФЕРМЕНТ - МАРКЕРЫ ХОЛЕСТАЗА:**

- А. АЛТ
- Б. АСТ
- В. Щелочная фосфатаза
- Г. Амилаза

**10. ГЕПАТОМЕГАЛИЯ, СПЛЕНОМЕГАЛИЯ И МЕЛЕНА ВЫЗЫВАЮТ ПОДОЗРЕНИЯ:**

- А. На кровоточащую язву 12-перстной кишки
- Б. На неспецифический язвенный колит
- В. На кровотечение язвы желудка
- Г. На кровотечение вены пищевода при циррозе печени

**11.ДЛЯ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРЕН СИНДРОМ «ИСЧЕЗАЮЩИХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ»?**

- А. Стенозирующий дуоденальный папиллит
- Б. Первичный склерозирующий холангит
- В. Холангиохолецистит
- Г. Для всех

**12.ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ СИМПТОМЫ ХОЛАНГИТА:**

- А. Приступ боли в правом подреберье с развитием желтухи, появлением обесцвеченного кала, темной мочи
- Б. Фебрильная температура с ознобом, увеличение печени, желтуха, лейкоцитоз
- В. Боли в правом подреберье после приема жирной пищи, тошнота, рвота
- Г. Тупые боли в правом подреберье, отрыжка горечью

**13.КАКАЯ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЖЕЛТУХ НЕ СОПРОВОЖДАЕТСЯ НЕКОНЬЮГИРОВАННОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЕЙ:**

- А. Паренхиматозная
- Б. Гемолитическая
- В. Синдром Жильбера
- Г. Синдром Криглера-Найяра

**14.КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ:**

- А. Неконъюгированная гипербилирубинемия, увеличение АЛТ, АСТ
- Б. Конъюгированная гипербилирубинемия, резкое увеличение АЛТ, АСТ, холестерина
- В. Коинъюгированная гипербилирубинемия, увеличение щелочной фосфатазы
- Г. Неконъюгированная гипербилирубинемия

**15.КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ БИОХИМИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СИНДРОМА ЖИЛЬБЕРА:**

- А. Конъюгированная гипербилирубинемия, увеличение АЛТ, АСТ
- Б. Конъюгированная гипербилирубинемия
- В. Неконъюгированная гипербилирубинемия
- Г. Неконъюгированная гипербилирубинемия, увеличение щелочной фосфатазы

**16.ГЕМОЛИТИЧЕСКИЕ ЖЕЛТУХИ ПРОЯВЛЯЮТСЯ:**

- А. Конъюгированной билирубинемией и увеличением уровня АЛТ, АСТ, ЛДГ
- Б. Неконъюгированной билирубинемией и увеличением АЛТ, АСТ, ЛДГ
- В. Неконъюгированной гипербилирубинемией
- Г. Конъюгированной гипербилирубинемией

**17.ДЛЯ КАКОГО ВИДА БЛОКА ХАРАКТЕРЕН СИНДРОМ КУРВУАЗЬЕ:**

- А. Надпеченочного
- Б. Печеночного
- В. Подпеченочного

**18.ДЛЯ КАКОГО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИНДРОМОВ ХАРАКТЕРЕН КОЖНЫЙ ЗУД, УВЕЛИЧЕНИЕ КОНЪЮГИРОВАННОГО БИЛИРУБИНА, ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗЫ, ХОЛЕСТЕРИНА:**

- А. Печеночно-клеточной желтухи
- Б. Внутрипеченочного холестаза
- В. Синдром Жильбера
- Г. Гемолитической желтухи

**19.В ДИАГНОСТИКЕ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ УВЕЛИЧЕНИЕ УРОВНЯ АЛЬФА-ФЕТОПРОТЕИНА:**

- А. Хронического гепатита
- Б. Эхинококкоза печени

- В. Гепатоцеллюлярного рака
- Г. Острого вирусного гепатита

**20. ГЛАВНЫМ ОТЛИЧИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО АКТИВНОГО ГЕПАТИТА ОТ ПРОЧИХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ ЯВЛЯЕТСЯ:**

- А. Увеличение печеночных ферментов
- Б. Гистологические изменения
- В. Гепатомегалия
- Г. Желтуха

**21. КАКИЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ УКАЗЫВАЮТ НА НАЛИЧИЕ СИНДРОМА ХОЛЕСТАЗА:**

- А. Диспротеинемия, изменения тимоловой и сулемовой проб
- Б. Увеличение уровня билирубина, гиперхолестеринемия, увеличение щелочной фосфатазы
- В. Увеличение АСТ, АСТ, ЛДГ4, ЛДГ5
- Г. Увеличение уровня амилазы

**22. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ХОЛЕСТАЗА:**

- А. «Печеночные» ладони
- Б. Кожный зуд
- В. Сосудистые звездочки
- Г. Астенизация

**23. «СОСУДИСТЫЕ» ЗВЕЗДОЧКИ ОТРАЖАЮТ:**

- А. Цитолитический синдром
- Б. Мезенхимально-воспалительный синдром;
- В. Синдром портальной гипертензии

2) обсуждение с обязательным объяснением материала - 35 мин.

#### **IV. Вопросы для обсуждения и объяснения:**

1. Что такое желтуха?
2. Расскажите об обмене билирубина?
3. Причины гемолитических желтух, особенности диагностики?
4. Причины паренхиматозных желтух? Особенности диагностики?
5. Причины подпеченочных желтух? Особенности диагностики?
6. Синдромы Жильбера, Криглера – наяра, Ротора? Особенности клинической картины и диагностики?
7. Тактика ведения и лечение различных форм желтух.
8. Этиология и диагностика гепатолиенального синдрома.
9. Принципы лечения гепатолиенального синдрома.
10. Классификация циррозов по Чайлд – Пью?
11. Какие Вы знаете болезни накопления?
12. Что такое жировой стеатогепатоз?
13. Каковы особенности первичных и вторичных опухолей печени?
14. Маркеры вирусных гепатитов в репликативную и нереплекативную фазы?
15. Назовите особенности течения и диагностики аутоимунного гепатита?

**V. Клиническая работа:** курация больных - 1 ч 40 мин,  
разбор клинических случаев, решение ситуационных задач (при невозможности разобрать клинический случай) - 35 мин.

#### Кейс – задача:

##### **Задача №1.**

Больной 60 лет, поступил в клинику с жалобами: на общую слабость, похудание, пожелтение кожи, обесцвеченный стул.

В анамнезе: холецистопанкреатит, злоупотребление алкоголем

1. Предположительный диагноз?

2. Какое исследование в первую очередь необходимо провести больному?

### **Задача №2.**

Больная 18 лет, поступила в инфекционное отделение с жалобами на боли в левой половине живота, озноб, повышение температуры тела, желтушность кожных покровов.

Об-но: желтушность кожных покровов, склер. Печень +2см, селезенка +3 из-под края реберной дуги. В анализах крови – гипохромная анемия, билирубин общий 38,5 мкмоль/л, непрямой – 30,5 мкмоль/л, трансаминазы крови в норме.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Какие исследования нужны для подтверждения диагноза?

**VI. Заключительная часть** (подведение итогов) - 5 мин.

### **VII. Рекомендуемая литература:**

#### **Основная:**

1. Маколкин В.И. Внутренние болезни, учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования "Лечеб. дело" / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, В.А. Сулимов.- М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2015. - 764с.
2. Внутренние болезни: учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования: в 2 т.: [с прил. на компакт-диске] / под ред. В.С. Моисеева, А.И. Мартынова, Н.А. Мухина. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2012. - Т.1, 2.
3. Болезни сердца и сосудов. Руководство Европейского общества кардиологов.- М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2011.

#### **Дополнительная учебная литература:**

1. Гастроэнтерология: нац. рук. Краткое изд. [Текст] / под ред. В.Т. Ивашкина [и др.]. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2014. - 462 с.

2. Морозов М.А. Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний: учебное пособие / М.А. Морозов.- 2-е изд.- СПб.: ООО «СпецЛит» , 2013.- 175с.

**Интернет – ресурсы:**

1. ЭБС «Консультант студента «ВПО и СПО», [www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru) и [www.medcollegelib.ru](http://www.medcollegelib.ru) соответственно.

2. Библиографическая и реферативная база данных Scopus, [www.scopus.com](http://www.scopus.com).

3. Национальная электронная библиотека («НЭБ»); <http://нэб.рф/>.

4. Коллекция книг ЭБС "Юрайт", «Юрайт» [biblio-online.ru](http://biblio-online.ru)

5. Polpred.com. Обзор СМИ. Д <http://polpred.com>.



## **Тема занятия: ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ И ЦИРРОЗОВ ПЕЧЕНИ. НЕОТЛОЖНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

**Цель занятия:** изучить подходы к терапии хронического гепатита и цирроза в зависимости от этиологии; понимать тактику ведения пациента с острой печеночной недостаточностью.

**Форма проведения:** клиническое практическое занятие.

**Время проведения занятия** (количество астрономических часов): 6

**Методическое оснащение:** методические разработки для студентов, тесты, истории болезни, кейс-задачи.

**Материально-техническое оснащение:** столы, стулья, мультимедийная техника, фотоматериалы (УЗИ печени, морфология биоптатов), бланки с результатами анализов.

### **Организационно-методические указания для преподавателей**

В результате изучения темы студент должен овладеть следующими компетенциями:

**ОПК-6:** готовность к ведению медицинской документации;

**ОПК-9:** способность к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач;

**ПК-6:** способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра;

**ПК-8:**

способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами.

### **Расчет учебного времени**

- I. Вводная часть - 30 мин.**
- II. Клиническая конференция – 30 мин.**

### **Ш. Обсуждение материала:**

1) контроль теоретической подготовки студентов - 35 мин.

#### **Программированный контроль:**

**1. ЭФФЕКТИВНОЙ СХЕМОЙ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА «С» ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) пегилированный интерферон и рибавирин
- Б) интерферон и гепатопротекторы
- В) глюкокортикоиды и цитостатики
- Г) интерферон и ламивудин

**2. ИНТЕРФЕРОНОМ ПРОЛОНГИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) пегилированный интерферон
- Б) реаферон
- В) рибавирин
- Г) интрон

**3. ПРИ УГРОЗЕ ПЕЧЁНОЧНОЙ КОМЫ В ДИЕТЕ СЛЕДУЕТ ОГРАНИЧИТЬ**

- А) белки
- Б) углеводы
- В) соль
- Г) жидкость

**4. ПРИ РАЗВИТИИ ТЯЖЁЛОЙ ПЕЧЁНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ПОСТУПЛЕНИЕ БЕЛКА ОГРАНИЧИВАЮТ ДО \_\_\_\_\_ Г/СУТКИ**

- А) 15
- Б) 20
- В) 30-40
- Г) 40-50

**5. ДИАГНОЗ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ**

- А) выявления РНК HCV
- Б) выявления ДНК HCV

В) повышения уровня ЩФ

Г) повышения уровня АСТ

**6. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЦИРРОЗА, ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ИНДЕКС CHILD-PUGH, НЕ ВКЛЮЧАЕТ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ**

А) количества тромбоцитов

Б) наличия асцита

В) стадии печеночной энцефалопатии

Г) протромбинового времени/индекс

**7. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ НЕВОЗМОЖНО ОХАРАКТЕРИЗОВАТЬ \_\_\_\_\_ ИЗУЧАЕМЫХ ОРГАНОВ И СТРУКТУР**

А) микроструктуру (морфологическое строение)

Б) макроструктуру

В) топографо-анатомические взаимоотношения

Г) макроструктуру и топографо-анатомические взаимоотношения

**8. В ДИАГНОСТИКЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ РЕШАЮЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ**

А) эластометрия

Б) ультразвуковое исследование

В) рентгенография

Г) ирригоскопия

**9. ХАРАКТЕРНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ**

А) печёночная недостаточность

Б) кровохарканье

В) нарушение атриовентрикулярной проводимости

Г) гипертонический криз

**10. УВЕЛИЧЕНИЕ СЫВОРОТОЧНОГО АЛЬФА-ФЕТОПРОТЕИНА НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНО ПРИ**

А) гепатоцеллюлярном раке

Б) карциноме толстой кишки

В) раке поджелудочной железы

Г) карциноме желчного пузыря

**11. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ АУТОИММУННОМ ГЕПАТИТЕ ПРИМЕНЯЮТ**

- А) преднизолон
- Б) циклоспорин
- В) триамцинолон
- Г) ламивудин

**12. ПРИ ОСТРОМ ИНФЕКЦИОННОМ ГЕПАТИТЕ ЭХОГЕННОСТЬ ПАРЕНХИМЫ ПЕЧЕНИ**

- А) пониженная
- Б) повышенная
- В) средней интенсивности
- Г) нормальная

**13. ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ, НЕ СВОЙСТВЕННЫМ ИНТЕРФЕРОНУ АЛЬФА, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) гемолитическая анемия
- Б) депрессия
- В) тромбоцитопения, нейтропения
- Г) нарушение функции щитовидной железы

**14. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЭГИНТЕРФЕРОНОМ АЛЬФА-2а РЕЖЕ, ЧЕМ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИНТЕРФЕРОНА АЛЬФА-2В, ВОЗНИКАЕТ**

- А) гриппоподобный синдром
- Б) нарушение функции щитовидной железы
- В) нейтропения
- Г) тромбоцитопения

**15. МАКСИМАЛЬНОЙ СУТОЧНОЙ ДОЗОЙ ПАРАЦЕТАМОЛА, КОТОРУЮ НЕ РЕКОМЕНДОВАНО ПРЕВЫШАТЬ ИЗ-ЗА ВОЗМОЖНОСТИ РАЗВИТИЯ ЦЕНТРОЛОБУЛЯРНОГО НЕКРОЗА ПЕЧЕНИ, ЯВЛЯЕТСЯ \_\_Г**

- А) 4,0
- Б) 3,0
- В) 5,0
- Г) 6,0

**16. ИЗ-ЗА ВОЗМОЖНОСТИ РАЗВИТИЯ ТОКСИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИМЕНЯТЬ ПАРАЦЕТАМОЛ НА ФОНЕ**

- А) приема алкоголя, индукторов цитохромов печени Р-450 (Н1-блокаторов, глюкокортикоидов, фенобарбитала), голодания
- Б) физической или эмоциональной нагрузок, хронической болезни почек, хронической обструктивной болезни легких
- В) приема ингибиторов абсорбции желчных кислот, омега-3 полиненасыщенных жирных кислот, омепразола
- Г) приема миотропных спазмолитиков, м-холиноблокаторов, циметидина, макролидных антибиотиков, триметазидина

**17. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С ХАРАКТЕРНО**

- А) преобладание АЛТ над АСТ
- Б) преобладание АСТ над АЛТ
- В) изолированное повышение АЛТ
- Г) изолированное повышение АСТ

**18. СТАДИЯ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ У БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В БЕЗ БИОПСИИ МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕНА ПРИ ПОМОЩИ**

- А) транзгентной эластометрии
- Б) компьютерной томографии с контрастированием
- В) магнитно-резонансной томографии
- Г) дуплексного ультразвукового сканирования

**19. ПОСЛЕ ПОЛНОЙ ИММУНИЗАЦИИ ПРОТИВ ГЕПАТИТА В В КРОВИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ**

- А) анти- HBs и отсутствие анти- HBcor
- Б) анти- HBs и наличие анти- HBcor
- В) анти- HBcor и отсутствие анти- HBs
- Г) HBs антигена и отсутствие анти- HBe

**20. ПРИ ГЕПАТОКАРЦИНОМЕ В КРОВИ ПОВЫШАЕТСЯ УРОВЕНЬ**

- А) альфафетопротеина
- Б) прокальцитонина
- В) гамма-глобулина
- Г) бетафитостерина

**21. ПРИ АУТОИММУННОМ ГЕПАТИТЕ В КРОВИ ПОВЫШЕНО СОДЕРЖАНИЕ**

- А) гамма-глобулина и IgG
- Б) бета-глобулина и IgA
- В) альфа2-глобулина и IgM
- Г) альфа1-глобулина и IgE

**22. ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ИНТЕРФЕРОНА АЛЬФА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С ЧАСТО ВЫЗЫВАЕТ**

- А) миалгию
- Б) кашель
- В) ишиалгию
- Г) брадикардное

**23. ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ПРЕПАРАТОВ УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЙ КИСЛОТЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) понос
- Б) головная боль
- В) задержка стула
- Г) сухость во рту

**24. ПРЕПАРАТЫ ЛАКТУЛОЗЫ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ НА ОСНОВАНИИ ИХ СПОСОБНОСТИ**

- А) подавлять образование аммиака в кишечнике
- Б) подавлять образование аммиака в мышцах
- В) усиливать связывание аммиака в печени
- Г) усиливать выведение аммиака почками

**25. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОГО АЛКОГОЛЬНОГО ГЕПАТИТА ПРЕДНИЗОЛОН НАЗНАЧАЮТ В ДОЗЕ 40 МГ/СУТ**

- А) перорально
- Б) внутривенно
- В) внутримышечно
- Г) в микроклизмах

**26. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУНИЗАЦИИ ПРОТИВ ВИРУСА ГЕПАТИТА В КОНТРОЛИРУЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕМ В КРОВИ КОЛИЧЕСТВА АНТИТЕЛ К**

- А) HBs антигену
- Б) HBcor антигену
- В) HBe антигену класса IgA
- Г) HBe антигену класса IgG

**27. ДЛЯ СИНДРОМА ЦИТОЛИЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ ЛЮБОЙ ЭТИОЛОГИИ ХАРАКТЕРНО**

- А) повышение уровня трансаминаз
- Б) повышение уровня щелочной фосфатазы
- В) повышение уровня холестерина
- Г) повышение уровня прямого билирубина

**28. ПЕЧЕНОЧНО–КЛЕТОЧНАЯ ФУНКЦИЯ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО ШКАЛЕ**

- А) Чайлд–Пью
- Б) Уилсона–Коновалова
- В) Бадда–Киари
- Г) Шерешевского – Тернера

**29. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ДИЕТЫ БОЛЬНЫМ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ С СИМПТОМАМИ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРЕЖДЕ ВСЕГО СЛЕДУЕТ ОГРАНИЧИТЬ**

- А) белки
- Б) жиры
- В) углеводы
- Г) жидкость

**30. ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ДОКАЗАННОМ ХРОНИЧЕСКОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ В ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) все перечисленное
- Б) наличие маркеров репликации HBV
- В) стойко повышенный уровень АлТ
- Г) отсутствие декомпенсированной портальной гипертензии

**31. РАСШИРЕННЫЕ ВЕНЫ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКОМ**

- А) портальной гипертензии

- Б) эссенциальной гипертензии
- В) ренальной гипертензии
- Г) синдрома Иценко-Кушинга

**32. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ КОЖНОГО ЗУДА ПРИ БИЛИАРНОМ ЦИРРОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) урсодезоксихолиевая кислота
- Б) рибавирин
- В) дюфалак
- Г) мебеверин

**33. ПРОЛОНГИРОВАННЫМ ИНТЕРФЕРОНОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) пегилированный интерферон
- Б) интерферон  $\alpha$
- В) рибавирин
- Г) адеметионин

**34. ПРИ РАЗВИТИИ ТЯЖЁЛОЙ ПЕЧЁНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ПОСТУПЛЕНИЕ БЕЛКА ОГРАНИЧИВАЮТ ДО \_\_\_\_\_ Г/СУТКИ**

- А) 20-30
- Б) 31-40
- В) 41-50
- Г) 51-60

**35. НАИБОЛЕЕ РАННИМ И ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ СИНДРОМА ЦИТОЛИЗА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) повышение активности аланиновой аминотрансферазы
- Б) повышение уровня щелочной фосфатазы
- В) повышение уровня холестерина
- Г) снижение уровня альбумина

**36. ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ НАБЛЮДАЕТСЯ \_\_\_\_\_ ЖЕЛТУХА**

- А) паренхиматозная
- Б) механическая



- В) гемолитическая
- Г) метаболическая

**37. ДИАГНОЗ ОСТРЫЙ ГЕПАТИТ В ПОДТВЕРЖДАЕТ  
ВЫЯВЛЕНИЕ СЕРОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЁРОВ**

- А) HBsAg, HBeAg, анти-HBcor Ig M
- Б) анти-HBs, анти-HBe, анти-HBcor
- В) анти-HCV Ig M
- Г) анти-HDV, анти-HBs

**38. МАРКЕРОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ВИРУСНОГО  
ГЕПАТИТА А, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) anti-HAV IgM
- Б) anti-Hbcor IgM
- В) HBsAg
- Г) anti-HCV IgM

**39. МАРКЕРОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ВИРУСНОГО  
ГЕПАТИТА В, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) HBsAg
- Б) anti-HCV
- В) anti-HAV IgM
- Г) anti-HEV Ig M

**40. БИОХИМИЧЕСКИМ ТЕСТОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ  
РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ,  
ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) АЛТ
- Б) протромбиновый индекс
- В) белковые фракции крови
- Г) уровень холестерина

**41. ИСХОДОМ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) выздоровление
- Б) летальный
- В) острая печеночная недостаточность
- Г) цирроз печени

**42. ЦИТОЛИЗ ПЕЧЕНОЧНЫХ КЛЕТОК ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ ОТРАЖАЕТ СЛЕДУЮЩИЙ БИОХИМИЧЕСКИЙ ТЕСТ**

- А) уровень аланинаминотрансферазы и аспарагинаминотрансферазы
- Б) уровень холестерина
- В) уровень общего белка и белковые фракции крови
- Г) тимоловая проба

**43. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛИТЬ**

- А) antiHAV IgM
- Б) HBsAg
- В) antiHbcor IgM
- Г) antiHCV IgM

**44. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ**

- А) antiHAV IgM
- Б) HBsAg
- В) antiHbcor IgM

**45. БИОХИМИЧЕСКИМ ТЕСТОМ ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) АЛТ
- Б) белковые фракции крови
- В) протромбиновый индекс
- Г) уровень холестерина) antiHbe IgM

**46. БОЛЬНОМУ С КЛИНИКОЙ ОСТРОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА ПОКАЗАНА**

- А) госпитализация в инфекционное отделение
- Б) госпитализация в терапевтическое отделение
- В) лечение амбулаторно
- Г) лечение в условиях дневного стационара

**47. ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ ОТРАЖЕНИЕМ ЦИТОЛИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) активность аланинаминотрансферазы
- Б) активность щелочной фосфатазы
- В) активность гаммаглутамилтранспептидазы
- Г) содержание билирубина

**48. БИОХИМИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЕМ РАННЕЙ СТАДИИ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) протромбиновый индекс
- Б) активность АЛТ
- В) уровень общего белка сыворотки крови
- Г) уровень билирубина в крови

**49. СИНДРОМОМ, ОТЛИЧАЮЩИМ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ ОТ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) портальная гипертензия
- Б) гепатомегалия
- В) внепеченочные знаки
- Г) цитолитический синдром

**50. ЦИТОЛИТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТАХ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ**

- А) активности патологического процесса
- Б) мезенхимального воспаления
- В) печеночно-клеточной недостаточности
- Г) портوپеченочной недостаточности

**51. ДЛЯ СИНДРОМА ЦИТОЛИЗА ХАРАКТЕРНО**

- А) повышение активности АЛТ, АСТ
- Б) повышение активности ЩФ, ГГТП
- В) снижение уровня общего белка, альбуминов, холестерина, протромбина
- Г) повышение уровня иммуноглобулинов,  $\gamma$ -глобулинов

**52. УВЕЛИЧЕНИЕ СЫВОРОТОЧНОГО А-ФЕТОПРОТЕИНА НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНО ПРИ**

- А) гепатоцеллюлярном раке
- Б) карциноме толстой кишки
- В) раке желудка
- Г) раке поджелудочной железы

**53. ДЛЯ ПЕЧЕНОЧНО-КЛЕТОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО**

- А) снижение протромбинового индекса, повышение билирубина, снижение альбумина
- Б) снижение протромбинового индекса, снижение билирубина, повышение трансаминаз
- В) повышение билирубина, повышение трансаминаз, повышение холестерина
- Г) повышение протромбинового индекса, повышение билирубина, повышение трансаминаз

**54. КЛИНИЧЕСКИ ЗАПОДОЗРИТЬ ПЕЧЕНОЧНО-КЛЕТОЧНУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПОЗВОЛЯЮТ**

- А) нарастание желтухи, геморрагический синдром
- Б) желтуха, слабость
- В) геморрагический синдром, похудание
- Г) нарастание слабости, желтуха

**55. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АЛКОГОЛЬНОГО ГЕПАТИТА ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) тяжелое течение гепатита
- Б) анамнестическое указание на употребление наркотиков
- В) развитие алкогольного делирия
- Г) выраженная слабость

**56. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СПОНТАННОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО АСЦИТА-ПЕРИТОНИТА ОПТИМАЛЬНА КОМБИНАЦИЯ**

- А) цефалоспоринов и альбумина

- Б) цефалоспоринов и диуретиков
- В) альбумина и диуретиков
- Г) диуретиков и гепатопротекторов

**57. ПРИЧИНОЙ ПИЩЕВОДНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) повышение давления в портальной вене
- Б) снижение гемоглобина крови
- В) высокая вирусная нагрузка
- Г) желтуха

**58. СНИЖЕНИЕ АЛЬБУМИНОВ КРОВИ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ**

- А) нарушения синтетической функции гепатоцитов
- Б) нарушения всасывания белков из кишечника
- В) портальной гипертензии
- Г) диспротеинемии

**59. ПРИ ЛЕЧЕНИИ АСЦИТА НА ФОНЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ НЕОБХОДИМО**

- А) соблюдение диеты с содержанием поваренной соли менее 3 г/сут
- Б) применение диеты с ограничением белка
- В) начинать терапию петлевыми диуретиками в максимальных терапевтических дозах
- Г) доведение суточного диуреза до 2-3 литров

**60. ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ КУРСА ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ГЕПАТИТА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ**

- А) anti-HBs
- Б) anti-HBcore IgM
- В) anti-HBcore IgG
- Г) anti-HBe

**61. ПРИЗНАКОМ ОСТРОЙ ПЕЧЁНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) геморрагический синдром
- Б) кожный зуд
- В) уртикарная сыпь
- Г) артралгия

**62. «СОСУДИСТЫЕ ЗВЁЗДОЧКИ», «ПАЛЬМАРНАЯ ЭРИТЕМА» ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКАМИ**

- А) хронического гепатита
- Б) острой печёночной энцефалопатии
- В) синдрома холестаза
- Г) синдрома Жильбера

**63. ПРЕПАРАТОМ, КУПИРУЮЩИМ КОЖНЫЙ ЗУД ПРИ ХОЛЕСТАЗЕ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) холестерамин
- Б) гептрал
- В) эссенциале-форте
- Г) омепразол

2) обсуждение с обязательным объяснением материала - 35мин.

**IV. Вопросы для обсуждения и объяснения:**

1. Расскажите диагностические критерии гепатита В
2. Расскажите диагностические критерии гепатита С
3. Какие меры профилактики применяются для предотвращения заражения гепатитом В и С.
4. Группы препаратов, применяемые для лечения гепатита В и С, схемы терапии, побочные эффекты.
5. Диагностические признаки цирроза печени.
6. Лечение острой печеночной недостаточности.

**V. Клиническая работа:** курация больных - 1 ч 40 мин, разбор клинических случаев, решение ситуационных задач (при невозможности разобрать клинический случай) - 35 мин.

Кейс – задачи:

**Задача №1.**

Больной А., 18 лет, обратился с жалобами на слабость, плохой аппетит, тошноту, потемнение мочи, тяжесть в правом подреберье. Анамнез. Заболел остро, температура повысилась до 37,4<sup>0</sup>С, тошнота, кашицеобразный стул без примесей. На 2 день снизился аппетит, слабость, рвота, температура тела 37,4<sup>0</sup>С. На 3-й день: носовое кровотечение, потемнение мочи. Эпиданамнез. Живет в квартире. Семья состоит из 4-х человек. Брат болел острым вирусным гепатитом. Пьет водопроводную воду. Парентеральных вмешательств не было. Половой партнер здоров.

Общее состояние удовлетворительное, склеры субиктеричны, кожные покровы обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет; сердце - границы в норме, тоны ясные, шумов нет, ритм правильный, пульс - 78 уд/мин., АД - 120/70 мм рт. ст., язык влажный обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Пальпируется край печени: округлый, чувствительный, мягкий. Селезенка не пальпируется. Моча темная, кал обычной окраски.

Ан. крови общ. от 9.08.2002 г.: Эр. -  $4 \cdot 10^{12}$ /л, Нв -140 г/л, цветной показатель - 1,0. Лейкоциты -  $4,2 \cdot 10^9$ /л, (э - 1, п- 1, с -48, л -42, м -8%). СОЭ - 4мм /час. Общ. ан. мочи: уд. вес -1012, б - 0, сахар - 0, желчные пигменты - 2, L - 4 в п.зр., билирубин общ. -62 мкмоль /л, прямой - 40 мкмоль/л, непрямой -22 мкмоль/л, тимоловая проба - 54 ЕД, АСТ - 560 ЕД, АЛТ -928 ЕД, протромбиновый индекс - 0,8; обнаружены а-НАV IgM.

### **Вопросы:**

1. Клинический диагноз.
2. Наиболее вероятный путь заражения.
3. Возможны ли осложнения данного заболевания?
4. Назначьте лечение.
5. Возможные исходы заболевания?
6. План обследования контактных.
7. Перечислите возможные пути профилактики.

### **Задача №2.**

Больной Б., 40 лет, жалобы на отсутствие аппетита, слабость, темную мочу, желтушное окрашивание кожи и слизистых,

обесцвеченный кал. Анамнез. Болен в течение 3 недель. В первые 10 дней боли в локтевых, лучезапястных, коленных суставах. На 11 день температура  $37,4^{\circ}$ , головная боль, снизился аппетит. С 12 дня боли в правом подреберье, тошнота, слабость, снизился аппетит. На 19 день темная моча. Живет в квартире. За 3 месяца до заболевания лечил зубы.

Объективно. Общее состояние средней тяжести, вялый, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки желтушные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердце: тоны глухие, шумов нет, ЧСС – 60 уд. /1 мин.; Пульс 60 в мин; АД -100/60 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом влажный. Живот мягкий, болезненной в правом подреберье; печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см; край печени мягкий чувствительный, закруглен. Пальпируется край селезенки. Моча темная, кал ахоличный.

Анализ крови общий: Эр.  $4,2 \cdot 10^{12}/л$ , НВ – 140 г/л, цп- 1,0; L –  $3,6 \cdot 10^9$  /л, (э-0, п-1, с-57, л-36, м-6) СОЭ – 3 мм/час. Ан. мочи уд.вес 1018, белок – следы, сахар – 0, э-0-1 в п/з, л – 2-3 в п/з, желчные пигменты – 3, билирубин общ. – 210 мкмоль/л, прямой – 182 мкмоль/л, непрямой – 28 мкмоль/л, АСТ – 1340 ЕД, АЛТ – 2920 ЕД, протромбиновый индекс – 0,6. Выявлены HBSAg, a-HBcor Ag JgM, a-HBeAg.

### **Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно?
2. Каков механизм заражения?
3. Сформулируйте полный клинический диагноз.
4. Составьте план лечения с обоснованием терапии.
5. Какие осложнения возможны у данного пациента?
6. Перечислите возможные исходы заболевания.
7. Составьте план обследования контактных лиц.
8. Наметьте пути профилактики данного заболевания.

### **Задача №3.**

Больная Н., 25 лет, поступила в инфекционное отделение с жалобами на слабость, тошноту после каждого приема пищи, периодические высыпания на коже, головную боль, пониженную работоспособность.



Анамнез заболевания: больна в течение месяца, когда появились повышенная утомляемость, снижение аппетита, тяжесть в правом подреберье после жирной и жареной пищи. Периодически на коже появлялась уртикарная зудящая сыпь в области живота, груди. После употребления алкогольных напитков отмечала тёмную мочу и расстройства стула: жидкий, водянистый, без примесей слизи и крови. Обратилась в поликлинику, направлена на стационарное лечение и обследование.

Эпиданамнез. Живет в двухкомнатной благоустроенной квартире. Семья из 3 человек: муж и дочь 2 лет. Правила личной гигиены соблюдает. Родственники здоровы. Во время родов 2 года назад проводилось переливание крови, за последние 6 месяцев парентеральных вмешательств не было. За пределы города не выезжала.

Объективные данные. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Адекватна. Склеры субиктеричны, кожные покровы обычной окраски, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердце – тоны ясные, шумов нет, ЧСС – 72 /1 мин., пульс – 72 в 1 мин. АД 120/70 мм рт. ст. Язык у корня обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень на вдохе выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется. Общ. ан. крови Эр.  $3,8 \cdot 10^{12}$ , НВ – 136 г/л, цветн. пок. – 0,9; L –  $4,0 \cdot 10^9$ , (э – 2, п-2, с-43, л-36, м-6) СОЭ – 9 мм/ч. Ан. мочи в норме. Билирубин общ. -32 мкмоль/л, прямой –10 мкмоль/л, непрямой -22 мкмоль/л, АСТ – 320 ЕД, АЛТ – 840 ЕД, протромбиновый индекс – 0,8. Выявлены а-НСV JgM+G.

### **Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно?
2. Клинический диагноз.
3. Каков наиболее вероятный механизм и срок заражения?
4. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения?
5. Составьте план лечения и дайте обоснование терапии.
6. Перечислите возможные исходы заболевания.
7. Перечислите пути профилактики.
8. Составьте план обследования контактных лиц.

### **Задача №4.**

Больной З., 32 лет, слесарь-сантехник, поступил в стационар с жалобами на резкую общую слабость, постоянную ноющую боль в правом подреберье, желтушное окрашивание кожи и склер, отсутствие аппетита, тошноту, кожный зуд.

Болен около двух лет. Начало заболевания связывает с перенесенным гепатитом, по поводу которого лечился в течение месяца в клинике инфекционных болезней. Болезнь дебютировала внезапным желтушным окрашиванием кожи и склер. До возникновения этих симптомов часто (4-5 раз в неделю) выпивал по 300-500 грамм водки и самогона. После перенесенного гепатита стал соблюдать рекомендованную диету, воздерживался от употребления спиртных напитков. Чувствовал себя удовлетворительно, хотя постоянно ощущал тяжесть в правом подреберье, иногда тошноту. Настоящее ухудшение связывает с нарушением режима питания и употреблением алкоголя ежедневно на протяжении 3-х недель по 500 г водки. Перечисленные выше симптомы постепенно нарастали, что и явилось причиной госпитализации больного.

При осмотре обнаружено - желтушность кожи и склер, сосудистые «звездочки» на лице, шее, груди и спине, «печеночные» ладони. Печень выступает на 4 см из-под реберной дуги, плотной консистенции, поверхность ее гладкая, край заостренный. Селезенка пальпируется на 3 см из-под реберной дуги, плотная, безболезненная.

Дополнительные исследования: билирубин -254 мкмоль/л, связанный-134 мкмоль/л, общий белок - 92 г/л, альбумины- 45%,  $\gamma$ -глобулины - 28%, тимоловая проба - 9,8 ед, трансаминазы: АСТ 12Е/л, АЛТ - 13,0Е/л.

### **Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Расскажите этиологию и патогенез данной болезни.
5. Дайте классификацию имеющегося у пациента заболевания.
6. Назначьте и обоснуйте лечение.
7. Определите трудоспособность больного, составьте план амбулаторного ведения (вторичная профилактика, санаторно-курортное лечение).

**VI. Заключительная часть (подведение итогов) - 5 мин.**

**VII. Рекомендуемая литература:**

**Основная:**

1. Гастроэнтерология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018.- 464с.

**Дополнительная учебная литература:**

1. Джоши Д. Наглядная гепатология: учебное пособие: пер. с англ. / Д. Джоши, Дж. Кин, Э. Бринд; под ред. Ч.С. Павлова.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018.- 168с.

**Интернет – ресурсы:**

1. Российская гастроэнтерологическая ассоциация:  
<http://www.gastro.ru/>