**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**

**высшего образования**

**«Оренбургский государственный медицинский университет»**

**Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА**

**ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ К**

**практическому занятию**

**ПО ТЕМЕ «ОСНОВНЫЕ СИНДРОМЫ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ И ОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА. ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА.»**

**ДИСЦИПЛИНА «ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ»**

**СО СТУДЕНТАМИ 6 КУРСА ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Методические рекомендации  разработаны  *доцентом кафедры*  *поликлинической терапии*  *Кравцовой О.Н.* |

**Модуль 2.**

\**1. Формируемые компетенции**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Индекс  компе-тенции | Индикаторы  достижения  компетенции | Дескриптор компетенции |
| УК | Инд.УК1.1 | Способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу |
| Инд.УК1.2 | Способность применять системный подход для анализа проблемной ситуации |
| ОПК-4 | Инд.ОПК4.1 | Способность применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследование пациента с целью установления диагноза |
| Инд.ОПК4.2 | Способность проводить полное клинико-лабораторное обследование пациента |
| Инд.ОПК4.3 | Способность анализировать полученные результаты обследования пациента с целью установления диагноза |
| ОПК-7 | Инд.ОПК7.1 | 1. Способность составить план лечения с учетом стандартов оказания медицинской помощи |
| Инд.ОПК7.2 | Способность определять основные и побочные действия лекарственных препаратов, с учетом морфофункциональных особенностей, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека |
| Инд.ОПК7.3 | Способность определять эффективность применения лекарственных препаратов с учетом морфофункциональных особенностей, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека |
| ПК-4 | Инд.ПК4.1 | Готовность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов и синдромов заболеваний |
| Инд.ПК4.2 | Готовность к проведению дифференциальной диагностики заболеваний |
| Инд.ПК4.3 | Готовность к установлению диагноза с учетом действующих клинических рекомендаций и международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) |
| ПК-5 | Инд.ПК5.1 | Готовность к направлению пациента для консультации к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний и интерпретации полученных результатов |
| Инд.ПК5.2 | Готовность к направлению пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками, стандартами и клиническими рекомендациями (протоколами лечения) оказания медицинской помощи |
| Инд.ПК5.3 | 1. Готовность к составлению плана лечения заболевания и состояния, 2. к назначению лекарственных препаратов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями |
| ПК-6 | Инд.ПК6.1 | 1. Готовность к составлению плана лечения заболевания и состояния, 2. к назначению лекарственных препаратов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями |
| ПК-9 | Инд.ПК9.1 | 1. Готовность проводить медицинские осмотры с учетом возраста, состояния здоровья, профессии в соответствии с действующими нормативными правовыми актами и иными документами |
| Инд.ПК9.2 | 1. Готовность проводить диспансеризацию взрослого населения с целью раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний, основных факторов риска их развития |
| Инд.ПК9.3 | 1. Готовность проводить диспансерное наблюдение пациентов с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском |
| Инд.ПК9.4 | 1. Готовность назначать профилактические мероприятия пациентам с учетом факторов риска для предупреждения и раннего выявления заболеваний, в том числе социально значимых заболеваний |
| Инд.ПК9.5 | 1. Готовность разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических и психотропных веществ |
| ПК-13 | Инд.ПК13.1 | Готовность составлять план работы и отчет о своей работе, оформлять паспорт врачебного (терапевтического) участка |
| Инд.ПК13.2 | Готовность заполнять медицинскую документацию, в том числе в электронном виде |

**Практическое занятие №4**

**2.** **Тема**: Основные синдромы при функциональной и органической патологии желудочно-кишечного тракта. Врачебная тактика.

**3.** **Цель** - усвоение студентами основных принципов дифференциальной диагностики основных синдромов и симптомов при функциональных и органических заболеваниях органов пищеварения**.**

**4.** **Задачи**:

Обучающая: научить дифференциальной диагностике основных синдромов и симптомов при функциональных и органических заболеваниях органов пищеварения и тактике амбулаторного ведения пациентов с этими заболеваниями.

Развивающая: развить навыки клинического мышления при дифференциальной диагностике функциональных и органических заболеваний органов пищеварения.

Воспитывающая: обучить студентов деонтологическим аспектам общения с пациентами с функциональными и органическими заболеваниями органов пищеварения.

**5.** **Вопросы для рассмотрения:**

1. Определение абдоминальной боли, классификация.
2. Механизм возникновения абдоминальной боли.
3. Алгоритм обследования пациента с абдоминальной болью.
4. Дифференциальная диагностика абдоминальных болей органической природы (язвенная болезнь, холецистит, панкреатит, тромбоэмболия мезентериальных сосудов, болезнь Крона, кишечная непроходимость).
5. Функциональные заболевания ЖКТ, классификация.
6. Определение функциональной боли в животе.
7. Функциональная диспепсия (определение, клинические варианты и их диагностические критерии, симптомы «тревоги», методы исследования при постановке диагноза, лечение).
8. Расстройства функции желчного пузыря и сфинктера Одди (определение функциональных заболеваний желчных путей,классификация, клиника, диагностика, лечение).
9. Синдром раздраженного кишечника (определение, классификация, клиника, симптомы «тревоги», диагностика, дифференциальная диагностика, основные принципы лечения).
10. Функциональный запор (определение, диагностические критерии, клиника, симптомы «тревоги», лечение).
11. Функциональная диарея (определение, диагностические критерии, клиника, лечение).

**1. Определение абдоминальной боли, классификация.**

Самый распространенный симптом функциональных заболеваний желудка, кишечника и желчевыводящих путей - боль в животе.

**Абдоминальная боль** – это острая или хроническая боль в области живота, возникающая периодически (приступообразно) или наблюдающаяся постоянно. Живот ограничен сверху рёберными дугами, а снизу лонным сочленением, поэтому любой дискомфорт в этом отделе расценивается как синдром абдоминальной боли.

**Клиническая классификация абдоминальной боли:**

* **По нейропатологической природе и характеру проведения:**   
  - висцеральная;   
  - париетальная (соматическая, перитонеальная, соматопариетальная);   
  - отраженная (референтная)
* **По длительности и течению:**  
  - острая “хирургическая” (“острый живот”);   
  - острая “не хирургическая”;   
  - хроническая органическая;   
  - хроническая функциональная
* **По ведущему патологическому процессу:**  
  - воспалительная;   
  - сосудистая;   
  - ишемическая;   
  - обструктивная;   
  - ретенционная;   
  - дистензионная;   
  - онкологическая;   
  - неврологическая;   
  - травматическая;   
  - двигательная – гиперкинетическая, гипокинетическая, атоническая (паретическая)
* **По причинам:**

- Интраабдоминальные: растяжение, спазм, воспаление, перфорация полого органа, нарушение кровообращения, закупорка протока, новообразование в брюшной полости и другое.

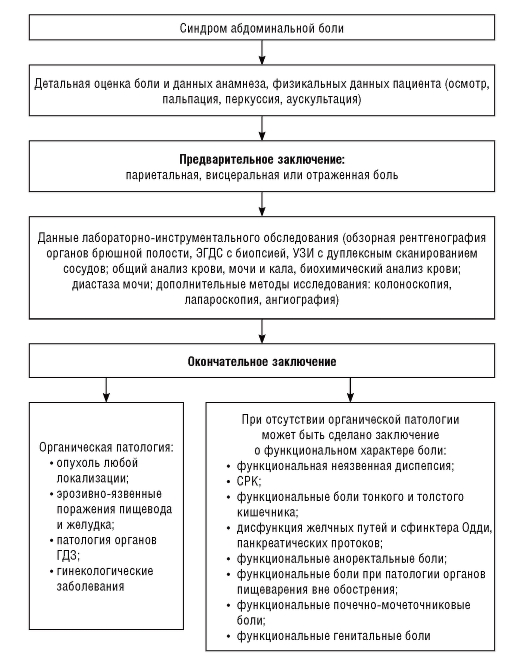
- Экстраабдоминальные (причина не в животе): инфаркт миокарда, пневмония, плеврит, остеохондроз, анемия, гормональные или эндокринные нарушения. По своей сути большинство этих болей отражённые.

* **По синдрому поражения определенного органа:**  
  - пищеводная боль;   
  - язвенная боль;   
  - билиарная колика;   
  - панкреатическая боль;   
  - кишечная колика;   
  - почечная колика;   
  - гинекологическая боль;   
  - прокталгия;   
  - брюшная жаба

**2. Механизм возникновения абдоминальной боли.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **признак** | **Висцеральная боль** | **Париетальная боль** | **Отраженная боль** |
| Механизм возникновения | возникает при возбуждении ноцицепторов пищевода, органов брюшной полости, малого таза, иннервируемых вегетативной нервной системой. Висцеральная боль передается по спинномозговым афферентным путям. | возникают при повреждении париетального листка брюшины, которая иннервируется межреберными и диафрагмальными нервами. | возникает при чрезмерной интенсивности импульса висцеральной боли (например, прохождение камня) или анатомическом повреждении органа (например, ущемление кишки), передается на участки поверхности тела, которые имеют общую корешковую иннервацию с пораженным органом брюшной полости. |
| Характер боли | отличает диффузный характер, отсутствие четкой локализации, что обусловлено мультисегментарной иннервацией внутренних органов и небольшим количеством в них нервных окончаний по сравнению с кожей и мышцами. Соответственно зоны восприятия висцеральной боли размыты и ограничиваются эпигастральной, мезогастральной (параумбиликальной) и гипогастральной областью. При этом висцеральные боли ощущаются ближе к срединной линии живота, поскольку внутренние органы имеют билатеральную иннервацию. | По своему характеру боль соматическая, носит острый характер, имеет четкую локализацию и зоны восприятия, соответствующие проекции участка поврежденной брюшины на переднюю брюшную стенку. Интенсивность боли не всегда представляется надежным помощником в диагностике. Она зависит от токсичности, объема и скорости поступления повреждающего стимула, воздействию которого подвергается брюшина. | Как правило, отраженные боли четко локализованы, могут ощущаться поверхностно на коже и более глубоко в мышцах. Отраженные боли, возникающие от повреждающих висцеральных стимулов, превосходят их по интенсивности и доминируют в картине заболевания. |
| Восприятие боли | Характерны сопутствующие вегетативные реакции – слабость, бледность, потливость, одышка, тошнота, рвота, особенно выраженные при острой висцеральной боли. Больные с приступом висцеральной боли, например при желчной, кишечной или почечной колике, беспокойны, часто меняют положение тела, начинают метаться от боли, стараясь найти положение, в котором боль стихнет. | При воспалении брюшины боль усиливается под влиянием малейшего давления или растяжения, поэтому больные затихают, лежат неподвижно. Часто они принимают в постели характерную «позу эмбриона», лежа на боку с подтянутыми к животу коленями для ограничения движения брюшины даже при дыхании. Признаком раздражения брюшины служит непроизвольный тонический спазм мышц живота, локализованный в пораженном сегменте. | Зона восприятия боли удалена от пораженного органа, как это бывает при холецисто–кардиальном синдроме, гастралгической форме стенокардии и инфаркта миокарда, остром аппендиците с атипичным расположением аппендикулярного отростка, поддиафрагмальном абсцессе и некоторых других состояниях. Так, при повышении давления в кишечнике возникает висцеральная боль, которая затем иррадиирует в спину, при билиарной колике — в спину, правую лопатку и плечо. |

**3. Алгоритм обследования пациента с абдоминальной болью.**



1. **Дифференциальная диагностика абдоминальных болей органической природы (язвенная болезнь, холецистит, панкреатит, тромбоэмболия мезентериальных сосудов, болезнь Крона, кишечная непроходимость).**

Разбирается клиника, диагностика заболеваний ЖКТ, сопровождающихся абдоминальной болью:

-язвенная болезнь

-холецистит

-панкреатит

-тромбоэмболия мезентериальных сосудов

-болезнь Крона

-кишечная непроходимость

**5. Функциональные заболевания ЖКТ, классификация.**

40-60% взрослого населения имеют функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта. ФЗ ЖКТ не представляют непосредственной угрозы для жизни пациента, однако в значительной мере снижают качество его жизни.

В Римских критериях IV пересмотра представлена классификация 33-х функциональных заболеваний для взрослых и 20-и расстройств у детей.

###### Классификация ФЗ ЖКТ, предложенная Римским консенсусом IV пересмотра (2016 г.)

|  |
| --- |
| Расстройства функции пищевода |
| А1. Функциональная [загрудинная боль](http://www.gastroscan.ru/patient/symptom/03/) пищеводного происхождения  А2. [Функциональная изжога](http://www.gastroscan.ru/patient/disease/funktsionalnaya-izzhoga/)  А3. [Гиперсенситивный рефлюксный синдром (гиперсенситивный пищевод)](http://www.gastroscan.ru/patient/disease/gipersensitivnyy-pishchevod/)  А4. [Ком в пищеводе (Globus)](http://www.gastroscan.ru/handbook/117/3131)  А5. Функциональная [дисфагия](http://www.gastroscan.ru/patient/symptom/11/) |
| Гастродуоденальные расстройства |
| В1.  [Функциональная диспепсия](http://www.gastroscan.ru/patient/disease/15/) В1а.Постпрандиальный дистресс-синдром В1b. Синдром эпигастральной боли  В2.  Расстройства, сопровождающиеся [отрыжкой](http://www.gastroscan.ru/patient/symptom/04/) В2а. [Аэрофагия](http://www.gastroscan.ru/handbook/117/6519)  В2b. Чрезмерная неспецифическая отрыжка  В3.  Расстройства, сопровождающиеся [тошнотой](http://www.gastroscan.ru/patient/symptom/05/) и [рвотой](http://www.gastroscan.ru/patient/symptom/06/) В3а. Хронический синдром тошноты и рвоты  В3b. Синдром циклической рвоты  В3с. Каннабиноидиндуцированный рвотный синдром  В4.  Синдром руминации у взрослых |
| Расстройства функции кишечника |
| С1. [Синдром раздраженного кишечника](http://www.gastroscan.ru/patient/disease/irritable_bowel_syndrome/)  С2. Функциональный [запор](http://www.gastroscan.ru/patient/symptom/08/)  С3. Функциональная [диарея](http://www.gastroscan.ru/patient/symptom/09/)  С4. Функциональное [вздутие живота](http://www.gastroscan.ru/patient/symptom/12/)  С5. Неспецифическое функциональное кишечное расстройство  С6. Опиоидиндуцированный запор |
| Расстройства центрального генеза, проявляющиеся абдоминальной болью |
| D1. Болевой абдоминальный синдром центрального генеза  D2. Опиоидиндуцированная гастроинтестинальная гипералгезия |
| Расстройства функции желчного пузыря и сфинктера Одди |
| E1. Билиарная боль  E1а. Функциональные расстройства желчного пузыря  E1b. Функциональное билиарное расстройство сфинктера Одди  E2. Функциональное панкреатическое расстройство сфинктера Одди |
| Аноректальные расстройства |
| F1. [Недержание кала](http://www.gastroscan.ru/patient/tips/328/5668) F2. Функциональная аноректальная боль  F2а. Синдром мышцы, поднимающей задний проход  F2b. Неспецифическая функциональная аноректальная боль  F2с. Прокталгия fugax  F3. Функциональные расстройства дефекации  F3а. Неадекватная пропульсия при дефекации  F3 b. [Диссинергическая дефекация](http://www.gastroscan.ru/handbook/207/6768) |
| Детские функциональные желудочно-кишечные расстройства: новорожденные |
| G1. Срыгивание  G2. Синдром руминации  G3. Синдром циклической рвоты  G4. Колики  G5. Функциональная [диарея](http://www.gastroscan.ru/patient/symptom/diarea/)  G6. [Дисхезия](http://www.gastroscan.ru/handbook/207/4947)  G7. Функциональный [запор](http://www.gastroscan.ru/patient/symptom/konstipatsiya/) |
| Детские функциональные желудочно-кишечные расстройства: дети и  подростки |
| H1. Функциональные расстройства, проявляющиеся тошнотой и рвотой H1а. Синдром циклической рвоты H1b. Функциональная тошнота и функциональная рвота H1b1. Функциональная [тошнота](http://www.gastroscan.ru/patient/symptom/05/) H1b2. Функциональная [рвота](http://www.gastroscan.ru/patient/symptom/06/) H1с. Синдром руминации H1d. [Аэрофагия](http://www.gastroscan.ru/handbook/117/6519) H2. Функциональные расстройства, проявляющиеся абдоминальной болью H2а. Функциональная [диспепсия](http://www.gastroscan.ru/patient/disease/dispepsia/) H2а1. Постпрандиальный дистресс-синдром H2а2. Синдром эпигастральной боли H2b. [Синдром раздраженного кишечника](http://www.gastroscan.ru/patient/disease/irritable_bowel_syndrome/) Н2с. Абдоминальная мигрень Н2d. Функциональная [абдоминальная боль](http://www.gastroscan.ru/patient/symptom/01/) Н3. Функциональные расстройства дефекации Н3а. Функциональный [запор](http://www.gastroscan.ru/patient/symptom/konstipatsiya/) Н3b. Несдерживаемое [недержание кала](http://www.gastroscan.ru/patient/tips/328/5668) |

1. **Определение функциональной боли в животе.**

Это хроническая боль, которая беспокоит пациента не менее 3 месяцев, периодически ослабевая и усиливаясь, и не находит объяснения при самом тщательном обследовании больного.

В основе боли у таких пациентов лежит феномен висцеральной гиперчувствительности. Для данных больных характерно снижение порога болевой чувствительности, нарушение механизмов регуляции центральной ноцицепции и эндогенных антиноцицептивных систем.

Развивается в возрасте до 50 лет и сопровождает течение таких заболеваний, как функциональная (неязвенная) диспепсия, дискинезии желчевыводящих путей, дисфункция сфинктера Одди, синдром раздраженного кишечника (СРК) и др.

Функциональные боли, как правило, имеют благоприятный прогноз в отношении жизни пациента, но существенно ухудшают качество жизни.

1. **Функциональная диспепсия (определение, клинические варианты и их диагностические критерии, симптомы «тревоги», методы исследования при постановке диагноза, лечение).**

Функциональная диспепсия (ФД) - это разнородное заболевание, представляющее комплекс симптомов, включающих в себя боли и чувство жжения в подложечной области, чувство переполнения в эпигастрии после еды и раннее насыщение, которые отмечаются у больного в течение 3 последних месяцев (при общей продолжительности жалоб не менее 6 мес) и которые не могут быть объяснены органическими, системными или метаболическими заболеваниями.

**Клинические варианты ФД и их диагностические критерии:**

1. **С эпигастральным болевым синдромом** (раньше его называли – язвенноподобный вариант)

Диагностические критерии:

1. Периодически возникающие боли и (или) жжения в эпигастрии, обычно умеренной интенсивности, с частотой не реже 1 раза в неделю.
2. Отсутствие генерализованной боли и (или) локализованной в других отделах живота (помимо эпигастрия) или в грудной клетке; отсутствие упорной изжоги.
3. Неисчезающая после дефекации и отхождения газов боль в эпигастрии.
4. Отсутствие симптомов дисфункции желчного пузыря и сфинктера Одди.

Боль может иметь жгучий характер, но не должна распространяться ретростернально, а болевые ощущения в эпигастрии появляются после приема пищи, но могут возникать и натощак.

**2. Постпрандиальный дистресс-синдром** (ранее дискинетический вариант)

Диагностические критерии:

1. Беспокоящее чувство полноты в эпигастрии после приема обычного объема пищи, которое возникает как минимум несколько раз в неделю.
2. Чувство быстрого насыщения (сытости), препятствующее приему обычного объема пищи, которое появляется несколько раз в неделю.

Дополнительно могут наблюдаться вздутие в верхней части живота и (или) тошнота и чрезмерная отрыжка после еды.

В части случаев клинические варианты ФД могут сочетаться.

У больных с функциональной диспепсией часто выявляются высокий уровень тревожности, депрессии, невротические и ипохондрические реакции. У таких больных характерны общие вегетативные симптомы: усиление потливости, приступы жара, нарушения сна, быстрая утомляемость, снижение работоспособности, возможные гиперестезии мочевого пузыря, ортостатические нарушения кровообращения, функциональные сердечные жалобы.

**Симптомы тревоги:**

1. Прогрессирующая дисфагия
2. Кровавые рвота и стул
3. Лихорадка
4. Немотивированное похудание
5. Патологические сдвиги в клиническом и биохимическом анализе крови
6. Появление первых симптомов диспепсии после 45-50 лет

**Методы исследования при постановке диагноза:**

**Основные методы**:

* Клинический и биохимический анализы крови.
* Анализ кала.
* Гастродуоденоскопия. Позволяет исключить заболевания ЖКТ органической природы и провести биопсию для установления морфологического варианта сопутствующего хронического гастрита и дуоденита.
* Ультразвуковое исследование. Позволяет уточнить состояние печени, желчного пузыря и поджелудочной железы.
* Диагностика инфекции H. pylori. (серологический, морфологический, быстрый уреазный тест, 13С-уреазный дыхательный тест, определение антигена Н. pylori в кале, определение ДНК Н. pylori в кале и слизистой оболочке желудка с помощью полимеразной цепной реакции и др.).

**Дополнительные методы:**

* Рентгенологическое исследование желудка и ДПК.
* Внутрижелудочная pH-метрия.
* Суточное мониторирование pH в пищеводе и желудке.
* Исследование двигательной функции желудка (сцинтиграфия, электрогастрография, манометрия), компьютерная томография и т. д.

**Лечение ФД**

Немедикаментозное:

1) информационное воздействие на больного (разъяснительные беседы, нормализация образа жизни);

2) рекомендации по диете (снижение количества потребляемой пищи с ограничением жиров, острой пищи, кофе, алкоголя, отказ от курения, приема НПВП; при раннем насыщении и вздутии живота после еды весьма ощутимую пользу приносит прием пищи малыми порциями до 6 раз в день).

Фармакотерапия:

1. Психотропные препараты (антидепресанты, анксиолитики)
2. Антисекреторные препараты (ингибиторы протонной помпы, Н2-гистаминоблокаторы (при болевом клиническом варианте))
3. Прокинетики (при диспепсическом варианте, протекающем с брадигастрией и стазом желудочного содержимого)
4. Пеногасители (при метеоризме)
5. **Расстройства функции желчного пузыря и сфинктера Одди (определение функциональных заболеваний желчных путей, классификация, клиника, диагностика, лечение).**

Функциональные заболевания желчных путей – комплекс клинических симптомов, развившихся в результате моторно-тонической дисфункции желчного пузыря, желчных протоков и сфинктеров.

**Классификация:**

* + E1a. Функциональные расстройства желчного пузыря
  + E1b. Функциональное билиарное расстройство сфинктера Одди

1. По локализации

* Дисфункция желчного пузыря
* Дисфункция сфинктера Одди

2. По этиологии

* Первичные
* Вторичные

3. По функциональному состоянию

* Гиперфункция
* Гипофункция

Первичные - встречаются редко (в среднем составляютя10-15%). Причины: атрезия или гипоплазия ЖП, формирование кистозного новообразования в ЖП, врожденный фиброз, сегментарное расширение желчевыводящих путей, врожденные пороки развития ЖП.

Вторичные могут наблюдаться при гормональных расстройствах: лечении соматостатином, при синдроме предменструального нарушения, беременности, системных заболеваниях, диабете, гепатите, циррозе печени, еюностомии, а также при наличии воспаления и камней в желчном пузыре.

Важное значение имеют психоэмоциональные перегрузки, стрессовые ситуации, общие неврозы.

Гиперфункция: коликообразные боли различной интенсивности без иррадиации или с иррадиацией вправо, в спину, иногда в левую половину живота (при вовлечении протоковой системы поджелудочной железы).

Гипофункция: тупые боли в правом подреберье, чувство давления, распирания, усиливающиеся при изменении положения тела, увеличивающем внутрибрюшное давление.

Общие симптомы:

горечь во рту, вздутие живота, неустойчивый стул.

**Диагностика:**

* Анализ семейного анамнеза, тщательный физикальный осмотр
* Детальный опрос больного
* Общеклинический анализ крови и мочи
* Биохимия крови (печеночные пробы)
* ЭРХПГ
* ЭКГ
* ФГДС
* УЗИ брюшной полости
* Дуоденальное зондирование
* Рентгенографию с применением контрастного вещества
* КТ и МРТ

**Лечение**:

* Диетотерапия (режим питания с частыми приемами небольших количеств пищи, 5-6 разовое; суточная калорийность не должна превышать 2500 ккал. Из рациона исключить алкоголь, газ. напитки, копченые продукты, жирные и жареные блюда)
* Антихолинергические средства
* Нитраты блокаторы кальциевых каналов
* Миотропные спазмолитики
* Интерстициальные гормоны
* Холеретики
* Холекинетики
* Регуляторы моторики (прокинетики)

1. **Синдром раздраженного кишечника (определение, классификация, клиника, симптомы «тревоги», диагностика, дифференциальная диагностика, лечение).**

СРК – это устойчивая совокупность хронических и (или) рецидивирующих функциональных расстройств, относящихся преимущественно к дистальным отделам кишечника, которые длятся не менее 12 недель в течение последнего года и проявляются болью или дискомфортом в животе без четкой локализации, исчезающими после дефекации, сопровождаются изменениями частоты и консистенции стула, метеоризмом и ограничиваются исключением «симптомов тревоги» и органических заболеваний.

**Классификация:**

На основании преобладающей **характеристики стула** больного, выделяются следующие виды СРК:

* СРК с запорами (твёрдый или комковатый стул составляет более 25%, а жидкий стул – менее 25% всех опорожнений кишечника).
* СРК с диареей (кашицеобразный или жидкий стул составляет более 25%, а твёрдый стул – менее 25% всех опорожнений кишечника).
* Смешанный вариант СРК (соответственно и твёрдый, комковатый стул, и жидкий стул составляют более 25% всех опорожнений кишечника).
* Неклассифицируемый вариант СРК (недостаточно данных, чтобы отнести клиническую картину заболевания к одному из 3 основных вариантов).

Различают 3 степени тяжести течения СРК: легкое, среднее, тяжелое.

**Клиника.**

Кишечные симптомы:

* **Боль в животе** неопределенная, тупая, ноющая, кинжальная. Локализация, преимущественно в подвздошных областях, чаще слева. Боли обычно усиливаются после приёма пищи, уменьшаются после дефекации, отхождения газов, приема спазмолитиков. *Важным моментом является отсутствие болей в ночное время.*
* **Вздутие живота** менее выражено в утренние часы, нарастает в течение дня, достигая максимума к вечеру, и заметно усиливается после еды.
* **Диарея** чаще всего отмечается в утренние часы, после завтрака. Количество опорожнений кишечника может достигать до 5 раз в день, с небольшими временными промежутками. Позывы на дефекацию могут возникать после каждого приёма пищи. Характерно также появление позывов на дефекацию в ситуациях, когда ее совершение не представляется возможной, например, на совещание, во время поездки в транспорте, во время экзамена, при стрессовых ситуациях. Количество кала остаётся нормальным, и, как правило, не превышает 200 граммов в сутки. Часто остаётся чувство неполного опорожнения кишечника. В стуле могут присутствовать слизь, непереваренные кусочки пищи. Диарея в ночные часы отсутствует.
* **Запор.** При запоре стул чаще всего бывает "овечьим", состоящим из мелких плотных фрагментов или "пробкообразным", при котором первые порции кала более плотные, чем последующие. В стуле может быть примесь слизи. Могут возникать так называемые запорные поносы - жидкий стул после нескольких дней его задержки.

Признаки диспепсии: изжога, кислая отрыжка, тошнота, иногда рвота, ощущение тяжести и переполнения в подложечной области, боль в верхней половине живота.

Внекишечные проявления СРК (негастроэнтерологические):

* головная боль по типу мигрени,
* ощущение «комка» при глотании,
* неудовлетворенность вдохом (ощущение неполного вдоха),
* невозможность спать на левом боку,
* зябкость пальцев рук,
* ощущение дрожи,
* клинические проявления раздраженного мочевого пузыря (никтурия, учащенные и императивные позывы к мочеиспусканию, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря),
* расстройства настроения,
* боли в спине, в поясничной области,
* мышечные и суставные боли,
* боль в области прямой кишки,
* нарушение ночного сна.

**Симптомы «тревоги»:**

Выделяют 3 группы симптомов:

1. **Жалобы и данные анамнеза:** немотивированное уменьшение массы тела, появление клинических симптомов в ночное время, постоянная интенсивная боль в животе как единственное проявление болезни, начало заболевания в пожилом возрасте, наличие колоректального рака у родственников первой степени родства.

2. **Данные физикального обследования**: наличие лихорадки, выявление органических изменений при пальпации брюшной полости (гепато- и спленомегалия и т. п.).

**3. Результаты лабораторных исследований**: обнаружение явной или скрытой крови в кале, выявление в общем анализе крови лейкоцитоза, анемия, повышения СОЭ, отклонения в биохимическом анализе крови (повышение уровня аминотрансфераз, щелочной фосфатазы, γ-глутамилтранспептидазы, глюкозы, билирубина, креатинина, диспротеинемия и т. п.)

**Диагностика**

Клинический анализ крови

Биохимический анализ крови

Определение антител к эндомизию и тканевой трансглутаминазе

Общий анализ мочи

Копрологическое исследование с анализом кала на яйца глистов и цисты лямблий

Анализ кала на скрытую кровь

ЭГДС

УЗИ органов брюшной полости и малого таза

Сигмо- или колоноскопия

Ирригоскопия

При болевой форме наибольшую ценность могут иметь такие диагностические исследования, как [электрогастроэнтерография](http://www.gastroscan.ru/patient/diagnostics/05/), [манометрия](http://www.gastroscan.ru/patient/diagnostics/06/01/" \t "_blank), баллонно–дилатационный тест, при диарейной форме – лактозотолерантный тест, аспирация содержимого тонкой кишки для исследования бактериальной флоры, при запорах – радиоизотопное исследование транзита, [электрогастроэнтерография](http://www.gastroscan.ru/patient/diagnostics/05/" \t "_blank), изучение аноректальных функций, включающее [аноректальную манометрию](http://www.gastroscan.ru/patient/diagnostics/06/01/).

**Дифференциальный диагноз**

* Целиакия (глютеновая энтеропатия) [21], для которой характерно начало заболевания в детстве и которая может служить причиной замедленного развития ребенка. Необходимым скрининговым исследованием для исключения целиакии является определение антител IgA к тканевой трансглутаминазе.
* Лактозная и дисахаридазная недостаточность, при которых прослеживается связь симптомов с приемом определенных продуктов. Диагностика проводится при помощи дыхательного водородного теста с нагрузкой лактозой или фруктозой.
* Внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы.
* Эндокринологические расстройства (гипертиреоз, гормонпродуцирующие опухоли ЖКТ).
* Воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона и язвенный колит), при которых возможно наличие ректального кровотечения, длительной постоянной диареи, инфильтрата в брюшной полости, необъяснимой потери массы тела, анемии, а также перианальные поражения (свищи, трещины). При подозрении на указанные патологии больной должен быть направлен на илеоколоноскопию.
* Лимфоцитарный или коллагенозный колит (микроскопические колиты), как правило, протекающие без боли и являющиеся причиной 23—30% случаев хронической диареи у лиц старшего возраста [22]. Для подтверждения диагноза необходимо проведение колоноскопии с биопсией слизистой оболочки ободочной кишки.
* Радиационный (постлучевой) колит.
* Колит, ассоциированный с приемом нестероидных противовоспалительных препаратов.
* Ишемическая болезнь органов пищеварения.
* Рак толстой кишки.
* Острая инфекционная диарея, антибиотикоассоциированная диарея и псевдомембранозный колит.
* Лямблиоз.
* Синдром избыточного бактериального роста в тонкой кишке, для которого характерны диарея, вздутие живота и мальабсорбция. Диагностика осуществляется путем проведения дыхательного водородного теста для подтверждения избыточной колонизации тонкой кишки.
* Дивертикулит, при котором может отмечаться лихорадка, определяться инфильтрат в виде пальпируемого мягкого образования в левой подвздошной области, а боль носит локализованный характер (как правило, в левой подвздошной области).
* Эндометриоз, сопровождающийся циклической болью в нижних отделах живота, увеличением яичников или наличием ретроцервикальных узлов.
* Воспалительные заболевания органов малого таза, для которых характерно наличие неострых болей в нижних отделах живота, необъяснимой лихорадки, давящей боли с иррадиацией вверх при влагалищном исследовании придатков, а также набухание придатков.
* Рак яичника, являющийся обязательным для исключения диагнозом у женщин старше 40 лет.

**Основные принципы лечения:**

1. Диетотерапия и образ жизни
2. Психотропные препараты (антидепресанты, анксиолитики)
3. При болевом синдроме – спазмолитики
4. СРК с запором – слабительные средства
5. СРК с диареей – антидиарейные средства
6. Пробиотики
7. **Функциональный запор (определение, диагностические критерии, клиника, симптомы «тревоги», лечение).**

ФЗ – это общее клиническое состояние, сопровождающееся затрудненным актом дефекации, без каких-либо конкретных физиологических причин.

ФЗ является вариантом СРК, отличаясь лишь отсутствием болей в животе.

При ФЗ отсутствуют «симптомы тревоги» (вновь возникший запор, внезапное изменение характера дефекации и стула, анемия, снижение массы тела, явная кровь в кале или положительный анализ кала на скрытую кровь).

**Критериями диагностики функционального запора** являются не менее двух из следующих характеристик стула:

* менее 3-х дефекаций в неделю
* затруднения дефекации (суточная масса кала до 35г. или натуживание более 25% времени дефекации)
* плотный или фрагментированный стул («овечий» кал) в 25% фекалий
* ощущение неполного опорожнения или закупорки прямой кишки не менее как в 25% дефекаций
* необходимость в принудительном опорожнении прямой кишки (мануальная помощь для облегчения акта дефекации не менее как в 25% дефекаций – пальцевая эвакуация фекалий, поддержка тазового дна)

**Диагностика**  
**Клиническое обследование.** Сбор жалоб и анамнеза — основной необходимый и в большинстве случаев достаточный метод установления диагноза хронического запора.  
  
Необходимо выяснить наличие следующих признаков: 

* количество актов дефекации в течение недели;
* консистенция кала (наличие комков и/или твердый кал);
* наличие примесей (кровь, слизь, непереваренные фрагменты пищи) в кале;
* качество дефекации (ощущение препятствия или затруднения при ее совершении);
* необходимость в чрезмерном натуживании при дефекации;
* неудовлетворенность дефекацией (чувство неполного опорожнения кишечника);
* необходимость специфических манипуляций для облегчения дефекации (мануальное опорожнение кишки);
* наличие сопутствующих симптомов:

- вздутие живота,   
- боль в животе,   
- общая слабость,   
- недомогание,   
- похудание.

* время, в течение которого наблюдаются перечисленные симптомы, быстрое или постепенное появление симптомов;
* прием слабительных: кратность и дозы, применение очистительных клизм;
* перенесенные и сопутствующие заболевания;
* прием лекарственных препаратов по поводу сопутствующих заболеваний;
* оперативные вмешательства, в том числе гинекологические и урологические.

Рекомендуется заполнение пациентом опросника, включающего указанные выше пункты, в течение недели.  
  
**Непосредственное обследование.** Рекомендуется: 

* оценить общее состояние больного;
* провести поверхностную и глубокую пальпацию живота;
* оценить психоневрологический статус;
* провести обследование аноректальной области с целью выявления:

- перианальных экскориаций,   
- геморроя,   
- рубцов,   
- пролапса,   
- ректоцеле,   
- анальной трещины,   
- объемных образований,   
- изменений тонуса сфинктера,   
- наличия крови в кале.

**Лабораторная диагностика.** Специфическую лабораторную диагностику при данной нозологии не проводят.  
  
**Инструментальные исследования.** Дополнительные инструментальные исследования рекомендуется назначать в случаях: 

* отсутствия улучшения на фоне лечения (включая изменение образа жизни, применение слабительных средств и энтерокинетиков);
* наличия «симптомов тревоги».

При отсутствии уменьшения выраженности симптомов на фоне адекватной терапии, например назначения энтерокинетиков, рекомендуется проводить поэтапное дополнительное инструментальное обследование, включающее на 1-м этапе определение времени транзита содержимого по толстой кишке (метод рентгеноконтрастных маркеров), тест изгнания баллона и [**аноректальную манометрию**](http://www.gastroscan.ru/physician/manometry/04/), на 2-м этапе дефекографию и электромиографию сфинктеров.  
**Рентгенологический метод определения времени транзита** содержимого по толстой кишке (метод рентгеноконтрастных маркеров). Рекомендуют для верификации нарушений транзита по толстой кишке и тем самым определения преимущественного патофизиологического механизма развития запора, однако требуется дальнейшая стандартизация результатов.

**Тест изгнания баллона.** Рекомендуют для выявления нарушения синхронной деятельности мышц аноректальной зоны, участвующих в акте дефекации (диссинергия мышц тазового дна). Метод простой, недорогой, его широко применяют в клинической практике.

[**Аноректальная манометрия**](http://www.gastroscan.ru/physician/manometry/04/). Рекомендуют для проведения дифференциального диагноза между нарушением эвакуации, гипо- и гиперчувствительностью аноректальной области, болезнью Гиршспрунга. В процессе исследования изучают такие показатели, как максимальное и среднее давление сжатия анального сфинктера, ректоанальный ингибиторный рефлекс, комплайенс (растяжимость) прямой кишки, висцеральная чувствительность, векторный объём, асимметрия сжатия сфинктера.

**Дефекография** — рентгенологический контрастный метод, который рекомендуют для изучения анатомических особенностей и структурных нарушений аноректальной области. Включает измерение аноректального угла, выявление опущения тазового дна, ректоцеле, инвагинации.  
**Электромиография сфинктеров.** Рекомендуют для диагностики структурных и функциональных нарушений.

При наличии «симптомов тревоги» должно быть рекомендовано проведение колоноскопии.  
В дальнейшем в алгоритм обследования могут быть включены обзорная рентгенография брюшной полости, компьютерная томография (КТ), динамическая магнитно-резонансная томография (МРТ) таза.

**Лечение** должно быть комплексным и включать изменение образа жизни, характера питания, прием лекарственных препаратов.

**Общие мероприятия.** Больным рекомендуется повышение физической активности, употребление в течение дня значительного объема жидкости (не менее 2 л), увеличение содержания в пищевом рационе пищевых волокон, в частности пшеничных отрубей (до 20–25 г в сутки), задерживающих воду в кишечнике и делающих его содержимое более жидким.

**Осмотические слабительные.** В качестве препаратов первой линии при лечении запора рекомендуют макрогол (полиэтиленгликоль, ПЭГ), лактулозу и [лактитол](http://www.gastroscan.ru/handbook/144/4031" \t "_blank), которые способствуют размягчению кишечного содержимого и увеличению его объема.

**Стимулирующие слабительные.** В качестве препаратов второй линии при лечении функционального запора рекомендуют стимулирующие слабительные. Стимулирующие слабительные ([бисакодил](http://www.gastroscan.ru/handbook/144/5351" \t "_blank), [пикосульфат натрия](http://www.gastroscan.ru/handbook/144/8557" \t "_blank), антрахиноны — сеннозиды А и В), усиливающие перистальтику благодаря стимуляции нервных окончаний слизистой оболочки кишечника, подтвердили свою более высокую эффективность при лечении хронического запора по сравнению с плацебо. Однако применение стимулирующих слабительных нередко сопряжено с различными побочными эффектами. Они часто вызывают не нормальную дефекацию, а диарею со схваткообразными болями в животе и метеоризмом, приводят к развитию электролитных нарушений (гипокалиемия), обусловливают возникновение дегенеративных изменений клеток мейсснеровского и ауэрбаховского сплетений, вызывают эффект привыкания и способствуют развитию «синдрома ленивого кишечника» («lazy bowel syndrome»).

**Энтерокинетики.** При недостаточной эффективности слабительных препаратов рекомендуется назначить прокинетики из группы агонистов 5-НТ4-рецепторов (прукалоприд). Препарат характеризуется удобством приема и дозирования (1 мг у лиц старше 65 лет или 2 мг у лиц моложе 65 лет однократно в сутки) и предсказуемостью эффекта. Побочные эффекты препарата (головная боль, абдоминальная симптоматика), обычно легкой степени выраженности, чаще всего отмечаются в 1-й день лечения, в большинстве случаев они проходят самостоятельно, поэтому отмены препарата не требуется.

Фармакотерапия ФЗ сходна с лечением СРК.

1. **Функциональная диарея (определение, диагностические критерии, клиника, лечение).**

Функциональная диарея - это хронический или рецидивирующий синдром, характеризующийся неоформленным или жидким стулом без боли и неприятных ощущений в животе.

**Клинические признаки, позволяющие предположить ФД:**

* отсутствие диареи в ночное время
* утренний стул (как правило, после завтрака)
* императивный позыв на дефекацию

**Диагноз ФД** ставится методом исключения органической патологии и вторичных функциональных расстройств при эндокринной патологии, при использовании слабительных, иных лекарственных препаратов с послабляющим эффектом действия.

**Лечение ФД**

* Нормализация образа жизни, устранение причинных факторов, психотравмирующих ситуаций, диета – дробное питание до 6 раз/сут. с ограничением механических и химических раздражителей.
* Медикаментозная терапия: сорбенты и цитомукопротекторы, противодиарейные препараты.

Функциональная диарея характеризуется благоприятным течением и прогнозом.

1. **Отработка** **практических умений и навыков.**

**Решение ситуационных задач с обсуждением в группе.**

**13. Контроль качества** **формируемых компетенций /элементов компетенций**

Преподаватель контролирует освоение практических навыков и умений осмотра органов брюшной полости у пациентов с заболеванием ЖКТ.

**14. Заключительное слово преподавателя.**

Подводя итоги занятия, еще раз обращается внимание студентов на актуальность разобранной темы в связи с распространенностью патологии ЖКТ, особенно обращая внимание на то, что функциональные заболевания ЖКТ – одна из распространенных патологий органов пищеварения.Эти заболевания ухудшают качество жизни человека, ограничивают его общественную и трудовую деятельность. Лечение функциональных заболеваний проводится после тщательной диагностики после того, как исключена органическая природа симптомов. Сложность лечения объясняется многообразием причин и факторов их развития.

**Рекомендуемая литература:**

Основная:

1. Давыдкин, И. Л. Поликлиническая терапия: учебник / под ред. Давыдкина И. Л., Щукина Ю. В. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-5545-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970455456.html (дата обращения: 03.05.2023). - Режим доступа: по подписке.

Дополнительная:

1. Алгоритмы диагностики основных заболеваний в амбулаторной практике [Электронный ресурс]: учебное пособие / О.Ю. Майко, М.О. Журавлева, И.В. Ткаченко; ОрГМУ. – Оренбург: [б. и.], 2016. - 164 с. on-line. - Б. ц.

2. [Ардатская М.Д. Функциональные расстройства билиарного тракта: проблемы диагностики и лечения // Фарматека. 2012. № 2. С. 71–77.](http://www.gastroscan.ru/literature/authors/6581)

3. [Ивашкин В.Т., Маев И.В., Шептулин А.А. и др. Клинические рекомендации РГА по диагностике и лечению взрослых пациентов с хроническим запором // Рос журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2017. - 27(3). С. 75-83.](http://www.gastroscan.ru/literature/authors/9763)

4. [Ивашкин В.Т., Маев И.В., Шептулин А.А. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению функциональной диспепсии // РЖГГК. 2017. №27 (1). С. 50–61.](http://www.gastroscan.ru/literature/authors/9385)

5. [Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Баранская Е.К. и др. Рекомендации по диагностике и лечению язвенной болезни (пособие для врачей). - М. – 2004.](http://www.gastroscan.ru/literature/authors/677)

6. Мехтиев С.Н. Функциональные билиарные расстройства: критерии диагностики и алгоритм терапевтической тактики // Фармпроект. Санкт-Петербург. 2013. С. 2–11.

# 7. Синдром раздраженного кишечника // Репринт из книги «Клинические рекомендации. Колопроктология». 2-е издание, исправленное и дополненное, под редакцией чл.-кор. РАН Ю.А. Шелыгина. М.:ГЭ0ТАР-Медиа. 2017. 36 с.

8. [Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 02.06.2010 № 415н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению при заболеваниях гастроэнтерологического профиля»](http://www.gastroscan.ru/literature/authors/3810).

9. [Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «гастроэнтерология» (утвержден приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.11.2012 № 906н).](http://www.gastroscan.ru/literature/authors/6134)

10. Стандарт специализированной медицинской помощи при синдроме раздраженного кишечника (утвержден приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 09.11.2012 № 774н).

**Базы данных, информационно-справочные и поисковые системы – Интернет-ресурсы:**

1. URL: med-info.ru
2. URL: medbe.ru

**ВХОДНОЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНИЙ**

1. ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА ПОРАЖАЮТСЯ

А) мышечный слой и серозная оболочка

Б) слизистый и подслизистый слои

В) все слои кишечника

Г) подслизистый и мышечный слои

2. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) фиброколоноскопия

Б) ирригоскопия

В) магнитно-резонансная томография

Г) исследование кала на скрытую кровь

3. ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО, ОБРАТИВШЕГОСЯ С ЖАЛОБАМИ НА НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ КИШЕЧНИКА, СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С

А) фиброколоноскопии

Б) ректального пальцевого исследования

В) ирригографии

Г) ректороманоскопии

4. ВЕДУЩЕЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) курение

Б) нарушение диеты

В) Helicobacter pylori

Г) нарушение моторики желудка

5. СКРИНИНГОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) ирригоскопия

Б) фиброколоноскопия

В) кал на скрытую кровь

Г) ультразвуковое исследование толстой кишки

6. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ АНТИТЕЛ К ГЛИАДИНУ И ТКАНЕВОЙ ТРАНСГЛЮТАМИНАЗЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

А) глютеновой энтеропатии

Б) язвенном колите

В) болезни Крона

Г) синдроме раздраженного кишечника

7. ХРОНИЧЕСКАЯ ДИАРЕЯ ПРОДОЛЖАЕТСЯ БОЛЕЕ (НЕДЕЛЯ)

А) 4-6

Б) 8-10

В) 2-4

Г) 6-8

8. ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ СОКРАЩАЕТСЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ

А) холецистокинина

Б) гастрина

В) панкреатического сока

Г) секретина

9. ДОСТОВЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПЕРФОРАЦИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ ЯВЛЯЕТСЯ

А) «чаши» Клойбера

Б) высокое стояние диафрагмы

В) пневматизация кишечника

Г) свободный газ в брюшной полости

10. ПРИ ПЕНЕТРАЦИИ ЯЗВЫ В ПОДЖЕЛУДОЧНУЮ ЖЕЛЕЗУ В КРОВИ ПОВЫШАЕТСЯ УРОВЕНЬ

А) амилазы

Б) липазы

В) глюкозы

Г) щелочной фосфатазы

11. В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ИСПОЛЬЗУЮТ

А) ингибиторы протоновой помпы

Б) H2-блокаторы гистамина

В) спазмолитические средства

Г) сукралфат и его аналоги

12. В ЛЕЧЕНИИ ГИПОКИНЕТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ИСПОЛЬЗУЮТ

А) антациды

Б) холекинетики

В) спазмолитики

Г) ингибиторы протоновой помпы

13. БИОДОСТУПНОСТЬ ФЕРМЕНТАТИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ В МИКРОГРАНУЛАХ СОСТАВЛЯЕТ (%)

А) 10

Б) 75

В) 50

Г) 100

14. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЖЕЛУДКА ПРИМЕНЯЮТ

А) фиброгастроскопию с биопсией

Б) компьютерную томографию

В) позитронно-эмиссионную томографию

Г) ультразвуковое исследование

15. В ТЕРАПИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА С СЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ВКЛЮЧАЮТСЯ

А) кортикостероиды

Б) ферменты (панкреатин)

В) сосудистые препараты

Г) ингибиторы АПФ

16. ПРИ БОЛИ В ЖИВОТЕ, ТОШНОТЕ, ИЗЖОГЕ, ОТРЫЖКЕ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ

А) эзофагогастродуоденоскопию

Б) клинический анализ крови

В) ультразвуковое исследование органов брюшной полости

Г) компьютерную томографию органов брюшной полости

17. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ С ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ХАРАКТЕР СТУЛА

А) скудный, фрагментированный

Б) водянистый с хлопьями

В) обильный, кашицеобразный, блестящий

Г) жидкий, с примесью алой крови

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

А) френикус-симптом

Б) положительный симптом Ортнера

В) мышечная защита правого подреберья

Г) незначительная болезненность в правом подреберье

19. БАЗИСНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ

А) антисекреторные препараты

Б) спазмолитики

В) прокинетики

Г) ферменты

20. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОКАЗАНЫ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФЕРМЕНТНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

А) низкодозные таблетированные

Б) высокодозные таблетированные

В) низкодозные микрогранулированные

Г) высокодозные микрогранулированные

21. ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИЕМЕ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ САМЫМ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ОСТРАЯ

А) язва желудка

Б) сердечно-сосудистая недостаточность

В) дыхательная недостаточность

Г) печеночная недостаточность

22. ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ МАЛИГНИЗАЦИИ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

А) рентгенологический

Б) эндоскопический с биопсией

В) ультразвуковой

Г) исследование кала на скрытую кровь

23. ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИИ Н. PYLORI ЯВЛЯЕТСЯ

А) цитологический тест в мазке-отпечатке

Б) быстрый уреазный тест в биоптате

В) микробиологический тест

Г) выявление диагностического титра антител к H. pylori

24. К РАННИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТНОСЯТ

А) кахексию

Б) сахарный диабет

В) полифекалию

Г) «панкреатическую холеру»

25. НАИБОЛЬШИЙ АНТИСЕКРЕТОРНЫЙ ЭФФЕКТ ОКАЗЫВАЕТ

А) Омепразол

Б) Ранитидин

В) Висмута трикалия дицитрат

Г) Алгелдрат + Магния гидроксид

26. В СХЕМУ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ЭРАДИКАЦИИ Н. PYLORI ВХОДИТ

А) Левофлоксацин

Б) Амоксициллин

В) Тетрациклин

Г) Ципрофлоксацин

27. В ЛЕЧЕНИИ НПВП-ГАСТРОПАТИИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ

А) антациды

Б) блокаторы Н2-гистаминовых рецепторов

В) ингибиторы протонной помпы

Г) препараты висмута

28. ИНГИБИТОРЫ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ МОГУТ ПРИМЕНЯТЬСЯ В ЛЕЧЕНИИ

А) болезни Крона

Б) дизентерии

В) синдрома раздраженного кишечника

Г) дивертикулярной болезни кишечника

29. ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) уменьшение риска прободения язвы

Б) уменьшение выраженности болевого синдрома

В) ускорение рубцевания язвы

Г) снижение частоты рецидивов

30. ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЁННОЙ КИШКИ ОТМЕЧАЮТСЯ

А) органические изменения

Б) функциональные расстройства

В) наследственные нарушения

Г) аномалии

развития кишечника

31. ДИАГНОЗ «СИНДРОМ РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА» ИСКЛЮЧАЕТСЯ ПРИ

А) наличии крови в кале

Б) стуле чаще 3 раз в неделю

В) чувстве неполного опорожнения кишечника

Г) стуле реже 3 раз в неделю

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

А) фундального отдела желудка

Б) малой кривизны желудка

В) 12-перстной кишки

Г) нижнего отдела пищевода

33. ПОСЛЕ ПОЯВЛЕНИЯ КЛИНИКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА НАИБОЛЬШИЙ УРОВЕНЬ АМИЛАЗЫ КРОВИ МОЖНО ЗАФИКСИРОВАТЬ ЧЕРЕЗ (ЧАС)

А) 48-72

Б) 12-18

В) 18-24

Г) 24-48

34. РИСК РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ВЕЛИК ПРИ ЗНАЧИТЕЛЬНОМ ПОВЫШЕНИИ В ПЛАЗМЕ КРОВИ

А) ЛПВП

Б) ЛПОНП

В) ЛП(а)

Г) ЛПНП

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

А) ингибитор протонной помпы + Амоксициллин 500 мг×2 раза в сутки + Кларитромицин 500 мг × 2 раза в сутки

Б) ингибитор протонной помпы + Амоксициллин 1000 мг×2 раза в сутки + Кларитромицин 500 мг × 2 раза в сутки

В) блокатор Н2-гистаминовых рецепторов + Амоксициллин 1000 мг × 2 раза в сутки + Кларитромицин 500 мг × 2 раза в сутки

Г) блокатор Н2-гистаминовых рецепторов + Амоксициллин 1000 мг × 2 раза в сутки + Кларитромицин 500 мг × 1 раз в сутки

36. ДЛЯ ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЙ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОПРЕДЕЛЯЮТ АКТИВНОСТЬ

А) эластазы кала

Б) липазы кала

В) эластазы крови

Г) липазы крови

37. ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ «СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОЙ КИШКИ» МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕН НА ОСНОВАНИИ ПОЛНОГО КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И

А) иммуногистохимического подтверждения

Б) гистологического подтверждения

В) исключения других заболеваний

Г) ирригоскопического подтверждения

38. ОПРЕДЕЛЕНИЕ АКТИВНОСТИ ЭЛАСТАЗЫ КАЛА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СЛУЖИТ ДЛЯ

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

39. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ХРОНИЧЕСКИЙ КАЛЬКУЛЕЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ С ЦЕЛЬЮ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

А) ЭГДС

Б) дуоденальное зондирование

В) обзорную рентгенографию органов брюшной полости

Г) УЗИ органов брюшной полости

40. К ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ РАНИТИДИНА ОТНОСЯТ

А) мено-метроррагии

Б) феномен «рикошета»

В) галакторея

Г) нарушение аккомодации

41. ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ

А) антидепрессанты

Б) местноанестезирующие препараты

В) противовоспалительные препараты

Г) слабительные средства

42. ХАРАКТЕРНОЙ ТРИАДОЙ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЮТСЯ

А) боль в животе, прожилки крови в кале, слизь в кале

Б) боль в животе, желтуха, высокая температура

В) боль в животе, метеоризм, диарея

Г) боль в животе, рвота «кофейной гущей», мелена

43. В ЛЕЧЕНИИ ПОСТПРАНДИАЛЬНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

А) спазмолитики

Б) прокинетики

В) желчегонные препараты

Г) панкреатические ферменты

44. ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ С СИНДРОМОМ ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ БОЛИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ

А) антисекреторные препараты

Б) прокинетики

В) анальгетики

Г) спазмолитики

45. CПАЗМОЛИТИКОМ, ДЕЙСТВУЮЩИМ НА МУСКУЛАТУРУ СФИНКТЕРА ОДДИ, КИШЕЧНИКА И МОЧЕТОЧНИКОВ, ЯВЛЯЕТСЯ

А) Мебеверин

Б) Гемикромон

В) Пинаверия бромид

Г) Дротаверин

46. ПРЯМЫМ ПРИЗНАКОМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) гастроэзофагеальный рефлюкс

Б) симптом «песочных часов»

В) симптом «ниши»

Г) деформация стенки желудка

47. КАЛОВЫЕ МАССЫ ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА СОДЕРЖАТ ХОРОШО ЗАМЕТНУЮ ПРИМЕСЬ

А) слизи

Б) крови

В) гноя

Г) жира

48. К ГАСТРОПРОТЕКТОРАМ ОТНОСИТСЯ

А) Атропин

Б) Омепразол

В) Фамотидин

Г) Ребамипид

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

ЗАДАЧА 1

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

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

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

Общий анализ крови: эритроциты – 2,7×1012/л, Hb - 108 г/л, цветовой показатель – 0,6, тромбоциты – 270×1012/л, лейкоциты – 7,0×109/л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 27%, моноциты – 5%, СОЭ – 22 мм/ч.

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

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

**Вопросы:**

1. Высказать предполагаемый предварительный диагноз.

2. Обосновать поставленный Вами диагноз.

3. Составить и обосновать план дополнительного обследования.

4. Препараты каких групп показаны для лечения пациента в данной ситуации? Обоснуйте свой выбор.

5. Через 2 недели терапии отмечено уменьшение частоты стула до 2 раз в сутки, нет примесей крови в кале. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

ЗАДАЧА 2

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 минуту. 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 - 9,6×109/л, СОЭ – 16 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1022, белок – 0,033%,

анализ кала – стеаторея, креаторея, амилорея.

УЗИ ОБП: печень увеличена, с перипортальными уплотнениями, желчный пузырь 75×35 мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой. Поджелудочная железа неоднородной структуры за счѐт 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. Предположить наиболее вероятный диагноз.

2. Обосновать поставленный Вами диагноз.

3. Составить план дополнительного обследования.

4. Проведите дифференциальный диагноз.

5. Составить план лечения данного пациента.

ЗАДАЧА 3

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

Из анамнеза заболевания: впервые подобные жалобы возникли около 6 лет назад, но боли купировались приемом Алмагеля и Но-шпы. За медицинской помощью ранее не обращался. Отмечает весенне-осенние обострения заболевания. Ухудшение самочувствия около двух дней, после употребления алкоголя и жареной пищи.

Работает водителем такси. Питается нерегулярно, часто употребляет алкоголь. Курит в течение 20 лет до 2 пачек сигарет в день. Наследственный анамнез: у отца – язвенная болезнь желудка.

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

Данные дополнительных методов исследования.

Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, эритроциты – 4,2×1012/л. - 1, лейкоциты – 6,5×109/л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 60%, лимфоциты – 30%, моноциты – 8%, СОЭ – 10 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1018, эпителий – 2-4 в поле зрения, белок, цилиндры, соли - не определяются.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,5 ммоль/л, фибриноген – 2,9 г/л, общий белок – 68 г/л.

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

**Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.

2. Сформулируйте диагноз.

3. Обоснуйте диагноз.

4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?

5. Перечислите основные принципы лечения.

Задача 4

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

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

Объективно: состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 72 удара в минуту. Язык влажный, обложен бело-жѐлтым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Печень не пальпируется, размеры по Курлову - 9×8×7 см, симптом поколачивания отрицательный билатерально.

Общий анализ крови: эритроциты – 4,3×1012/л, гемоглобин – 136 г/л, цветной показатель – 1,0; СОЭ – 18 мм/ч, тромбоциты – 320×109/л, лейкоциты – 10,3×109/л, эозинофилы – 3%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 51%, лимфоциты – 32%, моноциты – 10%.

Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, кислая, удельный вес - 1016, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эпителий - 1-2 в поле зрения, оксалаты – небольшое количество.

Биохимическое исследование крови: АСТ – 30 Ед/л; АЛТ – 38 Ед/л; холестерин – 3,5 ммоль/л; общий билирубин – 19,0 мкмоль/л; прямой – 3,9 мкмоль/л; амилаза – 250 ед/л; креатинин – 85 ммоль/л; общий белок – 75 г/л.

Копрограмма: цвет – серовато-белый, консистенция – плотная, запах – специфический, мышечные волокна +++, нейтральный жир +++, жирные кислоты и мыла +++, крахмал ++, соединительная ткань – нет, слизь – нет.

ФГДС: пищевод и кардиальный отдел желудка без особенностей. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая розовая, с участками атрофии. Складки хорошо выражены. Луковица двенадцатиперстной кишки без особенностей.

УЗИ органов брюшной полости: печень нормальных размеров, структура однородная, нормальной эхогенности, протоки не расширены, общий желчный проток – 6 мм, желчный пузырь нормальных размеров, стенка – 2 мм, конкременты не визуализируются. Поджелудочная железа повышенной эхогенности, неоднородная, проток – 2 мм, головка увеличена в объеме (33 мм), неоднородная, повышенной эхогенности.

**Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.

2. Оцените данные копрограммы

3. Сформулируйте диагноз.

4. Какие дополнительные исследования необходимо назначить больному?

5. Какова Ваша тактика лечения данного заболевания?

ЗАДАЧА 5

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

Данные симптомы беспокоят 10 лет, возникают, в основном, весной и осенью. Самостоятельно принимает соду, Алмагель, вызывающие положительный эффект. Настоящее обострение связывает с приѐмом Вольтарена по поводу болей в поясничной области.

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

Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, СОЭ – 10 мм/ч, лейкоциты – 5,2×109/л; лейкоформула: палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 66%, лимфоциты - 27%, моноциты - 5%.

Биохимический анализ крови: АЛТ – 40 ед/л, АСТ – 32 ед/л. Диастаза мочи – 64 ед.

ЭФГДС: пищевод свободно проходим, кардия смыкается. В желудке натощак содержится большое количество светлой секреторной жидкости и слизи. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извитые, диффузно гиперемированы. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой оболочки до 0,7 см в диаметре. Края дефекта имеют четкие границы, гиперемированы, отечны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии.

Хелик-тест: базальный уровень – 4 мм; нагрузочный уровень – 10 мм; показатель прироста – 6 мм; Нр (+).

**Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз.

2. Перечислите экзогенные и эндогенные предрасполагающие факторы, приводящие к развитию данного заболевания.

3. Показания к госпитализации.

4. Осложнения данного заболевания.

5. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 6

Мужчина 60 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в эпигастрии через 20 минут после еды, рвоту, приносящую облегчение, похудел за месяц на 7 кг. Боли в эпигастрии беспокоят около 2 месяцев.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, чистые. В легких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные ритмичные, ЧСС – 72 удара в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень по краю реберной дуги. Размеры - 10×9×8 см. Селезенка не пальпируется.

Проведена фиброгастродуоденоскопия: в средней трети желудка язвенный дефект 3 см в диаметре, взята биопсия.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дифференциального диагноза.

4. Составьте план дополнительного обследования.

5. Какое медикаментозное лечение Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.

Задача 7

Больной 35 лет обратился в поликлинику с жалобами на жидкий стул с примесью крови 5-6 раз в сутки, повышение температуры тела до 37,5°С, слабость, головокружение, боли в голеностопных, локтевых, плечевых суставах.

Заболел около 2 месяцев назад, когда повысилась температура тела, появились боли в суставах. Проводилось несколько курсов антибактериальной терапии, на фоне чего появился жидкий стул.

Объективно: кожные покровы бледные, чистые. При пальпации живот мягкий, болезненный в подвздошных областях. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Размеры печени по Курлову - 10×9×8 см. Селезенка не пальпируется.

В общем анализе крови: эритроциты - 3,2×1012/л, гемоглобин - 61 г/л, лейкоциты - 11×109/л, тромбоциты - 350×109/л, СОЭ - 30 мм/ч.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дифференциального диагноза.

4. Составьте план дополнительного обследования.

5. Сформулируйте и обоснуйте план лечения.

Задача 8

Больная С. 47 лет на приеме врача-терапевта участкового по поводу постоянных, усиливающихся после погрешностей в диете болей в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину, похудание.

В 40-летнем возрасте перенесла холецистэктомию по поводу калькулезного холецистита. Через полгода после операции появились почти постоянные, усиливающиеся после погрешностей в диете боли в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину. При применении спазмолитиков и при соблюдении диеты самочувствие улучшалось. Последние 1,5-2 года присоединился практически постоянный неоформленный стул, стала терять вес (похудела на 8 кг за 2 года). На протяжении этого же времени возникал зуд промежности, стала больше пить жидкости, участились мочеиспускания.

При осмотре состояние больной удовлетворительное. Телосложение правильное, незначительно повышенного питания. Рост – 175 см, вес – 90 кг, ИМТ – 29 кг/м2. Голени пастозны. При сравнительной перкуссии легких определяется легочный звук. Аускультативно дыхание жесткое, проводится во все отделы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС - 80 ударов в минуту, АД - 156/85 мм рт. ст. Язык влажный, у корня обложен белым налетом. При поверхностной пальпации живота отмечается некоторая болезненность в эпигастрии и в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. При глубокой пальпации пальпируется сигмовидная кишка в виде умеренно подвижного безболезненного цилиндра, диаметром 1,5 см. Имеется болезненность в зоне Шоффара. Положительный симптом Керте, симптом Мейо-Робсона. При перкуссии живота — тимпанит. Размеры печени по Курлову – 15×13×11 см. Печень выступает из-под реберной дуги на 3-4 см, край умеренной плотности, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

**Вопросы:**

* 1. Сформулируйте предварительный диагноз.
  2. Поражение какого органа можно предположить, и с чем это связано?
  3. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту?
  4. Определите тактику лечения больного.
  5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

Задача 9

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 температуры до 37,6°С ежедневно, особенно к вечеру.

Анамнез заболевания: заболел 1 год назад, когда внезапно, среди полного здоровья появились интенсивные боли в правой подвздошной области, повышение температуры до 38,0°С. Доставлен в приемное отделение, где осмотрен хирургом, диагностирован острый аппендицит. При исследовании крови выявлен лейкоцитоз, пациент взят на операцию. При ревизии обнаружены утолщенная подвздошная кишка с отечной рыхлой стенкой, увеличенные брыжеечные лимфоузлы. Червеобразный отросток не изменен. Произведена аппендектомия. В послеоперационном периоде появилась гипертермия до 38,5°С, 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, вначале до 2 раз в сутки, затем 3-4, 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 потерял 6 кг массы тела.

Объективно: пониженного питания, кожа несколько суховата, тургор снижен. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Легкие и сердце без патологических изменений. Пульс - 80 ударов в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. 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 реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин - 117 г/л, СОЭ - 34 мм/час, эритроциты - 3,2×1012/л, лейкоциты - 12,6×109/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).

RRS: в перианальной области определяются рубцы, в одном из них свищ со скудным отделяемым. Между рубцами имеются единичные трещины. Осмотрены прямая кишка и сигмовидная, слизистая на всѐм протяжении без патологических изменений.

Ирригоскопия: бариевая взвесь ретроградно заполняет все отделы толстой кишки и подвздошную на протяжении 15-20 см. Имеется неравномерные сужения дистального отдела подвздошной кишки и 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?

ЗАДАЧА 10

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 трѐх лет, после развода с мужем.

При объективном обследовании: 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?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №1

(пример)

1. Язвенный колит, левостороннее поражение, острое течение с постепенным началом, средней степени тяжести. Анемия средней степени тяжести.

2. Диагноз «язвенный колит» (ЯК) установлен на основании характерных клинических проявлений – диареи с примесью слизи, крови в течении треx месяцев, эндоскопических признаков поражения прямой кишки, непрерывного поражения, контактной кровоточивости, наличия поверхностных язв слизистой толстой кишки. Диагноз «анемия» установлен на основании снижения цифр гемоглобина и эритроцитов в общем анализе крови.

3. Пациенту рекомендовано: общий анализ мочи, биохимические исследования крови (общий белок, альбумин, общий билирубин, прямой и непрямой билирубин, глюкоза, общий холестерин, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТ, калий, натрий, креатинин, амилаза, СРБ, железо, ОЖСС, ферритин), гистологическое исследование биоптатов толстой кишки, бактериологическое исследование кала, выявление в кале токсинов А и В к Сlostridiumdifficile, УЗИ брюшной полости, ФГС.

4. Медикаментозное лечение: Месалазин 4-5 г перорально в комбинации с Месалазином ректально (свечи, пена, микроклизмы) 2-4 г в сутки 6-8 недель. Месалазин – производное 5-аминосалициловой кислоты, является препаратом выбора при лечении ЯК в данной ситуации: первая атака средней тяжести, пациент ранее не получал лечения. При левостороннем поражении эффективно назначение ректальных форм Месалазина. При подтверждении дефицита железа - заместительная терапия (Сорбифер – 1 к × 2 раза в день, при непереносимости - парентеральные формы).

5. При достижении ремиссии постоянный прием Месалазина 1,5-2 г/сутки внутрь (допустимо назначение Сульфасалазина 3 г/сутки) в комбинации с Месалазином 2 г 2 раза в неделю ректально.