

Гастроэнтерология

Ситуационные задачи

Купить: medkeys.ru/product/gastro/



Условие ситуационной задачи

Ситуация

К врачу-терапевту участковому обратился больной 57 лет.

Жалобы

на

- * тянущие боли в эпигастрии и левом подреберье, усиливающиеся через 40-60 минут после еды (чаще после приёма обильной, жирной, жареной пищи и алкоголя), с иррадиацией в спину,
- * отрыжку воздухом, изжогу, тошноту, вздутие живота,
- * кашицеобразный стул до 5-6 раз в сутки с кусочками непереваренной пищи,
- * сухость во рту, прогрессирующее похудание (за последний год похудел на 8 кг).

Анамнез заболевания

- * Длительное время злоупотребляет алкоголем, 7 лет назад стали беспокоить вышеописанные боли, которые носили интермиттирующий характер и уменьшались при приёме обезболивающих. За медицинской помощью не обращался.
- * В течение последнего года интенсивность и продолжительность болей значительно прогрессировали, присоединились изжога, тошнота, метеоризм, нарушения стула, потеря веса. Обратился в районную поликлинику.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально.
- * Работает курьером.
- * Перенесённые заболевания: пневмония.
- * Наследственность и аллергоанамнез не отягощены.
- * Вредные привычки: курит с 15 лет (30 сигарет в день), в течение последних 20 лет злоупотребляет алкоголем.

Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести, температура тела – 36,8°C. Пониженного питания, рост – 173 см, масса тела – 54 кг, ИМТ=18,0 кг/м². Гипотрофия скелетной мускулатуры. Кожные покровы обычной окраски, периферические лимфоузлы не пальпируются, отёков нет. При перкуссии грудной клетки лёгочный звук, дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 68 в минуту, АД – 110/70 мм рт.ст. Язык подсушен. Живот вздут, при пальпации определяется умеренная болезненность в области эпигастрия и левого подреберья. Перкуторные размеры печени и селезёнки в пределах нормы. Симптомов раздражения брюшины нет.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

Результаты инструментальных методов обследования

В данной клинической ситуации основным диагнозом является

Для верификации диагноза показано проведение

- мультidetекторной компьютерной томографии органов брюшной полости
- диагностической лапароскопии органов брюшной полости
- обзорной рентгенографии органов брюшной полости
- радиоизотопного исследования поджелудочной железы

Консервативная тактика ведения больного включает отказ от курения и алкоголя, купирование болевого синдрома, лечение экзокринной и эндокринной недостаточности и

- нутритивную поддержку
- иглорефлексотерапию
- иммуносупрессивную терапию
- антибактериальную терапию

Для купирования болевого синдрома данному пациенту показано назначение

- парацетамола
- преднизолона
- дротаверина
- ацетилсалициловой кислоты

Показаниями для заместительной ферментной терапии являются стеаторея, диарея и

- гиперамилаземия
- гипергликемия
- потеря в весе
- тошнота

Ферментные препараты следует принимать

- во время еды
- натощак
- через 2 часа после еды
- за 2 часа до еды

Принципом диеты для пациента является дробный приём пищи с

- высоким содержанием белков, углеводов, насыщенных жиров и холестерина

- высоким содержанием белков и углеводов, низким содержанием насыщенных жиров и холестерина
- низким содержанием белков и углеводов, высоким содержанием насыщенных жиров и холестерина
- низким содержанием белков, углеводов, насыщенных жиров и холестерина

Пациент относится к _____ группе состояния здоровья

- IIIб
- IIIа
- I
- II

К осложнениям хронического панкреатита, требующим хирургического вмешательства, относятся непроходимость двенадцатиперстной кишки, обструкция общего желчного протока и

- симптоматические псевдокисты
- эрозивный эзофагит
- нутритивная недостаточность
- синдром мальабсорбции

У пациента повышен риск развития

- симптоматические псевдокисты
- эрозивный эзофагит
- нутритивная недостаточность
- синдром мальабсорбции

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 25 лет обратился к врачу-терапевту участковому.

Жалобы

на

* боли в эпигастральной области, возникающие в ночное время; через 2-3 часа после приёма пищи; голодные боли, возникающие натощак и прекращающиеся после приёма пищи;

* отрыжку кислым, тошноту.

Анамнез заболевания

* Данные симптомы беспокоят в течение 5 лет, преимущественно весной и осенью. К врачу не обращался, для уменьшения болей принимает соду, Альмагель.

* Настоящее ухудшение развилось 10 дней назад, обратился в районную поликлинику.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально.
- * Работает программистом.
- * Перенесённые заболевания: пневмония.
- * Наследственность и аллергоанамнез не отягощены.
- * Вредные привычки: курит с 15 лет (20 сигарет в день).

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост – 1,72 м, масса тела – 70 кг, индекс массы тела – 23,7 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет, температура тела – 36,3°C. Зев – миндалины, задняя стенка глотки не гиперемированы. Грудная клетка нормостенической формы, дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 120/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом, живот участвует в акте дыхания, при пальпации болезненный в эпигастриальной области, напряжения мышц живота нет. Перкуторные размеры печени и селезёнки в пределах нормы. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул со склонностью к запорам (1 раз в 2-3 дня).

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- симптоматические псевдокисты
- эрозивный эзофагит
- нутритивная недостаточность
- синдром мальабсорбции

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- симптоматические псевдокисты
- эрозивный эзофагит
- нутритивная недостаточность
- синдром мальабсорбции

Результаты инструментальных методов обследования

В данной клинической ситуации основным диагнозом является

- симптоматические псевдокисты
- эрозивный эзофагит
- нутритивная недостаточность
- синдром мальабсорбции

Стандартная схема первой линии эрадикационной терапии включает комбинацию

- ингибитора протонной помпы, амоксицилина, гентамицина

- ингибитора протонной помпы, кларитромицина, амоксициллина
- H²-блокатора, антацида, метронидазола
- ингибитора протонной помпы, H²-блокатора, гентамицина

Стандартная продолжительность эрадикационной терапии составляет (в днях)

- 6-8
- 16-18
- 10-14
- 3-5

Контроль эрадикации *H. pylori* после антихеликобактерной терапии следует провести через (в неделях)

- 1-3
- 7-9
- 4-6
- 10-12

В период лечения пациенту показано соблюдение рекомендаций по питанию, соответствующих диете №

- 7
- 10
- 9
- 1

Ориентировочные сроки нетрудоспособности для данного больного составляют (в днях)

- 25
- 10
- 15
- 7

Пациент относится к группе состояния здоровья

- II
- IIIб
- I
- IIIa

Кратность ежегодного посещения врача-терапевта в рамках диспансерного наблюдения больного язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки составляет + ____ + раз/раза

- 4

- 3
- 1
- 2

Кратность ежегодного посещения врача-гастроэнтеролога в рамках диспансерного наблюдения больного язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки составляет + ____ + раз/раза

- 1
- 2
- 4
- 3

Длительность диспансерного наблюдения больного язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с момента последнего обострения составляет (в годах)

- 1
- 2
- 4
- 3

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 43 лет обратился в поликлинику.

Жалобы

на

- * ноющие боли в эпигастральной области, которые возникают через 10-15 минут после приема пищи,
- * тошноту и рвоту желудочным содержимым, возникающую на высоте болей и приносящую облегчение,
- * снижение аппетита.

Анамнез заболевания

- * Данные симптомы беспокоят в течение 6 лет, купируются приемом Альмагеля. К врачу ранее не обращался.
- * Отмечает весенне-осенние обострения заболевания.
- * Ухудшение самочувствия около двух дней, после употребления алкоголя и жареной пищи.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально.
- * Работает автослесарем.
- * Перенесённые заболевания: ОРВИ.

- * Наследственность: отец страдал язвенной болезнью желудка.
- * Аллергоanamнез не отягощен.
- * Вредные привычки: курит с 15 лет (20 сигарет в день), часто употребляет алкоголь

Объективный статус

Общее состояние относительно удовлетворительное. Астеник, пониженного питания, рост – 176 см, масса тела – 56 кг, индекс массы тела – $18,1 \text{ кг/м}^2$, температура тела – $36,5^\circ\text{C}$. 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 умеренно вздут, болезненный в эпигастральной области, симптом раздражения брюшины не выявляется. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул ежедневно, без патологических примесей.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- 1
- 2
- 4
- 3

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- 1
- 2
- 4
- 3

Результаты инструментальных методов обследования

В данной клинической ситуации основным диагнозом является

- 1
- 2
- 4
- 3

Стандартная схема первой линии эрадикационной терапии включает комбинацию

- ингибитора протонной помпы, кларитромицина, амоксициллина
- H²-блокатора, антацида, метронидазола

- ингибитора протонной помпы, H²-блокатора, гентамицина
- ингибитора протонной помпы, амоксицилина, гентамицина

Стандартная продолжительность эрадикационной терапии составляет (в днях)

- 3-5
- 10-14
- 6-8
- 16-18

Контроль эрадикации *H. pylori* после антихеликобактерной терапии следует провести через (в неделях)

- 4-6
- 10-12
- 7-9
- 1-3

В период лечения пациенту показано соблюдение рекомендаций по питанию, соответствующих диете №

- 9
- 1
- 10
- 7

Ориентировочные сроки нетрудоспособности для данного больного составляют (в днях)

- 10
- 25
- 7
- 15

Пациент относится к группе состояния здоровья

- II
- IIIб
- I
- IIIа

Кратность ежегодного посещения врача-терапевта в рамках диспансерного наблюдения больного язвенной болезнью желудка неосложнённого течения составляет +____+ раз/раза

- 4
- 2

- 1
- 3

Кратность ежегодного посещения врача-гастроэнтеролога в рамках диспансерного наблюдения больного язвенной болезнью желудка неосложнённого течения составляет + _____ + раз/раза

- 1
- 3
- 4
- 2

Длительность диспансерного наблюдения больного язвенной болезнью желудка с момента последнего обострения составляет (в годах)

- 1
- 3
- 4
- 2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 42 лет.

Жалобы

на

- * изжогу после еды, при наклонах и в горизонтальном положении,
- * отрыжку кислым содержимым,
- * дискомфорт за грудиной, особенно после приёма пищи, усиливающийся при наклонах и в горизонтальном положении,

Анамнез заболевания

- * Более 15 лет беспокоит изжога и отрыжка кислым содержимым.
- * К врачу не обращалась, самостоятельно использовала антацидные препараты.
- * В течение последних 4 месяцев изжога приобрела постоянный характер, появились вышеописанные боли за грудиной.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Работает кассиром.
- * Перенесённые заболевания, операции: ОРВИ, аппендэктомия.
- * Хронические заболевания: дискинезия желчевыводящих путей, бронхиальная астма лёгкого интермиттирующего течения
- * Беременности – 2, роды – 1.

- * Наследственность неотягощена. Аллергия на цветение трав
- * Вредные привычки - нет
- * Часто употребляет копчености, шоколад, газированные напитки, основной приём пищи в вечерние часы, перед сном.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Избыточного питания, рост – 162 см, масса тела – 81 кг, индекс массы тела – 30,8 кг/м², температура тела – 36,8°С. . Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 78 в минуту. АД – 120/70 мм.рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул регулярный.

Перечисленный выше симптомокомплекс обусловлен развитием у пациентки

- 1
- 3
- 4
- 2

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования будет

- 1
- 3
- 4
- 2

Результаты инструментальных методов обследования

В данной клинической ситуации основным диагнозом является

- 1
- 3
- 4
- 2

Диагноз

В данной клинической ситуации предрасполагающим фактором к развитию ГЭРБ является

- бронхиальная астма легкого интермиттирующего течения
- ожирение I степени
- аллергия на цветение трав
- дискинезия желчевыводящих путей

Рекомендации по изменению образа жизни для данной пациентки включают: уменьшение массы тела и приём пищи + _____ + раз/раза в день

- 1-2
- 5-6
- 7-8
- 3-4

Продолжительность основного курса лечения ингибиторами протонной помпы в данной ситуации составляет не менее + _____ + недель

- 12
- 2
- 4
- 8

В состав комплексной терапии данного заболевания включают приём

- желчегонных
- прокинетиков
- антидепрессантов
- нитратов

Для устранения гастроэзофагеального рефлюкса и нормализации двигательной функции верхнего отдела пищеварительного тракта необходимо назначить

- дротаверин
- итоприда гидрохлорид
- метоклопрамид
- спазмалгон

Диетические рекомендации для данной пациентки содержат исключение жирной пищи, шоколада, томатов и

- кислых фруктовых соков
- нежирных сортов рыбы
- постных сортов мяса
- плодовых тыквенных овощей

Для повышения эффективности терапии основного заболевания целесообразно к лечению добавить препараты

- содержащие энзимы
- биоадгезивной формулы на основе гиалуроновой кислоты и хондроитина сульфата
- поливитаминные
- содержащие алюмосиликат природного происхождения, оказывающие адсорбирующее действие

Пациентам с рефрактерным течением ГЭРБ (отсутствие убедительной клинической и эндоскопической ремиссии в течение 4–8 недель при проведении терапии в стандартной дозе ИПП) рекомендовано

- дополнительно назначить антибактериальную терапию
- увеличение длительности лечения до 9-12 недель
- увеличение дозы ИПП в два раза
- проведение ЭГДС с биопсией пищевода и гистологическим исследованием биоптатов

Кратность посещения врача-терапевта в рамках диспансерного наблюдения пациента с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью в первые 3 года после последнего обострения составляет + ____ + раз/раза в год

- дополнительно назначить антибактериальную терапию
- увеличение длительности лечения до 9-12 недель
- увеличение дозы ИПП в два раза
- проведение ЭГДС с биопсией пищевода и гистологическим исследованием биоптатов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Беременная 28 лет обратилась к врачу-терапевту участковому.

Жалобы

- * на боли в эпигастральной области, возникающие в ночное время; через 2-3 часа после приёма пищи; голодные боли, возникающие натощак и прекращающиеся после приёма пищи,
- * отрыжку кислым, тошноту,
- * запоры (двух-трёхдневная задержка стула)

Анамнез заболевания

- * Срок беременности – 10 недель. Вышеописанные симптомы беспокоят в течение 2 недель, для уменьшения болей принимала соду.
- * Обратилась в районную поликлинику.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Работает бухгалтером.

* Перенесённые заболевания: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки с 16 лет с сезонными обострениями, последнее обострение – год назад, ранний гестоз (тошнота, рвота).

* Наследственность и аллергоанамнез не отягощены.

* Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост – 1,72 м, масса тела – 72 кг, температура тела – 36,8°C. Кожные покровы чистые, обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Зев – миндалины, задняя стенка глотки не гиперемированы. Грудная клетка нормостенической формы, дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 130/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом, живот участвует в акте дыхания, округлой формы. При пальпации болезненный в эпигастральной области, напряжения мышц живота нет. Перкуторные размеры печени и селезёнки в пределах нормы. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул со склонностью к запорам (1 раз в 2-3 дня).

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- дополнительно назначить антибактериальную терапию
- увеличение длительности лечения до 9-12 недель
- увеличение дозы ИПП в два раза
- проведение ЭГДС с биопсией пищевода и гистологическим исследованием биоптатов

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- дополнительно назначить антибактериальную терапию
- увеличение длительности лечения до 9-12 недель
- увеличение дозы ИПП в два раза
- проведение ЭГДС с биопсией пищевода и гистологическим исследованием биоптатов

Результаты инструментальных методов обследования

Альтернативным методом инструментальной диагностики у данной пациентки является

- ультразвуковое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки
- сцинтиграфия желудка и двенадцатиперстной кишки
- компьютерная томография желудка и двенадцатиперстной кишки
- рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки

Какой основной диагноз?

- ультразвуковое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки
- сцинтиграфия желудка и двенадцатиперстной кишки
- компьютерная томография желудка и двенадцатиперстной кишки
- рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки

Диагноз

В данной ситуации лечение следует начать с

- невсасывающихся антацидов
- H₂-блокаторов
- ингибиторов протонной помпы
- амоксициллина

Для купирования болевого синдрома целесообразно назначение

- спазмолитиков
- анальгетиков-антипиретиков
- препаратов висмута
- нестероидных противовоспалительных средств

В период лечения показано соблюдение рекомендаций по питанию, соответствующих диете №

- 9
- 7
- 10
- 1

Ориентировочные сроки нетрудоспособности для данной пациентки составляют _____ дней

- 25
- 15
- 7
- 10

Пациентка относится к _____ группе состояния здоровья

- II
- IIIa
- I
- IIIб

Кратность ежегодного посещения врача терапевта в рамках диспансерного наблюдения по основному заболеванию составляет _____ раз/раза в год

- 4
- 2
- 3
- 1

Кратность ежегодного посещения врача – гастроэнтеролога в рамках диспансерного наблюдения по основному заболеванию составляет _____ раз/раза в год

- 1
- 2
- 4
- 3

Длительность диспансерного наблюдения с момента последнего обострения основного заболевания составляет _____ года/лет

- 1
- 2
- 4
- 3

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 41 года, водитель троллейбуса, обратилась в поликлинику.

Жалобы

- ощущение задержки пищи в пищеводе при глотании, возникающее независимо от ее консистенции,
- необильное срыгивание недавно съеденной пищей,
- тяжесть и дискомфорт за грудиной,
- снижение массы тела.

Анамнез заболевания

Впервые ощущение затруднения при глотании возникло 3 месяца назад в условиях эмоционального стресса и быстро прогрессировало. Сначала больная стала запивать плотную пищу маленькими глотками минеральной воды, ела стоя и двигаясь по комнате, что приносило временный и непостоянный эффект. Месяц назад появилось необильное срыгивание только что принятой пищей. За время болезни вес снизился на 4 кг.

Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально.
- Перенесенные заболевания и операции: редкие простудные, миома матки,

соответствующая 5 неделям беременности, в течение 3 лет.

- Наследственность: у матери желчнокаменная болезнь.
- Вредные привычки: не курит, алкоголь и наркотики не употребляет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Питание достаточное, ИМТ=21 кг/м². Кожный покров обычной окраски и влажности. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Отеков нет. Пальпируется перешеек щитовидной железы. Язык влажный с сероватым налетом у корня, сосочки сохранены. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не пальпируются. Со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем – без особенностей.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- 1
- 2
- 4
- 3

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- 1
- 2
- 4
- 3

Результаты инструментальных методов обследования

На основании клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования стенозирующее поражение пищевода обусловлено

- 1
- 2
- 4
- 3

Обследование больной следует начинать с визуализации пищевода методом

- эзофагоскопии
- обзорной рентгенографии органов грудной полости
- компьютерной томографии средостения
- контрастной рентгенографии пищевода

Информативность рентгенологического исследования пищевода повышается проведением пробы с

- ипратропия бромидом
- нитроглицерином
- физической нагрузкой
- сальбутамолом

На развернутых стадиях заболевания контрастное рентгенологическое исследование пищевода помимо сужения дистального отдела и расширения проксимального отдела выявляет

- стойкие спастические сокращения
- неровность контура пищевода в среднем отделе
- утолщение стенки на всем протяжении органа
- исчезновение газового пузыря желудка

Лечение больной следует начинать с

- консервативной терапии
- кардиомиотомии
- введения ботулинотоксина
- кардиодилатации

Для консервативного лечения больной можно использовать

- ингибиторы АПФ, М-холинолитики, миогенные спазмолитики
- антациды, альгинаты, H²-блокаторы рецепторов гистамина
- антагонисты кальциевых каналов, нитраты, М-холинолитики
- β-адреноблокаторы, ингаляционные глюкокортикостероиды

При неэффективности консервативного лечения в качестве терапии второй линии пациентке следует рекомендовать

- стентирование пищевода
- кардиомиотомию с фундопликацией
- кардиомиотомию
- кардиодилатацию

Периодичность проведения визуализирующих состояние пищевода и кардии инструментальных исследований

- составляет один раз в 6 месяцев
- определяют при изменении картины болезни
- определяют по индивидуальным показаниям
- составляет один раз в 12 месяце

В процессе динамического наблюдения за больными с ахалазией кардии

- осмотры врачом-терапевтом и врачом-гастроэнтерологом проводятся не реже 1 раза в год
- осмотры врачом-терапевтом и врачом-гастроэнтерологом проводятся не реже 2 раз в год
- обязательны консультации врача - торакального хирурга и врача-психотерапевта
- осмотры врачом-терапевтом и врачом-гастроэнтерологом проводятся по индивидуальной программе

Врач-терапевт участковый должен рекомендовать больной с ахалазией кардии

- осмотры врачом-терапевтом и врачом-гастроэнтерологом проводятся не реже 1 раза в год
- осмотры врачом-терапевтом и врачом-гастроэнтерологом проводятся не реже 2 раз в год
- обязательны консультации врача - торакального хирурга и врача-психотерапевта
- осмотры врачом-терапевтом и врачом-гастроэнтерологом проводятся по индивидуальной программе

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к участковому терапевту в поликлинику обратился мужчина 38 лет

Жалобы

- упорная изжога после приема любой пищи и в ночное время
- отрыжка воздухом
- кислый привкус во рту
- неприятный запах изо рта

Анамнез заболевания

Жалобы беспокоят в течение месяца, их спровоцировало употребление фастфуда, постепенно нарастают. При изжоге использовал рассасывание таблеток Ренни, но помогли они только первое время. За последний год прибавил в весе 10 кг, в это время вел малую физическую активность из-за травмы ноги, получал анальгетики.

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально
- Перенесенные заболевания и операции: ОРВИ, аппендэктомия в юности, год назад – травма колена с последующей менискэктомией.
- Наследственность не отягощена
- Вредные привычки: не курит, алкоголь употребляет умеренно.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Повышенного питания. Рост 172 см, вес 86 кг. ИМТ 29,1.

Кожные покровы и слизистые обычной окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 72 в минуту, АД 130/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом у корня. Живот мягкий, чувствительный высоко в эпигастрии, болезненный при надавливании на мечевидный отросток грудины, петли кишечника не вздуты. Печень по краю реберной дуги. Желчный пузырь не пальпируется. Поколачивание по поясничной области безболезненное. Отеков нет.

Выберите необходимый для постановки диагноза лабораторный метод обследования

- осмотры врачом-терапевтом и врачом-гастроэнтерологом проводятся не реже 1 раза в год
- осмотры врачом-терапевтом и врачом-гастроэнтерологом проводятся не реже 2 раз в год
- обязательны консультации врача - торакального хирурга и врача-психотерапевта
- осмотры врачом-терапевтом и врачом-гастроэнтерологом проводятся по индивидуальной программе

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- осмотры врачом-терапевтом и врачом-гастроэнтерологом проводятся не реже 1 раза в год
- осмотры врачом-терапевтом и врачом-гастроэнтерологом проводятся не реже 2 раз в год
- обязательны консультации врача - торакального хирурга и врача-психотерапевта
- осмотры врачом-терапевтом и врачом-гастроэнтерологом проводятся по индивидуальной программе

Результаты инструментальных методов обследования

Сформулируйте диагноз основного заболевания

- осмотры врачом-терапевтом и врачом-гастроэнтерологом проводятся не реже 1 раза в год
- осмотры врачом-терапевтом и врачом-гастроэнтерологом проводятся не реже 2 раз в год
- обязательны консультации врача - торакального хирурга и врача-психотерапевта
- осмотры врачом-терапевтом и врачом-гастроэнтерологом проводятся по индивидуальной программе

Диагноз

Проведение контрастной рентгеноскопии пищевода и желудка должно проводиться для исключения

- скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
- синдрома Мэллори-Вейсса
- аденокарциномы пищевода
- ахалазии кардии с явлениями застойного эзофагита

Участковым врачом должны быть даны больному с ГЭРБ рекомендации по антирефлюксному режиму, который включает в себя

- ужин не раньше, чем за час до отхода ко сну
- ужин с обязательным запиванием газированным напитком
- ужин не позднее, чем за 2 часа до отхода ко сну
- последний вечерний прием пищи в горизонтальном положении

Медикаментозное лечение больных ГЭРБ должно включать комбинацию

- спазмолитиков, ферментов, адсорбентов
- спазмолитиков, ферментов, пробиотиков
- ферментов, М-холиноблокаторов, адсорбентов
- ингибиторов протонной помпы, альгинатов, прокинетиков

Антисекреторные препараты больному ГЭРБ следует назначить на срок _____ недели/ недель

- 2
- 8
- 4
- 6

Поддерживающая терапия ГЭРБ включает прием

- ингибиторов протонной помпы на ночь длительное время
- ингибиторов протонной помпы в режиме «по требованию»
- адсорбентов в режиме «по требованию»
- антацидов в момент изжоги и кислой регургитации

При отсутствии эффекта от лечения пациенту следует провести

- суточную рН-импедансометрию
- биопсию из дистального отдела пищевода
- электрогастрографию
- манометрию пищевода

Пациенту рекомендована диета, исключая приём

- кислых фруктов и жирной пищи
- продуктов богатых глютенем
- сладостей и выпечки

- молочных продуктов

Диспансерное наблюдение больных ГЭРБ осуществляется с периодичностью 1 раз в

- месяц
- 6 месяцев
- год
- 2 года

Пациенту необходимо рекомендовать

- месяц
- 6 месяцев
- год
- 2 года

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 54 лет обратилась в поликлинику.

Жалобы

- боли в левой подвздошной области тянущего характера,
- склонность к запорам – стул через день, иногда через 2 дня.

Анамнез заболевания

Подобные боли периодически беспокоят последний год, как правило, в связи с задержкой стула. Ранее не обследовалась. Поводом для обращения стал совет врача-гинеколога провести исследование кишечника, поскольку была отмечена выраженная болезненность при вагинальном исследовании.

Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально.
- Перенесенные заболевания и операции: простудные, аппендэктомия, перелом лучевой кости в типичном месте два года назад.
- Наследственность: родители умерли в старческом возрасте.
- Аллергии на медикаменты нет.
- Вредных привычек нет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост – 163 см, масса тела – 66 кг, индекс массы тела – $24,8 \text{ кг/м}^2$. Кожа и слизистые обычной окраски и влажности. Со стороны сердца и легких без отклонений от нормы. Язык влажный с выраженным серым налетом по спинке. Живот мягкий, болезненный при пальпации по ходу кишечника с максимумом в зоне сигмовидной кишки. Печень – по краю реберной дуги. Пальпируемых образований в брюшной полости не определяется.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- месяц
- 6 месяцев
- год
- 2 года

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- месяц
- 6 месяцев
- год
- 2 года

Результаты инструментальных методов обследования

Какой диагноз основного заболевания можно поставить больной на основании клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования?

- месяц
- 6 месяцев
- год
- 2 года

Инструментальное исследование кишечника данной пациентке следует начать с

- компьютерной томографии брюшной полости
- ректороманоскопии
- фиброколоноскопии
- ирригоскопии

Болевые ощущения у пациентки в первую очередь следует дифференцировать с

- язвенным колитом
- колоректальным раком
- нефроптозом
- глистной инвазией

Развитие дивертикулита следует заподозрить при наличии

- лейкоцитоза в клиническом анализе крови
- признаков железодефицитного состояния
- положительной пробы на скрытую кровь в кале
- повышенного уровня фекального кальпротектина

Больной с дивертикулезом ободочной кишки следует рекомендовать

- антрагликозиды
- касторовое масло
- осмотические слабительные
- вазелиновое масло

При развитии дивертикулита в качестве базисного противовоспалительного средства следует назначить

- производные 5-аминосалициловой кислоты
- невсасывающиеся антибиотики
- нитроимидазолы
- фторхинолоны

Больной с дивертикулезом ободочной кишки, осложнившимся дивертикулитом, следует назначить

- нитроимидазолы
- пробиотики
- фторхинолоны
- невсасывающиеся антибиотики

Больным с дивертикулезом ободочной кишки препараты со спазмолитическим эффектом следует комбинировать с

- ветрогонными пеногасителями
- нестероидными анальгетиками
- солевыми слабительными
- полиферментными препаратами

Наиболее высок риск кишечных кровотечений у больных с

- множественными дивертикулами
- диаметром дивертикулов свыше 3 см
- долихосигмой
- локализацией дивертикулов в сигмовидной кишке

Профилактика развития осложнений дивертикулярной болезни обеспечивается

- множественными дивертикулами
- диаметром дивертикулов свыше 3 см
- долихосигмой
- локализацией дивертикулов в сигмовидной кишке

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 62 лет обратилась в поликлинику.

Жалобы

- спастические боли в левом подреберье и левой подвздошной области,
- метеоризм и обильное кишечное газообразование,
- стул со склонностью к запорам, который больная регулирует диетой с большим содержанием растительной клетчатки.

Анамнез заболевания

Подобные боли периодически беспокоят в течение 10-12 лет, как правило, в связи с задержкой стула. Ранее не обследовалась. Поводом для обращения стал эпизод интенсивных болей той же локализации неделю назад. Вызывала бригаду скорой медицинской помощи, доставившую пациентку в приемное отделение больницы, где была осмотрена врачом-хирургом, выполнены анализы крови и мочи, ультразвуковое исследование брюшной полости. Острой хирургической патологии не выявили, от госпитализации для обследования отказалась. В последующие дни боли сохранялись, беспокоили в течение дня и даже ночью, температура тела держалась на уровне 37,2-37,5°C. Самостоятельно без заметного улучшения принимала но-шпу, активированный уголь и левомицетин.

Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально.
- Перенесенные заболевания и операции: простудные, дважды переносила пневмонию, аппендэктомия, последние годы повышение артериального давления, компенсировано до нормотонии приемом нолипрела и конкора.
- Наследственность: родители умерли в старческом возрасте, старший брат – от рака предстательной железы.
- Аллергии на медикаменты нет.
- Вредных привычек нет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост – 160 см, масса тела – 67 кг, индекс массы тела – 26,2 кг/м². Кожа и слизистые обычной окраски и влажности. Со стороны сердца и легких без отклонений от нормы. Язык влажный, с выраженным серым налетом по спинке. Живот мягкий, несколько вздут, болезненный при пальпации по ходу кишечника с максимумом в зоне сигмовидной кишки. Печень – по краю реберной дуги. Пальпируемых образований в брюшной полости не определяется.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- множественными дивертикулами
- диаметром дивертикулов свыше 3 см
- долихосигмой
- локализацией дивертикулов в сигмовидной кишке

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- множественными дивертикулами
- диаметром дивертикулов свыше 3 см
- долихосигмой
- локализацией дивертикулов в сигмовидной кишке

Результаты инструментальных методов обследования

Какой диагноз основного заболевания можно поставить пациентке на основании клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования?

- множественными дивертикулами
- диаметром дивертикулов свыше 3 см
- долихосигмой
- локализацией дивертикулов в сигмовидной кишке

Инструментальное исследование кишечника у данной пациентки следует начать с

- фиброколоноскопии
- ректороманоскопии
- ирригоскопии
- компьютерной томографии брюшной полости

При отсутствии признаков осложнений дифференциальный диагноз дивертикулярной болезни ободочной кишки лучше проводить с использованием

- фиброколоноскопии
- ирригоскопии
- ультразвуковой колоноскопии
- компьютерной томографии брюшной полости

Осложнение дивертикулеза дивертикулитом следует заподозрить при наличии

- повышенного уровня фекального кальпротектина
- лейкоцитоза в клиническом анализе крови
- признаков железодефицитного состояния
- положительной пробы на скрытую кровь в кале

Больной с дивертикулярной болезнью ободочной кишки следует предпочесть

- касторовое масло
- антрагликозиды
- солевые слабительные

- осмотические слабительные

Для лечения рецидивирующего дивертикулита следует назначить прерывистым курсом в течение года

- фторхинолоны
- комбинацию пробиотиков и пребиотиков
- невосстанавливающиеся антибиотики
- производные 5-аминосалициловой кислоты

При назначении противомикробных препаратов больной с дивертикулярной болезнью ободочной кишки следует предпочесть

- нитроимидазолы (метронидазол)
- фторхинолоны (ципрофлоксацин)
- полусинтетические пенициллины (ампицилин)
- невосстанавливающиеся антибиотики (рифаксимин)

Больным с дивертикулярной болезнью ободочной кишки препараты со спазмолитическим эффектом следует комбинировать с

- ветрогонными пеногасителями
- солевыми слабительными
- полиферментными препаратами
- урсодезоксихолевой кислотой

Наиболее высок риск осложнений дивертикулита ободочной кишки у больных

- со спаечным процессом в малом тазу
- с дивертикулами сигмовидной кишки
- принимающих антикоагулянты
- с диаметром дивертикулов свыше 2 см

Профилактика развития осложнений дивертикулярной болезни обеспечивается

- со спаечным процессом в малом тазу
- с дивертикулами сигмовидной кишки
- принимающих антикоагулянты
- с диаметром дивертикулов свыше 2 см

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 33 года, воспитатель детского сада, обратилась к врачу-терапевту участковому.

Жалобы

- кратковременные коликообразные боли в правом подреберье после приема пищи и при эмоциональных перегрузках,
- изредка утреннее ощущение тошноты,
- появление горечи после употребления жирной или жареной пищи,
- периодические эпизоды жидкого стула с примесью желчи.

Анамнез заболевания

8 лет назад во время беременности появились изжога, боли в правом подреберье после приема пищи. При УЗИ органов брюшной полости была обнаружена аномалия формы желчного пузыря с перегибом в теле, рекомендовано дробное питание с ограничением жиров и прием дротаверина. Следовала этой рекомендации и поддерживала удовлетворительное самочувствие. В последующем боли в правом подреберье возникали при пищевых погрешностях и эмоциональных нагрузках, купировались мезимом форте и дротаверином. Последнее УЗИ органов брюшной полости выполнялось полгода назад по программе диспансеризации.

Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально.
- Перенесенные заболевания: простудные, нижнедолевая пневмония 3 года назад, поверхностный гастрит.
- Наследственность: у отца – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.
- Роды – 1, в течение 6 лет получает гормональные контрацептивы (Ярина, Джесс).
- Аллергия на антибиотики пенициллинового ряда по типу крапивницы.
- Вредные привычки отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост – 166 см, масса тела – 73 кг, индекс массы тела – 26,5 кг/м². Кожа и слизистые обычной окраски и влажности. Со стороны сердца и легких без отклонений от нормы. Язык влажный с небольшим светлым налетом у корня. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в правом подреберье, в остальных отделах – безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- со спаечным процессом в малом тазу
- с дивертикулами сигмовидной кишки
- принимающих антикоагулянты
- с диаметром дивертикулов свыше 2 см

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- со спаечным процессом в малом тазу

- с дивертикулами сигмовидной кишки
- принимающих антикоагулянты
- с диаметром дивертикулов свыше 2 см

Результаты инструментальных методов обследования

Скрининговым инструментальным исследованием для исключения холецистолитиаза является

- ультразвуковое сканирование органов брюшной полости
- магнитно-резонансная холангиопанкреатография
- эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
- манометрия сфинктера Одди

На основании клинических, лабораторных и инструментальных исследований пациентке можно поставить диагноз основного заболевания

- ультразвуковое сканирование органов брюшной полости
- магнитно-резонансная холангиопанкреатография
- эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
- манометрия сфинктера Одди

Немодифицируемым фактором риска дискинезии желчного пузыря у больной является

- избыточная масса тела
- прием гормональных контрацептивов
- гипокинезия
- аномалия формы желчного пузыря

Оптимальным скрининговым инструментальным методом контроля состояния билиарного тракта является

- обзорная рентгенограмма брюшной полости
- магнитно-резонансная томография брюшной полости
- ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография

О функциональном характере патологии желчевыводящих путей можно судить по

- увеличению содержания С-реактивного белка
- отсутствию воспалительных изменений в анализе крови
- утолщению стенок желчного пузыря
- наличию пальпаторного симптома Курвуазье

Пациентам с дисфункцией желчевыводящих путей по гиперкинетическому типу назначают

- магниальные минеральные воды
- желчегонные препараты
- миогенные спазмолитики
- нестероидные противовоспалительные препараты

При усилении диспепсических явлений пациентке могут быть назначены препараты из группы

- холекинетики
- холеспазмолитиков
- истинных холеретиков
- гидрохолеретиков

Дифференцировать дисфункцию желчевыводящих путей необходимо с

- опухолями желчевыводящей системы
- хроническим панкреатитом
- хроническим холециститом
- хроническим гастродуоденитом

Основным принципом диетотерапии при дисфункции желчевыводящих путей по гиперкинетическому типу является

- дробное питание 4-5 раз в сутки с 3-4-часовыми интервалами между приемами пищи
- исключение употребления алкоголя и других пищевых стимуляторов желудочного сока
- обогащение рациона животными жирами и экстрактивными продуктами, стимулирующими желчеотделение
- замена в пищевом рационе животных жиров растительными маслами

Принципы профилактики дисфункции желчевыводящих путей основаны на

- дробное питание 4-5 раз в сутки с 3-4-часовыми интервалами между приемами пищи
- исключение употребления алкоголя и других пищевых стимуляторов желудочного сока
- обогащение рациона животными жирами и экстрактивными продуктами, стимулирующими желчеотделение
- замена в пищевом рационе животных жиров растительными маслами

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 42 лет, бухгалтер, обратилась к врачу-терапевту участковому за разъяснениями и

лечением в связи с обнаружением при ультразвуковом исследовании брюшной полости, выполненном по программе диспансеризации, конкрементов в желчном пузыре.

Жалобы

- плохая переносимость жирной и жареной пищи, от которой пришлось отказаться,
- изредка утреннее ощущение тошноты.

Анамнез заболевания

В молодости была обнаружена сложная деформация желчного пузыря и рекомендовано дробное питание с ограничением жиров. Следовала этой рекомендации и поддерживала удовлетворительное самочувствие. При случавшихся нечастых пищевых погрешностях принимала ферментные препараты. Ежегодно проходила ультразвуковое сканирование печени и желчного пузыря, последнее – год назад. Накануне обращения при очередном обследовании впервые выявлены конкременты в полости желчного пузыря. Встревожена перспективой оперативного вмешательства.

Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально.
- Перенесенные заболевания: простудные, перелом ключицы 6 лет назад.
- Наследственность: у матери и старшей сестры желчнокаменная болезнь, обеим выполнена лапароскопическая холецистэктомия.
- Родов – 2, медицинских аборт – 2. Много лет получает гормональные контрацептивы.
- Аллергии на медикаменты нет.
- Вредных привычек нет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост – 160 см, масса тела – 65 кг, индекс массы тела – 25,4 кг/м². Кожа и слизистые обычной окраски и влажности. Со стороны сердца и легких без отклонений от нормы. Язык влажный с легким налетом у корня. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Легкая асимметрия чувствительности в подреберьях с преобладанием справа. Печень не пальпируется.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- дробное питание 4-5 раз в сутки с 3-4-часовыми интервалами между приемами пищи
- исключение употребления алкоголя и других пищевых стимуляторов желудочного сока
- обогащение рациона животными жирами и экстрактивными продуктами, стимулирующими желчеотделение
- замена в пищевом рационе животных жиров растительными маслами

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимый для постановки диагноза инструментальный метод обследования

- дробное питание 4-5 раз в сутки с 3-4-часовыми интервалами между приемами пищи
- исключение употребления алкоголя и других пищевых стимуляторов желудочного сока
- обогащение рациона животными жирами и экстрактивными продуктами, стимулирующими желчеотделение
- замена в пищевом рационе животных жиров растительными маслами

Результаты инструментальных методов обследования

К скрининговым инструментальным исследованиям, проводимым для исключения холедохолитиаза, относят

- холангиографию с внутривенным контрастированием
- эндоскопическое ультразвуковое исследование
- маномерию сфинктера Одди
- эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию
- обзорную рентгенограмму брюшной полости
- магнитно-резонансную холангиопанкреатографию

Какой диагноз основного заболевания можно поставить пациентке?

- холангиографию с внутривенным контрастированием
- эндоскопическое ультразвуковое исследование
- маномерию сфинктера Одди
- эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию
- обзорную рентгенограмму брюшной полости
- магнитно-резонансную холангиопанкреатографию

Устранить риск формирования и прогрессирования желчнокаменной болезни у пациентки на данном этапе заболевания возможно

- увеличив потребление пищевых волокон
- повысив физическую активность
- отменив гормональные контрацептивы
- снизив пищевое потребление жиров

Оптимальным инструментальным методом динамического контроля состояния билиарного тракта является

- компьютерная томография органов брюшной полости
- магнитно-резонансная холангиопанкреатография
- ультразвуковое сканирование органов брюшной полости
- обзорный рентгеновский снимок органов брюшной полости

Признаком холестеринового состава конкрементов является

- диаметр конкрементов не более 10 мм
- наличие у конкремента акустической дорожки
- давность конкрементов не более 1 года
- их смещение при повороте тела

Показанием к холецистэктомии у больной является

- наличие осложнений
- неэффективный литолиз
- наследственный фактор
- выраженная диспепсия

При усилении диспепсии больной могут быть назначены желчегонные препараты

- на основе сернокислой магнезии
- в виде минеральных вод
- со спазмолитическим эффектом
- растительного происхождения

Контроль эффективности литолитической терапии осуществляется путем проведения ультразвукового сканирования в сроки через _____ месяц/месяца/месяцев непрерывного лечения

- 6
- 3
- 1
- 12

Доза урсодезоксихолевой кислоты для литолитической терапии определяется из расчета _____ мг/кг массы тела

- 20
- 1
- 5
- 10

Плановое проведение холецистэктомии при бессимптомном камненосительстве рекомендуется

- 20
- 1
- 5
- 10

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 52 лет, инвалид II группы, обратился в поликлинику для обследования перед очередным освидетельствованием МСЭК.

Жалобы

- тупые боли после еды в эпигастрии и левом подреберье с иррадиацией в спину,
- метеоризм и выраженное кишечное газообразование,
- обильный кашицеобразный стул с жирным блеском 4-5 раза в день,
- общая слабость.

Анамнез заболевания

Много лет злоупотреблял алкоголем. Три года назад в связи с деструктивным панкреатитом проведена некрсеквестрэктомия поджелудочной железы, дренирование сальниковой сумки, была установлена II группа инвалидности.

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- Перенесенные заболевания и операции: простудные, аппендэктомия в детстве.
- Наследственность: у отца была язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.
- Аллергии на медикаменты нет.
- Вредные привычки: курит по 1 пачке сигарет в день, последние 3 года алкоголь не употребляет, наркотики не употреблял никогда.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост – 178 см, масса тела – 55 кг, индекс массы тела – 17,4 кг/м². Кожа и слизистые обычной окраски и влажности. Со стороны сердца и легких без отклонений от нормы. Язык влажный с выраженным серым налетом по спинке. Живот мягкий, несколько вздут, болезненный при пальпации в эпигастрии, обоих подреберьях. В эпигастрии пальпируется малоблезненное плотное несмещаемое образование 8×5 см. Отчетливая пульсация аорты в левом подреберье. Печень на 3 см выступает из-под края реберной дуги (опущена).

Выберите необходимые для постановки диагноза и экспертизы трудоспособности лабораторные методы обследования

- 20
- 1
- 5
- 10

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите скрининговые инструментальные методы для диагностики хронического панкреатита

- 20

- 1
- 5
- 10

Результаты инструментальных методов обследования

Какой диагноз основного заболевания?

- 20
- 1
- 5
- 10

Осложнением основного заболевания, в наибольшей степени определяющим стойкую утрату трудоспособности пациента, является

- синдром панкреатогенной мальабсорбции
- синдром трофологической недостаточности
- панкреатогенный сахарный диабет
- рецидивирующий абдоминальный болевой синдром

Инструментальным исследованием, уточняющим состояние панкреатобилиарной зоны, с которого следует начать обследование, является

- магнитно-резонансная томография брюшной полости
- эзофагогастродуоденоскопия
- ультразвуковое сканирование органов брюшной полости
- компьютерная томография органов брюшной полости

Наиболее точно экзокринную недостаточность поджелудочной железы подтверждает

- определение суточной потери жира с калом
- тест Лунда
- копрологическое исследование
- определение панкреатической эластазы в кале

Минимальной дозой, обеспечивающей нормальное переваривание пищи у больных хроническим панкреатитом, считается + _____ + тыс.ед. липазы на прием пищи

- 60-80
- 25-50
- 20
- 10

Для заместительной полиферментной терапии больному следует предпочесть препараты

- в кишечнорастворимых оболочках
- в форме водорастворимого геля
- в форме минимикросфер
- в форме таблеток

Для лабораторного скрининга трофологического статуса больного хроническим панкреатитом используют показатели

- общего белка и альбумина крови, уровня гемоглобина, абсолютного числа лимфоцитов в гемограмме
- альбумино-глобулиновый коэффициент, уровень кальция в крови, протеинурия
- креатинина, мочевины, трансферрина сыворотки, абсолютного числа моноцитов в гемограмме
- железа, кальция, калия, витамина В¹², фолиевой кислоты сыворотки

Для уменьшения протокового давления в поджелудочной железе больному целесообразно назначить комбинацию

- мебеверина и циметидина
- мебеверина и рабепразола
- мебеверина и трамадола
- рабепразола и парацетамола

Диетическая терапия больного с хроническим панкреатитом предполагает

- достаточное содержание белков и углеводов, низкое содержание жиров
- низкое содержание белков, углеводов и жиров, назначение жирорастворимых витаминов
- достаточное содержание жиров при условии адекватной заместительной ферментной терапии
- низкое содержание белков и жиров, достаточное содержание углеводов

Панкреатогенный сахарный диабет характеризуется

- достаточное содержание белков и углеводов, низкое содержание жиров
- низкое содержание белков, углеводов и жиров, назначение жирорастворимых витаминов
- достаточное содержание жиров при условии адекватной заместительной ферментной терапии
- низкое содержание белков и жиров, достаточное содержание углеводов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 46 лет обратилась в поликлинику

Жалобы

- тупые боли после еды в верхних отделах живота с иррадиацией в спину
- тошноту по утрам и после еды
- горечь во рту
- снижение аппетита
- метеоризм и кишечное газообразование
- обильный кашицеобразный стул с жирным блеском 2-3 раза в день.

Анамнез заболевания

Пять лет назад при ультразвуковом исследовании органов брюшной полости были обнаружены множественные конкременты в желчном пузыре диаметром от 5 до 18 мм. На рекомендованную холецистэктомию не согласилась. В течение последнего года появились и нарастали указанные жалобы. Из-за ограничений в питании и диареи снизила массу тела на 6 кг.

Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально.
- Перенесенные заболевания и операции: редкие простудные, миома матки, соответствующая 5 неделям беременности, в течение 3 лет.
- Наследственность: у матери желчнокаменная болезнь.
- Родов 2. Менструальный цикл не изменен.
- Вредные привычки: не курит, алкоголь и наркотики не употребляет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Индекс массы тела 24. Кожа и слизистые обычной окраски и влажности. Со стороны сердца и легких без отклонений от нормы. Язык влажный с выраженным белым налетом по спинке. Живот мягкий, несколько вздут, болезненный при пальпации в эпигастрии, обоих подреберьях. Множество мелких гемангиом на коже верхних отделов живота. Печень перкуторно – по краю реберной дуги.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- достаточное содержание белков и углеводов, низкое содержание жиров
- низкое содержание белков, углеводов и жиров, назначение жирорастворимых витаминов
- достаточное содержание жиров при условии адекватной заместительной ферментной терапии
- низкое содержание белков и жиров, достаточное содержание углеводов

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- достаточное содержание белков и углеводов, низкое содержание жиров

- низкое содержание белков, углеводов и жиров, назначение жирорастворимых витаминов
- достаточное содержание жиров при условии адекватной заместительной ферментной терапии
- низкое содержание белков и жиров, достаточное содержание углеводов

Результаты инструментальных методов обследования

На основании объективного осмотра, результатов лабораторно-инструментальных методов обследования, можно поставить диагноз

- достаточное содержание белков и углеводов, низкое содержание жиров
- низкое содержание белков, углеводов и жиров, назначение жирорастворимых витаминов
- достаточное содержание жиров при условии адекватной заместительной ферментной терапии
- низкое содержание белков и жиров, достаточное содержание углеводов

Уточнение состояния панкреатобилиарной зоны у пациентки следует начать с

- обзорного рентгеновского снимка брюшной полости
- магнитно-резонансной томография органов брюшной полости
- компьютерной томографии органов брюшной полости
- ультразвукового сканирования органов брюшной полости

Наиболее точно экзокринную недостаточность поджелудочной железы у больной подтвердит

- тест Лунда
- определение суточной потери жира с калом
- копрологическое исследование
- определение панкреатической эластазы в кале

Помимо низкого содержания жиров диетическая терапия при функциональной панкреатической недостаточности предусматривает

- снижение содержания белков и углеводов
- достаточное содержание белков и углеводов
- низкое содержание углеводов, высокое содержание белков
- низкое содержание белков, достаточное содержание углеводов

Оптимальная заместительная полиферментная терапия предполагает преимущественное использование препаратов

- в форме суспензии
- в форме минимикросфер
- в кишечнорастворимых оболочках

- в форме минитаблеток

Критерием достаточности заместительной полиферментной терапии являются

- повышение содержания панкреатической эластазы в кале
- снижение потерь нейтрального жира с калом
- исчезновение полифекалии и диспепсии
- нормализация показателей копрограммы

Для купирования болевых ощущений у пациентки целесообразно назначение комбинации препаратов

- гимекромона и фамотидина
- гимекромона и рабепразола
- рабепразола и урсодезоксихолевой кислоты
- гимекромона и урсодезоксихолевой кислоты

Показания к оперативному лечению пациентки определяются

- формированием эндокринной панкреатической недостаточности
- прогрессированием экзокринной панкреатической недостаточности
- возможностью осложнений желчнокаменной болезни
- возможностью развития рака поджелудочной железы

Помимо больших размеров конкрементов, возможность эффективной литолитической терапии у пациентки ограничена

- принадлежностью к женскому полу, экзокринной недостаточностью поджелудочной железы
- наличием множественных конкрементов, наличием хронического панкреатита
- наличием множественных конкрементов, сохраненной менструальной функцией
- давностью конкрементов свыше 5 лет, наличием хронической диареи

Заместительная полиферментная терапия должна назначаться из расчета

- принадлежностью к женскому полу, экзокринной недостаточностью поджелудочной железы
- наличием множественных конкрементов, наличием хронического панкреатита
- наличием множественных конкрементов, сохраненной менструальной функцией
- давностью конкрементов свыше 5 лет, наличием хронической диареи

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 46 лет обратился в поликлинику.

Жалобы

на

- кожный зуд,
- желтушность кожи и склер,
- увеличение живота,
- отеки нижних конечностей к вечеру.

Анамнез заболевания

Диагноз цирроза печени был установлен два года назад. Вирусная этиология доказана не была. Алкоголь в умеренных количествах употреблял в молодости. Были исключены и редкие причины цирроза – болезнь Вильсона, гемохроматоз, аутоиммунный и билиарный варианты. Получал курсами урсодезоксихолевую кислоту, адеметионин, эссенциальные фосфолипиды. Самочувствие оставалось удовлетворительным до последнего времени. Указанные жалобы начались с зуда кожи около месяца назад.

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- По профессии – системный администратор.
- Перенесенные заболевания и операции: простудные, детские инфекции.
- Наследственность: у матери – сахарный диабет 2 типа, отец в возрасте 57 лет умер от инфаркта миокарда.
- Аллергии на медикаменты нет. Контакта с токсичными веществами не имеет.
- Вредные привычки отрицает.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост – 180 см, масса тела – 84 кг, индекс массы тела – 25,9. Кожа и слизистые иктеричны. На коже верхней части грудной клетки единичные телеангиэктазии. Ладони «печеночные». Пастозность стоп. Живот несколько вздут, перкуторно определяется свободная жидкость. Выражена венозная сеть на передне-боковых поверхностях живота. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в эпигастрии. Печень перкуторно выступает из правого подреберья на 5 см, край плотно-эластический, селезенка при пальпации не определяется. Тоны сердца ритмичные, несколько приглушены. ЧСС – 80 в мин. АД – 130/80 мм рт.ст. Со стороны легких – без отклонений от нормы.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- принадлежностью к женскому полу, экзокринной недостаточностью поджелудочной железы
- наличием множественных конкрементов, наличием хронического панкреатита
- наличием множественных конкрементов, сохраненной менструальной функцией
- давностью конкрементов свыше 5 лет, наличием хронической диареи

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- принадлежностью к женскому полу, экзокринной недостаточностью поджелудочной железы
- наличием множественных конкрементов, наличием хронического панкреатита
- наличием множественных конкрементов, сохраненной менструальной функцией
- давностью конкрементов свыше 5 лет, наличием хронической диареи

Результаты инструментальных методов обследования

Какой диагноз основного заболевания и его осложнений?

- принадлежностью к женскому полу, экзокринной недостаточностью поджелудочной железы
- наличием множественных конкрементов, наличием хронического панкреатита
- наличием множественных конкрементов, сохраненной менструальной функцией
- давностью конкрементов свыше 5 лет, наличием хронической диареи

Наиболее информативным исследованием, уточняющим состояние печени, является

- магнитно-резонансная томография брюшной полости
- компьютерная томография брюшной полости
- ультразвуковое сканирование органов брюшной полости
- биопсия печени с гистологическим исследованием биоптата

Наиболее точно подтвердит наличие холестатического синдрома исследование

- щелочной и кислой фосфатаз
- альдолазы и ацетилхолинэстеразы
- аланиаминотрансферазы и аспартатаминотрансферазы
- щелочной фосфатазы и гамма-глутамилтранспептидазы

Наиболее точно подтвердит наличие цитолитического синдрома исследование

- щелочной фосфатазы
- аминотрансфераз
- протромбинового времени
- протеинограммы

Для снижения венозного давления в портальной системе назначают

- неселективные β -блокаторы
- ингибиторы кальциевых каналов
- центральные симпатолитики
- М-холиноблокаторы

При выраженном кожном зуде у больных с циррозом печени лучшие результаты достигаются назначением

- холестирамина
- аторвастатина
- адеметионина
- урсодезоксихолевой кислоты

Лечение асцита больному следует начать с комбинации

- петлевого и тиазидного диуретика
- спиронолактона и петлевого диуретика
- спиронолактона и осмотического диуретика
- спиронолактона и тиазидного диуретика

Мониторинг выраженности синдрома гиперспленизма осуществляют по исследованию

- диаметра селезеночной вены по данным УЗИ
- величины суточной протеинурии
- тромбоцитов в клиническом анализе крови
- величины протромбинового индекса

При исследовании степени тяжести цирроза печени по Чайлд-Пью учитывают содержание

- билирубина, альбуминов, протромбиновый индекс
- билирубина, альбуминов, аланинаминотрансферазы
- билирубина, холестерина, щелочной фосфатазы
- аминотрансфераз, общего и прямого билирубина

Одним из первых проявлений печеночной энцефалопатии является

- билирубина, альбуминов, протромбиновый индекс
- билирубина, альбуминов, аланинаминотрансферазы
- билирубина, холестерина, щелочной фосфатазы
- аминотрансфераз, общего и прямого билирубина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 36 лет обратился в поликлинику

Жалобы

- диарея до 4 раз в сутки, иногда с небольшой примесью крови при дефекации.
- редкие схваткообразные боли в низу живота

- субфебрилитет (37,3 -37,5°C)
- артралгии

Анамнез заболевания

Настоящие симптомы возникли 7 дней назад. Подобные признаки беспокоили пациента около года назад, по совету друзей несколько дней пользовался свечами «Релиф», и симптомы исчезли.

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- Работает водителем-дальнобойщиком.
- Перенесенные заболевания и операции: простудные, шигеллез.
- Наследственность: у деда было какое-то многолетнее заболевание кишечника, подробностей не знает.
- Аллергии на медикаменты нет.
- Вредные привычки отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 178 см, вес 72 кг, индекс массы тела 22,7. Кожа чистая, обычной влажности. Периферических отеков нет. Движения в суставах вызывают легкую болезненность, деформаций и изменений периартикулярных тканей нет. Живот правильной формы, болезненный при пальпации в области сигмовидной кишки. Печень не увеличена, селезенка при пальпации не определяется. Тоны сердца ритмичные, громкие, чистые. ЧСС 82 в мин. АД 110/70 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное во всех отделах, ЧДД 18 в мин. Поколачивание по пояснице безболезненно.

По результатам осмотра участковым терапевтом была предложено обследование и в условиях стационара, от которого пациент категорически отказался.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- билирубина, альбуминов, протромбиновый индекс
- билирубина, альбуминов, аланинаминотрансферазы
- билирубина, холестерина, щелочной фосфатазы
- аминотрансфераз, общего и прямого билирубина

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- билирубина, альбуминов, протромбиновый индекс
- билирубина, альбуминов, аланинаминотрансферазы
- билирубина, холестерина, щелочной фосфатазы
- аминотрансфераз, общего и прямого билирубина

Результаты инструментальных методов обследования

Сформулируйте диагноз основного заболевания

- билирубина, альбуминов, протромбиновый индекс
- билирубина, альбуминов, аланинаминотрансферазы
- билирубина, холестерина, щелочной фосфатазы
- аминотрансфераз, общего и прямого билирубина

Участковый врач должен начать инструментальные исследования, уточняющие состояние кишечника с назначения

- эзофагогастродуоденоскопии
- еюноскопии
- эндоскопического ультразвукового исследования
- колоноскопии

Наиболее точно подтвердит наличие кровотечения из терминального отдела толстой кишки

- коагулограмма
- анализ на сывороточное железо
- ректороманоскопия
- анализ крови клинический

Наиболее точно установит степень активности воспаления в слизистой оболочке терминальных отделов толстого кишечника

- уровень С-реактивного белка
- величина лейкоцитоза и СОЭ
- уровень провоспалительных цитокинов в крови
- гистологическое исследование биоптата

Препаратом выбора для лечения рецидива язвенного проктита является

- преднизолон
- месалазин
- азатиоприн
- рифаксимин

При наличии лихорадки или подозрении на кишечную инфекцию в качестве терапии 1-й линии назначаются

- метронидазол и тетрациклин
- макролиды и фторхинолоны
- тетрациклин и фторхинолоны
- метронидазол и фторхинолоны

Наступление глубокой ремиссии язвенного колита оценивается по

- результатам исследования уровня кальпротектина в кале
- результатам клинического анализа крови
- ликвидации симптомов заболевания и результатам эндоскопического контроля
- результатам ирригоскопии

При наличии лихорадки и подозрении на кишечную инфекцию препаратами 2-й линии терапии являются

- полусинтетические пенициллины
- макролиды
- тетрациклины
- цефалоспорины

При рецидиве язвенного колита, требующем повторного назначения стероидов (системных или топических), рекомендуется дополнительно назначить

- месалазин
- сульфасалазин
- метотрексат
- азатиоприн

Для уточнения локализации и распространенности язвенного колита оптимально проведение

- месалазин
- сульфасалазин
- метотрексат
- азатиоприн

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина, 28 лет, обратилась к участковому терапевту

Жалобы

На диарею 4-6 раз в сутки, малой порцией, с примесью алой крови в 3-5 порциях, боли в животе, усиливающиеся перед дефекацией, тенезмы, тошноту, вздутие живота, температуру тела до 37,5°C, слабость. Аппетит несколько снижен, за последние полгода похудела на 7 кг. Беспокоят высыпания на коже нижних конечностей.

Анамнез заболевания

Эпизоды послабления стула отмечает на протяжении последних 1,5 лет, расценивала как «пищевые отравления» по 5-7 дней каждые 2-3 месяца, связывала со стрессовой ситуацией в семье, нерегулярным питанием. Самостоятельно принимала мезим, дротаверин с нестойким положительным эффектом. Значительное ухудшение после поездки на юг и обильной инсоляции, впервые появилась примесь крови в кале.

Анамнез жизни

- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- * Наследственность не отягощена, аллергологический анамнез спокойный.
- * В контакте с инфекционными больными не была, употребление подозрительных продуктов питания отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. ИМТ – 18,6 кг/м². Кожные покровы чистые, бледные. На коже предплечий – возвышающиеся пятна округлой формы, 2,5-3 см в диаметре, с очагом некроза в центре. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные, ЧСС - 88 уд/мин., АД – 110/70 мм рт. ст. Язык суховат, несколько обложен светлым налетом. Живот симметричный, несколько вздут, мягкий, при пальпации незначительно болезненный в обеих подвздошных областях, больше слева, перитонеальных знаков нет. Печень по краю реберной дуги, селезенка не увеличена. Поколачивание по поясничной области безболезненно.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- месалазин
- сульфасалазин
- метотрексат
- азатиоприн

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- месалазин
- сульфасалазин
- метотрексат
- азатиоприн

Результаты инструментальных методов обследования

Основным диагнозом является

- месалазин
- сульфасалазин
- метотрексат
- азатиоприн

У больной развилось осложнение

- анемия 1 ст.
- лейкопения 1 ст.

- гипокалиемия
- тромбоцитопения 2 ст.

Поражение кожи у больной описывается как

- аллергический дерматит
- мигрирующий панникулит
- кольцевидная эритема
- гангренозная пиодермия

У данной больной следует предпочесть путь введения месалазина

- пероральный+ректальный
- пероральный+внутривенный
- только пероральный
- только внутривенный

При неэффективности стартовой терапии язвенного колита у данной больной к лечению следует добавить

- преднизолон
- солкосерил
- актовегин
- тетрациклин

При назначении глюкокортикостероидов возможно развитие

- синдрома Конна
- гемералопии
- никтурии
- сахарного диабета

Перед началом терапии ремикейдом больному язвенным колитом следует назначить консультацию

- хирурга
- фтизиатра
- дерматолога
- психиатра

Суммарная продолжительность назначения глюкокортикостероидов больному язвенным колитом не должна превышать

- 4 недель
- 6 месяцев
- 12 недель
- 2 месяца

Гормональная зависимость при язвенном колите – это возникновение рецидива при отмене глюкокортикостероидов в пределах ближайших

- 6 месяцев
- 4 недель
- 15 недель
- 3 месяцев

Самым опасным осложнением язвенного колита является

- 6 месяцев
- 4 недель
- 15 недель
- 3 месяцев

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 52 лет, обратился в поликлинику к участковому терапевту

Жалобы

на слабость, желтушность кожи и склер, потемнение мочи, тошноту, увеличение объема живота. Аппетит несколько снижен, стул через день, оформленный, без патологических примесей. За последний месяц прибавил в весе 3 кг.

Анамнез заболевания

В течение последних пяти лет эпизоды желтухи, асцита, спутанного сознания. Настоящее ухудшение после недельного запоя.

Анамнез жизни

Мужчина в течение многих лет злоупотребляет алкоголем, признает употребление суррогатов, периодически принимает алкоголь помимо пищи. Питание скудное и однообразное. Употребление наркотиков категорически отрицает. В контакте с инфекционными больными не был.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. ИМТ – 21,9 кг/м². Кожные покровы чистые, умеренная желтушность кожи и склер. На коже лица, шеи, груди – телеангиоэктазии, язык малиновый, пальмарная эритема. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные, ЧСС - 92 уд/мин., АД – 130/80 мм рт. ст. Живот увеличен за счет ненапряженного асцита, симметричный, несколько вздут, мягкий, при пальпации незначительно болезненный в верхних отделах, больше справа, перитонеальных знаков нет. Печень +2 см из-под края реберной дуги, мягкая, чувствительная, край закруглен. Пальпируется нижний полюс селезенки. Поколачивание по поясничной области безболезненно.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- 6 месяцев
- 4 недель
- 15 недель
- 3 месяцев

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- 6 месяцев
- 4 недель
- 15 недель
- 3 месяцев

Результаты инструментальных методов обследования

Основным диагнозом является

- 6 месяцев
- 4 недель
- 15 недель
- 3 месяцев

Степень тяжести цирроза печени определяется по шкале

- Моргана-Стокса
- Вернера-Моррисона
- Фореста
- Чайлд-Пью

К проявлениям портальной гипертензии относят

- желтушность кожи и склер
- отеки нижних конечностей
- пальмарную эритему
- печеночную энцефалопатию

Важнейшей рекомендацией немедикаментозного лечения служит

- отказ от алкоголя, консультация врача-нарколога
- нормализация массы тела, достаточная физическая нагрузка
- строжайший постельный режим
- дополнительное энтеральное и парентеральное питание

Для лечения геморрагического синдрома при циррозе печени следует назначить

- аскорбиновую кислоту
- препараты плазмы
- аминокaproновую кислоту
- менадиона натрия бисульфит

Для коррекции асцита предпочтительно назначение

- маннитола
- индапамида
- спиронолактона
- отвара брусники

При лечении асцита следует назначить внутривенно

- эссенциальные фосфолипиды
- тиоктовую кислоту
- альбумин
- адеметионин

Самым опасным осложнением асцита считается развитие

- почечной недостаточности
- пупочной грыжи
- асцита-перитонита
- тромбоза подвздошных вен

Для лечения печеночной энцефалопатии следует назначить

- лактулозу
- омепразол
- пропранолол
- фуросемид

При циррозе печени под гиперспленизмом понимают сочетание

- лактулозу
- омепразол
- пропранолол
- фуросемид

Условие ситуационной задачи

Ситуация

30-летняя женщина на приеме у участкового врача-терапевта

Жалобы

На «выкручивающие» боли в животе, чаще в левой подвздошной области, возникающие на фоне стрессовых и конфликтных ситуаций, обычно во второй половине дня, уменьшающиеся или исчезающие после дефекации; на тянущие и боли, дискомфорт в животе без определенной локализации, возникающие обычно после обеда, сопровождающиеся вздутием и урчанием в животе и проходящие после отхождения газов или приема адсорбентов (энтеросгель, эспумизан); на головные боли, возникающие во второй половине дня

Анамнез заболевания

- * С молодости на фоне сильных волнений (конфликты, экзамены и т.п.) отмечала послабление стула, чему пациентка не придавала особого значения, поскольку подобные ситуации возникали редко, а в остальное время она чувствовала себя хорошо.
- * С 27 лет самочувствие ухудшилось: большое количество конфликтных ситуаций на работе стало сопровождаться послаблением стула и учащением дефекаций до 3-4 раз в дневное время (без примеси крови и непереваренной пищи), редкий день обходился без приема лоперамида. Около года назад присоединились боли в животе и вздутие, последние полгода чтобы уменьшить их и избежать неловких ситуаций на работе стала принимать адсорбенты (3-4 раза в неделю). Кратковременное улучшение состояния было во время двухнедельного отпуска, но после возвращения на работу боли в животе, вздутие и послабление стула возобновились.
- * Обратилась к участковому терапевту для обследования, поскольку сильно обеспокоена состоянием своего здоровья и в последнее время стала испытывать все больше затруднений на работе в связи с имеющимися симптомами.

Анамнез жизни

- * Бабушка со стороны матери умерла в 77 лет от рака сигмовидной кишки, у матери пациентки (58 лет) выявлена аденокарцинома толстой кишки,
- * частный предприниматель, замужем, есть дочь,
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет,
- * питается нерегулярно, избегает жирной и острой пищи, употребляет большое количество сырых овощей и фруктов
- * месячные обильные, болезненные, цикл регулярный, гинекологических заболеваний нет,
- * аллергологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

- * Состояние удовлетворительное. Вес 70 кг, рост 169 см. Температура тела 36,8°C.
- * Кожные покровы обычной окраски и влажности. Отеков нет.
- * Катаральных явлений нет. Над легкими везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет, ЧДД 15/мин
- * Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет, ЧСС 68/мин, АД 105/75 мм рт.ст.
- * Живот мягкий, пальпируется спазмированная сигмовидная кишка, при пальпации слепой кишки определяется урчание. Перитонеальные симптомы отрицательные. Печень, селезенка не увеличены. Стул послабленный (6 тип по Бристольской шкале),

мочеиспускание свободное.

* Per rectum: перианальная область не изменена, при пальцевом исследовании тонус сфинктера сохранен, геморроидальные узлы не пальпируются, объемных образований не выявлено, на перчатке кал коричневого цвета.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования, помимо общих анализов крови, мочи и кала относят

- лактулозу
- омепразол
- пропранолол
- фуросемид

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относится

- лактулозу
- омепразол
- пропранолол
- фуросемид

Результаты инструментальных методов обследования

Какой диагноз можно поставить данной больной?

- лактулозу
- омепразол
- пропранолол
- фуросемид

Рациональной диетической рекомендацией пациентке является

- полное исключение из рациона мясных и молочных продуктов
- исключение из рациона куриных яиц
- избегать приема пищи в спешке, в процессе работы
- ограничение употребления жидкости до 500 мл/сут

Для лечения абдоминальной боли пациентке показано назначение

- опиоидных анальгетиков
- спазмолитиков
- селективных ингибиторов ЦОГ-2
- парацетамола

Для купирования диареи пациентке показано назначение

- кларитромицина
- фуразолидона
- активированного угля
- лоперамида гидрохлорида

Альтернативным препаратом для купирования диареи является

- амоксициллин/клавулоновая кислота
- диоктаэдрический смектит
- лактулоза
- метронидазол

К «симптомам тревоги» у пациентки относится

- связь симптомов с психотравмирующими ситуациями
- отягощенная наследственность
- появление симптомов в молодом возрасте
- «выкручивающий» характер болей

Элиминационная диета характеризуется

- ограничением употребления термически обработанных продуктов
- ограничением употребления продуктов, вызывающих усиление симптомов заболевания
- включением в рацион повышенного количества продуктов, содержащих пищевые волокна
- ограничением употребления термически не обработанных продуктов

Профилактика данного заболевания

- включает в себя профилактический прием спазмолитиков на фоне психотравмирующих ситуаций
- заключается в длительном приеме лоперамида гидрохлорида
- не разработана
- заключается в соблюдении аглютеновой диеты

Для оценки характера кала используется

- Бристольская шкала
- Фремингеймская шкала
- шкала SCORE
- шкала Чайлд-Пью

Прогноз quoad vitam при данном заболевании

- Бристольская шкала
- Фремингеймская шкала
- шкала SCORE

- шкала Чайлд-Пью

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 45 лет на осмотре у врача-терапевта участкового

Жалобы

На дискомфорт и боль в правой половине эпигастральной области, возникающие через 2,5 часа после приема пищи и в ночное время; тошноту натощак, отрыжку кислым содержимым; общую слабость; снижение работоспособности; головную боль.

Анамнез заболевания

- * Боль в подложечной области преимущественно возникает в осеннее время.
- * Обострения со сходной симптоматикой отмечает ежегодно на протяжении 3 лет.
- * Самостоятельно принимает антацидный препарат или пищевую соду с временным эффектом.
- * Общая слабость нарастает в последние 6 месяцев.
- * Головная боль беспокоит в течение месяца, связь с каким-либо провоцирующим фактором назвать затрудняется.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально
- * Работает служащим в банке
- * Наличие других хронических заболеваний отрицает
- * Наследственность: у отца – инфаркт миокарда в возрасте 73 лет
- * Курит по 1 пачке в день на протяжении 10 лет, алкоголь не употребляет
- * Аллергологический анамнез не отягощен
- * Прием каких-либо лекарственных препаратов, кроме антацидов, отрицает
- * Часто употребляет в пищу копчености, шоколад, газированные напитки

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Астенического телосложения, рост 1,82 м, вес 61 кг, индекс массы тела $18,4 \text{ кг/м}^2$, t тела $36,6^\circ\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, сухие; кожа на ладонях шелушится; ногтевые пластинки несколько истончены.

Периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 90 в минуту. АД 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, не вздут, болезненность при пальпации в эпигастральной области, там же локальная перкуторная болезненность. Печень не выступает из-под края рёберной дуги, селезенка не пальпируется.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- Бристольская шкала
- Фремингеймская шкала
- шкала SCORE
- шкала Чайлд-Пью

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- Бристольская шкала
- Фремингеймская шкала
- шкала SCORE
- шкала Чайлд-Пью

Результаты инструментальных методов обследования

Какой диагноз можно поставить у данного пациента на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- Бристольская шкала
- Фремингеймская шкала
- шкала SCORE
- шкала Чайлд-Пью

К неинвазивным методам определения *H.pylori* относится

- гистологический метод выявления *H.pylori*
- микробиологический метод - получение культуры *H.pylori*
- дыхательный тест
- быстрый уреазный тест

У пациента развилось осложнение в виде анемии

- неясного генеза
- железодефицитной, тяжелой степени тяжести
- железодефицитной, легкой степени тяжести
- В¹²-дефицитной

Лечение основного заболевания включает

- проведение эрадикационной антихеликобактерной терапии
- назначение монотерапии прокинетиком
- назначение антацидов
- назначение монотерапии ингибитором протонной помпы

Трехкомпонентная схема эрадикационной терапии первой линии включает кларитромицин в сочетании с

- ингибитором протонной помпы и эритромицином
- ингибитором протонной помпы и амоксициллином
- ингибитором протонной помпы и висмута субцитратом
- блокатором гистаминовых рецепторов 2 типа и амоксициллином

Контроль эффективности эрадикационной антихеликобактерной терапии

- проводится через неделю после завершения приема антибиотиков
- не требуется
- проводится через 4-6 недель после завершения эрадикационной терапии
- проводится сразу по окончании эрадикационной терапии

Основу лечения развившегося у больного осложнения составляет

- назначение фолиевой кислоты
- назначение препаратов железа
- диета с высоким содержанием железа в продуктах питания
- трансфузия эритроцитарной массы

Самым ранним (на 7-10 день) показателем эффективности лечения железодефицитной анемии препаратами железа является

- ретикулоцитарная реакция (повышение содержания ретикулоцитов) на 7-10 день терапии
- повышение уровня гемоглобина на 10 г/л
- повышение цветового показателя
- существенное повышение уровня железа и ферритина сыворотки

Для улучшения всасывания пероральных препаратов железа назначают

- фолиевую кислоту
- аскорбиновую кислоту
- молоко
- ацетилсалициловую кислоту

Осложнением, не характерным для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, является

- фолиевую кислоту
- аскорбиновую кислоту
- молоко
- ацетилсалициловую кислоту

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 67 лет обратилась в поликлинику к гастроэнтерологу для обследования по рекомендации хирурга

Жалобы

- * спастические боли в левом подреберье и левой подвздошной области
- * метеоризм
- * стул со склонностью к запорам, который больная регулирует диетой с большим содержанием растительной клетчатки, при задержке стула свыше двух суток принимает слабительные средства

Анамнез заболевания

Подобные боли периодически беспокоят в течение 15 лет, как правило, в связи с задержкой стула. Ранее не обследовалась. Поводом для обращения стал эпизод интенсивных болей той же локализации неделю назад. Вызывала бригаду скорой помощи, доставившую пациентку в приемное отделение больницы, где была осмотрена хирургом, выполнены анализы крови и мочи, ультразвуковое исследование брюшной полости. Острой хирургической патологии не выявили, от госпитализации для обследования отказалась. В последующие дни боли сохранялись, хотя были менее интенсивными, беспокоили в течение дня и даже ночью, температура тела держалась на уровне 37,2-37,5° С. Самостоятельно без заметного улучшения принимала но-шпу, активированный уголь и левомицетин.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Работала бухгалтером, в течение последних 6 лет не работает.
- * Перенесенные заболевания и операции: простудные, дважды пневмония, аппендэктомия, последние годы повышение артериального давления, компенсировано до нормотонии приемом нолипрела и конкора.
- * Наследственность: родители умерли в старческом возрасте, старший брат – от рака поджелудочной железы.
- * Аллергии на медикаменты нет.
- * Вредных привычек нет.
- * Менопауза с 49 лет, родов – 2, медаборт – 1.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 162 см, вес 67 кг, индекс массы тела 25,5. Кожа и слизистые обычной окраски и влажности. Со стороны сердца и легких без отклонений от нормы. Язык влажный с выраженным серым налетом по спинке. Живот мягкий, несколько вздут, болезненный при пальпации по ходу кишечника с максимумом в зоне сигмовидной кишки. Печень – по краю реберной дуги. Пальпируемых образований в брюшной полости не определяется.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- фолиевую кислоту
- аскорбиновую кислоту
- молоко
- ацетилсалициловую кислоту

Результаты лабораторных методов обследования

Наиболее информативным и безопасным для постановки диагноза инструментальным методом обследования у данной больной является

- фолиевую кислоту
- аскорбиновую кислоту
- молоко
- ацетилсалициловую кислоту

Результаты инструментальных методов обследования

На основании клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования можно поставить диагноз основного заболевания

- фолиевую кислоту
- аскорбиновую кислоту
- молоко
- ацетилсалициловую кислоту

При проведении ультразвукового исследования органов брюшной полости у больных с острым дивертикулитом возможно обнаружение

- пневмоперитонеума
- уровней жидкости в петлях кишечника
- локального утолщения стенки кишки
- выраженного метеоризма

При отсутствии признаков осложнений дифференциальный диагноз дивертикулярной болезни ободочной кишки лучше проводить с использованием

- компьютерной томографии брюшной полости
- ирригоскопии
- фиброколоноскопии
- ультразвуковой колоноскопии

Осложнение дивертикулеза дивертикулитом следует заподозрить при наличии

- лейкоцитоза в клиническом анализе крови
- повышенного уровня фекального кальпротектина
- признаков железодефицитного состояния
- положительной пробы на скрытую кровь в кале

Больной с дивертикулярной болезнью ободочной кишки следует предпочесть

- осмотические слабительные
- солевые слабительные
- касторовое масло
- антрагликозиды

Для лечения рецидивирующего дивертикулита следует назначить прерывистым курсом в течение года

- комбинацию пробиотиков и пребиотиков
- топические кортикостероиды
- производные 5-аминосалициловой кислоты
- фторхинолоны

При назначении противомикробных препаратов больной с дивертикулярной болезнью ободочной кишки следует предпочесть

- фторхинолоны (ципрофлоксацин)
- невсасывающиеся антибиотики (рифаксимин)
- нитроимидазолы (метронидазол)
- полусинтетические пенициллины (ампицилин)

При рецидивирующем течении хронического дивертикулита больным ежемесячно назначают курсовой прием

- топических глюкокортикоидов
- антибиотиков широкого спектра
- нестероидных противовоспалительных препаратов
- невсасывающихся антибиотиков

Наиболее высок риск осложнений дивертикулеза ободочной кишки у больных

- с диаметром дивертикулов свыше 3 см
- с множественными дивертикулами
- с дивертикулами сигмовидной кишки
- со спаечным процессом в малом тазу

Профилактика развития осложнений дивертикулярной болезни обеспечивается

- с диаметром дивертикулов свыше 3 см
- с множественными дивертикулами
- с дивертикулами сигмовидной кишки
- со спаечным процессом в малом тазу

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 57 лет обратилась к врачу поликлиники

Жалобы

- * боли в левой подвздошной области тянущего характера
- * склонность к запорам – стул через день, иногда через 2 дня

Анамнез заболевания

Подобные боли периодически беспокоят в течение года, как правило, в связи с задержкой стула. Ранее не обследовалась. Поводом для обращения стал остро возникший накануне кратковременный приступ болей в животе с метеоризмом после употребления порции винегрета. Температура тела не повышалась. После приема внутрь дротаверина и активированного угля боли исчезли в течение получаса.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Перенесенные заболевания и операции: простудные, аппендэктомия, перелом лучевой кости в типичном месте справа три года назад.
- * Наследственность: родители умерли в старческом возрасте.
- * Аллергии на медикаменты нет.
- * Вредных привычек нет.
- * Менопауза в течение 6 лет. Беременностей – 2, родов – 2.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 164 см, вес 72 кг, индекс массы тела 26,8. Кожа и слизистые обычной окраски и влажности. Со стороны сердца и легких без отклонений от нормы. ЧСС 74 в мин., АД 135/80 мм рт. ст. Язык влажный с выраженным налетом по спинке. Живот мягкий, болезненный при пальпации по ходу кишечника с максимумом в зоне сигмовидной кишки. Пальпируемых образований в брюшной полости не определяется. Печень – по краю реберной дуги.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- с диаметром дивертикулов свыше 3 см
- с множественными дивертикулами
- с дивертикулами сигмовидной кишки
- со спаечным процессом в малом тазу

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите наиболее информативный и безопасный для постановки диагноза инструментальный метод обследования у данной больной

- с диаметром дивертикулов свыше 3 см
- с множественными дивертикулами
- с дивертикулами сигмовидной кишки

- со спаечным процессом в малом тазу

Результаты инструментальных методов обследования

На основании клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования можно поставить диагноз основного заболевания

- с диаметром дивертикулов свыше 3 см
- с множественными дивертикулами
- с дивертикулами сигмовидной кишки
- со спаечным процессом в малом тазу

Инструментальное исследование кишечника данной пациентке кишечника следует начать с

- ирригоскопии
- ректороманоскопии
- компьютерной томографии брюшной полости
- фиброколоноскопии

Болевые ощущения у пациентки, в первую очередь, следует дифференцировать с

- глистной инвазией
- язвенным колитом
- колоректальным раком
- паховой грыжей

Развитие дивертикулита следует заподозрить при наличии

- признаков железодефицитного состояния
- повышенного уровня фекального кальпротектина
- положительной пробы на скрытую кровь в кале
- лейкоцитоза в клиническом анализе крови

Больной с дивертикулярной болезнью ободочной следует предпочесть

- касторовое масло
- осмотические слабительные
- вазелиновое масло
- антрагликозиды

При развитии дивертикулита в качестве базисного противовоспалительного средства следует назначить

- фторхинолоны
- невсасывающиеся антибиотики
- производные 5-аминосалициловой кислоты

- нитроимидазолы

Больной с дивертикулезом ободочной кишки при его осложнении дивертикулитом следует назначить

- невсасывающиеся антибиотики (рифаксимин)
- фторхинолоны
- нитроимидазолы
- пробиотики

При рецидивирующем течении хронического дивертикулита больным ежемесячно назначают курсовой прием

- нестероидных противовоспалительных препаратов
- невсасывающихся антибиотиков
- антибиотиков широкого спектра
- топических глюкокортикоидов

Наиболее высок риск кишечных кровотечений у больных с

- долихосигмой
- множественными дивертикулами
- с диаметром дивертикулов свыше 3 см
- локализацией дивертикулов в сигмовидной кишке

Профилактика развития осложнений дивертикулярной болезни обеспечивается

- долихосигмой
- множественными дивертикулами
- с диаметром дивертикулов свыше 3 см
- локализацией дивертикулов в сигмовидной кишке

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 37 лет обратился к гастроэнтерологу поликлиники

Жалобы

на

- * боль в эпигастральной области в течение часа после приема пищи, преимущественно острой или жареной
- * кислую отрыжку
- * чувство быстрого насыщения
- * склонность к запорам

Анамнез заболевания

- * В течение последних 2 лет испытывает дискомфорт и болевые ощущения в эпигастрии после погрешностей в диете. Принимал Омепразол, Альмагель - без существенного эффекта. Последние 4 месяца отмечает усиление болей и появление запоров. Связывает их с психоэмоциональным стрессом (смерть родителей в ДТП)
- * Ранее в анализе крови были выявлены антитела Ig M к *_H.pylori_*. Эрадикационная терапия не проводилась из-за отказа пациента

Анамнез жизни

- * Перенесенные заболевания и операции: простудные, детские инфекции, пневмония около года назад
- * Работает слесарем водоканала
- * Аллергологический анамнез: на пенициллин по типу крапивницы
- * Вредные привычки: курит с 19 лет, по выходным выпивает до 2-х литров пива
- * У отца была язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 86 кг, рост 179 см, повышенного питания, индекс массы тела по Кетле 26,8. Температура 36,8⁰С. Кожа обычной окраски и влажности. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС и пульс 76 в мин, АД 125/80 мм рт. ст. Язык влажный, с белым налетом. Живот мягкий, болезненный при глубокой пальпации в эпигастрии, не вздут. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Пальпируемых образований в брюшной полости не определяется. Периферических и полостных отеков нет

Укажите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы исследования

- долинхосигмой
- множественными дивертикулами
- с диаметром дивертикулов свыше 3 см
- локализацией дивертикулов в сигмовидной кишке

Результаты лабораторных методов обследования

Основным инструментальным методом подтверждения диагноза является

- долинхосигмой
- множественными дивертикулами
- с диаметром дивертикулов свыше 3 см
- локализацией дивертикулов в сигмовидной кишке

Результаты обследования

У данного больного на основании совокупности клинических, лабораторных и инструментальных данных можно диагностировать

- долихосигмой
- множественными дивертикулами
- с диаметром дивертикулов свыше 3 см
- локализацией дивертикулов в сигмовидной кишке

Диагноз

Наличие атрофии слизистой желудка можно выявить, определив уровень + _____ + в крови

- антител к *H. pylori*
- нейтрофилов
- антинуклеарных антител
- пепсиногена I

У пациентов с хроническим аутоиммунным гастритом повышается риск развития + _____ + анемии

- В¹²-дефицитной
- гипопластической
- гемолитической
- постгеморрагической

В большинстве случаев причиной хронического гастрита является

- инфицирование *H. pylori*
- нарушение эвакуаторной функции желудка
- повышенная выработка соляной кислоты
- длительный прием ненаркотических анальгетиков

В случае снижения кислотности в желудке развивается

- пангастрит с преимущественным поражением тела желудка
- атрофический гастрит с кишечной метаплазией эпителия
- мультифокальный очаговый или диффузный гастрит
- гастрит с поражением антрального отдела желудка

Образование антител к париетальным клеткам желудка и внутреннему фактору Касла способствует развитию

- хронического аутоиммунного гастрита
- язвенной болезни желудка
- функциональной диспепсии
- хеликобактерного гастрита

Основными препаратами для эрадикационной терапии у данного пациента являются

- ИПП + препараты висмута + тетрациклин + рифаксимин
- ИПП + препараты висмута + тетрациклин + метронидазол
- ИПП + препараты висмута + амоксициллин + кларитромицин
- ИПП + препараты висмута + левофлоксацин + кларитромицин

В состав эрадикационной терапии в качестве кислотосупрессивного препарата предпочтительнее назначать

- лансопразол
- эзомепразол
- омепразол
- пантопразол

При эрозивных формах гастрита к схеме эрадикационной терапии целесообразно добавить

- спазмолитические лекарственные средства
- стимуляторы выработки эндогенных простагландинов
- глюкокортикостероиды системного применения
- ферментные препараты

Хронический атрофический гастрит является преморбидным фоном для развития

- спазмолитические лекарственные средства
- стимуляторы выработки эндогенных простагландинов
- глюкокортикостероиды системного применения
- ферментные препараты

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 43-х лет, сварщик, обратился к гастроэнтерологу поликлиники

Жалобы

- * Чувство тяжести в правом подреберье, постоянного характера
- * Плохой сон, общая слабость, снижение памяти
- * Увеличение живота

Анамнез заболевания

Ухудшение около 1 месяца, когда появилось чувство тяжести в правом подреберье, около 2-х недель беспокоят общая слабость и нарушение сна, стал отмечать увеличение живота. Сегодня утром обратил внимание на коричневый оттенок мочи. В анамнезе злоупотребление алкоголя в течение более 10 лет, год назад обследовался и лечился в терапевтическом стационаре по поводу желтушного синдрома, был выставлен диагноз: алкогольная болезнь печени, гепатит. Первое время после выписки алкоголь не употреблял, рекомендованные лекарственные препараты не принимал. Около 3-х

месяцев назад был длительный эпизод употребления алкоголя (3 недели), после которого алкоголь употреблял около двух раз в неделю по 1-1,5 литра пива

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально.
- * Перенесенные заболевания и операции: простудные.
- * Наследственность: у отца язвенная болезнь.
- * Аллергии на медикаменты нет.
- * Вредные привычки: курит около 20 лет, алкоголь злоупотребляет более 10 лет

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост 172 см, вес 84 кг, индекс массы тела 28,4. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, на груди и в зоне верхнего плечевого пояса яркие телеангиэктазии, на предплечьях единичные геморрагии. Со стороны сердца и легких без отклонений от нормы. ЧСС 78 в мин., АД 120/70 мм рт. ст. Язык влажный с выраженным серым налетом по спинке. Живот мягкий, болезненный при пальпации в правом подреберье, увеличен за счет асцита. Печень (+) 5 см выступает из-под реберной дуги, размер по Курлову 13-11-9 см

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- спазмолитические лекарственные средства
- стимуляторы выработки эндогенных простагландинов
- глюкокортикостероиды системного применения
- ферментные препараты

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите наиболее информативные для постановки диагноза неинвазивные инструментальные методы обследования

- спазмолитические лекарственные средства
- стимуляторы выработки эндогенных простагландинов
- глюкокортикостероиды системного применения
- ферментные препараты

Результаты инструментальных методов обследования

Для подтверждения факта систематического злоупотребления алкоголем в клинической практике используют

- спазмолитические лекарственные средства
- стимуляторы выработки эндогенных простагландинов
- глюкокортикостероиды системного применения
- ферментные препараты

Результаты обследования

Какой диагноз основного заболевания можно поставить больному на основании клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования?

- спазмолитические лекарственные средства
- стимуляторы выработки эндогенных простагландинов
- глюкокортикостероиды системного применения
- ферментные препараты

Клинические симптомы, используемые в шкале Чайлда-Пью при оценке тяжести цирроза печени включают асцит и

- печеночную энцефалопатию
- геморрагии на коже
- боль в правом подреберье
- коричневый цвет мочи

Лабораторные данные, используемые в шкале Чайлда-Пью при оценке тяжести цирроза печени включают билирубин

- щелочную фосфатазу, протромбиновое время
- щелочную фосфатазу, фибриноген
- альбумин, протромбиновое время
- трансаминазы, протромбиновое время

Наиболее серьезными и частыми осложнениями цирроза печени являются

- кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка
- отеки нижних конечностей, паренхиматозная желтуха
- кахексия, синдром портальной гипертензии
- носовые кровотечения, пернициозная анемия

При обращении пациента к врачу с впервые выявленным асцитом обязательно

- исследование асцитической жидкости
- исследование на онкомаркер (АФП)
- лечебный объемный парацентез
- назначение терапии диуретиками

В качестве лекарственных средств лечения цирроза печени в данном случае показано применение

- аскорбиновой кислоты
- альфа-токоферола
- адеметионина
- кортикостероидов

Лечение энцефалопатии включает назначение

- актовегина
- альфа-токоферола
- винпоцетина
- лактулозы

Лечение асцита второй степени включает

- ограничение поваренной соли в пище
- калий-сберегающий диуретик
- исключение соли в пище, петлевой диуретик
- ограничение соли в пище и калий-сберегающий диуретик

Лечение асцита третьей степени включает

- ограничение поваренной соли в пище
- калий-сберегающий диуретик
- исключение соли в пище, петлевой диуретик
- ограничение соли в пище и калий-сберегающий диуретик

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 44 лет, обратился к участковому врачу-терапевту в поликлинику по месту жительства

Жалобы

На частый сухой кашель и неприятные ощущения за грудиной, которые возникают при горизонтальном положении тела

Анамнез заболевания

Данные жалобы беспокоят несколько недель, возникновение их связывает со стрессовой ситуацией на работе. Самостоятельно начал прием противокашлевых препаратов, без положительного эффекта. При детальном расспросе выяснено, что возникновение вышеуказанных жалоб совпало с появлением неприятных ощущений в подложечной области

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ, гайморит. Профессиональный анамнез не отягощен, работает учителем в школе, работа связана с психоэмоциональным стрессом. Вредные привычки: курит 20 лет, по полпачки сигарет в день. Любит горячий крепкий чай, кофе. Семейный анамнез без особенностей. Аллергологический анамнез не отягощен

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела 36,6^oC. Больной гиперстенического телосложения. Рост 182 см, вес 102 кг, ИМТ 30,79 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, высыпаний нет. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. ЧДД 16 в мин. При сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочный звук. При топографической перкуссии – границы легких в пределах нормы. При аускультации легких: дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 2 см кнутри от среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца: верхняя – III межреберье, правая – по правому краю грудины, левая - в V межреберье на 2 см кнутри от среднеключичной линии. При аускультации сердца: тоны ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс 72 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 125/75 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Пальпация кишечника без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Приоритетными для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- ограничение поваренной соли в пище
- калий-сберегающий диуретик
- исключение соли в пище, петлевой диуретик
- ограничение соли в пище и калий-сберегающий диуретик

Результаты инструментальных методов обследования

Кашель у данного пациента вызван

- воспалением надгортанника
- воспалением бронхолегочной системы
- забросом содержимого желудка в гортань
- последствием хронического синусита

Дополнительным методом, позволяющим верифицировать диагноз ГЭРБ, является

- компьютерная томография органов грудной клетки
- внутрипищеводная суточная рН-метрия
- эндоскопическое УЗИ пищевода
- МРТ органов брюшной полости

Пациентам с подозрением на внепищеводные проявления ГЭРБ рекомендовано выполнение

- компьютерной томографии органов грудной клетки
- УЗИ органов брюшной полости
- эндоскопического УЗИ пищевода
- рН-импедансометрии

На основании результатов объективного осмотра и инструментальных методов обследования, можно поставить диагноз

- компьютерной томографии органов грудной клетки
- УЗИ органов брюшной полости
- эндоскопического УЗИ пищевода
- рН-импедансометрии

Диагноз

Помимо ИПП, данному пациенту следует назначить

- противокашлевые препараты
- спазмолитики
- прокинетики
- два антибиотика из тройной схемы эрадикации *H.pylori*

К рекомендациям по изменению образа жизни пациента с ГЭРБ относят

- физические упражнения, связанные с перенапряжением мышц брюшного пресса
- прекращение приема пищи за 1 час до сна
- уменьшение массы тела
- ношение тугих поясов и бандажей

Применение монотерапии антацидами возможно только при

- незначительной болезненности в эпигастральной области
- редко возникающей изжоге и тошноте
- редко возникающей изжоге, сопровождающейся развитием умеренного эзофагита
- редко возникающей изжоге, не сопровождающейся развитием эзофагита

Ключевым фактором патогенеза ГЭРБ будет

- патологически высокая частота и/или длительность эпизодов заброса содержимого желудка в пищевод
- нарушение аккомодации желудка
- нарушение миоэлектрической активности желудка
- инфицирование *Helicobacter pylori*

К внепищеводным проявлениям ГЭРБ относят хронический

- кашель

- гастрит
- панкреатит
- дуоденит

Пищевод Барретта повышает риск развития + _____ + пищевода

- язвы
- аденокарциномы
- плоскоклеточного рака
- меланомы

Показанием к антирефлюксному хирургическому лечению ГЭРБ будет(-ут)

- язвы
- аденокарциномы
- плоскоклеточного рака
- меланомы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 42 лет, обратилась к участковому врачу-терапевту в поликлинику по месту жительства

Жалобы

На частый сухой кашель, который последнее время приобрел приступообразный характер, на чувство нехватки воздуха, ощущение заложенности в груди

Анамнез заболевания

Данные жалобы беспокоят несколько недель, провоцирующий фактор их возникновения конкретизировать не может, связи с физической нагрузкой нет, какие-либо аллергены определить затрудняется. Самостоятельно начала прием противокашлевых препаратов - без положительного эффекта. При детальном расспросе выяснено, что вышеперечисленные жалобы чаще возникают на работе. Работает в офисе, где строгий дресс-код, носит узкую юбку с тугим поясом.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ. Профессиональный анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. Любит горячий крепкий чай, кофе. Семейный анамнез без особенностей. Гинекологический и аллергологический анамнез не отягощен

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела 36,6^oC. Больная нормостенического телосложения. Рост 172, вес 66 кг, ИМТ - 22.31 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, высыпаний нет. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое

дрожание не изменено. ЧДД 16 в мин. При сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочный звук. При топографической перкуссии – границы легких в пределах нормы. При аускультации легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации сердца: тоны ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс 72 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 115/70 мм рт. ст. Язык без особенностей. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Пальпация кишечника без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7 см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- язвы
- аденокарциномы
- плоскоклеточного рака
- меланомы

Результаты инструментальных методов обследования

Дополнительными исследованиями, которые желательно выполнить пациентке, являются

- язвы
- аденокарциномы
- плоскоклеточного рака
- меланомы

Результаты обследования

Для оценки двигательной функции пищевода с целью верификации диагноза ГЭРБ целесообразно использовать

- рентгенологическое исследование пищевода и желудка
- пищеводную манометрию высокого разрешения
- внутрипищеводную суточной рН-метрию
- компьютерную томографию органов грудной клетки

Одной из причин развития бронхообструкции при ГЭРБ является

- повышение концентрации гистамина при гиперпродукции соляной кислоты
- повышенная выработка иммуноглобулина Е при гиперпродукции соляной кислоты
- микроаспирация
- аллергия на соляную кислоту

На основании результатов объективного осмотра, клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования, можно поставить диагноз

- повышение концентрации гистамина при гиперпродукции соляной кислоты
- повышенная выработка иммуноглобулина E при гиперпродукции соляной кислоты
- микроаспирация
- аллергия на соляную кислоту

Диагноз

Лечение включает назначение

- прокинетиков и ингибиторов протонной помпы
- антацидов и прокинетиков
- антацидов и алгинатов
- препарата висмута и ингибиторов протонной помпы

В качестве монотерапии антациды можно применять при

- редко возникающей изжоге, не сопровождающейся развитием эзофагита
- редко возникающей изжоге, сопровождающейся развитием неэрозивного эзофагита
- редко возникающей изжоге, сопровождающейся развитием неязвенного эзофагита
- часто возникающей изжоге, не сопровождающейся развитием эзофагита

Препаратами выбора для лечения изжоги беременных являются

- прокинетики
- блокаторы гистаминовых H₂-рецепторов
- альгинаты
- ингибиторы протонной помпы

Причина возникновения патологического рефлюкса при ГЭРБ

- недостаточность нижнего пищеводного сфинктера
- недостаточность среднего кардиального сфинктера
- нарушение моторики пищевода
- нарушение моторики кардиального отдела желудка

Риск возникновения ГЭРБ увеличивает

- нарушение секреции простагландина в слизи, покрывающий эпителий пищевода
- снижение выработки слюны
- повышенная секреция соляной кислоты
- повышение секреции муцина в слизи, покрывающий эпителий пищевода

С патофизиологической точки зрения ГЭРБ — это

- кислотозависимое заболевание, обусловленное гиперпродукцией соляной кислоты
- кислотозависимое заболевание, развивающееся на фоне вторичного нарушения двигательной функции верхних отделов пищеварительного тракта
- кислотозависимое заболевание, развивающееся на фоне первичного нарушения двигательной функции верхних отделов пищеварительного тракта
- заболевание, вызванное нарушением двигательной функции пищевода

При выявлении дисплазии эпителия пищевода низкой степени необходимо

- кислотозависимое заболевание, обусловленное гиперпродукцией соляной кислоты
- кислотозависимое заболевание, развивающееся на фоне вторичного нарушения двигательной функции верхних отделов пищеварительного тракта
- кислотозависимое заболевание, развивающееся на фоне первичного нарушения двигательной функции верхних отделов пищеварительного тракта
- заболевание, вызванное нарушением двигательной функции пищевода

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 47 лет, обратился к участковому врачу-терапевту в поликлинику по месту жительства

Жалобы

На периодические ноющие боли в подложечной области, которые возникают через полчаса–час после еды. Последнее время появились неприятные ощущения за грудиной, конкретизировать их не может, связи с физической нагрузкой не отмечает.

Анамнез заболевания

Впервые ноющие боли в подложечной области возникли несколько месяцев назад, появление их связывает со стрессовой ситуацией на работе. По рекомендации тещи при болях принимал омепразол с положительным эффектом. На фоне стресса сильно поправился. Несколько недель назад появились неприятные ощущения за грудиной, провоцирующий фактор их возникновения определить не может, связи с физической нагрузкой не отмечает, рекомендованная родственницей настойка пустырника – без положительного эффекта.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ. Профессиональный анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает, потребление алкоголя умеренное. Любит горячий крепкий чай, кофе. Семейный анамнез: у отца в возрасте 53 лет – инфаркт миокарда, у матери – хронический гастрит. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела 36,6^o С. Больной гиперстенического телосложения, признаки абдоминального ожирения. Рост 182, вес 108 кг, ИМТ - 32.6 кг/м², ОТ 136 см. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки

нормальной окраски, высыпаний нет. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. ЧДД 16 в мин. При сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочный звук. При топографической перкуссии – границы легких в пределах нормы. При аускультации легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации сердца: тоны ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс 70 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 125/75 мм рт. ст. Язык без особенностей. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, чувствительный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Пальпация кишечника без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7 см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Обязательными лабораторными методами обследования данного пациента являются

- кислотозависимое заболевание, обусловленное гиперпродукцией соляной кислоты
- кислотозависимое заболевание, развивающееся на фоне вторичного нарушения двигательной функции верхних отделов пищеварительного тракта
- кислотозависимое заболевание, развивающееся на фоне первичного нарушения двигательной функции верхних отделов пищеварительного тракта
- заболевание, вызванное нарушением двигательной функции пищевода

Результаты лабораторных методов обследования

Первым этапом инструментальной диагностики будет выполнение

- кислотозависимое заболевание, обусловленное гиперпродукцией соляной кислоты
- кислотозависимое заболевание, развивающееся на фоне вторичного нарушения двигательной функции верхних отделов пищеварительного тракта
- кислотозависимое заболевание, развивающееся на фоне первичного нарушения двигательной функции верхних отделов пищеварительного тракта
- заболевание, вызванное нарушением двигательной функции пищевода

Результаты инструментальных методов обследования

Для верификации диагноза и определения дальнейшей тактики лечения необходимо

- кислотозависимое заболевание, обусловленное гиперпродукцией соляной кислоты
- кислотозависимое заболевание, развивающееся на фоне вторичного нарушения двигательной функции верхних отделов пищеварительного тракта
- кислотозависимое заболевание, развивающееся на фоне первичного нарушения двигательной функции верхних отделов пищеварительного тракта
- заболевание, вызванное нарушением двигательной функции пищевода

Результаты обследования

Причиной неприятных ощущений за грудиной у данного пациента является

- безболевая ишемия миокарда
- трахеобронхит
- стенокардия напряжения II фк
- ГЭРБ

На основании результатов объективного осмотра, клинических данных и инструментальных методов обследования, можно поставить диагноз

- безболевая ишемия миокарда
- трахеобронхит
- стенокардия напряжения II фк
- ГЭРБ

Лечение, необходимое данному пациенту, включает назначение тройной схемы эрадикации *Helicobacter pylori* плюс

- прокинетики в стандартной дозе
- альгинаты в стандартной дозе
- прокинетики в удвоенной дозе
- антациды в стандартной дозе

Для уменьшения риска сердечно-сосудистых заболеваний пациенту следует рекомендовать

- прием фибратов
- прием иАПФ
- прием аспирина в дозе 150 мг в день
- снижение массы тела

В России схемой первой линии эрадикационной терапии *Helicobacter pylori* является схема

- ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + кларитромицин (по 500 мг 2 раза в сутки) + амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки)
- ИПП (в стандартной дозе 3 раза в сутки) + кларитромицин (по 500 мг 3 раза в сутки) + амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки)
- ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + кларитромицин (по 1000 мг 3 раза в сутки) + амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки)
- ИПП (в стандартной дозе) + кларитромицин (по 500 мг 2 раза в сутки) + амоксициллин (по 2000 мг 2 раза в сутки)

Контроль эрадикации проводят спустя + _____ + после окончания эрадикационной терапии *H. pylori*

- 1-2 неделю
- 4–6 недель
- 7-8 недель
- 2-3 недели

Помимо уреазного дыхательного теста для контроля эрадикации *H. pylori* рекомендовано применять

- быстрый уреазный тест (CLO-тест)
- микробиологический (бактериологический) метод
- серологический метод выявления антител к *H. pylori*
- определение антигена *H. pylori* в кале

В случае неэффективности проводимой терапии, рекомендуют назначить классическую четырехкомпонентную схему, которая содержит

- висмута трикалия дицитрат (120 мг 2 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + левофлоксацин (по 500 мг 2 раза в сутки) + кларитромицин (по 500 мг 2 раза в сутки)
- висмута трикалия дицитрат (120 мг 4 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе) + кларитромицин (по 500 мг 3 раза в сутки) + амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки)
- висмута трикалия дицитрат (120 мг 4 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + тетрациклин (500 мг 4 раза в сутки) + метронидазол (по 500 мг 3 раза в сутки)
- висмута трикалия дицитрат (120 мг 2 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + тетрациклин (500 мг 4 раза в сутки) + амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки)

Провоцирующим фактором риска возникновения ГЭРБ у данного пациента можно считать

- висмута трикалия дицитрат (120 мг 2 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + левофлоксацин (по 500 мг 2 раза в сутки) + кларитромицин (по 500 мг 2 раза в сутки)
- висмута трикалия дицитрат (120 мг 4 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе) + кларитромицин (по 500 мг 3 раза в сутки) + амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки)
- висмута трикалия дицитрат (120 мг 4 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + тетрациклин (500 мг 4 раза в сутки) + метронидазол (по 500 мг 3 раза в сутки)
- висмута трикалия дицитрат (120 мг 2 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + тетрациклин (500 мг 4 раза в сутки) + амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки)

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 44 года, обратилась к участковому врачу-терапевту в поликлинику по месту жительства

Жалобы

На периодический приступообразный практически сухой кашель; на неприятные ощущения в эпигастральной области, возникающие примерно через час после еды.

Анамнез заболевания

Впервые неприятные ощущения в эпигастральной области возникли несколько месяцев назад, появление их связывает со стрессовой ситуацией на работе. Так как отмечалась связь появления боли с приемом пищи, стала ограничивать себя в еде, на фоне чего сильно похудела. По рекомендации коллег по работе, при болях принимала антациды, отмечала положительный эффект. Сухой кашель возник примерно тогда же, прием противокашлевых препаратов оказался неэффективным.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ. Профессиональный анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает, потребление алкоголя умеренное. Любит горячий крепкий чай, кофе. Семейный анамнез: у матери – бронхиальная астма. Гинекологический и аллергологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела 36,6^o С. Больная нормостенического телосложения. Рост 162, вес 58 кг, ИМТ – 22,1 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, высыпаний нет. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания 16 в мин. При сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочный звук. При топографической перкуссии – границы легких в пределах нормы. При аускультации легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. SpO₂ – 97%. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации сердца: тоны ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс 70 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 125/75 мм рт. ст. Язык без особенностей. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, чувствительный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Пальпация кишечника без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7 см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Первым этапом диагностики будет выполнение

- висмута трикалия дицитрат (120 мг 2 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + левофлоксацин (по 500 мг 2 раза в сутки) + кларитромицин (по 500 мг 2 раза в сутки)

- висмута трикалия дицитрат (120 мг 4 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе) + кларитромицин (по 500 мг 3 раза в сутки) + амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки)
- висмута трикалия дицитрат (120 мг 4 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + тетрациклин (500 мг 4 раза в сутки) + метронидазол (по 500 мг 3 раза в сутки)
- висмута трикалия дицитрат (120 мг 2 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + тетрациклин (500 мг 4 раза в сутки) + амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки)

Результаты обследования

Для верификации клинического диагноза и исключения других возможных патологий, целесообразно выполнить

- висмута трикалия дицитрат (120 мг 2 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + левофлоксацин (по 500 мг 2 раза в сутки) + кларитромицин (по 500 мг 2 раза в сутки)
- висмута трикалия дицитрат (120 мг 4 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе) + кларитромицин (по 500 мг 3 раза в сутки) + амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки)
- висмута трикалия дицитрат (120 мг 4 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + тетрациклин (500 мг 4 раза в сутки) + метронидазол (по 500 мг 3 раза в сутки)
- висмута трикалия дицитрат (120 мг 2 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + тетрациклин (500 мг 4 раза в сутки) + амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки)

Результаты обследования

Помимо клинического анализа крови, желательным лабораторным обследованием будет

- висмута трикалия дицитрат (120 мг 2 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + левофлоксацин (по 500 мг 2 раза в сутки) + кларитромицин (по 500 мг 2 раза в сутки)
- висмута трикалия дицитрат (120 мг 4 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе) + кларитромицин (по 500 мг 3 раза в сутки) + амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки)
- висмута трикалия дицитрат (120 мг 4 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + тетрациклин (500 мг 4 раза в сутки) + метронидазол (по 500 мг 3 раза в сутки)
- висмута трикалия дицитрат (120 мг 2 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + тетрациклин (500 мг 4 раза в сутки) + амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки)

Результаты обследования

Для верификации клинического диагноза и определения дальнейшей тактики лечения необходимо выполнить

- висмута трикалия дицитрат (120 мг 2 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + левофлоксацин (по 500 мг 2 раза в сутки) + кларитромицин (по 500 мг 2 раза в сутки)
- висмута трикалия дицитрат (120 мг 4 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе) + кларитромицин (по 500 мг 3 раза в сутки) + амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки)
- висмута трикалия дицитрат (120 мг 4 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + тетрациклин (500 мг 4 раза в сутки) + метронидазол (по 500 мг 3 раза в сутки)
- висмута трикалия дицитрат (120 мг 2 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + тетрациклин (500 мг 4 раза в сутки) + амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки)

Результаты обследования

На основании результатов объективного осмотра, клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования, можно поставить диагноз

- висмута трикалия дицитрат (120 мг 2 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + левофлоксацин (по 500 мг 2 раза в сутки) + кларитромицин (по 500 мг 2 раза в сутки)
- висмута трикалия дицитрат (120 мг 4 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе) + кларитромицин (по 500 мг 3 раза в сутки) + амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки)
- висмута трикалия дицитрат (120 мг 4 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + тетрациклин (500 мг 4 раза в сутки) + метронидазол (по 500 мг 3 раза в сутки)
- висмута трикалия дицитрат (120 мг 2 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + тетрациклин (500 мг 4 раза в сутки) + амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки)

Приоритетным будет назначение следующей схемы лечения

- тройной схемы эрадикации *Helicobacter pylori* + Домперидона в удвоенной дозе
- четырехкомпонентной схемы эрадикации *Helicobacter pylori* + Итоприда гидрохлорида в стандартной дозе
- четырехкомпонентной схемы эрадикации *Helicobacter pylori* + Альгинатов в стандартной дозе
- тройной схемы эрадикации *Helicobacter pylori* + Итоприда гидрохлорида в стандартной дозе

В качестве эрадикационной терапии первой линии при непереносимости препаратов группы пенициллина следует назначить

- классическую четырехкомпонентную схему: висмута трикалия дицитрат (120 мг 4 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + тетрациклин (500 мг 4 раза в сутки) + метронидазол (по 500 мг 3 раза в сутки)
- трехкомпонентную схему: ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + тетрациклин (500 мг 4 раза в сутки) + кларитромицин (по 500 мг 2 раза в сутки)
- четырехкомпонентную схему: висмута трикалия дицитрат (120 мг 2 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + левофлоксацин (500 мг 2 раза в сутки) + метронидазол (по 500 мг 3 раза в сутки)
- четырехкомпонентную схему: висмута трикалия дицитрата (120 мг 4 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + кларитромицин (500 мг 3 раза в сутки) + метронидазол (по 500 мг 3 раза в сутки)

Для потенцирования терапевтического эффекта ИПП при лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) к лечению лучше добавить

- антациды
- алгинаты
- эзофагопротекторы
- блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов

В качестве неинвазивных методов первичной диагностики инфекции *H. pylori* используют

- микробиологический (бактериологический) метод
- морфологический (гистологический) метод
- уреазный дыхательный тест
- быстрый уреазный тест (CLO-тест)
- определение антигена *H. pylori* в кале

Одним из факторов риска язвенного кровотечения является

- локализации язв в двенадцатиперстной кишке
- инфекция *H. pylori*
- размеры язв до 1 см
- атрофический гастрит

Возможный ложноотрицательный результат диагностики инфекции *H. pylori* обусловлен тем, что

- для диагностики использовался быстрый уреазный тест
- для диагностики использовался морфологический метод
- исследование выполнялось на фоне терапии ингибиторами протонной помпы или вскоре после нее
- исследование выполнялось на фоне терапии антацидами или вскоре после нее

При язвенной болезни у беременных назначают

- для диагностики использовался быстрый уреазный тест
- для диагностики использовался морфологический метод
- исследование выполнялось на фоне терапии ингибиторами протонной помпы или вскоре после нее
- исследование выполнялось на фоне терапии антацидами или вскоре после нее

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка С. 53 лет на приеме у врача-гастроэнтеролога

Жалобы

- * на периодически возникающую ноющую боль в левой и правой подвздошных областях, усиливающуюся после акта дефекации +
- * боль и чувство распирания в прямой кишке перед актом дефекации +
- * наличие неизменённой крови в стуле +
- * недержание кала +
- * повышение температуры тела до субфебрильных цифр

Анамнез заболевания

Считает себя больной около одного года, когда впервые появились жалобы на периодическую ноющую боль в левой и правой подвздошных областях, усиливающуюся после акта дефекации, жидкий стул с примесью алой крови до 10 раз в сутки, повышение температуры до 38°C, похудание на 20 кг за 2 месяца. Принимала спазмолитики, антидиарейные средства без положительного эффекта. В последнее время присоединились ноющие боли в прямой кишке, недержание кала, что заставило больную обратиться на консультацию к гастроэнтерологу.

Анамнез жизни

Родилась в Новосибирской области +
Росла и развивалась соответственно возрасту. +
Замужем, имеет дочь. +
Образование: неполное среднее. +
Работает сторожем. +
Вредные привычки: отрицает. +
Семейный анамнез не отягощен. +
Аллергологический анамнез: пенициллин, тетрациклин, левомицетин, новокаин, лидокаин, фуразолидон - отек Квинке.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Температура тела 37,4 °C. +
Рост - 170 см, вес - 60 кг, ИМТ - 20 кг/м² +
Кожные покровы бледно-розовые, умеренной влажности. +

Периферические лимфоузлы не пальпируются. Отёков нет +
При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук. +
При аускультации: дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в минуту. +
Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 80 в минуту, АД 110 и 70 мм рт. ст. +
При пальпации живот мягкий, болезненный в правой и левой подвздошных областях, перистальтика выслушивается во всех отделах. +
Симптом Щеткина-Блюмберга не определяется. +
Печень, селезенка не увеличена. +
Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. +
Мочеиспускание не изменено

К основным лабораторным методам обследования для постановки диагноза относятся

- для диагностики использовался быстрый уреазный тест
- для диагностики использовался морфологический метод
- исследование выполнялось на фоне терапии ингибиторами протонной помпы или вскоре после нее
- исследование выполнялось на фоне терапии антацидами или вскоре после нее

Результаты лабораторных методов обследования

К основным инструментальным методам обследования для постановки диагноза относятся

- для диагностики использовался быстрый уреазный тест
- для диагностики использовался морфологический метод
- исследование выполнялось на фоне терапии ингибиторами протонной помпы или вскоре после нее
- исследование выполнялось на фоне терапии антацидами или вскоре после нее

Результаты инструментальных методов обследования

Данному пациенту на основании физикального и дополнительного обследования можно поставить диагноз

- для диагностики использовался быстрый уреазный тест
- для диагностики использовался морфологический метод
- исследование выполнялось на фоне терапии ингибиторами протонной помпы или вскоре после нее
- исследование выполнялось на фоне терапии антацидами или вскоре после нее

Для верификации диагноза необходимо определить тяжесть обострения заболевания по индексу активности (индекс Беста). В индексе Беста учитываются такие критерии как + _____ + наличие внекишечных и кишечных осложнений

- уровень гликозилированного гемоглобина в крови

- уровень липидов в крови
- частота жидкого стула
- степень увеличения щитовидной железы

Для верификации диагноза необходимо определить тяжесть обострения заболевания по индексу активности (индекс Беста). Для индекса Беста используются такие критерии как жалобы на + _____+, повышение температуры, напряжение и болезненность при пальпации живота

- боль в животе
- повышение артериального давления
- одышку при физических нагрузках
- головную боль

К типичным осложнениям заболевания относят: наружные и внутренние свищи, инфильтраты брюшной полости, межкишечные абсцессы, стриктуры желудочно-кишечного тракта и

- дивертикулы
- спаечные процессы
- полипы
- кишечное кровотечение

Острым осложнением заболевания является кишечное кровотечение, перфорация кишки и

- инфильтрат брюшной полости
- токсическая дилатация ободочной кишки
- стриктура желудочно-кишечного тракта
- свищ

При тяжёлом обострении заболевания требуется назначение

- преднизолона перорально или внутривенно
- будесонида перорально
- месалазина параректально по 1 свече на ночь
- месалазина перорально

При тяжёлом обострении заболевания требуется назначение

- антидепрессантов
- иммунодепрессантов
- ингаляционных глюкокортикостероидов
- производных салициловой кислоты

При отсутствии эффекта от иммуносупрессоров показано проведение биологической терапии препаратом

- инфликсимаб
- месалазин
- азатиоприн
- будесонид

Данной пациентке показано хирургическое лечение по поводу

- токсической дилатации ободочной кишки
- ректовагинального свища и стриктуры анального канала
- кишечного кровотечения
- перфорации кишки

В алгоритм профилактики послеоперационного рецидива заболевания входит + _____ + через 6-12 месяцев после оперативного вмешательства

- токсической дилатации ободочной кишки
- ректовагинального свища и стриктуры анального канала
- кишечного кровотечения
- перфорации кишки

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка А. 34 лет на приёме у врача-гастроэнтеролога

Жалобы

- * на боль в нижних отделах живота, спастического характера, усиливающуюся через 1-1,5 часа после еды, в том числе ночью, уменьшающуюся после акта дефекации
- * вздутие живота, усиливающееся после еды
- * полуоформленный стул 1-2 раза в день, без патологических примесей, преимущественно в ранние утренние часы
- * общую слабость
- * периодически возникающую боль в коленных суставах

Анамнез заболевания

Считает себя больной с 20-летнего возраста, когда на фоне психоэмоциональных нагрузок появились ноющая боль, вздутие живота, кашицеобразный стул 1-2 раза в день без патологических примесей. В дальнейшем, присоединились ноющие боли в эпигастральной области, уменьшающиеся после приёма спазмолитиков, и боли в коленных и лучезапястных суставах, по поводу которых больная принимала нестероидные противовоспалительные препараты. Сохранялись жалобы на кашицеобразный стул в утренние часы. При эзофагогастродуоденоскопии патологических

изменений выявлено не было. В дальнейшем, пациентку продолжали беспокоить ноющие боли в нижних отделах живота и жидкий учащённый стул на протяжении дня, однако длительное время к врачу за помощью не обращалась. Больная обратилась за консультацией к гастроэнтерологу, когда появилась кровь в стуле. Для уточнения диагноза госпитализирована в клинику.

Анамнез жизни

Родилась в г. Карабулак (респ. Ингушетия) +
В физическом развитии от сверстников не отставала +
Материально-бытовые условия: удовлетворительные +
Образование высшее, работает парикмахером +
Вредные привычки (курение, употребление алкоголя): отрицает +
Наследственный анамнез: +
Мать – 55 лет, гипертоническая болезнь +
Отец – умер в 60 лет, ОНМК +
Сын - 4 года, здоров +
Аллергологический анамнез : лидокаин- сыпь, зуд

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное. +
Кожные покровы физиологической окраски, умеренной влажности, чистые +
Телосложение нормостеническое +
Развитие подкожно-жирового слоя умеренное. +
Рост 160 см, вес 58 кг. ИМТ 22,6 кг/м². +
Температура тела 36,5 °С +
Костно-мышечная система без особенностей +
При сравнительной перкуссии лёгких: ясный лёгочный звук +
При аускультации: дыхание везикулярное. ЧДД - 16 в мин. +
Тоны сердца ясные, ритм правильный. +
ЧСС - 72 в мин., АД - 110 и 70 мм рт. ст. +
Живот мягкий, умеренно вздут, при пальпации болезненный в правой и левой подвздошной областях. Симптом Щеткина-Блюмберга не определяется. При аускультации выслушиваются кишечные шумы. +
Перкуторно размеры печени и селезёнки не увеличены +
Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. +
Мочеиспускание не нарушено. Стул 1-2 раза в сутки с примесью крови.

К основным лабораторным методам обследования для постановки диагноза относятся

- токсической дилатации ободочной кишки
- ректовагинального свища и стриктуры анального канала
- кишечного кровотечения
- перфорации кишки

Результаты лабораторных методов обследования

К основным инструментальным методам обследования для постановки диагноза относятся

- токсической дилатации ободочной кишки
- ректовагинального свища и стриктуры анального канала
- кишечного кровотечения
- перфорации кишки

Результаты инструментальных методов обследования

Данному пациенту на основании физикального и дополнительного обследования можно поставить диагноз

- токсической дилатации ободочной кишки
- ректовагинального свища и стриктуры анального канала
- кишечного кровотечения
- перфорации кишки

Для верификации диагноза необходимо подсчитать тяжесть обострения заболевания по индексу активности (индекс Беста). В индексе Беста учитываются такие критерии как + _____ + , наличие внекишечных и кишечных осложнений.

- уровень липидов в крови
- частота жидкого стула
- степень увеличения щитовидной железы
- уровень гликозилированного гемоглобина в крови

Для верификации диагноза необходимо подсчитать тяжесть обострения заболевания по индексу активности (индекс Беста). Для индекса Беста используются такие критерии как жалобы на + _____ + , повышение температуры, напряжение и болезненность при пальпации живота

- боль в животе
- головную боль
- повышение артериального давления
- одышку при физических нагрузках

К типичным осложнениям заболевания относят: наружные и внутренние свищи, инфильтраты брюшной полости, межкишечные абсцессы

- стриктуры желудочно-кишечного тракта (с нарушением кишечной проходимости и без таковой)
- полипы

- дивертикулы
- спаечные процессы

К острым осложнениям болезни Крона относят кишечное кровотечение, токсическую дилатацию ободочной кишки и

- инфильтрат брюшной полости
- стриктура желудочно-кишечного тракта
- свищ
- перфорацию кишки

У данной больной появилось поражение + _____ + , как внекишечное проявление болезни Крона

- лёгких
- почек
- суставов
- сердца

С активностью заболевания связаны такие внекишечные аутоиммунные проявления как поражение

- лёгких
- почек
- сердца
- кожи и слизистых

+ _____ + при данном заболевании обусловлен длительным воспалением и метаболическими нарушениями

- Миокардит
- Стеатогепатит
- Фиброзирующий альвеолит
- Хронический пиелонефрит

При данном течении заболевания требуется назначение такой группы препаратов как

- антидепрессанты
- системные глюкокортикостероиды
- производные салициловой кислоты
- биологические препараты

Прогностически неблагоприятными факторами при болезни Крона являются

- антидепрессанты
- системные глюкокортикостероиды
- производные салициловой кислоты

- биологические препараты

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка И. 32 лет на осмотре у врача-гастроэнтеролога

Жалобы

на поносы до 3-4 раз в сутки без примеси слизи и крови в кале, +
вздутие живота, +
похудание на 25 кг за последние 3 года, +
общую слабость, повышенную утомляемость, +
извращение вкуса (влечение к кофейной гуще, сырому картофелю)

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение последних 3 лет, когда без видимой причины появилось вздутие живота после еды, а затем – поносы до 2-3 раз в сутки без патологических примесей в кале. Первое время больная к врачам не обращалась, самостоятельно принимала энтерофурил или интетрикс без особого эффекта. Спустя примерно 3 месяца пациентка прошла обследование у инфекциониста с отрицательным результатом, после чего была госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение. Были выполнены клинический и биохимический анализы крови (без патологических изменений), ультрасонография органов брюшной полости (диффузные изменения паренхимы поджелудочной железы), эзофагогастродуоденоскопия (дуоденогастральный рефлюкс), колоноскопия (без патологических изменений). По результатам обследования установлен диагноз синдрома раздражённой кишки, вариант с преобладанием поносов. Назначено лечение тримебутином и amitриптилином с сомнительным эффектом. В дальнейшем пациентке попеременно были рекомендованы различные спазмолитики, холинолитики, вяжущие и обволакивающие средства с незначительным клиническим эффектом. Около 3 месяцев тому назад спонтанно участились поносы, усилилось вздутие живота, присоединилась выраженная общая слабость. Пациентка отметила взаимосвязь между обострением заболевания (усиление диареи и метеоризма) и употреблением в пищу хлебобулочных изделий. С момента начала заболевания больная похудела на 25 кг.

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально +
Закончила педагогический ВУЗ, работает преподавателем в средней школе. +
Страдает хроническим тонзиллитом +
Наследственность: неотягощена +
Не курит, злоупотребление алкоголем отрицает +
Аллергологический анамнез без особенностей +
Гинекологический анамнез без особенностей, имеет 2 здоровых детей +
Питание регулярное, аппетит не изменён

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение тела активное. Телосложение нормостеническое. Рост 168 см, вес 46 кг, индекс массы тела - 16,3 кг/м², t тела - 36,4°C. Кожные покровы бледные, сухие; склеры нормальной окраски. Определяются лейконихии, продольная и поперечная исчерченность ногтей, повышенная ломкость волос. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Пастозность голеней. Суставы при осмотре не изменены. При сравнительной перкуссии лёгких ясный звук над всеми отделами. Голосовое дрожание не изменено. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются; бронхофония не изменена. Частота дыхания – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС - 90 в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Живот вздут, симметричный, равномерно участвует в дыхании; при пальпации мягкий, слегка болезненный в околопупочной области. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. Доступные пальпации отделы толстой кишки не изменены. Перкуторные размеры печени и селезёнки не изменены. Печень и селезёнка не пальпируются. Мочеиспускание не изменено. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

У больной наиболее вероятным диагнозом является

- антидепрессанты
- системные глюкокортикостероиды
- производные салициловой кислоты
- биологические препараты

У больной выявлен синдром

- гипотиреоза
- неязвенной диспепсии
- интоксикации
- мальабсорбции

Наиболее вероятной причиной пастозности голеней у больной является

- недостаточность кровообращения
- гипотиреоз
- дефицит белка
- венозная недостаточность

Наиболее вероятной причиной наличия у больной извращённого вкуса, лейконихий, койлонихий и ломкости волос является

- остеопения
- сидеропения
- гипотиреоз
- гипокалиемия

Наиболее достоверным диагностическим критерием целиакии является

- результат биопсии тонкой кишки
- высокий титр антимитохондриальных антител в крови
- обнаружение *Helicobacter pylori*
- гипергастринемия

Вероятный диагноз целиакии может быть установлен на основании положительного

- клинического эффекта аглютеновой диеты
- лактозотолерантного теста
- кло-теста
- водородного дыхательного теста

Наиболее специфичными для диагностики активной целиакии являются

- антимитохондриальные антитела
- IgG антиглиадиновые антитела (IgG АГА)
- IgA антиглиадиновые антитела (IgA АГА)
- антитела к тканевой трансглутаминазе в крови (АТ к tTG) IgA

Характерными морфологическими признаками целиакии являются лимфоцитарная инфильтрация собственной пластинки и

- крипт-абсцессы
- атрофия ворсин
- гигантоклеточные гранулёмы
- дефекты слизистой оболочки

В группу риска по целиакии входят

- лица, длительное время леченные иммунодепрессантами
- лица, страдающие пищевой аллергией
- европеоиды, длительное время прожившие в тропиках
- родственники 1 и 2 степеней

Заболеванием, риск развития которого увеличивается при длительно нелеченой целиакии, является

- лимфоцитарный колит
- аденокарцинома тонкой кишки
- пищевая аллергия
- карциноид тонкой кишки

Одним из негастроэнтерологических синдромов при целиакии является

- гипокортицизм
- гипотиреоз
- гипогонадизм

- периферическая полинейропатия

Для достижения стойкой ремиссии целиакии наиболее эффективным считается назначение

- гипокортицизм
- гипотиреоз
- гипогонадизм
- периферическая полинейропатия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка М. 72 лет на осмотре у врача-гастроэнтеролога

Жалобы

на

- * средней интенсивности ноющие боли в левой подвздошной области, уменьшающиеся после дефекации;
- * вздутие живота.
- * запоры до 3-4 суток;

Анамнез заболевания

В течение примерно 40 лет страдает хроническими запорами, которые больная самостоятельно с переменным эффектом устраняла посредством диеты (чернослив, ревеня, свёкла). Около 10 лет тому назад запоры усилились (самостоятельная дефекация прекратилась). Пациентка прошла обследование у гастроэнтеролога по месту жительства. Были выполнены чрескожная ультрасонография органов брюшной полости (билиарный сладж), эзофагогастродуоденоскопия (дуоденогастральный рефлюкс) и колоноскопия (дополнительная петля сигмовидной кишки). Был установлен диагноз долихосигмы, запора, синдрома билиарного сладжа, по поводу чего назначено лечение мотилиумом 30 мг/сутки, лактулозой 30 мл/сутки, мукофальком 1 доза/сутки. На этом фоне установилась ежедневная дефекация, однако после приёма лактулозы развился метеоризм. Спустя 3 года вновь появились запоры, присоединились ноющие боли в левой подвздошной области. Лечение без особого эффекта было дополнено ректальными свечами с бускопаном. Последние полгода больная принимает натуралакс, бисакодил в свечах, мотилиум, однако достигнуть клинической ремиссии не удаётся. Последние два дня боль в левой подвздошной области усилилась и стала постоянной.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально
- * Работала преподавателем в средней школе. В настоящее время на пенсии.
- * Страдает гипертонической болезнью, по поводу чего с хорошим эффектом регулярно принимает индапамид, лизиноприл, бисопролол.
- * Наследственность: неотягощена

- * Не курит, злоупотребление алкоголем отрицает
- * Аллергологический анамнез без особенностей
- * Гинекологический анамнез без особенностей, имеет 2 здоровых детей
- * Питание регулярное, аппетит не изменён

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение тела активное. Телосложение нормостеническое. Рост 168 см, вес 74 кг, индекс массы тела - 26,22 кг/м², t тела - 36,4°C. Кожные покровы розовые, чистые; склеры нормальной окраски. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Отёков нет. На дистальных межфаланговых суставах кистей рук определяются узелки Гебердена. При сравнительной перкуссии лёгких ясный звук над всеми отделами. Голосовое дрожание не изменено. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются; бронхофония не изменена. Частота дыхания – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 72 в минуту. АД 140/85 мм рт. ст. Живот умеренно вздут, симметричный, при пальпации в левой подвздошной области определяется болезненность и напряжение мышц передней брюшной стенки. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. Нисходящий отдел и сигмовидная кишка заполнены плотным содержимым, подвижны при пальпации. Перкуторные размеры печени и селезёнки не изменены. Печень и селезёнка не пальпируются. Мочеиспускание не изменено. Симптом Пастернацкого

Наиболее вероятным клиническим диагнозом у больной является

- гипокортицизм
- гипотиреоз
- гипогонадизм
- периферическая полинейропатия

Для установления диагноза и исключения осложнений наилучшим первоначальным методом исследования является

- обзорная рентгенография брюшной полости
- УЗИ или КТ брюшной полости
- ректоскопия
- эндоскопическая эндосонография

Дивертикулярная болезнь наиболее часто встречается у

- женщин старше 70 лет
- мужчин старше 50 лет
- мужчин независимо от возраста
- женщин независимо от возраста

Основным этиологическим фактором дивертикулярной болезни считается

- хроническое воспаление толстой кишки

- недостаток пищевых волокон в рационе
- ожирение
- гипоганглиоз толстой кишки

Одним из факторов риска дивертикулярной болезни является

- малоподвижный образ жизни
- диета с большим содержанием рафинированной пищи животного происхождения
- злостное курение
- злоупотребление крепким кофе

Дивертикулы чаще всего формируются в одной из нижеперечисленных частей толстой кишки

- восходящей
- прямой
- нисходящей
- сигмовидной

Наиболее частым осложнением дивертикулярной болезни является

- межкишечный абсцесс
- дивертикулит
- перфорация дивертикула
- толстокишечная непроходимость

Одним из наиболее чувствительных и специфичных методов диагностики осложненной формы дивертикулярной болезни является

- ирригоскопия
- компьютерная энтероколонография
- колоноскопия
- обзорная рентгенография брюшной полости

Одним из первоочередных высокочувствительных методов диагностики дивертикулита является

- ирригоскопия
- УЗИ органов брюшной полости и кишечника
- эндосонография
- обзорная рентгенография брюшной полости

Одним из наиболее угрожаемых для жизни осложнений дивертикулярной болезни является

- колевезикальный свищ
- воспалительная стриктура толстой кишки

- острый перфоративный дивертикулит
- тяжелая анемия

Консервативное лечение неосложнённой формы дивертикулярной болезни включает назначение

- антибиотиков широкого спектра действия
- гидроколонотерапии
- преднизолона
- рифаксимина

В тактике лечения пациентов моложе 40 лет, страдающих частыми рецидивами острого дивертикулита, может рассматриваться

- антибиотиков широкого спектра действия
- гидроколонотерапии
- преднизолона
- рифаксимина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка О. 57 лет на осмотре у врача-гастроэнтеролога

Жалобы

- * на кожный зуд
- * значительно выраженную общую слабость, повышенную утомляемость
- * дискомфортные ощущения в правом подреберье

Анамнез заболевания

В течение 5 лет беспокоит зуд кожи. Лечилась у дерматолога без эффекта. При исследовании биохимических тестов неоднократно было отмечено повышение уровня АСТ максимально в 1,5 раза, АЛТ и билирубин – норма, увеличение уровня щелочной фосфатазы максимально в 2 раза. В клиническом анализе крови – без отклонений от нормы. По данным ультразвукового исследования органов брюшной полости билиарной гипертензии не выявлено. Направлена к гастроэнтерологу для установления диагноза и назначения терапии.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально
- * Работает преподавателем
- * В анамнезе – гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
- * Наследственность: мать 80 лет, гипертоническая болезнь, отец умер от рака легкого
- * Не курит, алкоголь не употребляет
- * Применение психоактивных веществ отрицает

* Периодически принимала антигистаминные препараты

* Питание регулярное, полноценное

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Положение активное. Нормостенического телосложения, рост 159 см, вес 63 кг, t тела - 36,4°C. Кожные покровы сухие; на животе гиперпигментированы, следы расчесов, склеры обычной окраски. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Отеков нет. Суставы при осмотре не изменены. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук. При аускультации в легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Частота дыхания – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичны. ЧСС 74 в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Живот правильной формы, симметричный, при пальпации мягкий, безболезненный. Доступные пальпации отделы толстой кишки не изменены. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание не изменено. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- антибиотиков широкого спектра действия
- гидроколонотерапии
- преднизолона
- рифаксимина

Результаты лабораторных методов обследования

Для подтверждения диагноза важным инструментальным методом обследования является

- антибиотиков широкого спектра действия
- гидроколонотерапии
- преднизолона
- рифаксимина

Результаты инструментального метода обследования

Данной пациентке на основании проведенного обследования можно поставить диагноз

- антибиотиков широкого спектра действия
- гидроколонотерапии
- преднизолона
- рифаксимина

При АМА-негативном варианте первичного билиарного цирроза следует исследовать + _____ + в сыворотке крови

- Anti-LKM1

- SLA/LP
- Anti-Sp100 и anti-gp210
- ASMA

К клиническим признакам холестаза относятся

- отсутствие аппетита, значительное снижение веса
- слабость, кожный зуд, желтуха
- горечь во рту, тошнота, рвота желчью
- боль в правом подреберье, лихорадка

Первый этап в дифференциальной диагностике внутри- и внепеченочного холестаза – это проведение

- эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии
- компьютерной томографии брюшной полости
- магнитно-резонансной холангиографии
- ультразвукового исследования органов брюшной полости

Для лечения первичного билиарного цирроза назначают

- преднизолон
- колхицин
- урсодезоксихолевую кислоту
- метотрексат

Для терапии первичного билиарного цирроза доза урсодезоксихолевой кислоты составляет + _____ + мг/кг/день

- 20-25
- 8-10
- 13-15
- 17-19

Хороший ответ на терапию отмечается при первичном билиарном циррозе

- на ранних стадиях заболевания
- на поздних стадиях заболевания
- у 90% больных
- у 40% больных

Биохимический ответ на терапию урсодезоксихолевой кислотой при первичном билиарном циррозе оценивают через + _____ + месяцев

- 12
- 8
- 6

- 10

Хорошим биохимическим ответом на терапию урсодезоксихолевой кислотой при первичном билиарном циррозе считается

- уровень сывороточного билирубина ≤ 1 мг/дл (17 мкмоль/л), уровень ЩФ ≤ 3 верхней границы нормы (ВГН) и уровень АСТ ≤ 2 ВГН
- уровень тромбоцитов более 150×10^9 /л, уровень ЩФ ≤ 4 верхней границы нормы (ВГН) и уровень АЛТ ≤ 2 ВГН
- уровень гамма-глутамилтранспептидазы ≤ 3 ВГН, уровень ЩФ ≤ 5 верхней границы нормы (ВГН) и уровень АЛТ ≤ 3 ВГН
- уровень сывороточного билирубина ≤ 2 мг/дл (34 мкмоль/л), уровень ЩФ ≤ 2 верхней границы нормы (ВГН) и уровень АСТ ≤ 3 ВГН

При субоптимальном ответе на терапию урсодезоксихолевой кислотой (УДХК) при первичном билиарном циррозе следует назначить комбинацию

- уровень сывороточного билирубина ≤ 1 мг/дл (17 мкмоль/л), уровень ЩФ ≤ 3 верхней границы нормы (ВГН) и уровень АСТ ≤ 2 ВГН
- уровень тромбоцитов более 150×10^9 /л, уровень ЩФ ≤ 4 верхней границы нормы (ВГН) и уровень АЛТ ≤ 2 ВГН
- уровень гамма-глутамилтранспептидазы ≤ 3 ВГН, уровень ЩФ ≤ 5 верхней границы нормы (ВГН) и уровень АЛТ ≤ 3 ВГН
- уровень сывороточного билирубина ≤ 2 мг/дл (34 мкмоль/л), уровень ЩФ ≤ 2 верхней границы нормы (ВГН) и уровень АСТ ≤ 3 ВГН

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Г. 42 лет на осмотре у врача-гастроэнтеролога

Жалобы

- * на периодические ноющие боли в эпигастральной области, больше слева, возникающие через 20-30 мин после приема пищи, с иррадиацией в спину, левое плечо и лопатку, часто принимающих характер опоясывающих;
- * тошноту;
- * рвоту, не приносящую облегчения;
- * частый стул до 2-4 раз в день, кашицеобразный, с жирным блеском, зловонный, трудно смывается с унитаза;
- * похудание за 4 недели на 5 кг;
- * общую слабость.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение последних 14 лет, когда появились периодические ноющие боли в эпигастральной области, возникавшие после приема жирной пищи,

ощущение горечи во рту. К врачам не обращалась, не обследовалась. При болях принимала но-шпу с хорошим эффектом. Примерно около шести лет назад, после приема большого количества жирной пищи и алкоголя, развился приступ болей в эпигастральной области, сопровождавшийся ознобом и рвотой. В хирургическом стационаре, куда машиной скорой помощи была доставлена больная, при обследовании были выявлены конкременты в желчном пузыре и экстренно произведена холецистэктомия. Послеоперационный период протекал без осложнений. Через 1,5 недели после выписки у больной вновь появились ноющие боли в эпигастрии, больше слева, возникающие при погрешностях в диете, с иррадиацией в спину, левое плечо и лопатку, принимающие характер опоясывающих. Четыре недели назад отмечает появление тошноты и рвоты, не приносящей облегчения, кашицеобразного стула до 2-4 раз в день, который плохо смывается с унитаза, усилилась общая слабость. За это время похудела на 5 кг.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Замужем, имеет одного здорового ребенка.
- * Работает бухгалтером. Питается не регулярно, диету не соблюдает.
- * Не курит, злоупотребление алкоголем отрицает.
- * В анамнезе – детские инфекции, желчнокаменная болезнь.
- * Не переносимости лекарственных препаратов и пищевых продуктов не отмечено.
- * Наследственность: у матери желчнокаменная болезнь, отец практически здоров.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение больной активное. Телосложение нормостеническое. Рост 172 см. Масса тела 60 кг. Индекс массы тела 20,27 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. Отмечается небольшая иктеричность склер. Подкожная клетчатка развита слабо. Отеков нет. Лимфатические узлы не пальпируются. Общее развитие мышечной системы умеренное. Костная система без видимых изменений. Суставы не изменены, движения в полном объеме. Тип дыхания грудной. Ритм дыхания правильный. ЧДД 18 в 1 мин. При сравнительной перкуссии над всей поверхностью легких звук ясный. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Область сердца не изменена. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации тоны сердца нормальной звучности, шумы не выслушиваются. Пульс 80 уд. 1 мин., ритмичный. АД 100/60 мм.рт.ст. Живот обычной формы, симметричный, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, больше слева. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. При глубокой пальпации определяются все отделы толстой кишки, безболезненные, урчащие при надавливании. Печень и селезенка не увеличены. Поджелудочная железа не пальпируется. Выявляется положительный симптом Мейо-Робсона. Френикус-симптом положителен слева. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена.

У больной наиболее вероятным диагнозом является

- уровень сывороточного билирубина ≤ 1 мг/дл (17 мкмоль/л), уровень ЩФ ≤ 3 верхней границы нормы (ВГН) и уровень АСТ ≤ 2 ВГН
- уровень тромбоцитов более 150×10^9 /л, уровень ЩФ ≤ 4 верхней границы нормы (ВГН) и уровень АЛТ ≤ 2 ВГН
- уровень гамма-глутамилтранспептидазы ≤ 3 ВГН, уровень ЩФ ≤ 5 верхней границы нормы (ВГН) и уровень АЛТ ≤ 3 ВГН
- уровень сывороточного билирубина ≤ 2 мг/дл (34 мкмоль/л), уровень ЩФ ≤ 2 верхней границы нормы (ВГН) и уровень АСТ ≤ 3 ВГН

Клиника хронического панкреатита у больной определяется

+ _____ + синдромом

- избыточного бактериального роста
- болевым
- внутрисекреторной панкреатической недостаточности
- холестаза

Ведущим в клинической картине заболевания у больной является синдром

- внешнесекреторной панкреатической недостаточности
- избыточного бактериального роста
- холестаза
- внутрисекреторной панкреатической недостаточности

Наиболее вероятной причиной нарушения стула является

- повышенная функция щитовидной железы (гипертиреоз)
- нарушение поступления желчи в кишечник
- внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы
- гиперсекреция соляной кислоты

Основной причиной возникновения недостаточности внешнесекреторной функции поджелудочной железы является

- повреждение ее паренхимы с развитием фиброза
- недостаточная выработка пепсина
- повышенная секреция соляной кислоты
- повреждение панкреатических островков (островков Лангерганса)

Нередким осложнением хронического панкреатита является

- реактивный артрит
- развитие подпеченочной желтухи
- плевральный выпот слева
- острая язва желудка

На первой ступени диагностики хронического панкреатита из методов визуализации необходимо использовать

- ангиографию
- рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки
- УЗИ
- ЭРХПГ

Методом выбора для первичной диагностики хронического панкреатита на ранних стадиях, обладающим достаточно высокой специфичностью и чувствительностью, является

- УЗИ гепатобилиарной зоны
- мультиспиральная компьютерная томография
- ангиография
- ЭРХПГ

При подозрении на нарушение внешнесекреторной функции поджелудочной железы в клинических условиях показано определение

- растительной клетчатки в кале
- липазы в сыворотке крови
- фекальной эластазы (ФЭ-1)
- амилазы в моче

Лечение внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы включает прежде всего назначение

- антибиотиков
- спазмолитиков
- обезболивающих
- ферментных препаратов

Прием ферментных препаратов должен быть рекомендован

- за 20 мин до еды
- во время еды
- через 7-8 часов после еды
- через 30 мин после еды

Больной показано назначение ингибиторов протонной помпы (ИПП) потому что

- за 20 мин до еды
- во время еды
- через 7-8 часов после еды
- через 30 мин после еды

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент К. 38 лет на осмотре у врача-гастроэнтеролога

Жалобы

- * на постоянные ноющие боли в эпигастральной области, больше слева, усиливающиеся через 20-30 мин после приема пищи и алкоголя, с иррадиацией в спину, часто принимающих характер опоясывающих
- * тошноту
- * рвоту, не приносящую облегчения
- * частый стул до 2-4 раз в день, кашицеобразный, с жирным блеском, с неприятным запахом, плохо смывается со стенок унитаза
- * похудание
- * общую слабость

Анамнез заболевания

Больной с 20 летнего возраста злоупотребляет алкоголем. Девять лет назад после обильного употребления алкоголя и жирной пищи развился приступ опоясывающих болей в эпигастральной области, сопровождавшийся многократной рвотой. После инъекции сделанной врачом скорой помощи боли прекратились. От госпитализации больной отказался. Начиная с этого времени стали беспокоить периодические боли в эпигастральной области, больше слева, которые возникали при погрешностях в диете и приеме алкоголя. К врачам не обращался, не обследовался, самостоятельно принимал спазмолитики, с переменным эффектом. Ухудшение состояния около двух месяцев назад, когда боли в эпигастральной области стали постоянными, усиливающимися после приема пищи и алкоголя, сопровождающиеся рвотой, не приносящей облегчения. Появился кашицеобразный стул до 2-4 раз в сутки с неприятным запахом. За этот период похудел на 3 кг.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально
- * Не женат
- * Работает строителем. Питается не регулярно, диету не соблюдает
- * Курит по пачке сигарет в день в течение 19 лет, злоупотребляет алкоголем с 20 летнего возраста
- * В анамнезе – детские инфекции
- * Непереносимости лекарственных препаратов и пищевых продуктов не отмечено
- * Наследственность: мать практически здорова, отец умер от рака желудка

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение больного активное. Телосложение нормостеническое. Рост 180 см. Масса тела 75 кг. Индекс массы тела 23,15 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. Склеры иктеричны. Подкожная

клетчатка развита умеренно. Отеков нет. Лимфатические узлы не пальпируются. Общее развитие мышечной системы хорошее. Костная система без видимых изменений. Суставы не изменены, движения в полном объеме. Тип дыхания брюшной. Ритм дыхания правильный. ЧДД 20 в 1 мин. При сравнительной перкуссии над всей поверхностью легких звук ясный. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Область сердца не изменена. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации тоны сердца нормальной звучности, шумы не выслушиваются. Пульс 76 уд. 1 мин., ритмичный. АД 135/80 мм.рт.ст. Живот обычной формы, симметричный, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастриальной области, больше слева. Отмечается атрофия подкожно-жировой клетчатки в области проекции поджелудочной железы (симптом Грота). Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. При глубокой пальпации определяются все отделы толстой кишки, безболезненные, урчащие при надавливании. Печень и селезенка не увеличены. Поджелудочная железа не пальпируется. Положителен симптом Георгиевского-Мюсси слева. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена.

У больного наиболее вероятным диагнозом является

- за 20 мин до еды
- во время еды
- через 7-8 часов после еды
- через 30 мин после еды

Клиника хронического панкреатита у больного определяется + _____ + синдромом

- холестаза
- внутрисекреторной панкреатической недостаточности
- болевым
- избыточного бактериального роста

Ведущим в клинической картине заболевания у больного является синдром

- холестаза
- избыточного бактериального роста
- внешнесекреторной панкреатической недостаточности
- внутрисекреторной панкреатической недостаточности

Наиболее вероятной причиной нарушения стула является

- гиперсекреция соляной кислоты
- нарушение поступления желчи в кишечник
- внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы
- повышенная функция щитовидной железы (гипертиреоз)

Основной причиной возникновения недостаточности внешнесекреторной функции поджелудочной железы является

- повреждение панкреатических островков (островков Лангерганса)
- недостаточная выработка пепсина
- повышенная секреция соляной кислоты
- повреждение ее паренхимы с развитием фиброза

Основным фактором риска развития хронического панкреатита у данного больного явилось

- тяжелая физическая работа
- нерегулярное питание
- частые переохлаждения
- злоупотребление алкоголем

К важным независимым факторам риска развития хронического панкреатита у данного больного относят

- курение
- нерегулярное питание
- тяжелую физическую работу
- частые переохлаждения

Наиболее частым осложнением хронического панкреатита алкогольной этиологии является

- плевральный выпот слева
- формирование псевдокист
- острая язва желудка
- реактивный артрит

К лучшим методам визуализации для подтверждения диагноза хронического панкреатита относят

- ЭРХПГ
- Эндо УЗИ, компьютерную томографию, МРТ
- обзорную рентгенографию брюшной полости
- ангиографию

При подозрении на нарушение внешнесекреторной функции поджелудочной железы в клинических условиях показано определение

- фекальной эластазы
- амилазы в моче
- растительной клетчатки в кале
- липазы в сыворотке крови

Лечение внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы включает прежде всего назначение

- ферментных препаратов
- ингибиторов протонной помпы
- спазмолитиков
- антибактериальных препаратов

К предпочтительным анальгетикам первого уровня для купирования болевого синдрома при хроническом панкреатите относят

- ферментных препаратов
- ингибиторов протонной помпы
- спазмолитиков
- антибактериальных препаратов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 67 лет на приеме у врача-гастроэнтеролога

Жалобы

- * кровоточивость десен;
- * сонливость днем, бессонница ночью;
- * тремор рук;
- * запор (стул 2 раза в неделю, плотный, «овечий»).

Анамнез заболевания

С 50 лет по УЗИ ставился диагноз стеатоза печени.

В течение последнего полугодия стала отмечать кровоточивость десен. По УЗИ обнаружена спленомегалия.

- * в общем анализе крови: гемоглобин 118 г/л, эритроциты $3,6 \cdot 10^{12}$ /л, средний объем эритроцита – 98 фл, тромбоциты $32 \cdot 10^9$ /л, лейкоциты $2,8 \cdot 10^9$ /л;
- * HBsAg отрицательный, анти-HBsAg обнаружены, анти-HCV отрицательные;
- * Антитела к ВИЧ, реакция Вассермана отрицательные;
- * уровень гамма-глобулинов, IgA, IgM и IgG, ANA, antiLKM-1, ASMA, AMA-M2 в пределах референсных значений;
- * мутаций C282Y и H63D в гене HFE не выявлено.

Проведено гематологическое обследование, включая стернальную пункцию и трепанобиопсию: данных за миело или лимфопролиферативное заболевание нет.

В течение последних двух недель появился тремор рук, сонливость днем, бессонница ночью.

Анамнез жизни

- * В течение многих лет избыточный вес.
- * С 50 лет артериальная гипертензия и сахарный диабет II типа. Принимает периндоприл и метформин
- * Курение отрицает

Объективный статус

- * Заторможена, на вопросы отвечает с задержкой. Астериксис.
- * Рост 162 кг. Вес 95 кг. ИМТ = 36 кг/м². Телосложение гиперстеническое. Окружность талии - 112 см.
- * Единичные геморрагические высыпания на коже голеней, пальмарная эритема, телеангиоэктазии. Склеры и слизистые субиктеричны.
- * ЧСС = 72 в мин. АД - 135 и 85 мм.рт.ст.
- * Живот увеличен за счет избыточного развития подкожно-жировой клетчатки. При перкуссии во всех отделах звук тимпанический.
- * Перкуторные размеры печени и селезенки увеличены.

Для исключения хронического злоупотребления алкоголем необходимо

- ферментных препаратов
- ингибиторов протонной помпы
- спазмолитиков
- антибактериальных препаратов

Результаты

Для верификации диагноза необходимо получить результаты

- ферментных препаратов
- ингибиторов протонной помпы
- спазмолитиков
- антибактериальных препаратов

Результаты

На основании жалоб, анамнеза, данных объективного исследования и дополнительных методов диагностики наиболее вероятен диагноз

- ферментных препаратов
- ингибиторов протонной помпы
- спазмолитиков
- антибактериальных препаратов

Диагноз

Тромбоцитопения и лейкопения у пациентки относятся к синдрому

- гиперспленизма
- гипоплазии кроветворения
- печеночной недостаточности
- холестаза

Появление инверсии ритма сна, заторможенности и астериксиса у пациентки свидетельствуют о развитии

- фуникулярного миелоза
- печеночной энцефалопатии
- энцефалопатии Вернике
- синдрома Гийена-Барре

При неалкогольной жировой болезни печени «золотым стандартом» диагностики стеатоза, воспаления и стадии фиброза служит

- биопсия
- УЗИ
- МРТ
- КТ

У пациентки цирроз печени по градации Child-Pugh оценивается в 9 баллов, что соответствует стадии

- компенсации
- реактивации
- декомпенсации
- субкомпенсации

Основным средством для лечения неалкогольной жировой болезни печени служит

- замена в диете сахара на фруктозу
- нормализация массы тела
- когнитивно-поведенческая терапия
- прием биологически активных добавок

Лечение печеночной энцефалопатии у пациентки с запором целесообразно начать с назначения

- лактулозы
- силимарина
- адеметионина
- преднизолона

Сочетание у пациентки абдоминального ожирения, артериальной гипертензии и нарушенной толерантности к глюкозе свидетельствует о наличии

- метаболического синдрома
- первичного гипертиреоза
- надпочечниковой недостаточности
- несахарного диабета

Наиболее вероятным провоцирующим фактором развития печеночной энцефалопатии у пациентки служит

- гипербилирубинемия
- спленомегалия
- запор
- гипоальбуминемия

Для вторичной профилактики печеночной энцефалопатии пациентке целесообразно рекомендовать длительный прием

- гипербилирубинемия
- спленомегалия
- запор
- гипоальбуминемия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 52 лет обратился к врачу-гастроэнтерологу

Жалобы

на ноющую боль в животе различной интенсивности, без четкой локализации, не связанную с приёмом пищи, значительное увеличение в объёме живота, повышение температуры тела до $37,5^{\circ}\text{C}$, общую слабость

Анамнез заболевания

Считает себя больным на протяжении 13 лет. Эпизодически госпитализируется в стационар по месту жительства в связи с увеличением в объёме живота и появлением желтухи после алкогольных эксцессов. По данным проведенного обследования сформулирован диагноз «Цирроз печени токсической (алкогольной) этиологии». Последняя госпитализация месяц назад, выявлены варикозно расширенные вены нижней трети пищевода II степени, выписан в удовлетворительном состоянии с рекомендациями: исключить приём алкоголя, соблюдать бессолевую диету, продолжить приём верошпирона. Настоящее ухудшение в течение недели в виде появления ноющей боли в животе различной интенсивности, без четкой локализации, не связанную с приёмом пищи, значительное увеличение в объёме живота, повышение температуры тела до $37,5^{\circ}\text{C}$, общую слабость. В связи с чем обратился к врачу-гастроэнтерологу стационара по месту жительства.

Анамнез жизни

- * рос и развивался без особенностей
- * по профессии сантехник
- * не курит; злоупотребление алкоголем в течение последних 20 лет (средняя дневная доза этанола – около 70 г). Употребление алкоголя в последние 2 недели отрицает.

- * наследственность не отягощена
- * аллергический анамнез не отягощён
- * живёт один, питание нерегулярное

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Ориентирован в собственной личности, времени и пространстве. Эмоционально лабилен. Время выполнения теста связи чисел – 83 секунды. Положение активное. Походка несколько неустойчивая. Нормостенического телосложения, индекс массы тела - $22,4 \text{ кг/м}^2$. Видимые слизистые с желтушным оттенком. Инъекция склер. Кожные покровы бледно-розовые, горячие на ощупь. Температура тела $38,1^{\circ}\text{C}$. Гипотрофия мышц конечностей. Определяются единичные сосудистые звездочки на коже верхней части спины, «печёночные ладони». Периферические лимфоузлы не пальпируются. Пастозность голеней. Частота дыхательных движений 23 в мин. Над лёгкими дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений 110 в мин. Артериальное давление 95 и 60 мм рт.ст. Живот значительно увеличен в размерах, определяется напряжение мышц передней брюшной стенки. Симптомы раздражения брюшины слабopоложительные. При перкуссии тупой звук над всей поверхностью живота. Перистальтика практически не выслушивается. Стул был накануне обращения, без особенностей. Диурез снижен.

При подозрении на инфекционное осложнение цирроза печени у данного пациента, прежде всего, необходимо выполнить

- гипербилирубинемия
- спленомегалия
- запор
- гипоальбуминемия

Результаты

К необходимому для постановки диагноза инструментальному методу обследования относится

- гипербилирубинемия
- спленомегалия
- запор
- гипоальбуминемия

Результаты инструментального метода обследования

На основании жалоб, данных анамнеза, результатов физикального и лабораторно-инструментального обследования можно поставить диагноз

+ _____ + Осложнение: Спонтанный бактериальный перитонит (Enterococcus faecalis)

- гипербилирубинемия
- спленомегалия
- запор
- гипоальбуминемия

Диагноз

Лихорадка, тахикардия, тахипноэ и лейкоцитоз, выявленные у пациента, свидетельствуют в пользу синдрома

- мезенхимального воспаления
- избыточного бактериального роста
- приобретённого иммунодефицита
- системного воспалительного ответа

Препаратом выбора для лечения данного больного служит

- офлоксацин по 100 мг 2 раза в день перорально
- амоксициллин 1 г в сутки перорально
- пентоксифиллин 400 мг в сутки внутривенно
- цефотаксим по 2 г каждые 8 часов внутривенно

В качестве альтернативной схемы антибиотикотерапии назначается комбинация 1 г

- цефотаксима и 500 мг азитромицина в сутки
- меропенема и 600 мг линезолида в сутки
- цефтазидима и 400 мг ципрофлоксацина 400 мг в сутки
- амоксициллина и 0,2 г клавулановой кислоты каждые 6 ч

Эффективность антибиотикотерапии при инфицировании асцитической жидкости необходимо определять по

- исчезновению лихорадки
- уменьшению объёма живота и исчезновению отёков
- нормализации клинического и биохимического анализа крови
- исчезновению симптомов и уменьшению нейтрофилов асцитической жидкости более чем на 25%

После проведения лечебно-диагностического парацентеза (удалено 10 л асцитической жидкости) пациенту показано внутривенное введение

- альбумина
- реополиглюкина
- декстрана
- полиглюкина

Радикальным методом лечения цирроза печени, осложнённого резистентным асцитом и повторным инфицированием асцитической жидкости, служит

- трансплантация печени
- повторный парацентез с кратностью 1 раз в 2 –4 недели в сочетании с внутривенными трансфузиями альбумина
- соблюдение пациентом гипонатриемической диеты
- наложение трансъюгулярного портосистемного шунта

Наиболее важным негативным предиктором выживаемости при инфицировании асцитической жидкости (в частности, при спонтанном бактериальном перитоните) у пациента с циррозом печени служит развитие

- печёночно-клеточной недостаточности
- печёночной энцефалопатии II степени
- синдрома избыточного бактериального роста
- почечной недостаточности

В целях профилактики инфицирования асцитической жидкости у пациентов с циррозом печени класса C по Child-Pugh показан постоянный приём антибиотика из группы

- фторхинолонов до исчезновения асцита или пересадки печени
- карбапенемов до нормализации лейкоцитарной формулы
- гликопептидов до исчезновения признаков синдрома системной воспалительной реакции
- цефалоспоринов до исчезновения асцита

Сывороточно-асцитический градиент альбумина рассчитывается по формуле: альбумин сыворотки + _____ + альбумин асцитической жидкости

- фторхинолонов до исчезновения асцита или пересадки печени
- карбапенемов до нормализации лейкоцитарной формулы
- гликопептидов до исчезновения признаков синдрома системной воспалительной реакции
- цефалоспоринов до исчезновения асцита

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 52 лет обратилась к врачу-гастроэнтерологу

Жалобы

на общую слабость, утомляемость, похудание на 8 кг, увеличение размеров живота, отёки голеней и стоп, кожный зуд преимущественно в ночное время.

Анамнез заболевания

Считает себя больной на протяжении 11 лет. По поводу нарастающей общей слабости, появления кожного зуда и увеличения размеров живота 11 лет назад обратилась в поликлинику по месту жительства, где при обследовании было выявлено повышение уровня щелочной фосфатазы до 11 норм, повышение активности трансаминаз в 2 раза. Рекомендовано дообследование, в результате которого исключены возможные причины вторичного холестаза, обнаружены антимитохондриальные антитела в титре 1:40. Установлен диагноз первичного билиарного цирроза печени. Биопсия печени не проводилась (пациентка отказалась). Получала урсодезоксихолиевую кислоту 750-1000 мг в сутки, с положительным эффектом (снижение щелочной фосфатазы, уменьшение зуда). Периодически обследовалась по месту жительства. 3 года назад отмечено прогрессирование заболевания: появление отёков и асцита, варикозно-расширенных вен пищевода II степени. Госпитализирована по месту жительства. На фоне проводимой терапии отмечалось уменьшение отёков и асцита. В течение последних 6 месяцев отмечается нарастание общей слабости и утомляемости, похудание на 8 кг, появление стойкого увеличения размеров живота и отёков голеней и стоп. Также, преимущественно в ночное время, беспокоит кожный зуд. В связи с ухудшением обратилась в поликлинику по месту жительства, откуда направлена к врачу-гастроэнтерологу лечебно-диагностического отделения УКБ №2 Сеченовского Университета, после консультации которого госпитализирована в отделение гепатологии.

Анамнез жизни

- * родилась и живет в Калуге
- * росла и развивалась соответственно возрасту
- * образование высшее, педагог начальной школы
- * не курит, алкоголь не употребляет
- * менопауза с 47 лет
- * наследственность: мать страдает гипертонической болезнью, отец умер от рака печени
- * аллергологический анамнез не отягощен
- * 12 лет назад перенесла холецистэктомию по поводу калькулёзного холецистита

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Кожа смуглая, следы расчёсов. Видимые слизистые – бледные, чистые. Пальмарная эритема. Подкожно-жировая клетчатка развита слабо. ИМТ 19 кг/м². Отёки стоп, голеней. Лимфатические узлы не пальпируются. Мышцы, костная система, суставы - без видимой патологии. Над легкими перкуторно – ясный легочный звук, дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД - 20 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС= пульс –88 уд. в мин. АД – 105 и 70 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме за счет асцита, мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Стул без особенностей. Диурез снижен.

Для постановки диагноза первичного билиарного цирроза требуется обнаружение повышенного уровня щелочной фосфатазы и наличие

- фторхинолонов до исчезновения асцита или пересадки печени

- карбапенемов до нормализации лейкоцитарной формулы
- гликопептидов до исчезновения признаков синдрома системной воспалительной реакции
- цефалоспоринов до исчезновения асцита

Результаты

После лабораторных исследований в первую очередь показано проведение

- фторхинолонов до исчезновения асцита или пересадки печени
- карбапенемов до нормализации лейкоцитарной формулы
- гликопептидов до исчезновения признаков синдрома системной воспалительной реакции
- цефалоспоринов до исчезновения асцита

Результаты

Диагноз первичного билиарного цирроза в большинстве случаев достоверен при наличии

- высокого уровня трансаминаз и конъюгированного билирубина сыворотки крови
- повышения содержания иммуноглобулина М и холестерина
- антимитохондриальных антител в титре $\geq 1:40$ и холестатического профиля печеночных ферментов
- увеличения протромбинового времени и повышения концентрации билирубина

Диагностическими критериями холестаза принято считать повышение относительно верхней границы нормы уровня

- аспартатаминотрансферазы в 3 раза и аланинаминотрансферазы в 4 раза
- щелочной фосфатазы в 1,5 раза и γ -глутамилтранспептидазы в 3 раза
- конъюгированного билирубина в 5 раз и холестерина в 2 раза
- холестерина в 3 раза и триглицеридов в 1,5 раза

Пациентке показан длительный приём

- урсодезоксихолевой кислоты
- азатиоприна
- колхицина
- преднизолона

Для улучшения клинической картины и биохимических показателей пациентки возможна комбинация урсодезоксихолевой кислоты с

- S-аденозил-L-метионином
- азатиоприном
- колхицином

- циклоспорином

Для предупреждения остеопороза пациентке с холестатическим заболеванием печени показано применение

- витамина D (400 МЕ/сут) в течение 6 месяцев
- кальция (1000–1200 мг/сут) и витамина D (400–800 МЕ/сут)
- витамина E (400 ЕД/сут)
- кальция (500 мг/сут)

Для купирования зуда необходимо назначить препарат первой линии

- сертралин
- ондансетрон
- холестирамин
- рифампицин

Хорошим биохимическим ответом при лечении урсодезоксихолиевой кислотой считается

- нормализация уровня аланинаминотрансферазы
- снижение на 40% либо нормализация уровня щелочной фосфатазы
- нормализация уровня аспартатаминотрансферазы
- снижение уровня γ -глутамилтранспептидазы на 25%

Трансплантация печени показана пациентам с первичным билиарным циррозом

- в начальной стадии заболевания
- в терминальной стадии либо имеет место декомпенсированный цирроз печени
- при наличии варикозно-расширенных вен пищевода I степени
- в случае компенсированного цирроза печени

Ранними биохимическими маркерами холестаза при бессимптомном течении служат повышение уровня

- холестерина и триглицеридов
- конъюгированного билирубина и холестерина
- щелочной фосфатазы и γ -глутамилтранспептидазы
- аспартатаминотрансферазы и аланинаминотрансферазы

Независимым фактором риска возникновения варикозно-расширенных вен у больных первичным билиарным циррозом служит уровень

- холестерина и триглицеридов
- конъюгированного билирубина и холестерина
- щелочной фосфатазы и γ -глутамилтранспептидазы
- аспартатаминотрансферазы и аланинаминотрансферазы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент М. 39 лет на осмотре у врача-гастроэнтеролога

Жалобы

- на увеличение живота в объеме
- отеки стоп
- желтушное окрашивание склер
- изжогу

Анамнез заболевания

Около 10 лет при предоперационном обследовании в крови больного был выявлен HBsAg. Больной отказался от противовирусного лечения, так как оно было дорогостоящим и он, не имея никаких жалоб, посчитал, что в нем нет необходимости. Через 8 лет больной впервые заметил увеличение живота в объеме. Был диагностирован цирроз печени, проведено лечение диуретиками с положительным эффектом: асцит разрешился. От предложенного противовирусного лечения больной отказался повторно по тем же причинам. Три дня назад вновь отметил увеличение живота в объеме, появились отеки стоп, желтуха и изжога, в связи с чем больной обратился к врачу.

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально
- Работает офисным служащим
- В анамнезе – хронический гастрит, аппендэктомия в 29 лет
- Наследственность: отец умер в 68 лет от инфаркта миокарда, у матери гипертоническая болезнь, сын 12 лет здоров
- Не курит, употребляет около 100 мл красного вина ежедневно на протяжении 20 лет
- В юности применял внутривенные наркотические препараты
- Лекарственные средства не принимает
- Питание регулярное, аппетит снижен

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. На вопросы отвечает правильно; ориентирован во времени, пространстве и собственной личности. Положение активное.

Нормостенического телосложения, рост 178 см, вес 68 кг, t тела - 36,7°C. Кожные покровы субиктеричные, сухие; склеры желтушные. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Определяются отеки стоп. Суставы при осмотре не изменены. При сравнительной перкуссии лёгких – ясный лёгочный звук. При аускультации в легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Частота дыхания – 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 90 в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме за счет наличия свободной жидкости, симметричный, при пальпации мягкий, безболезненный, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Доступные пальпации отделы толстой кишки не изменены. Печень по данным перкуссии и

пальпации не выступает из-под края реберной дуги, край неровный, плотный, безболезненный. Селезенка 15x8 см. Симптом "поколачивания" отрицательный с обеих сторон. Стул и диурез в норме.

Для подтверждения того, что увеличение живота в объеме вызвано асцитом, следует прежде всего провести

- холестерина и триглицеридов
- конъюгированного билирубина и холестерина
- щелочной фосфатазы и γ -глутамилтранспептидазы
- аспартатаминотрансферазы и аланинаминотрансферазы

Результаты

Наиболее вероятно, образование представляет собой

- гемангиому
- холангиоцеллюлярный рак
- гепатоцеллюлярную аденому
- гепатоцеллюлярный рак

Для уточнения генеза образования оптимальным является проведение

- гемангиому
- холангиоцеллюлярный рак
- гепатоцеллюлярную аденому
- гепатоцеллюлярный рак

Результаты

В пользу первичного злокачественного поражения печени в данном случае будет свидетельствовать изменение концентрации в сыворотке крови

- гемангиому
- холангиоцеллюлярный рак
- гепатоцеллюлярную аденому
- гепатоцеллюлярный рак

Результаты

Полученный результат анализа крови на онкомаркер и данные инструментальных методов

- не информативны, так как такие значения онкомаркера могут наблюдаться при асците любой этиологии
- не информативны, так как такие данные могут наблюдаться при циррозе печени

- делают диагноз первичного злокачественного поражения печени высоковероятным
- исключают наличие первичного злокачественного поражения печени

По результатам обследования у больного имеется

- не информативны, так как такие значения онкомаркера могут наблюдаться при асците любой этиологии
- не информативны, так как такие данные могут наблюдаться при циррозе печени
- делают диагноз первичного злокачественного поражения печени высоковероятным
- исключают наличие первичного злокачественного поражения печени

Диагноз

Для лечения данного заболевания следует определить его стадию согласно

+ _____ + системе

- Парижской
- Брюссельской
- Мюнхенской
- Барселонской

Для стадирования по данной системе необходимо опираться на такой показатель как

- значение по шкале MELD (Model for End-Stage Liver Disease)
- значение индекса Мейо (Meyo)
- концентрация вирусной ДНК в сыворотке крови
- класс цирроза печени по Чайлд-Пью (Child-Pugh)

Согласно данной системе стадирования гепатоцеллюлярного рака выделяют + _____ + стадий/стадии заболевания

- 4
- 2
- 5
- 3

Если в печени определяются множественные фокусы гепатоцеллюлярной карциномы, нет признаков инвазии опухоли в воротную вену, поражения регионарных лимфоузлов и отдаленных метастазов, функциональный статус пациента не нарушен, а степень декомпенсации цирроза печени соответствует классу В по Чайлд-Пью (Child-Pugh), то первичный рак печени соответствует + _____ + стадии по Барселонской классификации

- А
- С
- D

- В

К радикальным методам лечения гепатоцеллюлярного рака относится

- лучевая терапия
- трансплантация печени
- химиотерапия
- трансартериальная химиоэмболизация

Вследствие увеличения объема живота при асците у данного пациента развилась

- лучевая терапия
- трансплантация печени
- химиотерапия
- трансартериальная химиоэмболизация

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент М. 42 года на осмотре у врача-гастроэнтеролога

Жалобы

- на увеличение живота в объеме
- отеки стоп
- желтушное окрашивание склер

Анамнез заболевания

Около 10 лет назад при предоперационном обследовании в крови пациента был выявлен HBsAg. Больной отказался от противовирусного лечения, так как оно было дорогостоящим и он, не имея жалоб, не считал, что в нем есть необходимость. 2 года назад пациент впервые заметил увеличение объема живота. Был диагностирован цирроз печени, проведено лечение диуретиками с положительным эффектом: асцит разрешился. От предложенного противовирусного лечения пациент отказался повторно по тем же причинам. Три дня назад после алкогольного эксцесса живот опять увеличился в объеме, появились отеки стоп и желтуха, в связи с чем пациент обратился к врачу.

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально
- Работает водителем
- В анамнезе – хронический гастрит, аппендэктомия в 29 лет
- Наследственность: отец умер в 58 лет от инфаркта миокарда, у матери гипертоническая болезнь, сын 15 лет здоров
- Не курит, употреблял около 100 мл водки ежедневно на протяжении 20 лет
- В юности применял внутривенные наркотические препараты

- Лекарственные средства не принимает
- Питание регулярное, аппетит снижен

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. На вопросы отвечает правильно; ориентирован во времени, пространстве и собственной личности. Положение активное.

Нормостенического телосложения, рост 178 см, вес 68 кг, t тела – 36,7°C. Кожные покровы субиктеричные, сухие; склеры желтушные. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Определяются отеки стоп. Суставы при осмотре не изменены. При сравнительной перкуссии лёгких – ясный лёгочный звук. При аускультации в легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Частота дыхания – 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумов нет. ЧСС 90 в минуту. АД 110/70 мм рт. Ст. Живот увеличен в объеме за счет наличия свободной жидкости, симметричный, при пальпации мягкий, безболезненный, симптом Щеткина-Блюмберга не определяется. Доступные пальпации отделы толстой кишки не изменены. Печень по данным перкуссии и пальпации выступает из-под края реберной дуги на 5 см, край неровный, плотный, безболезненный. Селезенка 17x8 см. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Стул и диурез в норме.

Для подтверждения того, что увеличение объема живота вызвано асцитом, следует прежде всего выполнить

- лучевая терапия
- трансплантация печени
- химиотерапия
- трансартериальная химиоэмболизация

Результаты

Наиболее вероятно, образование представляет собой

- гепатоцеллюлярную аденому
- гемангиому
- холангиоцеллюлярный рак
- гепатоцеллюлярный рак

Для уточнения генеза образования оптимальным является проведение

- гепатоцеллюлярную аденому
- гемангиому
- холангиоцеллюлярный рак
- гепатоцеллюлярный рак

Результаты

В пользу первичного злокачественного поражения печени в данном случае будет свидетельствовать изменение концентрации в крови

- гепатоцеллюлярную аденому
- гемангиому
- холангиоцеллюлярный рак
- гепатоцеллюлярный рак

Результаты

Полученный результат анализа крови на онкомаркер

- неинформативен, так как такие значения возможны при асците любой этиологии
- неинформативен, так как такие значения возможны при циррозе печени
- делает диагноз первичного злокачественного поражения печени высоковероятным
- исключает наличие первичного злокачественного поражения печени

По результатам обследования у больного имеется

- неинформативен, так как такие значения возможны при асците любой этиологии
- неинформативен, так как такие значения возможны при циррозе печени
- делает диагноз первичного злокачественного поражения печени высоковероятным
- исключает наличие первичного злокачественного поражения печени

Диагноз

Для лечения данного заболевания необходимо определить его стадию согласно + _____ + системе

- Парижской
- Мюнхенской
- Барселонской
- Вашингтонской

Согласно данной системе для определения стадии следует установить

- концентрацию HBsAg в крови
- концентрацию вирусной ДНК в крови
- значение индекса Мадррея
- класс цирроза печени по Чайлд-Пью (Child-Pugh)

В данной системе выделяют + _____ + стадий/стадии заболевания

- 5
- 10
- 4
- 6

При улучшении функции печени и разрешении асцита на фоне лечения, то есть компенсации цирроза печени и достижения им удовлетворительного состояния, тяжесть поражения у данного пациента по указанной выше системе стала соответствовать + _____ + стадии

- C
- A
- B
- D

В соответствии с имеющейся стадией данному пациенту показано проведение

- трансплантации печени
- протонной терапии
- курсов полихимиотерапии
- терапии сорафенибом

При циррозе печени вирусной В этиологии противовирусная терапия

- трансплантации печени
- протонной терапии
- курсов полихимиотерапии
- терапии сорафенибом

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 56 лет на осмотре у врача.

Жалобы на

- боли в эпигастральной области ноющего характера, без четкой связи с приемом пищи, жжение в эпигастрии после еды;
- редко изжогу, кислый привкус во рту;
- слабость, повышенную утомляемость

Анамнез заболевания

В возрасте 30 лет, на фоне сильного стресса появились голодные боли в эпигастрии и правом подреберье, при обследовании выявлена язва луковицы 12-п.к. После лечения боли не повторялись. Считает себя больной с осени 2017г., когда после работы в саду стала отмечать боли в коленных суставах, после обследования у ревматолога установлен диагноз артрозоартрит коленных суставов. Назначен прием препарата Арта в течение полугода с последующими повторными курсами. При усилении болей в коленных суставах самостоятельно принимала диклофенак 100 мг. Два месяца назад появились боли эпигастральной области, которые пациента купировала приемом Альмагеля А. В течение последнего месяца боли носят постоянный характер,

прием Альмагеля, Но-шпы боли не приносит облегчения, поэтому пациентка обратилась к врачу.

Анамнез жизни

- росла и развивалась соответственно возрасту, от сверстников не отставала. Имеет высшее образование, по профессии экономист. Профессиональных вредностей нет;
- наследственность: мать страдает хроническим панкреатитом, ЖКБ;
- не курит, употребление алкоголя отрицает;
- аллергических реакций на лекарственные препараты не отмечено;
- питается регулярно, аппетит сохранен

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 160 см, вес 87 кг. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Гиперстенического телосложения. Периферические лимфоузлы не увеличены. Деформация коленных суставов. При перкуссии легких - ясный легочный звук. При аускультации - везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 82 уд/мин. АД 130/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в эпигастральной области и правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул оформленный, коричневого цвета, без патологических примесей

Необходимым для постановки правильного диагноза методом обследования является

- трансплантации печени
- протонной терапии
- курсов полихимиотерапии
- терапии сорафенибом

Результаты обследования

На основании объективного осмотра и дополнительного обследования можно поставить диагноз

- трансплантации печени
- протонной терапии
- курсов полихимиотерапии
- терапии сорафенибом

Диагноз

Проблема развития эрозивно-язвенного поражения желудка и двенадцатиперстной кишки на фоне приема НПВП связана с

- высокой частотой камнеобразования

- бесконтрольным приемом и развитием серьезных осложнений
- трудностями диагностики
- безрецептурной продажей

Для лечения и профилактики НПВП-гастропатии наиболее эффективны

- ингибиторы протонной помпы (ИПП)
- препараты висмута
- антациды
- H₂ блокаторы гистамина

Среди ингибиторов протонной помпы (ИПП) самое низкое сродство с цитохромом P450 проявляют

- рабепразол и пантопразол
- лансопразол и омепразол ДСР
- омепразол и эзомепразол
- H₂ блокаторы и декслансопразол

Повысить эффективность лечения НПВП-гастропатии позволяет прием

- неселективных ЦОГ-1 и антацидов
- гевискона и H₂ блокаторов гистамина
- ингибитора протонной помпы (ИПП) и висмута трикалия дицитрата
- сукральфата и синтетического аналога простагландина E₁

Перед длительным назначением НПВП рекомендуется

- исследование показателей красной крови
- обследование больных на *H. pylori*
- проведение УЗИ брюшной полости
- исследование кала на скрытую кровь

При высоком риске развития НПВП-гастропатии следует отдавать предпочтение

- селективным ЦОГ-2 НПВП в сочетании с ИПП
- синтетическим аналогам простагландина E₁
- неселективным ЦОГ-1 и препаратам висмута
- H₂ блокаторам гистамина и селективным ЦОГ-2

Риск осложнений при НПВП-гастропатии повышается при одновременном приеме НПВП и

- ингибиторов ангиотензин превращающего фермента
- антикоагулянтов или кортикостероидов
- антиаритмических препаратов 1С класса
- антагонистов кальция

После заживления язвы, ассоциированной с приемом НПВП, пациенту рекомендуют

- постоянный прием ИПП (рабепразол или пантопразол) в стандартной дозе
- прием препаратов висмута 2 раза в день и при необходимости на ночь
- прием ребамипида в течение 1 месяца по 1 таблетке 3 раза в день
- курсовой прием антацидов через 40 минут после еды

Максимальный эффект эрадикации *H.pylori* достигается при использовании ингибиторов протонной помпы (ИПП)

- омепразола и декслансопразола
- лансопразола и Омеза Инста
- пантопразола и H₂ блокаторов
- эзомепразола и рабепразола

В эрадикационную терапию первой линии, применяемой в России, входят

- омепразола и декслансопразола
- лансопразола и Омеза Инста
- пантопразола и H₂ блокаторов
- эзомепразола и рабепразола

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 21 год, на осмотре у врача.

Жалобы на

- затруднения при глотании твердой пищи;
- боли за грудиной при прохождении пищи;
- боли в грудной клетке;
- срыгивание;
- застревание пищи в пищеводе.

Анамнез заболевания

Пациент в течение 3-х лет испытывает боли за грудиной при употреблении твердой пищи. В течение последнего года боли носят постоянный характер, стали более интенсивными и постоянными. Пациент не может проглотить кусочек хлеба, нужно обязательно запивать и тщательно пережевывать. Попытка проведения ЭГДС в районной больнице не удалась. Лекарственные препараты не принимает из-за трудности проглотить таблетку. Ухудшение в состоянии отмечает при эмоциональном напряжении. Пациент переехал в город, поступил в ВУЗ, и состояние его здоровья мешает ему полноценно учиться и жить. Обратился для обследования и лечения.

Анамнез жизни

- рос и развивался соответственно возрасту, от сверстников не отставал. Закончил

среднюю школу, поступил в ВУЗ, учится на втором курсе;

- в анамнезе: экзема с 6-летнего возраста;

- наследственность: мать страдает бронхиальной астмой;

- не курит, употребление алкоголя отрицает;

- лекарственные препараты не принимает;

- старается питаться регулярно, аппетит сохранен.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 178 см, вес 67 кг. Кожные покровы бледные, чистые. Нормостенического телосложения. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система без изменений. При перкуссии легких определялся ясный легочный звук. При аускультации в легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. ЧДД 17 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 70 уд/мин. АД 110/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в эпигастральной области. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул оформленный, коричневого цвета, без патологических примесей.

Необходимыми для постановки более полного диагноза лабораторными методами обследования являются

- омепразола и декслансопразола
- лансопразола и Омеза Инста
- пантопразола и H2 блокаторов
- эзомепразола и рабепразола

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки корректного диагноза инструментальным методом обследования является

- омепразола и декслансопразола
- лансопразола и Омеза Инста
- пантопразола и H2 блокаторов
- эзомепразола и рабепразола

Результаты инструментальных методов обследования

Данному пациенту, на основании объективного осмотра и дополнительного обследования, можно поставить диагноз

- омепразола и декслансопразола
- лансопразола и Омеза Инста
- пантопразола и H2 блокаторов
- эзомепразола и рабепразола

Диагноз

К типичным клиническим симптомам эозинофильного эзофагита относятся

- срыгивание, рвота, боли по ходу грудного отдела позвоночника
- затруднение при глотании твердой пищи, боль в грудной клетке, не связанная с глотанием
- боли за грудиной с иррадиацией в верхнюю челюсть
- болезненная отрыжка с неприятным запахом, боли в эпигастральной области

К пусковым факторам заболевания относят

- пищевые и воздушные аллергены
- аллергический ринит
- бронхиальную астму
- атопический дерматит

Наиболее распространенным типом пациента с эозинофильным эзофагитом является

- мужчина после 40, страдающий бронхиальной астмой, распространенным нейродермитом
- женщина молодого возраста с атопическим дерматитом, вегетативно-сосудистой дистонией
- молодой мужчина с анамнезом атопических заболеваний, с периодическими эпизодами затруднения глотания
- подросток, страдающий аллергическим ринитом, полипозным риносинуситом

Высокой диагностической точностью при верификации диагноза эозинофильного эзофагита обладает выявление эозинофилов в количестве $\geq +$ _____ $+$ в поле зрения микроскопа при большом увеличении (x400)

- 30
- 15
- 60
- 20

Эндоскопическая дилатация пищевода показана пациентам с эозинофильным эзофагитом с

- сужением просвета пищевода
- дисфагией и отрыжкой кислым
- отрыжкой и икотой в ночное время
- потребностью обильно запивать пищу водой

В качестве эффективной поддерживающей терапии больных с эозинофильным эзофагитом служит длительный прием

- H₂-блокаторов гистамина и прокинетиков
- системных глюкокортикостероидов и иммунодепрессантов
- ингибиторов протонной помпы и топических глюкокортикостероидов
- антигистаминных препаратов и блокаторов кальциевых каналов

Профилактика и диспансерное наблюдение у специалиста-гастроэнтеролога с проведением ЭГДС и биопсии проводится через + _____ + месяцев

- 6
- 20
- 18
- 12

Пациенту с эозинофильным эзофагитом необходимо соблюдать диету

- № 5
- элиминационную
- № 15
- пищеводную

Рекомендуемая доза ингибиторов протонной помпы (ИПП) для лечения эозинофильного эзофагита составляет

- № 5
- элиминационную
- № 15
- пищеводную

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 26 лет на консультации у врача.

Жалобы на

- ноющую боль, жжение в эпигастрии после еды, горечь во рту;
- чувство тяжести, переполнения после еды в эпигастральной области;
- отрыжку воздухом.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение последних 3 лет, когда впервые после погрешности в диете появились жгучие боли в верхних отделах живота, преимущественно в эпигастрии. Машинной скорой помощи был доставлен в хирургический стационар, где проведено обследование: в анализах крови, без существенных отклонений от нормы. При ЭГДС – поверхностный гастродуоденит. При УЗИ органов брюшной полости без патологических изменений. Боли купировали введением спазмолитиков, ферментными и антисекреторными препаратами. В течение следующего года перенес острый гайморит,

принимал цефтриаксон, после чего боли в эпигастрии возобновились. При УЗИ органов брюшной полости выявлены незначительные диффузные изменения печени по типу жировой инфильтрации, деформация желчного пузыря, признаки дискинезии желчевыводящих путей. Назначен Одестон, но через неделю появилась горечь во рту, тяжесть в эпигастрии, чувство быстрого насыщения, препарат был отменен. Тяжесть и вздутие в эпигастрии, отрыжка воздухом стали беспокоить почти ежедневно, часто без видимых причин. Самостоятельно принимал омепразол и ферментные препараты с временным улучшением. Настоящее ухудшение отметил два дня назад, когда на фоне стресса и переутомления после каждого приема пищи стала беспокоить выраженная тяжесть в эпигастрии, чувство быстрого насыщения и переполнения, отрыжка воздухом.

Анамнез жизни

- рос и развивался соответственно возрасту, от сверстников не отставал. Имеет высшее образование, по профессии программист. С профессиональными вредностями контакта не имел;
- наследственность не отягощена;
- не курит, употребление алкоголя отрицает;
- аллергических реакций на лекарственные препараты не отмечено;
- старается питаться регулярно, аппетит сохранен.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 171 см, вес 67 кг. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Нормостенического телосложения. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система без изменений. При перкуссии легких определялся ясный легочный звук. При аускультации в легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. ЧДД 17 в мин. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 72 уд/мин. АД 110/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, чувствительный при пальпации в эпигастральной области, правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень не выступает из под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул оформленный, коричневого цвета, без патологических примесей

Необходимыми для постановки более полного диагноза методами обследования являются

- № 5
- элиминационную
- № 15
- пищеводную

Результаты обследования

Данному пациенту, на основании объективного осмотра и дополнительного обследования, можно поставить диагноз

- № 5
- элиминационную
- № 15
- пищеводную

Диагноз

Постпрандиальный дистресс-синдром проявляется

- дисфагией, которая возникает после еды чаще 3-х раз в неделю при алиментарных погрешностях в диете
- дискинезией пищевода при приеме пищи большего, чем обычно, объема
- чувством переполнения желудка или ранним насыщением при приеме пищи в обычном объеме
- гастроэзофагеальным рефлюксом, возникающим в горизонтальном положении

Диагноз диспепсия, ассоциированная с инфекцией *_H.pylori_* возможен, если

- после эрадикации отмечается стойкое исчезновение клинических симптомов в течение не менее 6–12 мес.
- имеющиеся клинические симптомы могут быть обусловлены дискинезией желчевыводящих путей
- хронический гастрит, ассоциированный с *_Helicobacter pylori_* не является причиной возникновения диспепсических симптомов
- диспепсические симптомы сохраняются, несмотря на успешно проведенную эрадикацию

Сравнительные показатели распространенности функциональной диспепсии среди мужчин и женщин составляют

- 1:3
- 2:1
- 1:1
- 1:2

Курение повышает риск развития функциональной диспепсии в + ____ + раза

- 3
- 1,5
- 2
- 4

К этиологическим факторам, способствующим развитию функциональной диспепсии, относятся

- перенесенный инфекционный мононуклеоз, резкое снижение массы тела

- травма живота, осложненное течение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки
- смена климатических поясов, частое переиздание, запоры, кровь в стуле
- наследственные, алиментарные погрешности, курение, перенесенная пищевая токсикоинфекция, психосоциальные

Больным с функциональной диспепсией рекомендуют питание + _____ + раз/раза в день

- 5; с увеличением объема жидкой пищи, овощей и фруктов
- 3; с исключением сырых овощей и фруктов, газированных напитков
- 4; без соблюдения диеты, с ограничением физических нагрузок
- 6; небольшими порциями с ограничением потребления жирной и острой пищи, кофе

Проведенные исследования доказали, что более эффективными в лечении больных функциональной диспепсией с синдромом боли в эпигастрии оказались

- нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП)
- антациды
- ингибиторы протонной помпы (ИПП)
- блокаторы H₂-рецепторов гистамина

Продолжительность применения всех схем эрадикации должна составлять + _____ + дней

- 7
- 5+5
- 14
- 12

При синдроме боли в эпигастрии целесообразно назначать

- прокинетики в течение месяца
- антациды по требованию
- иберогаст постоянно
- ингибиторы протонной помпы (ИПП) в стандартной дозе

Больным с постпрандиальным дистресс-синдромом показан прием

- прокинетики в течение месяца
- антациды по требованию
- иберогаст постоянно
- ингибиторы протонной помпы (ИПП) в стандартной дозе

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 41 год на осмотре у врача.

Жалобы

На отрыжку, изжогу, ощущение «кома» в горле при глотании, ноющие боли в эпигастральной области через 20 минут после еды.

Анамнез заболевания

На протяжении многих лет беспокоит мучительная изжога, по этому поводу регулярно принимала Ренни с незначительным эффектом, за медицинской помощью не обращалась.

Год назад больная почувствовала ухудшение в состоянии. Сначала появился привкус кислого во рту, тошнота, отрыжка, тяжесть в эпигастрии, затем к ним присоединились давящие боли в эпигастральной области, связанные с приемом пищи, боли в горле. По совету знакомых посетила оториноларинголога, при осмотре патологических изменений в носоглотке, гортани не было выявлено и рекомендована консультация гастроэнтеролога. По поводу данных жалоб обратилась в поликлинику к гастроэнтерологу, пациентке была проведена ЭГДС по результатам, которой выявлена недостаточность кардии, рефлюкс-эзофагит. Больной был назначен прием Омепразола 20 мг 2 раза в день, Маалокса 1 пакетик 3 раза в день, Итоприда гидрохлорид 50 мг 3 раза в день, с положительным эффектом. После улучшения состояния пациентка перестала принимать вышеперечисленные препараты.

Спустя 2 месяца появилось чувство «кома» в горле при глотании, затрудненное прохождение пищи по пищеводу, ноющие боли в эпигастрии после еды. Пациентка повторно обратилась к гастроэнтерологу.

Анамнез жизни

Родилась в 1978, в г. Москве. Росла и развивалась соответственно возрасту. Образование высшее медицинское. В настоящее время работает врачом акушером-гинекологом. Питается не регулярно, преимущественно 2 раза в день. Вредные привычки отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Наследственность: у отца язвенная болезнь.

Гинекологический анамнез: менструации с 13 лет 3-5 дней, умеренные. Беременностей – 2, роды – 2.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Рост 165 см, вес 66кг. ИМТ=24,2 кг/м². Кожные покровы чистые. Развитие подкожно-жирового слоя умеренное.

Периферические лимфоузлы не пальпируются. Костно-мышечная система без видимой патологии. Суставы при осмотре не изменены. При сравнительной перкуссии легких – ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 72 уд/мин. АД 120/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет.

Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Отеков нет. Стул регулярный, оформленный, без патологических примесей.

Для постановки полного диагноза необходимыми инструментальными методами обследования являются

- прокинетики в течение месяца
- антациды по требованию
- иберогаст постоянно
- ингибиторы протонной помпы (ИПП) в стандартной дозе

Результаты инструментальных методов обследования

Ключевым фактором патогенеза гастроэзофагеальной рефлюксной болезни является

- инфекция *H. pylori*
- высокая частота гастроэзофагеальных рефлюксов
- избыточное образование желчных кислот
- уменьшение секреции соляной кислоты

Данному пациенту на основании объективного осмотра и дополнительного обследования можно поставить диагноз

- инфекция *H. pylori*
- высокая частота гастроэзофагеальных рефлюксов
- избыточное образование желчных кислот
- уменьшение секреции соляной кислоты

Диагноз

К типичным пищеводным клиническим симптомам ГЭРБ относятся

- рвота, не приносящая облегчение
- икота, срыгивание, тошнота, рвота
- боли за грудиной, отрыжка воздухом
- изжога, отрыжка, срыгивание, одинофагия

У большинства больных патологический рефлюкс при ГЭРБ возникает вследствие недостаточности

- перистальтики грудного отдела пищевода
- верхнего пищеводного сфинктера
- избыточной секреции слюны и муцина
- нижнего пищеводного сфинктера

Показаниями к проведению импедансометрии пищевода служат

- возраст старше 65 лет, желчнокаменная болезнь в анамнезе, ожирение и дислипидемия
- рефрактерная ГЭРБ, гипо- и ацидные состояния (резекция желудка, атрофический гастрит)
- субкомпенсированный стеноз привратника и осложненная язвенная болезнь в анамнезе
- гипотиреоз в исходе аутоиммунного тиреоидита, функциональная диспепсия

Вероятность рецидива ГЭРБ в течение года у пациента без поддерживающей терапии составляет + _____ + %

- 80-60
- 90-98
- 30-43
- 42-67

Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) включают синдромы

- демпинг-синдром, непереносимость глютена
- бронхолегочный, оториноларингологический и стоматологический
- желудочной диспепсии, мальдигестии, мальабсорбции
- нарушенного всасывания, трофологической недостаточности

В качестве медикаментозного лечения могут применяться

- альгинаты, ингибиторы протонной помпы, прокинетики
- антациды, урсодезоксихолевая кислота, спазмолитики
- блокаторы кальциевых каналов, нитраты, мукофальк
- H₂ блокаторы гистамина, пробиотики, ферменты

При выявлении множественных эрозий пищевода курс лечения ингибиторами протонной помпы должен составлять не менее + _____ + недель

- 6
- 4
- 10
- 8

Продолжительность диспансерного наблюдения больных с эзофагитом, с момента обострения составляет + _____ + года/лет

- 4
- 5
- 3
- 2

Больным с ГЭРБ и эзофагитом показано диспансерное наблюдение с периодичностью 1 раз в + ____ + месяца/месяцев

- 4
- 5
- 3
- 2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 54 года на осмотре у врача.

Жалобы

- на жжение в горле, преимущественно в горизонтальном положении;
- на чувство тяжести, переполнения после еды в эпигастральной области;
- отрыжку воздухом

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение последних 10 лет, при ЭГДС выявлена недостаточность кардии. Через 3 года при ЭГДС диагностирован катаральный эзофагит. Для купирования изжоги использовал Маалокс. Изжога постепенно из редкой перешла в постоянную, усиливающуюся в горизонтальном положении. Спустя 5 лет диагностирована ГЭРБ: рефлюкс-эзофагит. Назначен курсовой прием ИПП. Эффект от приема ИПП имел кратковременный эффект и в последние 2 года пациент переведен на постоянный прием ИПП (Разо 20 мг или Дексилант 30 мг). В течение последних 1,5 лет появились: чувство быстрого насыщения, тяжесть в эпигастральной области после еды, кислый привкус во рту, отрыжка воздухом. В мае 2019г. при ЭГДС выявлен дистальный катаральный эзофагит. По данным гистологического заключения: фрагменты слизистой оболочки с выстилкой желудочного и метаплазированного кишечного типа (полная метаплазия). Гиперплазия клеток поверхностного эпителия желудочного типа. Клетки цилиндрической формы, высокие. Собственная пластинка отечна и умеренно инфильтрирована лимфоцитами и плазмócитами. Множественные железистые структуры, высланные эпителием кишечного типа с бокаловидными клетками, фокусы эрозирования.

Анамнез жизни

- Рос и развивался соответственно возрасту, от сверстников не отставал. Имеет высшее образование, по профессии инженер. С профессиональными вредностями контакта не имел.
- В анамнезе: Сахарный диабет 2 типа, Гипертоническая болезнь 1 степени повышения АД. Резекция слепой кишки в 2016г. по поводу новообразования.
- Наследственность: не отягощена
- Не курит, употребление алкоголя отрицает

- Аллергических реакций на лекарственные препараты не отмечено
- Старается питаться регулярно, аппетит сохранен

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 172 см, вес 77 кг. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Нормостенического телосложения. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система без изменений. При перкуссии легких определялся ясный легочный звук. При аускультации в легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. ЧДД 17 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 78 в минуту. АД 130/80 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень не выступает из под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Стул оформленный, коричневого цвета без патологических примесей

Необходимыми диагностическими исследованиями для постановки более полного диагноза являются

- 4
- 5
- 3
- 2

Результаты обследования

Данному пациенту, на основании объективного осмотра и дополнительного обследования, можно поставить диагноз

- 4
- 5
- 3
- 2

Диагноз

Особую группу риска по развитию пищевода Барретта составляют мужчины

- с избыточной массой тела, стажем курения более 10 лет, работающие с профессиональными вредностями
- с анамнезом ГЭРБ более 10 лет или изжогой более 5 лет, старше 50 лет, страдающие ожирением
- после 45 лет, с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, астенического телосложения
- до 40 лет с дисфагией, проживающие на юге страны, страдающие кожными заболеваниями

Комплексное эндоскопическое исследование с прицельной биопсией при выявлении пищевода Баррета (кишечной метаплазии слизистой оболочки пищевода с длиной сегмента более 1 см) рекомендуется выполнять с частотой один раз в + _____ + года

- 2
- 1,5
- 4
- 3

Высоким злокачественным потенциалом обладает эпителий пищевода с метаплазией по + _____ + типу

- фундальному
- плоскоклеточному
- кардиальному
- кишечному

Основным фактором, способствующим развитию кишечной метаплазии слизистой оболочки пищевода, является

- высокая секреция соляной кислоты
- диафрагмальная грыжа
- мужской пол, европеоидная раса
- многолетний анамнез ГЭРБ

Дополнительными, но не менее важными факторами, повышающими риск развития метаплазии эпителия слизистой оболочки пищевода, являются

- возраст старше 50 лет, мужской пол, европеоидная раса
- европеоидная раса, недостаточность кардии
- курение, ожирение и генетическая предрасположенность
- диафрагмальная грыжа, дисфагия

Основным принципом консервативного лечения пищевода Барретта можно считать

- постоянную антисекреторную терапию ингибиторами протонной помпы
- длительный прием H₂ блокаторов гистамина
- курсовой прием прокинетиков
- длительный прием препаратов урсодезоксихолевой кислоты

Лечение ингибиторами протонной помпы (ИПП) и препаратом урсодезоксихолевой кислоты (УДХК) проводится при наличии

- дискинезии желчевыводящих путей
- желчнокаменной болезни
- синдрома нарушенного всасывания
- дуодено-гастрального и гастро-эзофагеального рефлюкса

Наиболее точными диагностическими методами для оценки гастроэзофагеального рефлюкса являются

- эзофагогастродуоденоскопия с биопсией
- изучение функции желчного пузыря и дуоденоскопия
- рентгенологическое исследование пищевода и желудка
- рН-импедансометрия и манометрия нижнего пищеводного сфинктера

Основным вариантом эндоскопического лечения пищевода Барретта является

- аргано-плазменная коагуляция
- мультиполярная электрокоагуляция
- фотодинамическая терапия
- лазерная терапия

Основным фактором риска развития аденокарциномы пищевода является

- аргано-плазменная коагуляция
- мультиполярная электрокоагуляция
- фотодинамическая терапия
- лазерная терапия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 45 лет на осмотре у врача.

Жалобы

- на кожный зуд;
- тяжесть в правом подреберье;
- слабость

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 3-х лет, когда появился жидкий стул с примесью крови. При обследовании был установлен диагноз язвенного колита, назначены глюкокортикостероиды и салофальк. Симптомы регрессировали. Впоследствии принимал препараты нерегулярно. Ухудшение состояния после отдыха на юге: вновь отметил кровь в кале, появился кожный зуд, слабость. Выполнена колоноскопия: осмотр до печеночного угла, во всех доступных отделках слизистой гиперемирована, отечная, сосудистый рисунок смазан, местами отсутствует, выраженная контактная кровоточивость, множественные эрозии, большое количество мутной пристеночной слизи. В анализах крови: гемоглобин 100 г/л, СОЭ 10 мм/ч, АЛТ - 2N, АСТ 1.5N, гамма-ГТ 7.5N, щелочная фосфатаза - 3.5N, общий билирубин в норме. По данным ультразвукового исследования органов брюшной полости - небольшое увеличение левой доли печени, аморфный

осадок в желчном пузыре, диффузные изменения поджелудочной железы. Направлен к гастроэнтерологу для установления диагноза и назначения терапии.

Анамнез жизни

- рос и развивался нормально;
- работает программистом;
- наследственность: мать 72 года, желчнокаменная болезнь, отец 75 лет, гипертоническая болезнь;
- не курит, алкоголь не употребляет;
- применение психоактивных веществ отрицает;
- питание регулярное, полноценное.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Нормостенического телосложения, рост 180 см, вес 84 кг, t тела - 36,6°C. Кожные покровы нормальной окраски; следы расчесов. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Отеков нет. Суставы при осмотре не изменены. При сравнительной перкуссии лёгких – ясный легочный перкуторный звук. При аускультации в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Частота дыхания – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичны. ЧСС 70 в минуту. АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не увеличена, край ровный, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- аргоно-плазменная коагуляция
- мультиполярная электрокоагуляция
- фотодинамическая терапия
- лазерная терапия

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимым инструментальным методом обследования для постановки полного диагноза является

- аргоно-плазменная коагуляция
- мультиполярная электрокоагуляция
- фотодинамическая терапия
- лазерная терапия

Результаты инструментального метода обследования

Данному пациенту на основании проведенного обследования можно поставить диагноз

- аргоно-плазменная коагуляция

- мультиполярная электрокоагуляция
- фотодинамическая терапия
- лазерная терапия

Диагноз

Типичными признаками первичного склерозирующего холангита по данным магнитно-резонансной холангиограммы являются

- расширенные внутripеченочные желчные протоки при неизменных внепеченочных желчных протоках
- расширенные внутри- и внепеченочные желчные протоки
- диффузные мультифокальные кольцевидные стриктуры, чередующиеся с участками нормальных или слегка расширенных протоков
- расширенные внепеченочные желчные протоки при неизменных внутripеченочных протоках

У ___ + % больных первичным склерозирующим холангитом встречаются воспалительные заболевания кишечника

- 50
- 60
- 80
- 40

Первичный склерозирующий холангит чаще всего ассоциирован с

- гемолитической анемией
- язвенным колитом
- аутоиммунным тиреоидитом
- болезнью Крона

Типичными гистологическими признаками для диагностики перекрестного синдрома с аутоиммунным гепатитом при наличии первичного склерозирующего холангита являются

- баллонная и жировая дистрофия, тельца Мэллори
- перидуктальный фиброз, пролиферация желчных протоков
- перипортальные ступенчатые некрозы
- фиброз с перисинусоидальным расположением коллагеновых волокон

При нормальных холангиограммах для диагностики первичного склерозирующего холангита малых протоков следует провести

- биопсию печени
- ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- компьютерную томографию органов брюшной полости

- лапароскопию

Глюкокортикостероиды рекомендуются пациентам с первичным склерозирующим холангитом при

- возникновении желтухи и лихорадки
- наличии выраженных стриктур желчных протоков
- сочетании с аутоиммунным гепатитом
- неэффективности урсодезоксихолевой кислоты

Выраженные стриктуры желчных протоков со значительным холестазом при первичном склерозирующем холангите являются показанием для

- хирургического расширения протоков
- назначения иммуносупрессивной терапии
- постановки в лист ожидания трансплантации печени
- увеличения дозы урсодезоксихолевой кислоты

Для купирования кожного зуда при первичном склерозирующем холангите препаратом первой линии является

- рифампицин
- холестирамин
- лоратадин
- метотрексат

Препаратом второй линии для купирования кожного зуда при холестазах является

- рифампицин
- холестирамин
- лоратадин
- метотрексат

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Ф. 29 лет на осмотре у врача-гастроэнтеролога.

Жалобы

- на выраженный кожный зуд;
- слабость

Анамнез заболевания

Два года назад во время беременности появился кожный зуд. После родов интенсивность зуда усилилась, появилась субиктеричность склер. В анализах крови отмечалось повышение уровня трансаминаз в 1,5 – 2 раза, щелочной фосфатазы в 5 раза

и гамма-ГТ в 10 раз. Холестерин – 8,51 ммоль/л. По данным УЗИ органов брюшной полости: диффузные изменения печени, небольшая спленомегалия.

Эзофагогастродуоденоскопия: катаральный гастрит. Маркеры вирусных гепатитов В и С, аутоантитела – отрицательны. Уровень церулоплазмينا и железа - в пределах нормы. Принимала препараты урсодезоксихолевой кислоты в дозе 500 мг/сутки, фосфоглив без эффекта. Направлена к гастроэнтерологу для установления диагноза и назначения терапии.

Анамнез жизни

- росла и развивалась нормально;
- работает экономистом;
- наследственность: мать 52 года, здорова, отец 60 лет, гипертоническая болезнь;
- не курит, алкоголь не употребляет;
- применение психоактивных веществ отрицает;
- питание регулярное, полноценное.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Нормостенического телосложения, рост 162 см, вес 62 кг, t тела - 36,6°C. Кожные покровы нормальной окраски; следы расчесов. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Отеков нет. Суставы при осмотре не изменены. При аускультации в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Частота дыхания – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичны. ЧСС 72 в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не увеличена, край ровный, безболезненный. Пальпируется нижний полюс селезенки. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- рифампицин
- холестирамин
- лоратадин
- метотрексат

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимым инструментальным методом обследования для постановки полного диагноза является

- рифампицин
- холестирамин
- лоратадин
- метотрексат

Результаты инструментального метода обследования

Данной пациентке на основании проведенного обследования можно поставить диагноз

- рифампицин
- холестирамин
- лоратадин
- метотрексат

Диагноз

Типичными признаками первичного склерозирующего холангита по данным магнитно-резонансной холангиограммы являются

- расширенные внепеченочные желчные протоки при неизмененных внутрипеченочных протоках
- расширенные внутри- и внепеченочные желчные протоки
- расширенные внутрипеченочные желчные протоки при неизмененных внепеченочных желчных протоках
- диффузные мультифокальные кольцевидные стриктуры, чередующиеся с участками нормальных или слегка расширенных протоков

Специфическими морфологическими данными для первичного склерозирующего холангита считают

- перидуктальный концентрический фиброз
- перипортальные ступенчатые некрозы
- баллонную и жировую дистрофию, тельца Мэллори
- эпителиоидноклеточные гранулемы

Больным первичным склерозирующим холангитом без указания на воспалительные заболевания кишечника в анамнезе следует выполнить

- компьютерную томографию органов брюшной полости
- пункционную биопсию печени
- эзофагогастродуоденоскопию с биопсией
- колоноскопию с биопсией

Колоноскопию больным первичным склерозирующим холангитом при наличии воспалительных заболеваний кишечника следует выполнять

- каждые 6 месяцев
- раз в 1,5 года
- раз в 3 года
- ежегодно

К типичным гистологическим признакам для диагностики перекрестного синдрома с аутоиммунным гепатитом при наличии первичного склерозирующего холангита относят

- перидуктальный фиброз, пролиферацию желчных протоков
- фиброз с перисинусоидальным расположением коллагеновых волокон
- баллонную и жировую дистрофию, тельца Мэллори
- перипортальные ступенчатые некрозы

Доза урсодезоксихолевой кислоты, которая считается оптимальной для лечения первичного склерозирующего холангита, составляет + _____ + мг/кг/день

- 15-20
- 28-32
- 23-25
- 8-10

Выраженные стриктуры желчных протоков со значительным холестазом при первичном склерозирующем холангите являются показанием для

- назначения иммуносупрессивной терапии
- постановки в лист ожидания трансплантации печени
- увеличения дозы урсодезоксихолевой кислоты
- хирургического расширения протоков

Для купирования кожного зуда при первичном склерозирующем холангите препаратом первой линии является

- рифампицин
- урсодезоксихолевая кислота
- холестирамин
- метотрексат

Рекомендовать прием урсодезоксихолевой кислоты в качестве хемопревенции колоректального рака можно пациентам с первичным склерозирующим холангитом с

- рифампицин
- урсодезоксихолевая кислота
- холестирамин
- метотрексат

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 45 лет на осмотре у врача

Жалобы на

- ноющую боль в эпигастральной области, которые возникают через 20 минут после приема пищи, без иррадиации;
- тошноту и рвоту желудочным содержимым, возникающую на высоте болей и приносящую облегчение;
- похудание на 6 кг за последние 2 года.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 3 лет, когда впервые появились вышеуказанные жалобы. К врачу не обращался, для купирования боли принимал Алмагель, со временным положительным эффектом. Обострения возникают преимущественно в весенне-осеннее время. Ухудшение самочувствия отмечает около недели, после погрешностей в диете.

Анамнез жизни

- рос и развивался нормально;
- работает директором в строительной компании, часто испытывает психоэмоциональное напряжение;
- в анамнезе – хронический гастрит (на инфекцию *Н. Pylori* не обследовался);
- наследственность: отец умер от рака желудка в 60 лет, мать 70 лет жива ГБ;
- курит с 36 лет по пачке в день, ИПЛ = 9 пачка/лет;
- алкоголем не злоупотребляет, прием наркотических веществ отрицает;
- принимает Алмагель при болях;
- аллергологический анамнез не отягощен;
- травмы и операции отрицает.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Нормостенического телосложения, рост 180 см, вес 70 кг, ИМТ 21,6 кг/м², t тела 36,5°C. Кожные покровы бледно-розовые, умеренной влажности, чистые. Отеков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. ЧДД 19 в минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС 70 уд/мин. АД 100/80 мм рт. ст. Appetit снижен. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот округлой формы, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Доступные пальпации отделы толстой кишки не изменены. Печень по данным перкуссии и пальпации не выступает из-под края реберной дуги, край заостренный, эластичный, безболезненный. Размер печени по Курлову 10*9*7 см. Селезенка 8x5 см. Мочеиспускание не изменено. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул оформленный, регулярный.

Для постановки более полного диагноза необходимыми лабораторными данными являются

- рифампицин
- урсодезоксихолевая кислота
- холестирамин

- метотрексат

Результаты лабораторных методов обследования

Инструментальным методом, необходимым для постановки корректного диагноза, является

- рифампицин
- урсодезоксихолевая кислота
- холестирамин
- метотрексат

Результаты инструментального метода обследования

На основании данных расспроса, физикального и дополнительного обследования, данному пациенту можно поставить диагноз

- рифампицин
- урсодезоксихолевая кислота
- холестирамин
- метотрексат

Диагноз

К осложнениям язвенной болезни желудка относят

- панкреатит
- пенетрацию
- ГЭРБ
- кахексию

По размеру язвенного дефекта данная язва (10 мм) является

- малой
- средней
- большой
- гигантской

К стрессовым язвам желудка относят язвы

- у больных распространенным атеросклерозом
- у больных с синдромом Золлингера–Эллисона
- обусловленные приемом НПВП
- Кушинга

Наиболее рациональной лекарственной терапией пациента будет комбинация

- эзомепрозола 20 мг 2р/с + левофлоксацина 500 мг 1 раз в сутки и амоксициллина 1000 мг 2 раза в сутки
- висмута трикалия дицитрата 120 мг 4 р/с + Кларитромицина 500 мг 2 раза + Амоксицилина 1000 мг 2 раза
- ранитидина 150 мг 2р/сут + Амоксициллина 1000 мг 2 раза в сутки и Метронидазола 500 мг 3 раза в сутки
- рабепразола 20мг 2 раза + Кларитромицина 500 мг 2 раза + Амоксицилина 1000 мг 2 раза

Тройная эрадикационная терапия продолжается

- 1 неделю
- 30 дней
- 10-14 дней
- 10 недель

Золотым стандартом определения эффективности эрадикационной терапии *Helicobacter pylori* является

- ФГДС с биопсией
- микробиологический метод
- уреазный дыхательный тест
- определение АТ к *H. pylori* в кале

К факторам риска возникновения язвенного кровотечения относят

- размер язвенного дефекта > 1 см
- локализация язвы на большой кривизне желудка
- молодой возраст
- гипертоническая болезнь

Лекарственный препарат, индуцирующий синтез эндогенных простагландинов E2 и G12 в слизистой оболочке желудочно-кишечного тракта, называется

- алгедрат
- ребамипид
- лансопразол
- ранитидин

Минимальный промежуток времени для отмены ингибитора протонной помпы перед проведением диагностических тестов на выявление *H. pylori* составляет

- алгедрат
- ребамипид
- лансопразол
- ранитидин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка С. 54 года на осмотре у врача.

Жалобы на

- ноющие боли в эпигастральной области на "голодный" желудок, боли затихают после приема пищи и появляются вновь через 1,5-2 часа после еды;
- ночные боли;
- чувство тяжести после еды;
- метеоризм;
- общую слабость.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение последних 5 лет, когда после стресса появились боли в эпигастральной области. Питается нерегулярно, часто соблюдает диеты для снижения массы тела. При ЭГДС впервые обнаружена язва в луковице 12-п.к. Принимала омепразол, алгелдрат+магния гидроксид с положительным эффектом. Исследование на инфекцию *_H.pylori_* не проводилось. При ухудшении самочувствия: изжоге, отрыжке воздухом, боли в эпигастрии, самостоятельно принимала омепразол в течение 2-3 недель. Отмечает сезонность обострений в весенне - осенний период.

При обострении в июле 2019г., проведена ЭГДС, выявлено: в антральном отделе по малой кривизне язва овальной формы, дно покрыто фибрином 1,0x0,7x0,5 см в пилорическом канале язва покрытая фибрином, размерами 0,4x0,4x0,1 см. По назначению врача принимала эзомепразол 20 мг 2 раза в день в течение месяца. Анализ кала на АТ к *_H.Pylori_* проведен без отмены ИПП, результат - отрицательный. Около недели назад, после погрешности в диете, отметила появление голодных болей в эпигастральной области, изжогу, усиливающуюся в горизонтальном положении.

Анамнез жизни

Родилась в 1965, в г. Москве. Росла и развивалась соответственно возрасту.

Образование высшее филологическое. В настоящее время не работает.

Не курит, алкоголь не употребляет. Аллергические реакции отрицает. Гинекологический анамнез: менструации с 13 лет 3-5 дней, умеренные. С 54 лет менопауза. Беременностей – 1, роды – 1. Наследственность: у отца язвенная болезнь.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Рост 160 см, вес 84кг. ИМТ 32,8 кг/м².

Кожные покровы чистые. Избыточное развитие подкожно-жирового слоя.

Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система – без видимой патологии. Суставы при осмотре не изменены. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 72 уд/минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет.

Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Отеков нет.

Для постановки полного диагноза необходимыми лабораторными методами исследования являются

- алгедрат
- ребамипид
- лансопразол
- ранитидин

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым инструментальным методом обследования для постановки правильного диагноза является

- алгедрат
- ребамипид
- лансопразол
- ранитидин

Результаты лабораторного метода обследования

Данному пациенту на основании физикального и дополнительного обследования можно поставить диагноз

- алгедрат
- ребамипид
- лансопразол
- ранитидин

Диагноз

При язвенной болезни двенадцатиперстной кишки к типичным относят боли

- в эпигастрии после употребления острой пищи
- в правом подреберье с иррадиацией вниз живота
- «голодные», возникающие через 1,5-2 часа после еды
- возникающие сразу после сна

Согласно современным представлениям, патогенез язвенной болезни в общем виде сводится к нарушению

- выработки пепсина и пепсиногена
- выделения бикарбонатов и слизи
- моторики желудка и двенадцатиперстной кишки
- равновесия между факторами агрессии и защиты

Агрессивное звено язвообразования включает в себя

- ухудшение кровоснабжения слизистой желудка, уменьшение содержания простагландинов в желудочной стенке
- снижение выработки и изменения качественного состава желудочной слизи
- гиперпродукцию гастрина, нарушение гастродуоденальной моторики, обсеменение слизистой *_H. pylori_*
- уменьшение секреции бикарбонатов и снижение регенераторной активности эпителиальных клеток

Серологический метод выявления антител *_H. pylori_* используется только при

- первичной диагностике инфекции *_H. pylori_* и определении антител, относящихся к классу IgG
- отрицательном результате уреазного дыхательного теста с изотопами ^{13}C или ^{14}C .
- определении антител, относящихся к классу IgM
- контроле после проведения эрадикации

Средством базисной терапии обострений язвенной болезни являются

- препараты висмута
- антациды
- H_2 -блокаторы
- ингибиторы протонной помпы

При неэффективности или при наличии противопоказаний к применению ингибиторов протонной помпы рекомендовано назначить

- антациды
- препараты висмута
- H_2 -блокаторы
- прокинетики

Золотым стандартом в диагностике *_H. pylori_* является

- CLO-тест
- ^{13}C уреазный дыхательный тест
- определение антигена *_H. pylori_* в моче
- выявление антител к *_H. pylori_*

Среди всех ингибиторов протонной помпы самое низкое сродство к системе цитохрома P450 проявляют

- эзомепразол и декслансопразол
- рабепразол и пантопразол
- омепразол и лансопразол
- лансопразол и эзомепразол

Ассоциированными с *H.pylori* оказывается около + ____ + % язв двенадцатиперстной кишки и + ____ + % язв желудка

- эзомепразол и декслансопразол
- рабепразол и пантопразол
- омепразол и лансопразол
- лансопразол и эзомепразол

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 43 лет на осмотре у врача

Жалобы на

- диарею до 10 раз в сутки с примесью слизи;
- умеренной интенсивности схваткообразные боли в мезогастрии, уменьшающиеся после дефекации;
- борборигмы;
- повышение температуры тела до 37,8°C.

Анамнез заболевания

7 месяцев тому назад по поводу острого обструктивного пиелонефрита больная получала антибиотики широкого спектра действия (цефепим 2 г/сутки внутривенно капельно в течение 7 дней с последующим переходом на пероральный приём норфлоксацина 0,8 г 2 раза/сутки 8 дней), витамины группы В, а затем – аципол по 4 капсулы/сутки в течение месяца. Достигнута ремиссия пиелонефрита, однако спустя примерно месяц появились метеоризм, борборигмы, дискомфорт в мезогастрии, неустойчивый стул до 3-4 раз/сутки. По этому поводу больная к врачам не обращалась, самостоятельно принимала отвар лапчатника и подорожника, а также Мезим Форте по 6 таблеток/сутки без особого эффекта. Постепенно неустойчивый стул трансформировался в диарею, частота которой спонтанно варьировала от 5-6 до 10-12 раз/сутки. Понос сопровождался ложными и императивными позывами, а также выделением слизи. Больная амбулаторно консультирована гастроэнтерологом. Установлен диагноз «дисбактериоза». Назначено лечение нифуроксазидом по 800 мг/сутки в течение 7 дней с переходом на Линекс Форте по 3 капсулы/сутки и Хилак Форте по 150 капель/сутки в течение 1 месяца с сомнительным эффектом. Кишечная симптоматика сохранялась практически на прежнем уровне. Около недели тому назад присоединилась субфебрильная лихорадка. Больная госпитализирована в стационар.

Анамнез жизни

- росла и развивалась нормально;
- работает инженером-технологом на хлебозаводе;
- наличие хронических заболеваний отрицает;

- наследственность: неотягощена;
- наличие вредных привычек отрицает;
- аллергологический анамнез без особенностей;
- менструации с 13 лет; установились сразу, умеренно обильные, безболезненные; 2 беременности, 2 родов;
- питание регулярное, аппетит не изменён.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение тела активное. Телосложение нормостеническое. Рост 176 см, вес 80 кг, индекс массы тела - $25,83 \text{ кг/м}^2$, t тела - $38,8^\circ\text{C}$. Кожные покровы сухие, чистые; склеры нормальной окраски. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Отёков нет. При сравнительной перкуссии - ясный легочный звук. Голосовое дрожание не изменено. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются; бронхофония не изменена. Частота дыхания 20 в мин. При аускультации сердца отмечается ослабление 1-го тона у верхушки. ЧСС 92 в минуту, ритм правильный. АД 125/75 мм рт. ст. Живот вздут, симметричный, равномерно участвует в дыхании; при пальпации определяется локальная мышечная защита и болезненность в мезогастррии и левой подвздошной области. Симптомы Щеткина-Блюмберга и Куленкампа отрицательные. Перкуторные размеры печени и селезенки не изменены. Печень и селезенка не пальпируются. Мочеиспускание не изменено. Симптом поколачивания по поясничной области отрицателен с обеих сторон.

Наиболее вероятным клиническим диагнозом у больной является

- эзомепразол и декслансопразол
- рабепразол и пантопразол
- омепразол и лансопразол
- лансопразол и эзомепразол

Диагноз

Для подтверждения этого диагноза наилучшим инструментальным методом исследования является

- ирригоскопия
- компьютерная энтероколонография
- ультрасонография брюшной полости
- колоноскопия

Псевдомембранозный колит является наиболее частой причиной диареи у

- женщин старше 40 лет
- детей
- находящихся в стационаре пациентов
- мужчин старше 40 лет

Основным клиническим симптомом псевдомембранозного колита является

- диарея
- схваткообразные боли в животе
- метеоризм
- фебрильная лихорадка

Ведущим фактором патогенеза псевдомембранозного колита являются

- антикlostридиозные антитела
- аутоантитела к эпителию кишки
- цитокины
- клостридиозные токсины А и В

Характерными для псевдомембранозного колита изменениями в анализах крови являются

- лейкопения, анемия, гиперглобулинемия, гипокалиемия
- лейкоцитоз, гипонатриемия, повышение активности креатинфосфокиназы и трансаминаз
- лейкоцитоз, анемия, гипоальбуминемия, гипокалиемия
- лейкопения, гипертрансаминаземия, повышение уровня С-реактивного белка

Наиболее вероятной причиной развития фебрильной лихорадки у больной может быть развитие

- абсцесса печени
- пневмонии
- токсического мегаколона
- сепсиса

Для уточнения наиболее вероятной причины лихорадки у больной диагностической методикой выбора является

- обзорная рентгенография брюшной полости
- посев крови на микрофлору
- ультрасонография брюшной полости
- компьютерная томография грудной клетки

Одним из местных осложнений тяжёлого псевдомембранозного колита может быть

- эксикоз
- воспалительная стриктура кишки
- профузное кишечное кровотечение
- перфорация кишки

Препаратом выбора для лечения токсического мегаколона у лиц с псевдомембранозным колитом является

- метронидазол в/в капельно по 750 мг 4 раза в сутки
- амоксиклав в/в капельно по 1,2 г 4 раза в сутки
- цефепим 2 г/сутки в/в капельно
- ванкомицин в/в капельно по 1 г 3 раза в сутки

Препаратом выбора для лечения пациентов с лёгкой и среднетяжёлой формами псевдомембранозного колита является

- цефуроксим
- пefлоксацин
- рокситромицин
- метронидазол

Препаратом выбора для лечения пациентов с тяжёлой формой псевдомембранозного колита является

- цефуроксим
- пefлоксацин
- рокситромицин
- метронидазол

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 56 лет обратилась в поликлинику.

Жалобы

* тупые, распирающие, умеренной интенсивности боли в левой подвздошной области живота, без четкой связи с приемом пищи и дефекацией, в том числе ночные;

* субфебрильная температура до 37,3°C;

* вздутие живота.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 3-х дней. Появились постоянные боли в левой подвздошной области, субфебрильная температура с ощущением озноба. Связывает заболевание с употреблением в пищу большого количества хурмы. Указывает, что 5 лет назад при колоноскопии были выявлены дивертикулы сигмовидной кишки. Около года назад в связи с подобными болями в левой подвздошной области была госпитализирована в стационар, при обследовании был выставлен диагноз дивертикулита. Обратилась на консультацию в поликлинику. Результаты ранее выполненных обследований не предоставила.

Анамнез жизни

- * росла и развивалась нормально;
- * туберкулез, сахарный диабет, инфаркт миокарда, вирусные гепатиты отрицает;
- * в течение 10 лет установлен диагноз антифосфолипидного синдрома.

Антифосфолипидный синдром проявил себя неоднократно транзиторными ишемическими атаками в возрасте 42, 44 и 46 лет с дизартрией и легким обратимым правосторонним гемипарезом. После установления диагноза регулярно принимает варфарин 5 мг с контрольными цифрами МНО 2,0-2,4. Пять лет назад при колоноскопии выявлены дивертикулы толстой кишки;

- * аллергологический анамнез не отягощен;
- * наследственность: отец пациентки страдал гипертонической болезнью, мать умерла от рака ободочной кишки в возрасте 68 лет;
- * вредные привычки отрицает;
- * страхового анамнез: пенсионерка, не работает.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Периферических отеков нет. Рост 175 см. Вес 64 кг. Индекс массы тела – 20,9. Температура 37,3°C. Кожные покровы и слизистые обычной окраски и влажности. Периферические лимфоузлы не пальпируются.

Щитовидная железа не увеличена. ЧДД - 18 в мин. Со стороны дыхательной системы без особенностей. Границы сердца расширены влево на 2 см. Тоны несколько приглушены, ритмичные, ЧСС - 84 в мин. АД - 125/75 мм рт. ст. Язык суховат, не обложен. Вздутие живота. Живот мягкий, локальная болезненность при пальпации в левой подвздошной области. Сигмовидная кишка плотная, болезненная при пальпации, не фиксирована. Симптомы раздражения брюшины сомнительные в левой подвздошной области. Опухолевые образования, инфильтраты не пальпируются. Печень и селезенка при перкуссии и пальпации не увеличены. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон. Стул был последний раз накануне утром.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- цефуроксим
- пefлоксацин
- рокситромицин
- метронидазол

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- цефуроксим
- пefлоксацин
- рокситромицин

- метронидазол

Результаты инструментальных методов обследования

На основании клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования данной пациентке можно поставить диагноз

- цефуроксим
- пefлоксацин
- рокситромицин
- метронидазол

Диагноз

Диагноз “Клинически выраженный дивертикулез ободочной кишки” выставляется в случае

- появления у пациента с выявленными дивертикулами ободочной кишки клинических симптомов
- выявления множественных дивертикулов ободочной кишки
- выявления острых осложнений дивертикулов ободочной кишки
- выявления хронических осложнений дивертикулов ободочной кишки

Лечебное питание при дивертикулярной болезни ободочной кишки и рецидиве хронического дивертикулита включает

- низкошлаковую диету, танинсодержащие продукты (черника, крепкий черный чай), нежирное мясо, рис, творог, фрукты
- высокошлаковую диету, танинсодержащие продукты (черника, крепкий черный чай), нежирное мясо, рис, творог, фрукты
- бесшлаковую диету (молочные продукты, отварное мясо, рыбу, яйца, омлет)
- высокошлаковую диету с дополнительным введением в рацион углеводов с высоким гликемическим индексом и насыщенными жирами

Оптимальная тактика лечения пациентки включает

- срочную консультацию хирурга, госпитализацию в хирургический стационар
- амбулаторное лечение у гастроэнтеролога
- срочную консультацию хирурга, госпитализацию в терапевтический стационар
- срочную консультацию хирурга, лечение в амбулаторных условиях

Препаратами выбора для коррекции абдоминального болевого синдрома у пациентки являются

- ненаркотические анальгетики, H₂-блокаторы рецепторов гистамина, блокаторы M-холинорецепторов

- блокаторы М-холинорецепторов, блокаторы натриевых каналов, блокаторы кальциевых каналов
- пробиотики с лактобациллами, диоктаэдрический смектит, кишечные антисептики
- β-адреноблокаторы, ингибиторы протонной помпы, полиферментные препараты

Абсолютным показанием для хирургического лечения дивертикулярной болезни является

- острый дивертикулит
- периколитический абсцесс
- периколитическая флегмона
- перфоративный дивертикулит

Антибактериальным препаратом выбора для лечения рецидива хронического дивертикулита ободочной кишки является

- метронидазол
- рифаксимин
- амоксициллин
- ципрофлоксацин

Пациентка выписана из стационара после купирования явлений дивертикулита. Эффективная терапия для профилактики обострений дивертикулита включает применение месалазина в дозе

- 400 мг 2 раза в день в течение 10 дней. Курс повторяют ежемесячно в течение 6-ти месяцев
- 400 мг 2 раза в день в течение 10 дней каждый второй месяц календарного года
- 400 мг 2 раза в день в течение 10 дней. Курс повторяют ежемесячно в течение года
- 500 мг 2 раза в день в течение 10 дней. Курс повторяют ежемесячно в течение года

Профилактика дивертикулеза толстой кишки включает употребление растительной клетчатки не менее + _____ + г в сутки

- 15
- 10
- 20
- 25

Пациентка по поводу антифосфолипидного синдрома постоянно принимает варфарин. Совместный прием месалазина и варфарина

- 15
- 10
- 20
- 25

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент К. 42 лет на осмотре у врача-гастроэнтеролога.

Жалобы

- на приступообразные боли в эпигастральной области, больше слева, усиливающиеся через 30 мин после приема жирной пищи и алкоголя, с иррадиацией в левое плечо и левую лопатку, временами принимающих характер опоясывающих;
- рвоту, не приносящую облегчения;
- вздутие живота;
- желтушность кожных покровов;
- кожный зуд;
- общую слабость.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение последних трех лет, когда впервые появились периодические ноющие боли в эпигастральной области после приема жирной пищи и алкоголя. К врачам по поводу этих болей не обращался, обследование не проводилось. По совету друзей, во время болей принимал баралгин с умеренным эффектом. Диету не соблюдал, продолжал периодический прием алкоголя. Ухудшение состояния около трех недель назад. Боли в эпигастральной области усилились, стали приступообразными, временами принимающие характер опоясывающих, появилась рвота, не приносящая облегчения, вздутие живота. Два дня назад после очередного «застолья» появилась желтушность кожных покровов и склер, кожный зуд. Больной обратил внимание на обесцвеченный (серого цвета) стул и темную мочу «цвета пива». Машиной скорой помощи был доставлен в инфекционную больницу, где диагноз инфекционного гепатита был исключен и для дальнейшего обследования больной был переведен в гастроэнтерологическое отделение ГКБ.

Анамнез жизни

- рос и развивался нормально;
- женат, имеет двоих детей;
- работает слесарем. Питается нерегулярно, диету не соблюдает;
- курит по 15 сигарет в день в течение 24 лет, злоупотребляет алкоголем с 30 летнего возраста;
- в анамнезе – детские инфекции, ОРВИ;
- непереносимости лекарственных препаратов и пищевых продуктов не отмечено;
- наследственность: у матери сахарный диабет II типа, у отца гипертоническая болезнь.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение больного активное. Телосложение гиперстеническое. Рост 178 см. Масса тела 82 кг. Индекс массы тела 25,87 кг/м². Кожные покровы желтушные, видны следы расчесов. Выраженная желтушность

склер. Подкожная клетчатка развита хорошо. Отеков нет. Лимфатические узлы не пальпируются. Общее развитие мышечной системы хорошее. Костная система без видимых изменений. Суставы не изменены, движения в полном объеме. Тип дыхания брюшной. Ритм дыхания правильный. ЧДД 18 в 1 мин. При сравнительной перкуссии над всей поверхностью легких звук ясный. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Область сердца не изменена. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации тоны сердца нормальной звучности, шумы не выслушиваются. Пульс 76 уд. 1 мин., ритмичный. АД 140/85 мм.рт.ст. Живот обычной формы, симметричный, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, больше слева. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. При глубокой пальпации определяются все отделы толстой кишки, подвижные, безболезненные. Печень и селезенка не увеличены. Поджелудочная железа не пальпируется. Положительный френникус-симптом слева. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена.

У больного наиболее вероятным диагнозом является

- 15
- 10
- 20
- 25

Диагноз

Основным в клинической картине заболевания у больного является синдром

- болевой
- внутрисекреторной панкреатической недостаточности
- внешнесекреторной панкреатической недостаточности
- избыточного бактериального роста

Главным фактором риска развития хронического панкреатита у данного больного явилось

- нерегулярное питание
- злоупотребление алкоголем
- частое переохлаждение
- тяжелая физическая работа

Важным независимым фактором риска развития хронического панкреатита у данного больного явилось

- частое переохлаждение
- курение
- тяжелая физическая работа
- нерегулярное питание

Основной причиной болевого синдрома является

- токсическое действие алкоголя
- повышение давления в протоках поджелудочной железы
- внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы
- недостаточное кровообращение в поджелудочной железе

Причиной развития желтухи у больного с хроническим панкреатитом вероятнее всего является

- дисфункция желчного пузыря
- повышенный распад эритроцитов
- нарушение функции печени
- увеличение головки поджелудочной железы

Сдавление общего желчного протока с развитием желтухи при хроническом панкреатите может быть вызвано

- отеком и фиброзом головки
- развитием абсцесса
- воспалением парапанкреатической клетчатки
- образованием кальцинатов в протоках

Наиболее частым осложнением хронического панкреатита алкогольной этиологии является

- острая язва желудка
- реактивный артрит
- плевральный выпот слева
- формирование псевдокист

В качестве осложнения хронического панкреатита у данного больного, с большей долей вероятности, следует ожидать развитие

- спленомегалии
- сахарного диабета
- реактивного артрита
- мышечной дистрофии

Наиболее информативным методом визуализации для подтверждения диагноза хронического панкреатита и выявления его осложнений является

- ЭРХПГ
- ультразвуковое исследование
- компьютерная томография
- ангиография

Для диагностики эндокринной недостаточности поджелудочной железы целесообразно использовать определение

- гликозилированного гемоглобина HbA1c
- крахмала в кале
- амилазы в сыворотке крови и моче
- гликогена в сыворотке крови

Предпочтительным анальгетиком первого уровня для купирования болевого синдрома при хроническом панкреатите является

- гликозилированного гемоглобина HbA1c
- крахмала в кале
- амилазы в сыворотке крови и моче
- гликогена в сыворотке крови

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 54 лет на осмотре у врача.

Жалобы

- на постоянные ноющие боли в эпигастральной области, усиливающиеся через 30-40 мин после приема жирной и острой пищи с иррадиацией в спину, левую половину грудной клетки, часто принимающие характер опоясывающих;
- частый стул (до 3-5 раз в день), обильный, «блестящий», зловонный, трудно смывается с унитаза;
- похудание за 1,5 месяца на 7 кг;
- ощущение сухости во рту;
- повышенную жажду;
- кожный зуд.

Анамнез заболевания

У больной 10 лет назад, после приема большого количества жирной пищи, развился приступ болей в области правого подреберья, сопровождавшийся рвотой с примесью желчи, повышением температуры до субфебрильных цифр. В районной больнице, куда срочно была госпитализирована, диагностировали острый калькулезный холецистит и экстренно произвели холецистэктомию. Через 1 неделю после выписки у больной периодически появлялись ноющие боли в области левого подреберья, возникавшие после приема жирной и острой пищи. К врачам не обращалась. По совету друзей, принимала Но-шпу и Фестал с умеренным эффектом. Ухудшение состояния примерно 6 месяцев назад, когда боли в эпигастральной области стали постоянными, усиливались после приема пищи, появился частый, зловонный, трудно смываемый с унитаза стул. Похудела на 7 кг. В течение последнего месяца отмечает появление сухости во рту,

повышенной жажды, кожного зуда. В поликлинике было проведено исследование в крови уровня щелочной фосфатазы, гаммаглутамилтранспептидазы и билирубина, которые оказались в пределах нормы. По поводу кожного зуда была осмотрена дерматологом, кожных заболеваний выявлено не было.

Анамнез жизни

- росла и развивалась нормально;
- замужем, имеет двоих здоровых детей;
- работает продавцом в продуктовом магазине. Питается не регулярно, диету не соблюдает;
- курит по 20 сигарет в день в течение 30 лет, злоупотребление алкоголем отрицает;
- в анамнезе – детские инфекции, ОРВИ, желчнокаменная болезнь;
- непереносимости лекарственных препаратов и пищевых продуктов не отмечено;
- наследственность: у матери гипертоническая болезнь, отец умер от инсульта.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение больной активное. Телосложение нормостеническое. Рост 169 см. Масса тела 75 кг. Индекс массы тела 26,22 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. Подкожная клетчатка развита хорошо. Отеков нет. Лимфатические узлы не пальпируются. Общее развитие мышечной системы умеренное. Костная система без видимых изменений. Суставы не изменены, движения в полном объеме. Тип дыхания грудной. Ритм дыхания правильный. ЧДД 20 в мин. При сравнительной перкуссии над всей поверхностью легких звук ясный легочный. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Область сердца не изменена. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации тоны сердца ясные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Пульс 76 уд./мин., ритмичный. АД 110/65 мм.рт.ст. Живот обычной формы, симметричный, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, больше слева. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. При глубокой пальпации определяются сигмовидная и слепая кишка, безболезненные, урчащие при надавливании. Печень и селезенка не увеличены. Поджелудочная железа не пальпируется. Выявляется положительный симптом Керте. Френикус-симптом положителен слева. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицателен с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена.

У больной наиболее вероятным диагнозом является

- гликозилированного гемоглобина HbA1c
- крахмала в кале
- амилазы в сыворотке крови и моче
- гликогена в сыворотке крови

Диагноз

Клиника заболевания у больной определяется синдромом

- холестаза

- избыточного бактериального роста
- Вернера-Моррисона
- болевым

По клинической картине у больной можно думать о синдроме

- избыточного бактериального роста
- Вернера-Моррисона
- внешнесекреторной панкреатической недостаточности
- холестаза

В течение последнего месяца заболевания у больной развился синдром

- недостаточности кишечного всасывания
- холестаза
- эндокринной панкреатической недостаточности
- Мэллори-Вейса

Наиболее вероятной причиной нарушения стула является

- внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы
- нарушение поступления желчи в кишечник
- гиперсекреция соляной кислоты
- повышенная функция щитовидной железы (гипертиреоз)

Основной причиной возникновения недостаточности внешнесекреторной функции поджелудочной железы является

- повышенная секреция соляной кислоты
- повреждение ее паренхимы с развитием фиброза
- повреждение панкреатических островков (островков Лангерганса)
- недостаточная выработка пепсина

У данной больной, с большой долей вероятности, можно ожидать развитие осложнения

- реактивного артрита
- инсулинорезистентности
- спленомегалии
- остеопороза

Наиболее информативным методом визуализации для подтверждения диагноза хронического панкреатита является

- УЗИ гепатобилиарной зоны
- ЭРХПГ
- мультиспиральная компьютерная томография

- ангиография

Для диагностики эндокринной недостаточности поджелудочной железы, у данной больной, целесообразно использовать определение

- амилазы в сыворотке крови и моче
- гликозилированного гемоглобина HbA1c
- гликогена в сыворотке крови
- уровня с-пептида

Для диагностики нарушения внешнесекреторной функции поджелудочной железы в клинических условиях показано определение

- растительной клетчатки в кале
- липазы в сыворотке крови
- амилазы в моче
- фекальной эластазы (ФЭ-1)

Лечение внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы включает прежде всего назначение

- анальгетиков
- спазмолитиков
- ферментных препаратов
- антибиотиков

Предпочтительным анальгетиком первого уровня для купирования болевого синдрома при хроническом панкреатите является

- анальгетиков
- спазмолитиков
- ферментных препаратов
- антибиотиков

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент С. 32 лет на осмотре у врача-гастроэнтеролога.

Жалобы

- неоформленный стул со значительной примесью крови до 6-8 раз в сутки;
- повышение температуры тела до 37,8°C, с периодическими ознобами;
- общую слабость;
- похудание на 7 кг за последние 6 месяцев.

Анамнез заболевания

В течение последнего года пациент отметил изменение характера стула, который чаще всего был неоформленным. 6 месяцев назад впервые обнаружил незначительную примесь алой крови в кале. Гематохезия продолжалась в течение одной недели. Поскольку самочувствие пациента оставалось удовлетворительным, за медицинской помощью в этот период времени он не обращался. Спустя 2 месяца вновь отметил появление крови в кале. Гематохезия носила постоянный и нарастающий характер, частота неоформленного стула до 6-8 раз в сутки. Появились эпизоды ночной дефекации. Стали беспокоить общая слабость и лихорадка до 37,8°C, похудел на 7 кг за последние 6 месяцев.

Обратился за консультацией к гастроэнтерологу.

Анамнез жизни

- рос и развивался нормально;
- образование высшее, работает инженером;
- в анамнезе – хронический гастрит;
- семейное положение: женат, имеет двоих детей;
- наследственность: у отца 60 лет гипертоническая болезнь, у матери 57 лет сахарный диабет 2 типа;
- не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- применение психоактивных веществ отрицает;
- питание регулярное, аппетит снижен.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Положение активное. На вопросы отвечает правильно, ориентирован во времени, пространстве и собственной личности. Нормостенического телосложения, рост 178 см, вес 68 кг, индекс массы тела - 21,4 кг/м², t тела – 37,7°C. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, чистые. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Суставы при осмотре не изменены. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук. Голосовое дрожание и бронхофония не изменены. При аускультации в легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Частота дыхания – 20 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС=Пульс 86 в минуту. АД 110/60 мм рт. ст. Живот мягкий, симметричный, при пальпации болезненный в левой подвздошной области, симптом Щеткина-Блюмберга не определяется. Кишечная перистальтика выслушивается. Стул 6-8 раз в сутки, со значительной примесью крови. Печень, по данным перкуссии и пальпации, – на уровне края реберной дуги, край ровный, мягкий, безболезненный. Селезенка 10x7 см. Мочеиспускание не изменено. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Необходимыми для постановки более полного диагноза лабораторными методами обследования являются

- анальгетиков
- спазмолитиков
- ферментных препаратов

- антибиотиков

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки корректного диагноза инструментальным методом обследования является

- анальгетиков
- спазмолитиков
- ферментных препаратов
- антибиотиков

Результаты инструментальных методов обследования

Данному пациенту на основании физикального и дополнительного обследования можно поставить диагноз

- анальгетиков
- спазмолитиков
- ферментных препаратов
- антибиотиков

Диагноз

Клиническая ремиссия язвенного колита характеризуется

- примесью крови и слизи в кале при частоте дефекаций более 5 раз в сутки
- минимальными признаками воспаления при эндоскопическом исследовании толстой кишки
- отсутствием примеси крови в кале и императивных позывов при частоте дефекаций не более 3 раз в сутки
- незначительной примесью крови в кале при частоте дефекаций не более 5 раз в сутки

Суммарная продолжительность гормональной терапии при язвенном колите не должно превышать + _____ + недель

- 30
- 35
- 45
- 12

Наличие глубоких изъязвлений толстой кишки при язвенном колите повышает риск колэктомии до + _____ + %

- 12-24
- 86-93

- 1-10
- 20-30

В качестве препарата первой линии для среднетяжелой атаки язвенного колита применяют + _____ + в сутки per os

- адеметионин 1,2 гр
- преднизолон 80 мг
- пентоксифиллин 400 мг
- 5-аминосалициловую кислоту 4–5 гр

В случае отсутствия эффекта от препаратов 5-аминосалициловой кислоты пациенту со среднетяжелой атакой язвенного колита показано назначение

- системных кортикостероидов в сочетании с азатиоприном
- препаратов 5-аминосалициловой кислоты в удвоенной дозе
- только системных кортикостероидов
- адеметионина

В случае отсутствия эффекта системных кортикостероидов пациенту со среднетяжелой атакой язвенного колита показано назначение биологической терапии на + _____ + неделях

- 0, 2, 6
- 0, 10, 12
- 0, 15, 16
- 0, 20, 22

Гормональная резистентность при среднетяжелой атаке язвенного колита определяется в случае

- увеличения активности болезни при уменьшении дозы кортикостероидов ниже эквивалентной 10–15 мг/кг преднизолона в сутки в течение 3 месяцев от начала лечения
- сохранения активности заболевания, несмотря на внутривенное введение кортикостероидов в дозе, эквивалентной 2 мг/кг в сутки преднизолона, в течение более 7 дней
- сохранения активности заболевания при пероральном приеме кортикостероидов в дозе, эквивалентной 1 мг/кг в сутки преднизолона, на протяжении 4 недель
- возникновения рецидива болезни в течение 3 месяцев после окончания лечения кортикостероидами

Гормональная зависимость при язвенном колите определяется в случае

- сохранения активности заболевания при пероральном приеме кортикостероидов в дозе, эквивалентной 1 мг/кг в сутки преднизолона, на протяжении 8 недель

- сохранения активности заболевания, несмотря на внутривенное введение кортикостероидов в дозе, эквивалентной 2 мг/кг в сутки преднизолона, в течение 7 дней и более
- увеличения активности болезни при уменьшении дозы кортикостероидов ниже эквивалентной 10–15 мг/кг преднизолона в сутки в течение 3 месяцев от начала лечения
- сохранения активности заболевания при пероральном приеме кортикостероидов в дозе, эквивалентной 1 мг/кг в сутки преднизолона, на протяжении 4 недель

Скрининг колоректального рака у больных язвенным колитом начинают спустя + _____ + лет/года от дебюта заболевания

- сохранения активности заболевания при пероральном приеме кортикостероидов в дозе, эквивалентной 1 мг/кг в сутки преднизолона, на протяжении 8 недель
- сохранения активности заболевания, несмотря на внутривенное введение кортикостероидов в дозе, эквивалентной 2 мг/кг в сутки преднизолона, в течение 7 дней и более
- увеличения активности болезни при уменьшении дозы кортикостероидов ниже эквивалентной 10–15 мг/кг преднизолона в сутки в течение 3 месяцев от начала лечения
- сохранения активности заболевания при пероральном приеме кортикостероидов в дозе, эквивалентной 1 мг/кг в сутки преднизолона, на протяжении 4 недель

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка П. 18 лет на приеме у врача-гастроэнтеролога.

Жалобы

- ноющие боли в околопупочной области
- вздутие, урчание в животе после еды
- обильный кашицеобразный зловонный стул до 4-6 раз в сутки
- снижение массы тела на 6 кг за год
- сухость кожных покровов, появление мокнущих трещин в уголках рта
- боли в костях и суставах, частые переломы
- множественный кариес
- общая слабость

Анамнез заболевания

Считает себя больной с детства, когда появились периодическая ноющая боль в околопупочной области, вздутие живота, обильный жидкий стул до 2-3 раз в сутки, усиливающиеся после приёма в пищу хлебо-булочных, макаронных изделий, слабость, повышенная утомляемость. Принимала спазмолитики, антидиарейные средства без положительного эффекта. В последнее время отмечает ухудшение состояния: усиление болей в животе, учащение стула до 5-6 раз в сутки, снижение массы тела на 6 кг за год,

боли в костях и суставах, что заставило больную обратиться на консультацию к гастроэнтерологу.

Анамнез жизни

- * Родилась в Тульской области
- * В детстве болела рахитом, отставала в физическом развитии
- * Не замужем
- * Образование: среднее.
- * Не работает, учится в колледже
- * Вредные привычки: отрицает.
- * Семейный анамнез не отягощен.
- * Аллергологический анамнез: не отягощён

Объективный статус

- * Общее состояние средней тяжести. Температура тела 36,6 °С.
- * Астенического телосложения. Рост – 170 см. Вес - 50 кг. ИМТ - 17 кг/м²
- * Кожные покровы бледные, сухие.
- * Периферические лимфоузлы не пальпируются. Отёки голеней.
- * При сравнительной перкуссии лёгких – ясный лёгочный звук.
- * При аускультации: дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в минуту.
- * Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 76 в минуту, АД 130 и 80 мм рт. ст.
- * Живот умеренно вздут, болезненный при пальпации в околопупочной области
- * Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный
- * Печень, селезенка не увеличены
- * Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.
- * Мочеиспускание не изменено

К основным лабораторным методам обследования для постановки диагноза относится определение в крови антител к

- сохранения активности заболевания при пероральном приеме кортикостероидов в дозе, эквивалентной 1 мг/кг в сутки преднизолона, на протяжении 8 недель
- сохранения активности заболевания, несмотря на внутривенное введение кортикостероидов в дозе, эквивалентной 2 мг/кг в сутки преднизолона, в течение 7 дней и более
- увеличения активности болезни при уменьшении дозы кортикостероидов ниже эквивалентной 10–15 мг/кг преднизолона в сутки в течение 3 месяцев от начала лечения
- сохранения активности заболевания при пероральном приеме кортикостероидов в дозе, эквивалентной 1 мг/кг в сутки преднизолона, на протяжении 4 недель

Результаты определения в крови антител к

К основным инструментальным методам обследования для постановки диагноза относятся

- сохранения активности заболевания при пероральном приеме кортикостероидов в дозе, эквивалентной 1 мг/кг в сутки преднизолона, на протяжении 8 недель
- сохранения активности заболевания, несмотря на внутривенное введение кортикостероидов в дозе, эквивалентной 2 мг/кг в сутки преднизолона, в течение 7 дней и более
- увеличения активности болезни при уменьшении дозы кортикостероидов ниже эквивалентной 10–15 мг/кг преднизолона в сутки в течение 3 месяцев от начала лечения
- сохранения активности заболевания при пероральном приеме кортикостероидов в дозе, эквивалентной 1 мг/кг в сутки преднизолона, на протяжении 4 недель

Результаты инструментальных методов обследования

При данном заболевании необходимо провести

- сохранения активности заболевания при пероральном приеме кортикостероидов в дозе, эквивалентной 1 мг/кг в сутки преднизолона, на протяжении 8 недель
- сохранения активности заболевания, несмотря на внутривенное введение кортикостероидов в дозе, эквивалентной 2 мг/кг в сутки преднизолона, в течение 7 дней и более
- увеличения активности болезни при уменьшении дозы кортикостероидов ниже эквивалентной 10–15 мг/кг преднизолона в сутки в течение 3 месяцев от начала лечения
- сохранения активности заболевания при пероральном приеме кортикостероидов в дозе, эквивалентной 1 мг/кг в сутки преднизолона, на протяжении 4 недель

Результаты обследования

Данной пациентке на основании физикального и дополнительного обследования можно поставить диагноз

- сохранения активности заболевания при пероральном приеме кортикостероидов в дозе, эквивалентной 1 мг/кг в сутки преднизолона, на протяжении 8 недель
- сохранения активности заболевания, несмотря на внутривенное введение кортикостероидов в дозе, эквивалентной 2 мг/кг в сутки преднизолона, в течение 7 дней и более
- увеличения активности болезни при уменьшении дозы кортикостероидов ниже эквивалентной 10–15 мг/кг преднизолона в сутки в течение 3 месяцев от начала лечения
- сохранения активности заболевания при пероральном приеме кортикостероидов в дозе, эквивалентной 1 мг/кг в сутки преднизолона, на протяжении 4 недель

Диагноз

При данном заболевании возможно нарушение

- миелопоза в костном мозге

- эвакуации мокроты из бронхов
- концентрационной функции почек
- белкового обмена

При данном заболевании возможно развитие

- остеопороза
- гломерулонефрита
- хронического миелолейкоза
- абсцесса лёгких

Данной пациентке необходимо провести исследование крови с целью обнаружения

- теней Боткина - Гумпрехта
- клеток Березовского-Штернберга
- филадельфийской хромосомы
- аллелей HLA-DQ2/DQ8

При данном заболевании больная нуждается в

- строгой безглютеновой диете
- диете с низким содержанием поваренной соли
- продуктах богатых растительной клетчаткой
- ограничении жирной и жареной пищи

При обострении заболевания требуется коррекция таких состояний, как

- дефицит тромбопластина
- гиперкалиемия
- гипергликемия
- железодефицитная анемия

**Данной пациентке требуется коррекция такого состояния, как + _____ +
недостаточность**

- почечная
- дыхательная
- белковая
- сосудистая

Данной пациентке показано лечение препаратами

- снижающими желудочную секрецию
- с антибактериальным эффектом
- кальция и витамина D
- 5-аминосалициловой кислоты

При поздней диагностике значительно увеличивается риск развития такого серьезного осложнения, как

- снижающими желудочную секрецию
- с антибактериальным эффектом
- кальция и витамина D
- 5-аминосалициловой кислоты

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка П. 18 лет на приёме у врача-гастроэнтеролога.

Жалобы

- схваткообразные боли в околопупочной области;
- тяжесть в животе после приёма пищи;
- вздутие, урчание в животе после еды;
- обильный кашицеобразный стул до 6 раз в день;
- снижение массы тела на 5 кг за год;
- сухость кожных покровов, появление мокнущих трещин в уголках рта;
- общая слабость.

Анамнез заболевания

Считает себя больной с детства, когда появились периодическая ноющая боль в околопупочной области, вздутие живота, обильный жидкий стул до 2-3 раз в сутки, усиливающиеся после приёма в пищу хлебо-булочных, макаронных изделий, некоторых видов каш, слабость, повышенная утомляемость. Принимала спазмолитики, антидиарейные средства без стойкого положительного эффекта. В последнее время отмечает ухудшение состояния: усиление болей, учащение стула до 5-6 раз в сутки, снижение массы тела на 6 кг за год, что заставило больную обратиться на консультацию к гастроэнтерологу.

Анамнез жизни

- * Родилась в Брянской области
- * В детстве отставала в физическом развитии
- * Не замужем
- * Образование: среднее.
- * Не работает, учится в колледже
- * Вредные привычки: отрицает.
- * Семейный анамнез не отягощен.
- * Аллергологический анамнез: не отягощён

Объективный статус

- * Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6 °С.
- * Астенического телосложения. Рост – 170 см. Вес -50 кг. ИМТ- 18 кг/м²

- * Кожные покровы бледные, сухие.
- * Периферические лимфоузлы не пальпируются. Отёков нет
- * При сравнительной перкуссии лёгких – ясный лёгочный звук.
- * При аускультации: дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в минуту.
- * Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 68 в минуту, АД 110 и 70 мм рт. ст.
- * Живот умеренно вздут, болезненный при пальпации в околопупочной области
- * Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный
- * Печень, селезенка не увеличены
- * Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.
- * Мочеиспускание не изменено

К основным лабораторным методам обследования для постановки диагноза относится определение в крови антител к

- снижающими желудочную секрецию
- с антибактериальным эффектом
- кальция и витамина D
- 5-аминосалициловой кислоты

Результаты определения в крови антител к

К основным инструментальным методам обследования для постановки диагноза относятся

- снижающими желудочную секрецию
- с антибактериальным эффектом
- кальция и витамина D
- 5-аминосалициловой кислоты

Результаты инструментальных методов обследования

При данном заболевании необходимо провести

- снижающими желудочную секрецию
- с антибактериальным эффектом
- кальция и витамина D
- 5-аминосалициловой кислоты

Результат обследования

Данной пациентке на основании физикального и дополнительного обследования можно поставить диагноз

- снижающими желудочную секрецию
- с антибактериальным эффектом
- кальция и витамина D

- 5-аминосалициловой кислоты

Диагноз

При данном заболевании возможно развитие

- хронического миелолейкоза
- хронической болезни почек
- бронхиальной астмы
- сахарного диабета 1 типа

При данном заболевании возможно развитие

- пиелонефрита
- хронического лимфолейкоза
- бронхоэктатической болезни
- аутоиммунного тиреоидита

Данной пациентке необходимо провести генетическое исследование с целью обнаружения

- филадельфийской хромосомы
- аллелей HLA-DQ2/DQ8
- моносомии по X-хромосоме (XO)
- рецессивной мутации в X-хромосоме

При данном заболевании больная нуждается в

- ограничении жирной и жареной пищи
- строгой безглютеновой диете
- диете с низким содержанием поваренной соли
- продуктах богатых растительной клетчаткой

При обострении заболевания требуется коррекция таких состояний, как

- дефицит тромбопластина
- гиперкалиемия
- железодефицитная анемия
- гипергликемия

При обострении заболевания требуется коррекция обменов

- пигментного и водно-электролитного
- белкового и мукополисахаридного
- белкового и водно-электролитного
- пигментного и мукополисахаридного

В случае тяжелого течения заболевания с выраженной белково-энергетической недостаточностью рекомендуется медикаментозное лечение

- антидиарейными средствами
- глюкокортикоидными препаратами
- препаратами 5-аминосалициловой кислоты
- антибактериальными препаратами

При поздней диагностике значительно увеличивается риск развития такого серьезного осложнения, как

- антидиарейными средствами
- глюкокортикоидными препаратами
- препаратами 5-аминосалициловой кислоты
- антибактериальными препаратами

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент, 63 лет обратился в поликлинику по рекомендации аллерголога в связи с выявлением титра антител к хеликобактер пилори.

Жалобы

* редко возникающее вздутие живота; других проявлений желудочной, кишечной диспепсии и абдоминальных болей не отмечает.

Анамнез заболевания

Около месяца назад у пациента впервые в жизни развился отек Квинке. Кожные проявления купировались постепенно в течение недели на фоне лечения кортикостероидами и H¹-гистаминоблокаторами. При обследовании у аллерголога-иммунолога данных за гельминтоз не получено; зафиксировано повышение IgE до 103,5 МЕ/мл (норма до 100 МЕ/мл). Отмечено повышение IgG к хеликобактеру пилори до 4 Ед/мл (норма до 1,1 Ед/мл). В течение последнего года абдоминальные боли, симптомы диспепсии практически не отмечал. Поводов для обращения и обследования ранее не имел.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально;
- * Туберкулез, сахарный диабет, инсульт, инфаркт миокарда, вирусные гепатиты отрицает. Постоянно принимает биспролол, эналаприл для контроля артериального давления;
- * Аллергологический анамнез: месяц назад впервые в жизни отек Квинке лица;
- * Наследственность: отец пациента страдал гипертонической болезнью, мать умерла от рака желудка в возрасте 72 лет;
- * Вредные привычки отрицает;
- * Страховой анамнез: пенсионер, не работает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Периферических отеков нет. Рост - 178 см. Вес - 94 кг. Индекс массы тела – 29,7. Кожные покровы и слизистые обычной окраски и влажности. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Щитовидная железа не увеличена. ЧДД - 18 в мин. Со стороны дыхательной системы без особенностей. Границы сердца в пределах нормы. Тоны несколько приглушены, ритмичные, ЧСС - 68 в мин. АД - 130/80 мм рт. ст. Язык влажный, не обложен. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины отрицательные, опухолевые образования, инфильтраты не пальпируются. Печень и селезенка при перкуссии и пальпации не увеличены. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- антидиарейными средствами
- глюкокортикоидными препаратами
- препаратами 5-аминосалициловой кислоты
- антибактериальными препаратами

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- антидиарейными средствами
- глюкокортикоидными препаратами
- препаратами 5-аминосалициловой кислоты
- антибактериальными препаратами

Результаты инструментальных методов обследования

На основании клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования данному пациенту можно поставить диагноз

- антидиарейными средствами
- глюкокортикоидными препаратами
- препаратами 5-аминосалициловой кислоты
- антибактериальными препаратами

Диагноз

Диагноз «хронический гастрит» выставляется на основании результатов

- эзофагогастроскопии и биопсии слизистой желудка
- компьютерной томографии и рентгеноскопии желудка
- оценки симптомов желудочной диспепсии

- эзофагогастроскопии и УЗИ органов брюшной полости

Терапия первой линии для эрадикации *H. pylori*, помимо ингибиторов протонной помпы, включает

- кларитромицин и метронидазол
- амоксициллин и метронидазол
- тетрациклин и джозамицин
- кларитромицин и амоксициллин

Альтернативный вариант эрадикационной терапии первой линии включает, помимо ингибиторов протонной помпы и антибиотиков

- неосмектин
- магалдрат
- фосфалюгель
- висмута трикалия дицитрата

Для повышения эффективности лечения инфекции *H. Pylori* срок эрадикационной терапии должен составлять не менее + ____ + дней

- 10
- 14
- 24
- 7

При проведении эрадикационной терапии предпочтение при выборе ИПП отдают

- омепразолу и рабепразолу
- омепразолу и лансопразолу
- лансопразолу и пантопразолу
- рабепразолу и эзомепразолу

Осложнением эрадикационной терапии является

- +*C.*+ *difficile*-ассоциированная болезнь
- синдрома Лайелла
- болезнь Крона
- ишемический колит

Для профилактики *C. difficile*-ассоциированной болезни после лечения инфекции *H.pylori* рекомендовано применение в составе схемы эрадикации

- пробиотиков
- цитопротекторов
- ферментных препаратов
- пребиотиков

Проведение эрадикационной терапии инфекции *H. Pylori* не показано при

- аутоиммунной тромбоцитопении
- гастроэзофагеальной рефлюксной болезни
- хроническом поверхностном гастрите
- при нестероидной гастропатии

Контроль эффективности эрадикационной терапии проводится не ранее чем через + ____ + недели/ль после завершения лечения

- аутоиммунной тромбоцитопении
- гастроэзофагеальной рефлюксной болезни
- хроническом поверхностном гастрите
- при нестероидной гастропатии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 31 года обратился к гастроэнтерологу поликлиники.

Жалобы

- * боль в эпигастрии, иногда сопровождающаяся чувством жжения, без иррадиации;
- * боль появляется чаще через 10-15 минут после еды, иногда возникает и натощак, а иногда проходит после еды;
- * боль не беспокоит в ночное время, после дефекации не изменяется, незначительно уменьшается после приёма антацидных препаратов (Фосфалюгель, Альмагель).

Анамнез заболевания

Считает себя больным около года, когда постепенно появились указанные жалобы. Около 1,5 года назад перенёс эпизод кишечной инфекции с неоднократной рвотой, диареей в течение 3-х дней; поправился самостоятельно без применения лекарств. В доверительной беседе сообщил, что за последний год дважды терял работу и с трудом может выплачивать ипотеку, при этом имеет 3-х детей. Самостоятельно принимал антациды с частичным эффектом. Отметил, что красный перец, лук, майонез, шоколад усиливают боль в эпигастрии и отказался от этих продуктов. Решил обследоваться, т.к. опасается серьёзного заболевания (при опросе отмечается канцерофобия).

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально.
- * Туберкулез, сахарный диабет, инсульт, инфаркт миокарда, вирусные гепатиты отрицает.
- * Аллергологический анамнез: не отягощен
- * Наследственность: отец пациента страдал гипертонической болезнью, у мамы часто были «жалобы со стороны желудка и выставляли диагноз хронического гастрита».
- * Пациент курит по 5-10 сигарет в день, в течение 10 лет. Другие вредные привычки

отрицает.

* Страховой анамнез: работает программистом

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Периферических отеков нет. Рост - 182 см. Вес - 74 кг. Индекс массы тела – 22,3. Кожные покровы и слизистые обычной окраски и влажности. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Щитовидная железа не увеличена. ЧДД - 18 в мин. Со стороны дыхательной системы без особенностей. Границы сердца в пределах нормы. Тоны несколько приглушены, ритмичные, ЧСС - 68 в мин. АД - 130/80 мм рт. ст. Язык влажный, не обложен. Живот мягкий, чувствительный в собственно эпигастральной области. Симптомы раздражения брюшины отрицательные, опухолевые образования, инфильтраты не пальпируются. Печень и селезенка при перкуссии и пальпации не увеличены. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- аутоиммунной тромбоцитопении
- гастроэзофагеальной рефлюксной болезни
- хроническом поверхностном гастрите
- при нестероидной гастропатии

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- аутоиммунной тромбоцитопении
- гастроэзофагеальной рефлюксной болезни
- хроническом поверхностном гастрите
- при нестероидной гастропатии

Результаты инструментальных методов обследования

На основании клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования данному пациенту можно поставить диагноз

- аутоиммунной тромбоцитопении
- гастроэзофагеальной рефлюксной болезни
- хроническом поверхностном гастрите
- при нестероидной гастропатии

Диагноз

Диагноз «хронический гастрит» выставляется по данным

- гастроскопии и рентгеноскопии желудка
- гастроскопии и быстрого уреазного теста
- при наличии симптомов желудочной диспепсии
- гастроскопии и биопсии слизистой желудка

Для купирования болей в эпигастрии наиболее эффективны + _____ + препараты

- антисекреторные
- цитопротективные
- антацидные
- прокинетики

Терапия первой линии для эрадикации *H. pylori* включает ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки)

- кларитромицин (1000 мг 2 раза в сутки) и амоксициллин (500 мг 2 раза в сутки)
- кларитромицин (500 мг 2 раза в сутки) и амоксициллин (1000 мг 2 раза в сутки)
- амоксициллин (1000 мг 2 раза в сутки), метронидазол (500 мг 3 раза в день)
- кларитромицин (500 мг 2 раза в сутки) и метронидазол (500 мг 3 раза в день)

Терапией выбора при диспепсии, ассоциированной с инфекцией *H. pylori*, является

- сочетание препаратов висмута и прокинетиков
- квадротерапия с висмута трикалия дицитратом
- тройная эрадикационная терапия
- сочетание прокинетиков и антибактериальных препаратов

Для повышения эффективности лечения инфекции *H. pylori* срок эрадикации должен составлять не менее + _____ + дней

- 7
- 21
- 10
- 14

Антагонистом допаминовых рецепторов и одновременно блокатором ацетилхолинэстеразы является

- итоприд
- рабепразол
- домперидон
- иберогаст

При постпрандиальном дистресс-синдроме наиболее эффективны

- препараты коллоидного висмута

- H²-блокаторы гистамина
- ингибиторы протонной помпы
- препараты с прокинетическим эффектом

В развитии синдрома боли в эпигастрии наибольшее значение имеет

- изменение моторики желудка
- висцеральная гиперчувствительность
- нарушения антродуоденальной координации
- гиперсекреция соляной кислоты

Функциональная диспепсия часто сочетается с

- изменение моторики желудка
- висцеральная гиперчувствительность
- нарушения антродуоденальной координации
- гиперсекреция соляной кислоты

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 25 лет обратилась в поликлинику за консультацией гастроэнтеролога.

Жалобы

- * тяжесть, переполнение в эпигастрии после еды;
- * чувство раннего насыщения;
- * отрыжка, легкая тошнота.

Анамнез заболевания

Считает себя больной около года, когда постепенно появились указанные жалобы. Связывала их появление с нерегулярным ритмом питания, недосыпанием, психоэмоциональным напряжением на работе. Свои ощущения не характеризует как боль, симптомы чётко возникают спустя 5-10 минут после приема пищи, не меняются после физической нагрузки, изменения положения тела, не изменяются после дефекации. Самостоятельно принимала антациды (Ренни, Маалокс, Фосфалюгель, Альмагель) с частичным эффектом. Отказалась от приёма в пищу лука, красного перца, майонеза, кофе, шоколада, т.к. отметила, что указанные продукты провоцируют появление симптомов диспепсии. Последнее время симптомы стали появляться чаще - 2-3 раза в неделю.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Хронические заболевания отрицает.
- * Аллергические реакции, в том числе на лекарственные препараты отрицает.
- * Наследственность по сердечно-сосудистым и онкологическим заболеваниям не

отягощена.

* Указала, что у матери часто были «жалобы со стороны желудка и выставляли диагноз хронического гастрита».

* Менструальная функция не нарушена, Б – 0.

* Пациентка курит по 5-10 сигарет в день, в течение 5 лет.

* Страховой анамнез: работает юристом

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Периферических отеков нет. Рост 175 см. Вес 62 кг. Индекс массы тела – 20,2. Кожные покровы и слизистые обычной окраски и влажности. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Щитовидная железа не увеличена. ЧДД - 18 в мин. Со стороны дыхательной системы без особенностей. Границы сердца в пределах нормы. Тоны несколько приглушены, ритмичные, ЧСС - 68 в мин. АД - 115/70 мм рт. ст. Язык влажный, не обложен. Живот мягкий, чувствительный в собственно эпигастральной области при пальпации. Симптомы раздражения брюшины отрицательные; опухолевые образования, инфильтраты не пальпируются. Печень и селезенка при перкуссии и пальпации не увеличены. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- изменение моторики желудка
- висцеральная гиперчувствительность
- нарушения антродуоденальной координации
- гиперсекреция соляной кислоты

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- изменение моторики желудка
- висцеральная гиперчувствительность
- нарушения антродуоденальной координации
- гиперсекреция соляной кислоты

Результаты инструментальных методов обследования

На основании клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования данному пациенту можно поставить диагноз

- изменение моторики желудка
- висцеральная гиперчувствительность
- нарушения антродуоденальной координации
- гиперсекреция соляной кислоты

Диагноз

Диагноз «хронический гастрит» устанавливается

- в случае наличия симптомов желудочной диспепсии
- после гастроскопии и биопсии слизистой желудка
- по результатам гастроскопии и рентгеноскопии желудка
- после гастроскопии и быстрого уреазного теста

В лечении постпрандиального дистресс-синдрома наиболее эффективными препаратами являются

- прокинетики
- антациды
- антисекреторные
- антидепрессанты

Продолжительность терапии прокинетиками при постпрандиальном дистресс-синдроме в среднем продолжается в течение + ____ + недели/недель

- 2
- 6
- 3
- 4

Терапией выбора при диспепсии, ассоциированной с инфекцией *H. pylori*, является

- комбинация прокинетиков и антибактериальных препаратов
- квадротерапия с висмута трикалия дицитратом
- комбинация препаратов висмута и прокинетиков
- тройная эрадикационная терапия

Для повышения эффективности лечения инфекции *H. pylori* срок эрадикации должен составлять не менее + ____ + дня/дней

- 14
- 21
- 7
- 10

Согласно клиническим рекомендациям, для терапии постпрандиального дистресс-синдрома используют прокинетики

- итоприда гидрохлорид
- домперидон
- дротаверина гидрохлорид
- метоклопрамид

При функциональной диспепсии с синдромом боли в эпигастральной области наиболее эффективны

- H₂-блокаторы рецепторов гистамина
- ингибиторы протонной помпы
- нестероидные противовоспалительные препараты
- препараты коллоидного висмута

В развитии поспрандиального дистресс-синдрома наибольшее значение имеет

- инфекция H. pylori
- висцеральная гиперчувствительность
- гиперсекреция соляной кислоты
- изменение моторики желудка

Функциональная диспепсия часто сочетается с

- инфекция H. pylori
- висцеральная гиперчувствительность
- гиперсекреция соляной кислоты
- изменение моторики желудка

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 32 лет обратился в поликлинику

Жалобы

- * тупые, ноющие боли в левой и правой подвздошной области живота, усиливающиеся после приема пищи, уменьшающиеся после дефекации и приема дротаверина
- * вздутие живота
- * слабость, утомляемость, снижение настроения
- * склонность к запорам

Анамнез заболевания

Указанные жалобы беспокоят около 3-х лет. Связывает появление симптомов с психоэмоциональным напряжением. Масса тела не менялась, наличие крови в кале, повышения температуры не отмечает. Сон хороший, боли в животе беспокоят только в дневные часы. Последние 2 недели отметил усиление болей в левой подвздошной области, вздутие и урчание в животе, усиление слабости. Отметил, что последний месяц много работал, спал по 3-4 часа, испытывает чувство тревоги в связи с обстановкой на работе.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально.
- * Туберкулез, сахарный диабет, инсульт, инфаркт миокарда, вирусные гепатиты отрицает.

- * Обращался к гастроэнтерологу по поводу изжоги, боли в эпигастральной области (по ЭГДС – слизистая желудка без особенностей)
- * Лекарственные препараты не принимает.
- * Аллергологический анамнез не отягощен.
- * Наследственность: мать страдает гипертонической болезнью.
- * Вредные привычки отрицает.
- * Страховой анамнез: работает главой администрации города.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Периферических отеков нет. Рост - 178 см. Вес - 74 кг. Индекс массы тела – 23,4. Кожные покровы и слизистые обычной окраски и влажности. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Щитовидная железа не увеличена. ЧДД - 18 в мин. Со стороны дыхательной системы без особенностей. Границы сердца в пределах нормы. Тоны несколько приглушены, ритмичные, ЧСС - 70 в мин. АД - 125/70 мм рт. ст. Язык влажный, не обложен. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в подвздошных областях. Печень и селезенка не пальпируются. Симптомов раздражения брюшины нет. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон. Опухолевые образования в брюшной полости не пальпируются.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- инфекция *H. pylori*
- висцеральная гиперчувствительность
- гиперсекреция соляной кислоты
- изменение моторики желудка

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- инфекция *H. pylori*
- висцеральная гиперчувствительность
- гиперсекреция соляной кислоты
- изменение моторики желудка

Результаты инструментальных методов обследования

Какой диагноз можно поставить пациенту на основании клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- инфекция *H. pylori*
- висцеральная гиперчувствительность
- гиперсекреция соляной кислоты
- изменение моторики желудка

Диагноз

Течение синдрома раздраженной кишки характеризуется

- развитием непроходимости кишечника и острой почечной недостаточности
- развитием непроходимости кишечника и кишечных кровотечений
- отсутствием осложнений и увеличения частоты колоректального рака
- отсутствием осложнений, но увеличением частоты рака толстой кишки

Для купирования абдоминальной боли при СРК используют

- псиллиум
- макрогол 4000
- мебеверин
- бисакодил

Препаратами выбора для коррекции абдоминального болевого синдрома у пациента являются

- блокаторы М-холинорецепторов, блокаторы натриевых каналов, селективные блокаторы кальциевых каналов
- ненаркотические анальгетики, H²-гистаминоблокаторы, блокаторы М-холинорецепторов
- пробиотики, диоктаэдрический смектит, нестероидные противовоспалительные препараты
- β-адреноблокаторы, ингибиторы протонной помпы, полиферментные препараты

При синдроме раздраженного кишечника с запорами в качестве осмотического слабительного используют

- лактулозу
- мебеверин
- бисакодил
- пинаверия бромид

К слабительным, стимулирующим моторику кишки, относится

- псиллиум
- лактулоза
- макрогол 4000
- бисакодил

К симптомам «тревоги», требующим углубленного обследования при СРК для исключения органической патологии кишечника, относят

- полифекалию
- ночные боли в животе

- метеоризм
- панические атаки

Выбор пробиотиков для лечения данной категории больных определяется обязательным наличием

- комбинации лактобацилл, бифидобактерий и бактериофагов
- не менее 10^{16} бактериальных клеток в дозе для однократного приема
- кишечнорастворимой оболочки или микрокапсулированной формы
- комбинация пробиотика с пребиотиком в одной лекарственной форме

Дыхательный водородный тест используется для дифференциальной диагностики СРК с

- лактазной и дисахаридазной недостаточностью
- глютенной энтеропатией
- болезнью Крона и язвенным колитом
- антибиотик-ассоциированной диарей

Синдром раздраженной кишки исключается при повышенном значении

- лактазной и дисахаридазной недостаточностью
- глютенной энтеропатией
- болезнью Крона и язвенным колитом
- антибиотик-ассоциированной диарей

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент В. 42 лет на осмотре у врача-гастроэнтеролога.

Жалобы

- диарею до 12 раз в сутки с примесью слизи
- умеренной интенсивности ноющие боли в мезогастрии, уменьшающиеся после дефекации
- вздутие живота с отхождением зловонных газов
- повышение температуры тела до $37,6^{\circ}\text{C}$

Анамнез заболевания

Около года тому назад больной перенёс внебольничную сливную стрептококковую пневмонию, по поводу которой получал антибиотики широкого спектра действия (левофлоксацин 0,5 г 2 раза/сутки и цефтриаксон 2,0 г 1 раз/сутки внутривенно капельно в течение 4 дней с последующим переходом на пероральный приём левофлоксацина в прежней дозе и цефуроксима 0,5 г 2 раза/сутки в течение 10 дней), витамины группы В, а затем – аципол по 4 капсулы/сутки в течение месяца. Пневмония успешно разрешилась, однако спустя примерно месяц появились метеоризм, борборигмы, дискомфорт в

мезогастрии, неустойчивый стул до 3-4 раз/сутки. По этому поводу больной к врачам не обращался, самостоятельно принимал отвар медицинской ромашки и подорожника, а также мезим-форте по 6 таблеток/сутки без особого эффекта. Постепенно неустойчивый стул трансформировался в диарею, частота которой спонтанно варьировала от 5-6 до 10-12 раз/сутки. Понос сопровождался ложными и императивными позывами, а также выделением слизи. Больной амбулаторно консультирован гастроэнтерологом. Установлен диагноз «дисбактериоза». Назначено лечение нифуроксазидом по 800 мг/сутки в течение 7 дней с переходом на линекс-форте по 3 капсулы/сутки и хилак-форте по 150 капель/сутки в течение 1 месяца с сомнительным эффектом. Кишечная симптоматика сохранялась практически на прежнем уровне. Около недели тому назад присоединилась субфебрильная лихорадка. Больной госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение.

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально
- Работает инженером на металлургическом заводе.
- Перенесённые заболевания отрицает.
- Наследственность: неотягощена
- Курит с 16 лет по 10 сигарет в сутки, злоупотребление алкоголем отрицает
- Аллергологический анамнез без особенностей
- Питание регулярное, аппетит не изменён

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение тела активное. Телосложение нормостеническое. Рост 186 см, вес 84 кг, индекс массы тела - 24,28 кг/м², t тела - 37,8°C. Кожные покровы розовые, чистые; склеры нормальной окраски. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких ясный звук над всеми отделами. Голосовое дрожание не изменено. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются; бронхофония не изменена. Частота дыхания – 16 в минуту. 1 тон у верхушки ослаблен. ЧСС 86 в минуту, ритм правильный. АД 140/85 мм рт. ст. Живот умеренно вздут, симметричный, равномерно участвует в дыхании; при пальпации определяется локальная мышечная защита и умеренная болезненность в мезогастрии и левой подвздошной области. Симптомы Щёткина-Блюмберга и Куленкампа отрицательные. Перкуторные размеры печени и селезёнки не изменены. Печень и селезёнка не пальпируются. Мочеиспускание не изменено. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Наиболее вероятным клиническим диагнозом у больной является

- лактазной и дисахаридазной недостаточностью
- глютеновой энтеропатией
- болезнью Крона и язвенным колитом
- антибиотик-ассоциированной диарей

Диагноз

Для подтверждения этого диагноза наилучшим инструментальным методом исследования является

- колоноскопия
- компьютерная энтероколонография
- ультрасонография брюшной полости
- ирригоскопия

Псевдомембранозный колит является наиболее частой причиной диареи у

- находящихся в стационаре пациентов
- детей
- мужчин старше 60 лет
- женщин старше 60 лет

Основным клиническим симптомом псевдомембранозного колита является

- фебрильная лихорадка
- метеоризм
- диарея
- схваткообразная боль в животе

Основным критерием тяжести псевдомембранозного колита служит наличие

- интоксикации
- выраженного эксикоза
- фебрильной лихорадки
- интенсивных болей в животе

Характерными для псевдомембранозного колита изменениями в анализах крови являются

- лейкопения, анемия, гиперглобулинемия, гипокалиемия
- лейкопения, гипертрансаминаземия, повышение уровня С-реактивного белка
- лейкоцитоз, гипонатриемия, повышение активности креатинфосфокиназы и трансаминаз
- лейкоцитоз, анемия, гипоальбуминемия, гипокалиемия

К антибиотикам, наиболее часто провоцирующим развитие псевдомембранозного колита, относятся

- ампициллин, клиндамицин, цефалоспорины 3 поколения
- цiproфлоксацин, моксифлоксацин, спарфлоксацин
- джозамицин, цефуросим, азитромицин
- левофлоксацин, рокситромицин, меронем

На 1 этапе алгоритма лабораторной микробиологической диагностики инфекции Clostridium difficile проводится

- посев кала на Clostridium difficile
- обнаружение токсинов А и В
- ПЦР на геном Clostridium difficile
- определение глутаматдегидрогеназы

На 2 этапе алгоритма лабораторной микробиологической диагностики инфекции Clostridium difficile проводится

- посев кала на Clostridium difficile
- определение глутаматдегидрогеназы
- обнаружение токсинов А и В
- ПЦР на геном Clostridium difficile

На 3 этапе алгоритма лабораторной микробиологической диагностики инфекции Clostridium difficile проводится

- ПЦР на геном Clostridium difficile
- определение глутаматдегидрогеназы
- посев кала на Clostridium difficile
- обнаружение токсинов А и В

Препаратом выбора для лечения пациентов с лёгкой и среднетяжёлой формами псевдомембранозного колита является

- цефуроксим
- рокситромицин
- метронидазол
- пefлоксацин

Препаратом выбора для лечения пациентов с тяжёлой формой псевдомембранозного колита является

- цефуроксим
- рокситромицин
- метронидазол
- пefлоксацин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка М. 49 лет на осмотре у врача-гастроэнтеролога

Жалобы

- на выраженную общую слабость
- кожный зуд

Анамнез заболевания

Кожный зуд впервые появился во время беременности. Рецидивировал в возрасте 44 лет. Маркеры вирусных гепатитов отрицательные. При обследовании были выявлены повышенные в 5 раз уровни трансаминаз, в 1,5 – 2 раза повышенные маркеры холестаза. На основании определения антимитохондриальных антител в титре 1:80 и холестатического биохимического профиля был установлен диагноз первичного билиарного цирроза. Нерегулярно принимала препараты урсодезоксихолевой кислоты. Направлена к гастроэнтерологу для установления диагноза и назначения терапии.

Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально
- Работает бухгалтером
- Наследственность: мать умерла от рака яичников в 72 года, отец - сведений нет.
- Не курит, алкоголь не употребляет
- Применение психоактивных веществ отрицает
- Периодически принимала антигистаминные препараты, гепатопротекторы
- Питание регулярное, полноценное

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Нормостенического телосложения, рост 164 см, вес 60 кг, t тела - 36,3°C. Кожные покровы гиперпигментированы, сухие; следы расчесов, склеры обычной окраски, на веках ксантелазмы. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Отеков нет. Суставы при осмотре не изменены. При сравнительной перкуссии лёгких – ясный легочный перкуторный звук. При аускультации в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Частота дыхания – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичны. ЧСС 78 в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень пальпируется на 1 см ниже края реберной дуги, край плотный, гладкий, безболезненный. Пальпируется нижний полюс селезенки. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- цефуроксим
- рокситромицин
- метронидазол
- пefлоксацин

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым инструментальным методом обследования для постановки полного диагноза является

- цефуроксим
- рокситромицин
- метронидазол
- пefлоксацин

Результаты инструментального метода обследования

Данной пациентке на основании проведенного обследования можно поставить диагноз

- цефуроксим
- рокситромицин
- метронидазол
- пefлоксацин

Диагноз инструментальных методов обследования

При AMA-негативном варианте первичного билиарного цирроза следует исследовать + _____ + в сыворотке крови

- ASMA
- Anti-LKM1
- Anti-Sp100 и anti-gp210
- SLA/LP

К клиническим признакам холестаза относятся

- слабость, кожный зуд, желтуха
- горечь во рту, тошнота, рвота желчью
- отсутствие аппетита, лихорадка
- боль в правом подреберье, спленомегалия

Типичными гистологическими признаками для диагностики перекрестного синдрома с аутоиммунным гепатитом при наличии первичного билиарного цирроза являются

- фиброз с перисинусоидальным расположением коллагеновых волокон
- баллонная и жировая дистрофия, тельца Мэллори
- перипортальные ступенчатые некрозы
- перидуктальный фиброз, пролиферация желчных протоков

Для лечения перекрестного синдрома первичный билиарный цирроз/аутоиммунный гепатит назначают

- циклоспорин и эссенциальные фосфолипиды
- урсодезоксихолевую кислоту и глюкокортикостероиды
- меторексат и циклофосфамид
- мофетила микофенолат и адеметионин

Для купирования кожного зуда при первичном билиарном циррозе препаратом первой линии является

- преднизолон
- холестирамин
- урсодезоксихолевая кислота
- рифаксимин

Для лечения остеопороза при первичном билиарном циррозе используют

- витамин К и адеметионин
- препараты кальция и витамин D
- витамин А и урсодезоксихолевую кислоту
- витамин С и преднизолон

Трансплантация печени при первичном билиарном циррозе должна рассматриваться при уровне билирубина свыше + ____ + мг/дл (+ ____ + мкмоль/л)

- 5 (86)
- 4 (67)
- 7 (120)
- 6 (103)

Для определения прогноза при первичном билиарном циррозе используют

- индекс Мадррея
- шкалу Child-Pugh
- модель Мейо
- шкалу MELD

Независимые факторы риска возникновения варикозно расширенных вен пищевода при первичном билиарном циррозе

- индекс Мадррея
- шкалу Child-Pugh
- модель Мейо
- шкалу MELD

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка С. 57 лет на осмотре у врача-гастроэнтеролога.

Жалобы

- на кожный зуд преимущественно в ночное время
- увеличение очагов депигментации на теле

- тяжесть в правом подреберье
- уменьшение массы тела на 4 кг в течение последних 6 месяцев
- слабость

Анамнез заболевания

Кожный зуд впервые появился 6 месяцев назад. При обследовании выявлено повышение активности трансаминаз в 6 раз, щелочной фосфатазы в 8 раз, маркеры вирусного гепатита В и С отсутствуют. По данным ультразвукового исследования органов брюшной полости существенных изменений не выявлено. Направлена к гастроэнтерологу для установления диагноза и назначения терапии.

Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально, с рождения - витилиго
- Работает воспитателем в детском саду
- Наследственность: мать 79 лет, аутоиммунный тиреоидит, тетка по линии матери - витилиго.
- Не курит, алкоголь не употребляет
- Применение психоактивных веществ отрицает
- Лекарственные препараты не принимает
- Питание регулярное, полноценное

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Нормостенического телосложения, рост 152 см, вес 47 кг, t тела - 36,3°C. Кожные покровы гиперпигментированы, множественные сливающиеся очаги депигментации; следы расчесов, пальмарная эритема, склеры обычной окраски. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Отеков нет. Суставы при осмотре не изменены. При сравнительной перкуссии лёгких – ясный легочный перкуторный звук. При аускультации в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Частота дыхания – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичны. ЧСС 72 в минуту. АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не увеличена, край ровный, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- индекс Мадррея
- шкалу Child-Pugh
- модель Мейо
- шкалу MELD

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым инструментальным методом обследования для постановки полного диагноза является

- индекс Мадррея

- шкалу Child-Pugh
- модель Мейо
- шкалу MELD

Результаты инструментального метода обследования

Данной пациентке на основании проведенного обследования можно поставить диагноз

- индекс Мадррея
- шкалу Child-Pugh
- модель Мейо
- шкалу MELD

Диагноз

При аутоиммунном гепатите 1-го типа встречаются аутоантитела

- ANA и/или SMA
- pANCA и/или anti-TPO
- anti-LKM1 и/или cANCA
- AMA и/или gp210

При аутоиммунном гепатите 2-го типа встречаются аутоантитела

- ANA
- pANCA
- SMA
- Anti-LKM1

Типичными гистологическими признаками для диагностики перекрестного синдрома с аутоиммунным гепатитом при наличии первичного билиарного цирроза являются

- перипортальные ступенчатые некрозы
- баллонная и жировая дистрофия, тельца Мэллори
- фиброз с перисинусоидальным расположением коллагеновых волокон
- перидуктальный фиброз, пролиферация желчных протоков

Для лечения перекрестного синдрома первичный билиарный цирроз/аутоиммунный гепатит назначают

- мофетила микофенолат и адеметионин
- циклоспорин и эссенциальные фосфолипиды
- урсодезоксихолевую кислоту и глюкокортикостероиды
- меторексат и циклофосфамид

Абсолютное показание к назначению иммуносупрессивной терапии при аутоиммунном гепатите – активность аспарагиновой трансаминазы (АСТ) выше нормы в + ____ + раз/раза

- 3
- 10
- 15
- 5

К абсолютным показаниям к назначению иммуносупрессивной терапии при аутоиммунном гепатите относят

- перипортальный гепатит и дуктопению
- баллонную дистрофию и пролиферацию холангиол
- мостовидные или мультилобулярные некрозы
- портальный гепатит или неактивный цирроз

Абсолютным показанием к назначению иммуносупрессивной терапии при аутоиммунном гепатите является содержание сывороточной

- АСТ ≥ 5 норм и γ -глобулинов ≥ 2 норм
- АЛТ ≥ 3 норм и общего билирубина ≥ 2 норм
- АЛТ $\geq 2,5$ норм и гамма-глутамилтранспептидазы ≥ 2 норм
- щелочной фосфатазы ≥ 5 норм и IgM ≥ 2 норм

Относительными показаниями к проведению иммуносупрессивной терапии при аутоиммунном гепатите являются

- неконтролируемая артериальная гипертензия, непереносимость азатиоприна, мультилобулярные некрозы
- умеренно выраженные симптомы (астенизация, артралгия, желтуха)
- неактивный цирроз или портальный гепатит, бессимптомное течение заболевания
- компрессионные переломы, психоз, декомпенсированный диабет

Независимыми факторами риска возникновения варикозно расширенных вен пищевода при первичном билиарном циррозе являются

- неконтролируемая артериальная гипертензия, непереносимость азатиоприна, мультилобулярные некрозы
- умеренно выраженные симптомы (астенизация, артралгия, желтуха)
- неактивный цирроз или портальный гепатит, бессимптомное течение заболевания
- компрессионные переломы, психоз, декомпенсированный диабет

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Г. 61 года на осмотре у врача-гастроэнтеролога

Жалобы

- на выраженную общую слабость
- кожный зуд
- желтуху
- увеличение живота в размерах
- кровоточивость десен
- бессонницу
- снижение веса на 10 кг за последние 6 месяцев

Анамнез заболевания

В течение 10 лет беспокоит кожный зуд. Лечилась у дерматолога без эффекта. Два года назад появилась желтуха. При исследовании биохимических тестов зафиксировано повышение уровня билирубина в 3 раза, уровня щелочной фосфатазы в 2 раза, гамма-глутамилтранспептидазы в 4 раза, трансаминаз в 1,5 раза. Маркеры вирусных гепатитов отрицательные. Диагноз: цирроз печени неустановленной этиологии. Терапия урсодезоксихолевой кислотой, диуретиками с нестойким положительным эффектом. Ухудшение состояния в течение последних 6 месяцев, когда появилась кровоточивость десен, бессонница, стала худеть. Направлена к гастроэнтерологу для установления диагноза и назначения терапии.

Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально
- Работала экономистом, с 55 лет на пенсии
- В анамнезе – хронический гастрит
- Наследственность: мать умерла от инфаркта миокарда, отец погиб (автомобильная катастрофа)
- Не курит, алкоголь не употребляет
- Применение психоактивных веществ отрицает
- Периодически принимала антигистаминные препараты, диуретики, гепатопротекторы
- Питание регулярное, полноценное

Объективный статус

Состояние тяжелое. Инверсия сна. Заторможена. Нормостенического телосложения, рост 164 см, вес 55 кг, t тела - 36,4°C. Кожные покровы желтушные, сухие; «сосудистые звездочки» на груди и спине, следы расчесов, склеры иктеричны. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Пастозность голеней. Суставы при осмотре не изменены. При сравнительной перкуссии лёгких – притупление перкуторного звука ниже угла лопатки справа. При аускультации в легких везикулярное дыхание, справа ниже угла лопатки не выслушивается, хрипов нет. Частота дыхания – 21 в минуту. Тоны сердца ритмичны. ЧСС 78 в минуту. АД 90/60 мм рт. ст. Живот увеличен за счет напряженного

асцита, безболезненный при пальпации. Пальпация печени и селезенки затруднена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- неконтролируемая артериальная гипертензия, непереносимость азатиоприна, мультилобулярные некрозы
- умеренно выраженные симптомы (астенизация, артралгия, желтуха)
- неактивный цирроз или портальный гепатит, бессимптомное течение заболевания
- компрессионные переломы, психоз, декомпенсированный диабет

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым инструментальным методом обследования для постановки полного диагноза является

- неконтролируемая артериальная гипертензия, непереносимость азатиоприна, мультилобулярные некрозы
- умеренно выраженные симптомы (астенизация, артралгия, желтуха)
- неактивный цирроз или портальный гепатит, бессимптомное течение заболевания
- компрессионные переломы, психоз, декомпенсированный диабет

Результаты инструментального метода обследования

Данной пациентке на основании проведенного обследования можно поставить диагноз

- неконтролируемая артериальная гипертензия, непереносимость азатиоприна, мультилобулярные некрозы
- умеренно выраженные симптомы (астенизация, артралгия, желтуха)
- неактивный цирроз или портальный гепатит, бессимптомное течение заболевания
- компрессионные переломы, психоз, декомпенсированный диабет

Диагноз

Осложнениями основного заболевания у данной больной являются

- портальная гипертензия; печеночная недостаточность; печеночная энцефалопатия
- нефротический синдром: гипоальбуминемия, гиперлипидемия, распространенные отеки
- недостаточность кровообращения по большому кругу: асцит, гидроторакс, гепатомегалия
- правосторонний экссудативный плеврит; дыхательная недостаточность

При АМА-негативном варианте первичного билиарного цирроза следует исследовать + _____ + в сыворотке крови

- SLA/LP
- Anti-Sp100 и anti-gp210
- Anti-LKM1
- ASMA

К клиническим признакам холестаза относятся

- горечь во рту, тошнота, рвота желчью
- слабость, кожный зуд, желтуха
- боль в правом подреберье, лихорадка
- отсутствие аппетита, значительное снижение веса

Для лечения первичного билиарного цирроза назначают

- метотрексат
- преднизолон
- циклофосфамид
- урсодезоксихолевую кислоту

Для купирования кожного зуда при первичном билиарном циррозе препаратом первой линии является

- холестирамин
- урсодезоксихолевая кислота
- преднизолон
- рифаксимин

Для купирования кожного зуда при первичном билиарном циррозе препаратом второй линии является

- рифампицин
- рифаксимин
- метотрексат
- преднизолон

Трансплантация печени при первичном билиарном циррозе должна рассматриваться при уровне билирубина свыше + _____ + мг/дл (+ _____ + мкмоль/л)

- 5 (86)
- 6 (103)
- 4 (67)
- 7 (120)

Для определения прогноза при первичном билиарном циррозе используют

- модель Мейо
- шкалу MELD

- шкалу Child-Pugh
- индекс Маддрея

В прогностическую модель Мейо при первичном билиарном циррозе входят

- модель Мейо
- шкалу MELD
- шкалу Child-Pugh
- индекс Маддрея

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 72 лет обратилась в поликлинику на прием к гастроэнтерологу

Жалобы

- * тупые, ноющие боли в левой подвздошной области живота, без четкой связи с приемом пищи и дефекацией, в том числе ночные;
- * запоры;
- * вздутие живота.

Анамнез заболевания

В течение более 20 лет страдает запорами, пользуется слабительными при отсутствии стула свыше двух суток. Последние 3 года отметила появление болей в левой подвздошной области живота, тупые, не связанные с приемом пищи и дефекацией, боли возникают в среднем 1 раз в 2-3 месяца, продолжаются около недели, уменьшаются после приема спазмолитиков (но-шпа, мебеверин) и ограничений в диете. Настоящее ухудшение в течение 3-х недель, на фоне приема спазмолитиков боль уменьшилась, однако полностью не исчезла.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Туберкулез, сахарный диабет, инсульт, инфаркт миокарда, вирусные гепатиты отрицает. Пять лет назад установлен диагноз ИБС: стабильная стенокардия напряжения II функционального класса в сочетании с артериальной гипертонией. Постоянно принимает аспирин, бисопролол, эналаприл для контроля артериального давления. Приступы стенокардии редкие, легко купируются 1-2 дозами нитроглицерина.
- * Аллергологический анамнез не отягощен.
- * Наследственность: отец пациентки страдал гипертонической болезнью, мать умерла от рака молочной железы в возрасте 72 лет.
- * Вредные привычки отрицает.
- * Страховой анамнез: пенсионерка, не работает

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Периферических отеков нет. Рост 168 см. Вес 84 кг.

Индекс массы тела – 29,8. Кожные покровы и слизистые обычной окраски и влажности. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Щитовидная железа не увеличена. ЧДД - 18 в мин. Со стороны дыхательной системы без особенностей. Границы сердца расширены влево на 2 см. Тоны несколько приглушены, ритмичные, ЧСС - 68 в мин. АД - 145/80 мм рт. ст. Язык влажный, не обложен. Живот мягкий, незначительно болезненный при пальпации в левой подвздошной области. Сигмовидная кишка спазмирована. Симптомы раздражения брюшины отрицательные, опухолевые образования, инфильтраты не пальпируются. Печень и селезенка при перкуссии и пальпации не увеличены. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами исследования являются

- модель Мейо
- шкалу MELD
- шкалу Child-Pugh
- индекс Мадррея

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- модель Мейо
- шкалу MELD
- шкалу Child-Pugh
- индекс Мадррея

Результаты инструментальных методов обследования

Какой диагноз можно предположить у данной пациентки на основании клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- модель Мейо
- шкалу MELD
- шкалу Child-Pugh
- индекс Мадррея

Диагноз

Диагноз “Дивертикулярная болезнь ободочной кишки” выставляется в случае

- выявления множественных дивертикулов ободочной кишки
- подтверждения наличия дивертикулов ободочной кишки по данным КТ брюшной полости
- появления клинических симптомов при наличии дивертикулов ободочной кишки

- выявления осложнений дивертикулов ободочной кишки

Лечебное питание при клинически выраженном дивертикулезе ободочной кишки включает в себя

- низкошлаковую диету, танинсодержащие продукты (черника, крепкий черный чай)
- высокошлаковую диету с дополнительным введением в рацион нерастворимых растительных волокон
- введение в рацион углеводов с высоким гликемическим индексом и насыщенных жиров
- высокошлаковую диету, нежирное мясо, рис, творог, фрукты

К спазмолитикам, применяемым при клинически выраженном дивертикулезе ободочной кишки и СРК, относится

- мебеверин
- макрогол 4000
- бисакодил
- псиллиум

Препаратами выбора для коррекции абдоминального болевого синдром у пациентки являются

- β -адреноблокаторы, ингибиторы протонной помпы, полиферментные препараты
- блокаторы М-холинорецепторов, блокаторы натриевых каналов, блокаторы кальциевых каналов
- ненаркотические анальгетики, H_2 -блокаторы рецепторов гистамина, блокаторы М-холинорецепторов
- пробиотики, содержащие лактобациллы, диоктаэдрический смектит, кишечные антисептики

Осмотическим слабительным является

- пинаверия бромид
- лактулоза
- мебеверин
- бисакодил

Антибактериальным препаратом выбора для лечения клинически выраженного дивертикулеза ободочной кишки является

- ципрофлоксацин
- рифаксимин
- метронидазол
- амоксициллин

При клинически выраженном дивертикулезе ободочной кишки эффективно назначение месалазина 2 раза в день в течение 10 дней по

- 400 мг; курс повторяют ежемесячно в течение года
- 400 мг в виде однократного курса терапии
- 500 мг в виде однократного курса терапии
- 400 мг; курс повторяют ежемесячно в течение 6-ти месяцев

Профилактика дивертикулеза толстой кишки включает употребление растительной клетчатки в количестве не менее +____+ г в сутки

- 10
- 15
- 25
- 20

Доказана большая частота дивертикулов ободочной кишки у пациентов с синдромом

- 10
- 15
- 25
- 20

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 49 лет обратилась за консультацией гастроэнтеролога в поликлинику

Жалобы

- * желтушность кожных покровов
- * тяжесть в правом подреберье
- * увеличение живота в объеме
- * горечь во рту, снижение аппетита
- * плохой сон, сонливость днем

Анамнез заболевания

- * Росла и развивалась нормально.
- * Туберкулез, инсульт, инфаркт миокарда, вирусные гепатиты отрицает.
- * В течение 2-х лет установлен диагноз - сахарный диабет 2 типа, инсулинотерапия.
- * Лекарственные препараты постоянно не принимает (кроме инсулина).
- * Аллергологический анамнез - не отягощен.
- * Наследственность: отец и мать страдали артериальной гипертонией.
- * Вредные привычки: курит по 10 сигарет в течение 20 лет, употребляет до 400 мл водки еженедельно, иногда по несколько дней подряд употребляет различные алкогольные

напитки: пиво, коньяк, водку.

* Страховой анамнез: имеет свой бизнес (продажа цветов).

Анамнез жизни

Считает больной около 6-8 месяцев с постепенным нарастанием симптомов. Заболевание началось с появления вздутия живота, затем появилась желтушность склер и кожи, общая слабость, тошнота; абдоминальных болей не отмечала. Была осмотрена инфекционистом, исключен острый вирусный гепатит, затем госпитализирована в терапевтическое отделение стационара. Медицинские документы пациентка не предоставила (недавно переехала из другого города), но рассказала, что лечение включало в себя внутривенные инфузии и «удаление жидкости из правого легкого». Была выписана с улучшением: желтуха купирована, симптомов диспепсии не отмечала. Со слов, прием алкоголя не прекратила. Настоящее ухудшение в течение месяца после злоупотребления алкоголем (около 300 мл водки ежедневно в течение 7 дней). Отметила вновь появление желтухи, увеличение живота, вздутие в животе. Самостоятельно лекарства не принимала. Обратилась на консультацию в поликлинику.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Пастозность голеней. Умеренно повышенного питания. Рост 173 см. Вес 84 кг. Индекс массы тела – 28,1 кг/м². Кожные покровы и слизистые желтушные, умеренно бледные. На коже грудной клетки зоны декольте отмечаются телеангиоэктазии в умеренном количестве, пальмарная эритема. Одышки в покое нет. Щитовидная железа не увеличена. При аускультации легких выслушивается нормальное везикулярное дыхание по всем полям, незначительно ослабленное справа, хрипов нет. Перкуторный звук ясный легочный по всем полям, укорочение перкуторного звука в нижних отделах справа. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные, ЧСС 90 в мин. Мягкий систолический шум в I точке аускультации. АД 135/80 мм рт. ст. Язык влажный, с желтым налетом. Живот мягкий, увеличен в размере. Печень выступает из-под реберной дуги по правой срединно-ключичной линии на 8 см, при пальпации безболезненная, консистенция плотная. Размеры печени по Курлову 17-16-14 см. Селезенка выступает из-под реберной дуги на 5 см, безболезненная при пальпации, плотно-эластичная. Симптом раздражения брюшины нет. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами исследования являются

- 10
- 15
- 25
- 20

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами исследования являются

- 10
- 15
- 25
- 20

Результаты инструментальных методов обследования

Какой диагноз можно предположить у данного пациента на основании данных клинико-лабораторного и инструментального обследования?

- 10
- 15
- 25
- 20

Диагноз

По данным эзофагогастродуоденоскопии можно предположить наличие осложнения основного заболевания

- портальную гипертензию
- варикозное расширение вен пищевода
- гиперспленизм
- асцит

По данным клинико-лабораторного и инструментального обследования у пациентки можно предположить сопутствующие заболевания

- сахарный диабет 2 типа, варикозное расширение вен пищевода
- сахарный диабет 2 типа, хронический алкогольный панкреатит
- хронический алкогольный панкреатит, левосторонний гидроторакс
- сахарный диабет 2 типа, язвенная болезнь 12-ти перстной кишки

Клиническим симптомом, ассоциированным с злоупотреблением алкоголем, является

- контрактура Дюпюитрена
- симптом Курвуазье
- узелки Гебердена
- болезненность в точке Мейо

Лечение алкогольного цирроза печени, помимо полного отказа от алкоголя, включает

- противовирусную терапию
- назначение гемодиализа

- коррекцию статуса питания
- биологическую терапию

Лечение алкогольного гепатита тяжелой степени включает назначение преднизолона по схеме + _____ + мг/сутки в течение + _____ + дней

- 20; 14
- 40; 30
- 20; 28
- 40; 14

Первичная профилактика кровотечения из варикозных вен пищевода при циррозе печени включает

- селективные бета-адреноблокаторы
- неселективные бета-адреноблокаторы
- антагонисты кальция финилалкиламидной группы
- антагонисты кальция дигидропиридинового ряда

Основные осложнения цирроза печени любой этиологии включают

- асцит, кровотечение из варикозных вен пищевода, спонтанный бактериальный перитонит
- портальную гипертензию, гепаторенальный синдром, рефлюкс-эзофагит
- асцит, спонтанный бактериальный перитонит, хронический панкреатит
- печеночную энцефалопатию, асцит, холедохолитиаз

Для неинвазивной оценки наличия и степени выраженности фиброза печени, обусловленного хронической алкогольной интоксикацией, рекомендуется использовать FibroTest, расчет которого включает оценку

- мозгового натрийуретического пептида
- общего билирубина
- щелочной фосфатазы
- протромбинового индекса

Энцефалопатия Вернике при хронической алкогольной интоксикации связана с дефицитом

- мозгового натрийуретического пептида
- общего билирубина
- щелочной фосфатазы
- протромбинового индекса

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 61 года находится на лечении в урологическом отделении многопрофильного стационара.

Жалобы

Уролог назначил консультацию гастроэнтеролога в связи с жалобами пациента на вздутие живота, сухость во рту, повышение температуры до 38,1°C, многократный жидкий стул до 8-10 раз в день без примеси крови.

Анамнез заболевания

При опросе пациент указал, что около полугода назад в связи с желудочной диспепсией обследовался у гастроэнтеролога. При обследовании выявлен хронический атрофический антральный гастрит, ассоциированный с *_H. pylori_* (по данным ЭГДС, быстрого урезанного теста с биоптатом слизистой оболочки желудка, выявления повышенного титра IgG к *_H. pylori_* в крови). Проведена эрадикационная терапия инфекции *_H. pylori_* (пантопразол, амоксициллин, кларитромицин) в течение 14 дней. Спустя 4 недели пациент сдал анализ на антитела к HP и оказалось, что их титр не уменьшился. Пациенту была проведена квадротерапия (препарат висмута, эзомепразол, тетрациклин, метронидазол) с добавлением пробиотиков (сахарамицеты буларди) с 5-го дня антибиотикотерапии. После лечения отметил склонность к послаблению стула. Собирался на консультацию гастроэнтеролога, однако появились симптомы дизурии, и 6 дней назад пациент был доставлен с острой задержкой мочи в стационар, была наложена эпицистостома, в динамике отмечены признаки воспаления в области цистостомы и назначена антибактериальная терапия цефтриаксоном (2 г/сутки). На 5-й день антибиотикотерапии появились вышеописанные жалобы, что и потребовало консультации гастроэнтеролога.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально.
- * Хронические заболевания отрицает.
- * Аллергические реакции, в том числе на лекарственные препараты отрицает.
- * Наследственность: у матери была артериальная гипертония.
- * Пациент курит по 10 сигарет в день в течение 40 лет.
- * Страховой анамнез: пенсионер, не работает.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Периферических отеков нет. Рост 175 см. Вес 78 кг. Индекс массы тела – 25,5. Кожные покровы и слизистые обычной окраски, тургор кожи снижен. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Щитовидная железа не увеличена. ЧДД 18 в мин. При аускультации нормальное везикулярное дыхание по всем легочным полям. Хрипы не выслушиваются. Границы сердца в пределах нормы. Тоны несколько приглушены, ритмичные, ЧСС 100 в мин. АД 110/70 мм рт. ст. Язык сухой, не обложен. Живот мягкий, вздут, умеренно болезненный во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины отрицательные; опухолевые образования, инфильтраты не

пальпируются. Печень и селезенка при перкуссии и пальпации не увеличены. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- мозгового натрийуретического пептида
- общего билирубина
- щелочной фосфатазы
- протромбинового индекса

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- мозгового натрийуретического пептида
- общего билирубина
- щелочной фосфатазы
- протромбинового индекса

Результаты инструментальных методов обследования

На основании клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования данному пациенту можно поставить диагноз

- мозгового натрийуретического пептида
- общего билирубина
- щелочной фосфатазы
- протромбинового индекса

Диагноз

Критериями тяжелого течения *C. difficile*-ассоциированной болезни служат водянистая диарея с кровью и

- лейкоцитоз свыше 15×10^9 /л, гипоальбуминемия менее 30 г/л
- лейкоцитоз свыше 15×10^9 /л, лихорадка свыше 38°C
- гипотензия, болезненность при пальпации живота
- лейкоцитоз свыше 25×10^9 /л, токсический мегаколон

При легкой и среднетяжелой форме *C. difficile*-ассоциированной диареи назначают + _____ + в дозе 500 мг 3 раза в день в течение 10 дней

- кларитромицин
- амоксициллин
- метронидазол

- ванкомицин

При тяжелой форме *C. difficile*-ассоциированной диареи назначают + _____ + в дозе 125 мг внутрь четыре раза в день в течение 10 дней

- кларитромицин
- амоксициллин
- ванкомицин
- метронидазол

Пациенту назначен метронидазол по 500 мг 3 раза в день. На второй день лечения температура 38,5°C, нарастает лейкоцитоз 15,4, выраженное вздутие в животе, стула не было в течение суток. Оптимальная тактика включает перевод в отделение

- терапии
- интенсивной терапии
- хирургии
- гастроэнтерологии

При рецидивах *Clostridium difficile*-ассоциированной диареи следует назначать в течение 10 дней

- энтерол по 1 капсуле 2 раза в день
- ванкомицин по 500 мг 4 раза в день
- метронидазол по 500 мг 3 раза в день
- ванкомицин по 125 мг 4 раза в день

При невозможности введения препарата внутрь ванкомицин назначается

- внутривенно в периферический катетер
- внутривенно в центральный катетер
- ректально в микроклизмах
- внутримышечно

Эффективным антибиотиком-макролидом при *C. difficile*-ассоциированной диареи является

- фидаксомицин
- эритромицин
- спиромицин
- джозамицин

Ведущими факторами патогенности *C. difficile*, помимо бинарного токсина, являются токсины

- С и D
- А и В

- G и H
- E и F

Риск рецидива *C. difficile*-ассоциированной болезни возрастает

- C и D
- A и B
- G и H
- E и F

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент А. 26 лет на приеме у врача-гастроэнтеролога

Жалобы

- на повышение температуры
- на периодический кашицеобразный стул 2-3 раза в сутки с примесью слизи
- на умеренные тянущие боли в правой подвздошной области, возникающие при разгибании туловища

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение месяца, когда без видимых причин повысилась температура до 38[°]С, появился жидкий стул (2-3 раза в сутки) с примесью слизи. Был госпитализирован в инфекционную больницу, где были исключены дизентерия, сальмонеллез, другие кишечные инфекции. Токсины А и В *Clostridium difficile* в кале не были обнаружены. При ректороманоскопии изменений в толстой кишке найдено не было. Сохранялась лихорадка и неустойчивый стул, в анализах крови обнаруживались лейкоцитоз (до 13 x 10⁹/л) и повышение СОЭ (до 33 мм в ч). Находился на обследовании и лечении в различных стационарах с подозрением на инфекционный эндокардит, пиелонефрит, однако, эти заболевания не подтвердились. Госпитализирован с направительным диагнозом: «Лихорадка неясного генеза».

Анамнез жизни

- * Наследственность. Отец, 60 лет, страдает гипертонической болезнью, мать 54 лет, здорова.
- * Вредные привычки. Больной курит мало и редко (2-3 сигареты в день), алкоголь (сухое вино) употребляет 3-4 раза в месяц по 200-300 мл.
- * Перенесенные заболевания. В 9-летнем возрасте перенес операцию аппендэктомии.
- * Профессиональные факторы. Учится в аспирантуре. Профессиональных вредностей нет.

Объективный статус

Состояние больного относительно удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, температура тела при поступлении – 37,4[°]С. Телосложение нормостеническое (рост – 180 см, масса тела – 79 кг). Кожные покровы бледные, чистые, влажные. Видимые

слизистые бледные. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно, отеков нет. Лимфатические узлы не пальпируются. При исследовании мышечной и костно-суставной систем изменений нет. Над легкими при перкуссии ясный легочный звук, при аускультации дыхание везикулярное, побочные дыхательные шумы (хрипы, крепитация шум трения плевры) не выслушиваются. Границы сердца не изменены, тоны ясные, ритмичные. Частота сердечных сокращений – 72 удара в минуту. АД – 130 и 80 мм рт.ст. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. Язык влажный, умеренно обложен белым налетом. Живот правильной формы, активно участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации живота отмечается умеренная болезненность и незначительная резистентность мышечной стенки в правой подвздошной области, при глубокой пальпации прощупывается терминальный отдел подвздошной кишки с плотной болезненной стенкой. Печень не выступает из под края реберной, дуги. Селезенка не пальпируется, перкуторно ее длинник и поперечник – в пределах нормы. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не затруднено,

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- С и D
- А и В
- G и H
- Е и F

Результаты лабораторных методов обследования

Характерными эндоскопическими признаками болезни Крона являются

- гиперемия, отек, зернистость и легкая ранимость слизистой оболочки
- афтоидные язвы на фоне малоизмененной слизистой оболочки кишечника
- отек и синюшная окраска слизистой оболочки кишечника
- обширные поверхностные язвы, покрытые гнойным экссудатом

Типичным рентгенологическим признаком болезни Крона служат

- глубокие продольные язвы, создающие картину «булыжной мостовой»
- поверхностные язвы слизистой оболочки толстой кишки в форме запонки
- появление «пальцевых вдавлений» на фоне отека слизистой оболочки толстой кишки
- исчезновение гаустр и укорочение толстой кишки

При курсовом лечении впервые выявленной легкой атаки болезни Крона илеоцекальной локализации первым шагом служит назначение

- азатиоприна
- будесонида

- метотрексата
- препаратов 5-аминосалициловой кислоты

Данному пациенту при достижении ремиссии болезни Крона поддерживающая терапия иммунодепрессантами должна проводиться не менее

- 10 лет
- 6 месяцев
- 1 года
- 4 лет

Наиболее частой формой поражения печени как внекишечного проявления при болезни Крона служит

- амилоидоз
- аутоиммунный гепатит
- первичный склерозирующий холангит
- первичный билиарный холангит

Поражения перианальной области отмечаются у +___+ % больных болезнью Крона

- 20
- 90
- 5
- 50

Поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта при болезни Крона встречаются в +___+ % случаев

- 5
- 30
- 20
- 45

Характерным гистологическим признаком болезни Крона является

- образование гранулем
- инфильтрация слизистой оболочки лейкоцитами
- образование крипт-абсцессов
- уменьшение количества бокаловидных клеток

Суммарная продолжительность применения системных кортикостероидов при болезни Крона не должна превышать

- 2 лет
- 12 недель
- 1 года

- 6 месяцев

При назначении азатиоприна больным с болезнью Крона его эффект развивается в течение

- 3 месяцев
- 2 месяцев
- 2 недель
- 1 месяца

Перед проведением терапии инфликсимабом, больным с болезнью Крона, обязательной является консультация

- 3 месяцев
- 2 месяцев
- 2 недель
- 1 месяца

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 65 лет на приеме у врача-гастроэнтеролога

Жалобы

- * тяжесть в правом подреберье,
- * кровоточивость десен,
- * общая слабость, утомляемость

Анамнез заболевания

Длительность жалоб около трех месяцев.

Результаты амбулаторного обследования:

- * в общем анализе крови: гемоглобин 137 г/л, эритроциты $4,4 \cdot 10^{12}/л$, средний объем эритроцита – 93 фл, тромбоциты $45 \cdot 10^9/л$, лейкоциты $2,4 \cdot 10^9/л$;
- * нарушена толерантность к глюкозе;
- * УЗИ брюшной полости: гепатоспленомегалия, небольшое количество свободной жидкости.
- * скрининг-маркеры гепатитов В и С (HBsAg и анти-HCV), ВИЧ, сифилис – отрицательные.
- * уровень гамма-глобулинов, IgA, IgM и IgG, ANA, antiLKM-1, ASMA, AMA-M2 в пределах референсных значений;
- * мутаций C282Y и H63D в гене HFE не выявлено.

Проведено гематологическое обследование, включая стерильную пункцию и трепанобиопсию: данных за миело или лимфопролиферативное заболевание нет.

Рекомендована консультация гастроэнтеролога.

Анамнез жизни

- * В течение многих лет избыточный вес.
- * С 55 лет артериальная гипертензия. Принимает индапамид в комбинации с периндоприлом
- * Наследственность: мать умерла в возрасте 63 лет от инфаркта, отец умер в возрасте 43 лет от цирроза.
- * Курение отрицает.

Объективный статус

- * Рост 159 см. Вес 86 кг. ИМТ = 34 кг/м^2 . Телосложение гиперстеническое. Окружность талии - 100 см.
- * Единичные геморрагические высыпания на коже голеней, пальмарная эритема, телеангиоэктазии. Склеры и слизистые субиктеричны.
- * ЧСС = 76 в мин. АД - 130 и 80 мм.рт.ст.
- * Живот увеличен за счет избыточного развития подкожно-жировой клетчатки. При перкуссии во всех отделах звук тимпанический.
- * Пальпируется печень + 4 см из-под края реберной дуги.
- * Пальпируется селезенка + 3 см из-под края реберной дуги.

Для исключения хронического злоупотребления алкоголем необходимо

- 3 месяцев
- 2 месяцев
- 2 недель
- 1 месяца

Результаты

Для верификации диагноза необходимо получить результаты

- 3 месяцев
- 2 месяцев
- 2 недель
- 1 месяца

Результаты

На основании жалоб, анамнеза, данных объективного исследования и дополнительных методов диагностики наиболее вероятен диагноз

- 3 месяцев
- 2 месяцев
- 2 недель
- 1 месяца

Диагноз

Тромбоцитопения и лейкопения у пациентки относятся к синдрому

- печеночной недостаточности
- холестаза
- гипоплазии кроветворения
- гиперспленизма

При неалкогольной жировой болезни печени кратность превышения ГГТ верхней границы нормы, как правило, составляет

- 5-10
- 11-15
- 16-20
- 1,5-2

При неалкогольной жировой болезни печени «золотым стандартом» диагностики стеатоза, воспаления и стадии фиброза служит

- КТ
- МРТ
- биопсия
- УЗИ

У пациентки цирроз печени по градации Child-Pugh оценивается в 7 баллов, что соответствует стадии

- декомпенсации
- компенсации
- реактивации
- субкомпенсации

Основным средством для лечения неалкогольной жировой болезни печени служит

- нормализация массы тела
- когнитивно-поведенческая терапия
- прием биологически активных добавок
- замена в диете сахара на фруктозу

У больных неалкогольной жировой болезнью печени показанием для назначения омега-3, 6, 9-полиненасыщенных жирных кислот служит повышение в крови уровня

- витамина D
- протромбина
- триглицеридов
- холестерина

У больных неалкогольной жировой болезнью печени показанием для назначения статинов служит наличие

- цирроза печени
- фиброза печени
- стеатогепатита
- дислипидемии

Сочетание у пациентки абдоминального ожирения, артериальной гипертензии и нарушенной толерантности к глюкозе свидетельствует о наличии

- надпочечниковой недостаточности
- несахарного диабета
- первичного гипертиреоза
- метаболического синдрома

При неалкогольной жировой болезни печени риск тромбообразования повышается за счет

- надпочечниковой недостаточности
- несахарного диабета
- первичного гипертиреоза
- метаболического синдрома

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-гастроэнтеролог вызван на консультацию в хирургическое отделение к пациенту 52 лет.

Жалобы

На выраженную сонливость в течение всего дня.

Анамнез заболевания

С 40 лет по УЗИ выявлен стеатоз печени.

Три дня назад появилась рвота кровью. Госпитализирован в хирургическое отделение.

Диагностировано кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода. Проведено

экстренное лигирование вен. На вторые сутки после кровотечения медперсонал отметил выраженную сонливость пациента в течение всего дня. Консультирован психиатром и неврологом. Первичное поражение головного мозга исключено.

* В общем анализе крови: гемоглобин 96 г/л, эритроциты $3,2 \cdot 10^{12}$ /л, средний объем эритроцита – 90 фл, тромбоциты $47 \cdot 10^9$ /л, лейкоциты $3,7 \cdot 10^9$ /л;

* HBsAg, анти-HBsAg, анти-HCV отрицательные;

* антитела к ВИЧ, реакция Вассермана отрицательные

Анамнез жизни

- * В течение многих лет избыточный вес;
- * курит по 20 сигарет в день с 18 лет.

Объективный статус

- * Заторможен, апатичен, на вопросы отвечает со значительной задержкой. Не помнит, когда был госпитализирован. Не может правильно сложить однозначные числа: 5+2. Выявлен астериксис. Оценка по шкале ком Глазго – 13 баллов;
- * рост 172 см. Вес 95 кг. ИМТ = 32 кг/м². Телосложение гиперстеническое. Окружность талии - 115 см;
- * слизистые бледно-розовые;
- * ЧСС = 86 в мин. АД - 115 и 75 мм.рт.ст;
- * живот увеличен за счет избыточного развития подкожно-жировой клетчатки. При перкуссии во всех отделах звук тимпанический;
- * перкуторные размеры печени и селезенки увеличены.

Для верификации причины кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода необходимо проведение

- надпочечниковой недостаточности
- несахарного диабета
- первичного гипертиреоза
- метаболического синдрома

Результаты

Для связи нервно-психической симптоматики с заболеванием печени необходимо получить результаты исследования

- надпочечниковой недостаточности
- несахарного диабета
- первичного гипертиреоза
- метаболического синдрома

Результаты исследования

На основании жалоб, анамнеза, данных объективного исследования и дополнительных методов диагностики наиболее вероятен диагноз

- надпочечниковой недостаточности
- несахарного диабета
- первичного гипертиреоза
- метаболического синдрома

Диагноз

Появление выраженной сонливости в течение всего дня, выявленные при осмотре: заторможенность, апатия, снижение оперативной памяти, астериксис свидетельствуют о развитии

- синдрома Гийена-Барре
- фуникулярного миелоза
- энцефалопатии Вернике
- печеночной энцефалопатии

Тромбоцитопения и лейкопения у пациента относятся к синдрому

- холестаза
- гипоплазии кроветворения
- печеночной недостаточности
- гиперспленизма

При неалкогольной жировой болезни печени «золотым стандартом» диагностики стеатоза, воспаления и стадии фиброза служит

- биопсия
- КТ
- МРТ
- УЗИ

У пациента цирроз печени по градации Child-Pugh оценивается в 9 баллов, что соответствует классу

- С
- А
- В
- Д

Провоцирующим фактором развития печеночной энцефалопатии у пациента, наиболее вероятно, служит

- кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода
- курение на протяжении 30 лет
- наличие избыточной массы тела
- лигирование варикозно-расширенных вен пищевода

Основным средством для лечения неалкогольной жировой болезни печени служит

- замена в диете сахара на фруктозу
- нормализация массы тела
- когнитивно-поведенческая терапия
- прием биологически активных добавок

Лечение печеночной энцефалопатии у пациента целесообразно начать с назначения

- преднизолона
- орнитин-аспартата
- фосфолипидов
- адеметионина

Психо-неврологические нарушения у пациента свидетельствуют о развитии печеночной энцефалопатии стадии

- 1
- 4
- 2
- 3

Для лечения печеночной энцефалопатии применяется невсасывающийся антибиотик

- 1
- 4
- 2
- 3

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 50 лет на приеме у врача-гастроэнтеролога.

Жалобы

Тяжесть в правом подреберье.

Анамнез заболевания

Длительность жалоб около полугода.

Результаты амбулаторного обследования:

* в общем анализе крови: гемоглобин 145 г/л, эритроциты $4,9 \cdot 10^{12}$ /л, средний объем эритроцита – 90 фл, тромбоциты $185 \cdot 10^9$ /л, лейкоциты $4,7 \cdot 10^9$ /л;

* АЛТ 78 Ед/л (норма < 40), АСТ 49 Ед/л (норма < 40), ГГТ 45 Ед/л (норма < 32), ЩФ 85 (норма до 150), общий билирубин 15 мкмоль/л (норма < 20,5), альбумин 42 г/л (норма > 35 г/л);

* нарушена толерантность к глюкозе;

* скрининг-маркеры гепатитов В и С (HBsAg и анти-HCV), ВИЧ, сифилис – отрицательные;

* УЗИ брюшной полости: увеличение печени;

* Эластометрия печени с использованием XL-датчика: 10 кПа.

Анамнез жизни

* В детстве переболел гепатитом А;

* в течение многих лет избыточный вес;

* с 37 лет периодически отмечает повышение АД;

* курение отрицает.

Объективный статус

* Рост 174 см. Вес 95 кг. ИМТ = 31 кг/м^2 . Телосложение гиперстеническое. Окружность талии - 105 см;

* склеры и слизистые обычной окраски;

* ЧСС = 68 в мин. АД = 130 и 80 мм.рт.ст;

* живот увеличен за счет избыточного развития подкожно-жировой клетчатки. При перкуссии во всех отделах звук тимпанический;

* пальпируется печень: + 4 см из-под края реберной дуги;

* селезенка: перкуторные размеры не увеличены, не пальпируется.

Для исключения хронического злоупотребления алкоголем необходимо

- 1
- 4
- 2
- 3

Результаты

Для верификации диагноза заболевания печени необходимо получить результаты

- 1
- 4
- 2
- 3

Результаты обследования

На основании жалоб, анамнеза, данных объективного исследования и дополнительных методов диагностики наиболее вероятен диагноз

- 1
- 4
- 2
- 3

Диагноз

При неалкогольной жировой болезни печени кратность превышения верхней границы референсных значений ГГТП, как правило, составляет

- 5 - 10
- 11 - 15
- 1,5 - 2

- 16 - 20

При неалкогольной жировой болезни печени кратность превышения верхней границы референсных значений АЛТ, как правило, составляет

- 4 - 5
- 6 - 10
- 11 - 20
- 21 - 30

«Золотым стандартом» диагностики стеатоза, воспаления и стадии фиброза при неалкогольной жировой печени служит

- биопсия
- КТ
- УЗИ
- МРТ

Основным средством для лечения неалкогольной жировой болезни печени служит

- прием биологически активных добавок
- когнитивно-поведенческая терапия
- нормализация массы тела
- замена в диете сахара на фруктозу

У больных неалкогольной жировой болезнью печени показанием для назначения омега-3, 6, 9-полиненасыщенных жирных кислот служит повышение в крови уровня

- триглицеридов
- витамина D
- ЩФ
- АЛТ

У больных неалкогольной жировой болезнью печени показанием для назначения статинов служит наличие

- фиброза печени
- цирроза печени
- дислипидемии
- стеатогепатита

Сочетание у пациента абдоминального ожирения, нарушенной толерантности к глюкозе и дислипидемии свидетельствует о наличии

- несахарного диабета
- метаболического синдрома
- первичного гипертиреоза

- надпочечниковой недостаточности

При неалкогольной жировой болезни печени риск тромбообразования повышается за счет

- синдрома холестаза, гипокоагуляции
- цитолитического синдрома, гиперкоагуляции
- проатерогенной дислипидемии, гиперкоагуляции
- гепатолиенального синдрома, гиперурикемии

В качестве скрининга гепатоцеллюлярной карциномы у больных циррозом печени любой этиологии применяются исследование уровня альфа-фетопротеина и

- синдрома холестаза, гипокоагуляции
- цитолитического синдрома, гиперкоагуляции
- проатерогенной дислипидемии, гиперкоагуляции
- гепатолиенального синдрома, гиперурикемии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 56 лет обратился к гастроэнтерологу.

Жалобы

На периодические ноющие боли в нижней половине живота не зависящие от дефекации, жидкий стул до 2-3 раз в сутки без патологических примесей, общую слабость, вздутие живота

Анамнез заболевания

Из анамнеза заболевания известно, что в 1993 г. была диагностирована язва 12п кишки проводилось лечение ингибиторами протонной помпы с положительным эффектом. Боли в животе пациент отмечает в течение 23 лет, на фоне приема ингибиторов протонной помпы боли купируются. В декабре 2016 года в связи с появлением ноющих болей внизу живота, жидкого стула до 2 раз в сутки обратился к гастроэнтерологу по месту жительства. При колоноскопии: аппарат проведен в подвздошную кишку, которая осмотрена на расстоянии 10-15 см, просвет терминального отдела подвздошной кишки не изменен, слизистая оболочка розового цвета, поверхность кишки бархатистая, на протяжении 5 см от илеоцекального клапана, определяются 4 язвы размером от 3 x 3 до 5 x 5 мм, их дно покрыто фибрином, края язв отечные. Проводилось лечение: щадящая диета, Ультоп 20 мг по 1т утром и вечером до еды, Смекта по 1 x 2 раза в день между едой, Креон 10000 по 1 табл. x 3 раза в день во время еды, Месалазин 500 мг по 2 табл x в день после еды, Буденофальк 3 мг по 1 табл. x 3 раза в день после еды с положительным эффектом. В дальнейшем в 2017 и 2018 году находился на стационарном лечении. В 2018 году при колоноскопии: отмечалась эндоскопическая ремиссия. Пациент в дальнейшем Месалазин самостоятельно отменил. В октябре 2019 вновь отметил ухудшение

самочувствия, когда появились вышеуказанные жалобы в связи с чем обратился к врачу. Пациент госпитализация в клинику для лечения в условиях стационара.

Анамнез жизни

- Родился в 1962г., в г. Москве;
- рос и развивался соответственно возрасту;
- образование высшее, работает инженером;
- вредные привычки: курение и злоупотребление алкоголем отрицает;
- семейное положение: женат, трое детей;
- аллергологический анамнез: не отягощен;
- наследственный анамнез: не отягощен;
- перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Положение активное. На вопросы отвечает правильно, ориентирован во времени, пространстве и собственной личности. Гиперстенического телосложения, рост 180 см, вес 112 кг, индекс массы тела - $34,57 \text{ кг/м}^2$, t тела – $36,7^\circ\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, чистые. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Суставы при осмотре не изменены. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук. Голосовое дрожание и бронхофония не изменены. При аускультации в легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Частота дыхания – 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС=Пульс 78 в минуту. АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, симметричный, при пальпации болезненный в верхней и нижней половине живота, симптом Щеткина-Блюмберга не определяется. Кишечная перистальтика выслушивается. Стул 2-3 раз в сутки, кашицеобразный или жидкий, без патологических примесей. Печень по данным перкуссии и пальпации на уровне края реберной дуги, край ровный, мягкий, безболезненный. Селезенка 10x7 см. Мочеиспускание не изменено. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- синдрома холестаза, гипокоагуляции
- цитолитического синдрома, гиперкоагуляции
- проатерогенной дислипидемии, гиперкоагуляции
- гепатолиенального синдрома, гиперурикемии

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- синдрома холестаза, гипокоагуляции
- цитолитического синдрома, гиперкоагуляции
- проатерогенной дислипидемии, гиперкоагуляции
- гепатолиенального синдрома, гиперурикемии

Результаты инструментальных методов обследования

Какой предполагаемый основной диагноз у данного пациента?

- синдрома холестаза, гипокоагуляции
- цитолитического синдрома, гиперкоагуляции
- проатерогенной дислипидемии, гиперкоагуляции
- гепатолиенального синдрома, гиперурикемии

Диагноз

Тяжесть атаки у данного пациента соответствует

- тяжелой
- легкой
- средней
- среднетяжелой

В качестве терапии первой линии у пациентов с Болезнью Крона илеоцекальной локализации, легкой атаки рекомендовано использовать

- будесонид
- 5-аминосалициловую кислоту
- 6-меркаптопурин
- азатиоприн

Терапевтический эффект будесонида следует оценивать через + _____ + недель/недели

- 2-4
- 8-10
- 10-12
- 6-8

При отсутствии терапевтического эффекта будесонида для индукции ремиссии рекомендуется применять

- системные глюкокортикостероиды
- ферментные препараты
- прокинетики
- ингибиторы протонной помпы

Суммарная продолжительность лечения глюкокортикостероидами при Болезни Крона не должна превышать + _____ + недель

- 12
- 35
- 25

- 20

При наличии системных внекишечных проявлений и/или инфильтрата брюшной полости системные глюкокортикостероиды рекомендовано назначать в сочетании с

- ингибиторами протонной помпы
- противовирусными средствами
- цитостатиками
- антибиотиками

Чувствительным маркером воспаления, применяемый также в качестве способа мониторинга активности заболевания при болезни Крона является

- креатинин
- фекальный кальпротектин
- сывороточная амилаза
- альбумин

У пациентов, подвергшихся резекции участка кишечника по поводу болезни Крона обязательно проведение контрольного эндоскопического исследования через + ____ + месяцев после операции

- 16
- 12
- 10
- 6

Пациентам с болезнью Крона целесообразно выполнять исследование уровня С-реактивного белка и фекального кальпротектина каждые + ____ + мес.

- 16
- 12
- 10
- 6

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 48 лет обратилась к гастроэнтерологу поликлиники.

Жалобы

Жалоб активно нет, направлена терапевтом.

Анамнез заболевания

Работает экономистом. В течение нескольких лет страдает артериальной гипертензией. Последние 3 года получает эналаприл, 1,5 месяца назад доза эналаприла была увеличена

до 40 мг в сутки и к лечению был добавлен гипотиазид. При обращении к терапевту в связи с частыми «скачками» артериального давления и сердцебиением выявлено повышение активности трансаминаз. Дано направление к гастроэнтерологу для уточнения диагноза и лечения.

Сообщила, что при УЗИ печени и выполнении биохимического исследования 2 года назад патологии не отмечалось.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально;
- * перенесенные заболевания и операции: артериальная гипертензия, ОРЗ;
- * наследственность: у матери артериальная гипертензия, отец страдает ИБС;
- * аллергии на медикаменты нет;
- * вредных привычек нет;
- * менструации регулярные, беременностей – 2, родов – 2.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 165 см, вес 68 кг, индекс массы тела 24,9. Кожа и слизистые обычной окраски и влажности, чистые. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Со стороны сердца и легких без отклонений от нормы. ЧСС 78 в мин., АД 130/80 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень (+) 3 см из-под реберной дуги, размер по Курлову 12-9-7 см.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- 16
- 12
- 10
- 6

Результаты лабораторного метода обследования

Для постановки диагноза первоначальным инструментальным методом обследования является

- 16
- 12
- 10
- 6

Результаты инструментального метода обследования

Для исключения вирусной природы поражения печени в обследование необходимо включить определение

- 16

- 12
- 10
- 6

Результаты серологического метода обследования

Какой диагноз основного заболевания можно поставить больной на основании клинических, инструментальных и лабораторных методов исследования?

- 16
- 12
- 10
- 6

Диагноз

Наиболее вероятным типом лекарственного поражения печени у данной больной является

- холестатический
- криптогенный
- смешанный
- гепатоцеллюлярный

Для гепатоцеллюлярного вида лекарственного поражения печени характерным является индекс R, определяемый как отношение уровня АЛТ к уровню ЩФ, больше или равен 5 и повышение от верхней границы нормы более чем в 2 раза уровня

- ГГТП
- АЛТ
- билирубина
- АСТ

Холестатический вид лекарственного поражения печени можно установить в случае, если индекс R, определяемый как отношение уровня АЛТ к уровню ЩФ, равен или меньше 2 и больше чем в 2 раза повышен уровень

- ЩФ
- АЛТ
- АСТ
- ГГТП

В дифференциальной диагностике внепеченочной обструкции желчных путей и холестатического вида лекарственного поражения печени показано проведение

- УЗИ поджелудочной железы
- биопсии печени

- фиброгастродуоденоскопии
- УЗИ печени и желчевыводящих путей

Устранение холестаза при отмене лекарственного препарата происходит в течение

- 6 месяцев
- 3 месяцев
- 1 года
- 2 недель

Тактика при выявлении лекарственного поражения печени предполагает

- уменьшение дозы препарата и курсовой прием урсодезоксихолевой кислоты
- прекращение приема препарата и наблюдение за клиническими симптомами и биохимическими показателями
- прекращение приема препарата и назначение нескольких курсов плазмафереза
- сохранение первоначальной дозы препарата и курсовой прием кортикостероидов

Медикаментозное лечение при холестатическом лекарственном поражении печени может включать

- эссенциальные фосфолипиды
- препараты расторопши
- урсодезоксихолевую кислоту
- витамины группы В

Внепеченочным проявлением холестаза является

- эссенциальные фосфолипиды
- препараты расторопши
- урсодезоксихолевую кислоту
- витамины группы В

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 45 лет обратилась к гастроэнтерологу поликлиники.

Жалобы

- * Небольшая слабость;
- * периодический невыраженный кожный зуд в основном в ночное время.

Анамнез заболевания

Лечилась у терапевта по поводу острого бронхита. При объективном обследовании было выявлено небольшое увеличение печени, при активном выяснении жалоб отмечен невыраженный, ночной зуд кожи, в биохимическом анализе крови – повышение

щелочной фосфатазы и ГГТП. Дано направление к гастроэнтерологу.

При УЗИ печени год назад отмечалось небольшое ее увеличение, к врачу не обращалась.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально;
- * перенесенные заболевания и операции: простудные;
- * наследственность: у матери артериальная гипертензия, у отца ИБС;
- * аллергии на медикаменты нет;
- * вредных привычек нет;
- * менструации регулярные, беременностей – 2, родов – 2.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 164 см, вес 78 кг, индекс массы тела 29. Кожа и слизистые обычной окраски и влажности, чистые. Со стороны сердца и легких без отклонений от нормы. ЧСС 68 в мин., АД 120/80 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень (+) 3 см из-под реберной дуги, размер по Курлову 11-9-7 см. Селезенка не определяется.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- эссенциальные фосфолипиды
- препараты расторопши
- урсодезоксихолевую кислоту
- витамины группы В

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- эссенциальные фосфолипиды
- препараты расторопши
- урсодезоксихолевую кислоту
- витамины группы В

Результаты инструментальных методов обследования

Какой диагноз основного заболевания можно поставить больной на основании клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования?

- эссенциальные фосфолипиды
- препараты расторопши
- урсодезоксихолевую кислоту
- витамины группы В

Диагноз

Методом, подтверждающим диагноз при выявлении нормального уровня антимитохондриальных антител, является

- исследование анти-эндомизиальных антител IgA
- биопсия печени
- компьютерная томография органов брюшной полости
- эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография

Патогномичным признаком, выявляемым в гистологических препаратах и характерным для дебюта первичного билиарного цирроза печени, является

- деструкция и запустевание желчных протоков
- повреждения желчных протоков в сочетании с фиброзом
- выраженный фиброз и перипортальная инфильтрация
- гранулема в сочетании с фокальной облитерацией желчных протоков

Диагноз первичного билиарного цирроза печени можно поставить при повышении уровня щелочной фосфатазы в течение не менее

- 2 месяцев
- 1 года
- 6 месяцев
- 3 месяцев

В дифференциальной диагностике внепеченочной обструкции желчных путей и первичного билиарного цирроза печени наиболее доказательное значение имеет

- УЗИ печени и желчевыводящих путей
- фиброэластография печени
- магнитно-резонансная холангиопанкреатография
- биохимические исследования

При повышении уровня антимитохондриальных антител и отсутствии клинических и биохимических маркеров заболевания печени показаны

- соблюдение диеты (стол № 5) и курсы эссенциальных фосфолипидов 2 раза в год
- поддерживающая терапия желчегонными средствами и ограничение жирной пищи
- наблюдение с ежегодным выполнением УЗИ печени и желчевыводящих путей
- наблюдение с ежегодным исследованием биохимических маркеров холестаза

Медикаментозное лечение больной с первичным билиарным циррозом печени должно включать

- кортикостероиды
- витамины группы В

- урсодезоксихолевую кислоту
- эссенциальные фосфолипиды

Через 1 год после терапии урсодезоксихолевой кислотой хорошим биохимическим ответом считается (согласно «Парижским критериям») уровень сывороточного билирубина ≤ 1 мг/дл (17 мкмоль/л), уровень ЩФ ≤ 3 верхней границы нормы и уровень

- ГГТП ≤ 2 верхней границы нормы
- АЛТ ≤ 2 верхней границы нормы
- АЛТ в норме
- АСТ ≤ 2 верхней границы нормы

Согласно «Барселонским критериям» через 1 год после терапии урсодезоксихолевой кислотой хорошим биохимическим ответом считается снижение

- АЛТ менее 2 верхней границы нормы
- ГГТП до верхней границы нормы
- на 40% либо нормализация уровня ЩФ
- билирубина менее 1 мг/дл (17 мкмоль/л),

Внепеченочным проявлением холестаза является

- АЛТ менее 2 верхней границы нормы
- ГГТП до верхней границы нормы
- на 40% либо нормализация уровня ЩФ
- билирубина менее 1 мг/дл (17 мкмоль/л),

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 28 лет обратилась к гастроэнтерологу поликлиники по направлению врача женской консультации.

Жалобы

- * Небольшая слабость;
- * периодический кожный зуд в основном в ночное время.

Анамнез заболевания

Беременность 18 недель протекала без осложнений. Около 10 дней назад появился небольшой кожный зуд, который в течение 2-3 дней усиливался. При обследовании в женской консультации выявлено повышение уровня билирубина и активности трансаминаз. Дано направление к гастроэнтерологу для уточнения диагноза и лечения. При УЗИ печени год назад и выполнении биохимического исследования и маркеров гепатитов В и С на сроке беременности 12 недель патологии не отмечалось.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально;
- * перенесенные заболевания и операции: простудные;
- * наследственность: у матери артериальная гипертензия, у отца ХОБЛ;
- * аллергии на медикаменты нет;
- * вредных привычек нет;
- * менструации регулярные, беременностей – 2, родов – 1.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 162 см, вес 78 кг, индекс массы тела 28. Кожа и слизистые обычной окраски и влажности, чистые. Со стороны сердца и легких без отклонений от нормы. ЧСС 68 в мин., АД 120/80 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный, пальпируется увеличенная матка. Печень (+) 2 см из-под реберной дуги, размер по Курлову 11-9-7 см.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- АЛТ менее 2 верхней границы нормы
- ГГТП до верхней границы нормы
- на 40% либо нормализация уровня ЩФ
- билирубина менее 1 мг/дл (17 мкмоль/л),

Результаты лабораторного метода обследования

Наиболее информативным для постановки диагноза скрининговым инструментальным методом обследования является

- АЛТ менее 2 верхней границы нормы
- ГГТП до верхней границы нормы
- на 40% либо нормализация уровня ЩФ
- билирубина менее 1 мг/дл (17 мкмоль/л),

Результаты инструментального метода обследования

Наиболее информативным для дифференциальной диагностики инструментальным методом обследования является

- АЛТ менее 2 верхней границы нормы
- ГГТП до верхней границы нормы
- на 40% либо нормализация уровня ЩФ
- билирубина менее 1 мг/дл (17 мкмоль/л),

Результаты инструментального метода обследования

На основании клинических, инструментальных и лабораторных методов исследования пациенту можно поставить диагноз основного заболевания

- АЛТ менее 2 верхней границы нормы
- ГГТП до верхней границы нормы
- на 40% либо нормализация уровня ЩФ
- билирубина менее 1 мг/дл (17 мкмоль/л),

Диагноз

Наиболее чувствительным методом обследования, подтверждающим холестаза беременных, является

- исследование антинуклеарных антител
- фиброэластометрия печени
- эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
- определение желчных кислот в крови

При развитии внутрипеченочного холестаза беременных биопсия печени

- выполняется при повышении АЛТ более чем в 10 раз от нормы
- проводится вне зависимости от симптоматики патологии
- выполняется при повышении желчных кислот более 40 ммоль/л
- не проводится вне зависимости от симптоматики патологии

Холестаз беременных чаще всего возникает

- во 2-ом и 3-ем триместрах
- в 1-ом и 2-ом триместрах
- в последние 4 недели беременности
- в первые 8 недель беременности

Внутрипеченочный холестаз беременных спонтанно разрешается после родов в течение

- 3 месяцев
- 6 месяцев
- 2 недель
- 4-6 недель

Медикаментозное лечение беременной с внутрипеченочным холестазом может включать (при необходимости с учетом риска/пользы для матери и плода)

- эссенциальные фосфолипиды
- глюкокортикостероиды
- витамины группы В
- урсодезоксихолевую кислоту

Доза урсодезоксихолевой кислоты составляет + _____ + мг/кг/день

- 25-30
- 3-5
- 10-20
- 100

Дополнительно к основной терапии хорошим эффектом обладает применение в 3 триместре беременности

- эссенциальных фосфолипидов
- адеметионина
- препаратов расторопши
- витаминов группы В

После родов при грудном вскармливании у пациенток с внутрипеченочным холестазом беременных предпочтительны

- эссенциальных фосфолипидов
- адеметионина
- препаратов расторопши
- витаминов группы В

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 59 лет на приеме у врача-гастроэнтеролога.

Жалобы

- * Общая слабость, утомляемость;
- * тяжесть в правом подреберье.

Анамнез заболевания

Длительность жалоб около полугода.

Результаты амбулаторного обследования:

- * в общем анализе крови: гемоглобин 125 г/л, эритроциты $4,1 \cdot 10^{12}$ /л, средний объем эритроцита – 92 фл, тромбоциты $37 \cdot 10^9$ /л, лейкоциты $2,1 \cdot 10^9$ /л;
 - * скрининг-маркеры гепатитов В и С (HBsAg и анти-HCV), ВИЧ, сифилис – отрицательные;
 - * сывороточное железо, процент насыщения трансферрина железом, общая железосвязывающая способность сыворотки и ферритин в пределах референсных значений;
 - * УЗИ брюшной полости: гепатоспленомегалия, расширение воротной и селезеночной вен, умеренное количество свободной жидкости;
- Проведено гематологическое обследование, включая стерильную пункцию и

трепанобиопсию: данных за миело или лимфопролиферативное заболевание нет.
Рекомендована консультация гастроэнтеролога.

Анамнез жизни

- * В течение многих лет избыточный вес;
- * с 43 лет артериальная гипертензия. Принимает индапамид в комбинации с периндоприлом;
- * с 47 лет сахарный диабет. Принимает метформин;
- * курит с 18 лет по 15 сигарет в день.

Объективный статус

- * Рост 170 см. Вес 110 кг. ИМТ=38 кг/м². Телосложение гиперстеническое. Окружность талии - 109 см.
- * склеры и слизистые субиктеричны. Пальмарная эритема, телеангиоэктазии. Единичные геморрагические высыпания на коже голени;
- * ЧСС = 68 в мин. АД - 135 и 80 мм.рт.ст;
- * живот увеличен за счет избыточного развития подкожно-жировой клетчатки. При перкуссии притупление в боковых отделах;
- * пальпируется печень + 3 см из-под края реберной дуги;
- * пальпируется селезенка + 5 см из-под края реберной дуги.

Для исключения хронического злоупотребления алкоголем необходимо

- эссенциальных фосфолипидов
- адеметионина
- препаратов расторопши
- витаминов группы В

Результаты обследования

Для верификации диагноза заболевания печени необходимо получить результаты

- эссенциальных фосфолипидов
- адеметионина
- препаратов расторопши
- витаминов группы В

Результаты обследования

На основании жалоб, анамнеза, данных объективного исследования и дополнительных методов диагностики наиболее вероятен диагноз

- эссенциальных фосфолипидов
- адеметионина
- препаратов расторопши
- витаминов группы В

Диагноз

Наличие тромбоцитопении и лейкопении у пациента относится к синдрому

- портальной гипертензии
- внепеченочного холестаза
- гипоплазии кроветворения
- гиперспленизма

При неалкогольной жировой болезни печени кратность превышения верхней границы референсных значений АЛТ, как правило, составляет

- 11-20
- 4-5
- 6-10
- 21-30

При неалкогольной жировой болезни печени «золотым стандартом» диагностики стеатоза, воспаления и стадии фиброза служит

- УЗИ
- МРТ
- биопсия
- КТ

У пациента цирроз печени по градации Child-Pugh оценивается в 9 баллов, что соответствует классу

- С
- В
- Д
- А

Основным средством для лечения неалкогольной жировой болезни печени служит

- когнитивно-поведенческая терапия
- замена в диете сахара на фруктозу
- нормализация массы тела
- прием биологически активных добавок

У больных неалкогольной жировой болезнью печени показанием для назначения статинов служит наличие

- фиброза печени
- цирроза печени
- стеатогепатита
- дислипидемии

Сочетание у пациента абдоминального ожирения, артериальной гипертензии и сахарного диабета свидетельствует о наличии

- надпочечниковой недостаточности
- несахарного диабета
- первичного гипертиреоза
- метаболического синдрома

Для лечения печеночной энцефалопатии у больных циррозом в исходе неалкогольного стеатогепатита применяется невсасывающийся антибиотик

- рифаксимин
- амоксициллин
- ванкомицин
- ципрофлоксацин

В качестве скрининга гепатоцеллюлярной карциномы у больных циррозом печени любой этиологии проводится УЗИ и определяется уровень

- рифаксимин
- амоксициллин
- ванкомицин
- ципрофлоксацин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Ф. 56 лет на осмотре у врача-гастроэнтеролога.

Жалобы

- Диарею до 6-8 раз без патологических примесей в кале;
- похудание за последние 3 месяца на 18 кг;
- борборигмы;
- отёки ног.

Анамнез заболевания

Считает себя больным с ноября 2015 года, когда без видимой причины появились общая слабость, лихорадка до 38,4°C, потеря аппетита, головокружение, артралгии. Боли локализовались преимущественно в коленных, голеностопных и лучезапястных суставах, носили приступообразный, летучий характер. Средняя продолжительность артралгий составляла 10-14 часов, после чего они спонтанно уменьшались или полностью исчезали. Рецидивы болей возникали по 3-4 раза в неделю, особенно в холодную и сырую погоду. Иногда поражённые суставы были болезненными и припухшими, иногда – только болезненными. Объём активных и пассивных движений в них существенно не менялся. Лихорадка носила волнообразный характер с диапазоном от 36,8°C до 38,5°C без

озноба.

Пациент обследован ревматологом в районном диагностическом центре, а затем для исключения паранеопластического синдрома - в городском онкодиспансере. В результате обнаружено увеличение СОЭ до 23 мм/час, РФ в низком титре, АЦЦП отрицательный. УЗИ и рентгенография суставов без патологических изменений. Данных за онкопроцесс не получено. Был поставлен диагноз палиндромного ревматизма и на период обострений назначено лечение нимесулидом по 100 мг 2 раза в сутки с хорошим эффектом. Частота и интенсивность артралгий постепенно уменьшилась, однако спустя 4 года присоединилась диарея без патологических примесей в кале, императивных и ложных позывов, тенезмов. У пациента резко уменьшился аппетит. За последние 3 месяца он похудел на 18 кг. Присоединились отёки голеней. Больной обратился к гастроэнтерологу.

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально;
- работает водителем большегрузного автомобиля;
- перенесённые заболевания: остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника с корешковым синдромом, люмбаго;
- наследственность: не отягощена;
- наличие вредных привычек отрицает;
- аллергологический анамнез без особенностей.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение тела активное. Телосложение нормостеническое. Рост 186 см, вес 60 кг, индекс массы тела - 17,34 кг/м², t тела - 38,8°С. Кожные покровы бледные, чистые; склеры нормальной окраски. Пальпируются подмышечные, шейные и паховые лимфоузлы размером не более 5 мм, подвижные, безболезненные, эластичной консистенции. Отёчность голеней. Суставы визуально не изменены. Активные и пассивные движения в них сохранены в достаточном объёме, умеренно болезненные. При сравнительной перкуссии лёгких ясный звук над всеми отделами. Голосовое дрожание не изменено. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются; бронхофония не изменена. Частота дыхания – 16 в минуту. 1 тон у верхушки ослаблен. ЧСС 84 в минуту, ритм правильный. АД 120/75 мм рт. ст. Передняя брюшная стенка пастозная. Живот вздут, симметричный, равномерно участвует в дыхании; при пальпации определяется локальная мышечная защита и болезненность в эпигастрии. Симптомы Щёткина-Блюмберга и Куленкампа отрицательные. Перкуторные размеры печени и селезёнки не изменены. Печень и селезёнка не пальпируются. Мочеиспускание не изменено. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Результаты лабораторно-инструментального обследования

[cols=" , ^ , ^"]

|====

| *Показатель* | *Результат* | *Норма*

| Гемоглобин, г/л | 113 | 120-150

| СОЭ, мм/час | 50 | 2-20

| Общий белок, г/л | 49,3 | 63-87

| Альбумин, г/л | 25,9 | 35-45
| Сывороточное железо, ммоль/л | 3,4 | 8,9-30,0
| Глюкоза, ммоль/л | 6,12 | 3,88-5,83
| С-реактивный белок, мг/л | 69,3 | ≤ 0,5
|====

{nbsp}

***ЭГДС*:** пищевод проходим. Слизистая гиперемирована в нижней трети. Кардия смыкается не полностью. В желудке умеренное количество слизи. Складки слизистой обычной высоты, хорошо расправляются воздухом. Складки утолщены. Перистальтика активная, прослеживается по всем стенкам. Слизистая очагово гиперемирована. Угол желудка не изменён. Привратник проходим. Луковица ДПК не деформирована. Её слизистая не воспалена, без дефектов. В желудке и двенадцатиперстной кишки множественные лимфангиэктазии.

***Заключение*:** недостаточность кардии, катаральный рефлюкс-эзофагит; очаговый гастрит, лимфангиэктазии желудка и двенадцатиперстной кишки.

***УЗИ органов брюшной полости*:** печень не увеличена; контуры ровные, чёткие. Эхогенность незначительно повышена. Эхоструктура однородна. Сосудистый рисунок не изменён. Печёночные вены не расширены (9 мм). Очаговые образования не выявлены. Воротная вена не расширена (10 мм). Жёлчный пузырь не увеличен, с перетяжкой в шейке и теле. Стенки не утолщены. Содержимое однородное. Поджелудочная железа не увеличена. Контуры чёткие, ровные. Эхоструктура однородна. Вирсунгов проток не расширен. Селезёнка не увеличена. Селезёночная вена 5 мм. Почки нормальных размеров. Положение обычное. Контуры чёткие, ровные. Чашечно-лоханочная система умеренно расширена. В правой почке конкремент до 0,9 см.

***Заключение*:** незначительно выраженные диффузные изменения печени; мочекаменная болезнь.

Наиболее вероятным клиническим диагнозом основного заболевания является

- рифаксимин
- амоксициллин
- ванкомицин
- ципрофлоксацин

Диагноз

Для подтверждения этого диагноза наилучшим инструментальным методом исследования является

- компьютерная томография грудной клетки
- колоноскопия
- компьютерная энтероколонография
- еюноскопия

Болезнь Уиппла чаще всего поражает

- молодых женщин
- мужчин среднего возраста
- молодых мужчин
- женщин среднего возраста

Наиболее частым признаком болезни Уиппла на ранней её стадии является

- тонкокишечная диарея
- полиартропатия
- эндокардит
- бронхит

Основным признаком болезни Уиппла на развёрнутой её стадии является

- субфебрильная лихорадка
- снижение интеллекта
- полиартропатия
- тонкокишечная диарея

Вторым по частоте признаком болезни Уиппла на начальной стадии является

- полиартропатия
- тонкокишечная диарея
- увеит
- лихорадка

Для лабораторного подтверждения диагноза болезни Уиппла требуется выполнить

- ПЦР на TW
- посев кала на микрофлору
- клинический анализ крови
- уреазный дыхательный тест

Дифференциальный диагноз на развёрнутой стадии болезни Уиппла в первую очередь следует проводить с

- болезнью Крона
- амилоидозом кишки
- палиндромным ревматизмом
- болезнью Вальдмана

Дифференциальный диагноз на начальной стадии болезни Уиппла в первую очередь следует проводить с

- болезнью Крона
- амилоидозом кишки
- палиндромным ревматизмом

- болезнью Вальдмана

Лицам с болезнью Уиппла на развёрнутой её стадии показана + _____ + диета

- монокомпонентная
- высококалорийная
- высокобелковая
- средиземноморская

Одним из наиболее эффективных препаратов для «стартового» лечения болезни Уиппла является

- амоксициллин
- цефтриаксон
- пefлоксацин
- рокситромицин

Одним из наиболее эффективных препаратов для противорецидивного лечения болезни Уиппла является

- амоксициллин
- цефтриаксон
- пefлоксацин
- рокситромицин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка В. 56 лет на осмотре у врача-гастроэнтеролога.

Жалобы

- * На постоянные ноющие боли в эпигастральной области, больше слева, приступообразно усиливающиеся, принимающие характер опоясывающих, после приема пищи (особенно жирной и острой), отмечается иррадиация болей в левую половину грудной клетки;
- * рвоту, не приносящую облегчения;
- * частый стул до 2-5 раз в день, кашицеобразный, с жирным блеском, зловонный, трудно смывается с унитаза;
- * похудание за 1,5 месяца на 7 кг;
- * не резко выраженную желтуху;
- * общую слабость.

Анамнез заболевания

У больной в течение длительного времени (более 10 лет) отмечались периодические

боли в области правого подреберья и ощущение горечи во рту, возникавшие после приема жирной пищи, к которым, через некоторое время, присоединились периодические боли в области левого подреберья. По данным УЗИ в желчном пузыре имелись множественные мелкие конкременты. От оперативного лечения желчнокаменной болезни больная отказывалась. Три года назад развился приступ острого холецистита и в районной больнице по витальным показаниям была произведена холецистэктомия. Послеоперационный период протекал без осложнений, но боли в эпигастральной области, больше слева, продолжали беспокоить, появился кашицеобразный стул до 2-5 раз в день с неприятным запахом. Больная стала отмечать потерю в весе. Ухудшение состояния в течение последнего месяца, когда боли в эпигастральной области стали постоянными, приступообразно усиливаясь после приема пищи, появилась рвота, не приносящая облегчения, небольшая желтушность кожных покровов. При обследовании в районной поликлинике было обращено внимание на повышение в сыворотке крови уровня амилазы до 148 Ед/л, прямого билирубина до 6,4 мкмоль/л и щелочной фосфатазы до 160 Ед/л. При этом, в общем анализе крови СОЭ 4 мм/ч. УЗИ выявило небольшое расширение общего желчного протока и неравномерное расширение главного панкреатического протока, паренхима поджелудочной железы была повышенной эхогенности. Для дальнейшего обследования и уточнения диагноза была направлена к гастроэнтерологу в ГКБ.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально;
- * замужем, имеет одного сына и дочь;
- * работала поваром, в настоящее время на пенсии. Питается не регулярно, диету не соблюдает;
- * не курит, злоупотребление алкоголем отрицает;
- * в анамнезе – детские инфекции, ОРВИ, желчнокаменная болезнь;
- * непереносимости лекарственных препаратов и пищевых продуктов не отмечено;
- * наследственность: у матери желчнокаменная болезнь, у отца ишемическая болезнь сердца.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение больной активное. Телосложение нормостеническое. Рост 168 см. Масса тела 75 кг. Индекс массы тела 26,59 кг/м². Отмечается небольшая желтушность кожных покровов, иктеричность склер. Подкожная клетчатка развита хорошо. Отеков нет. Лимфатические узлы не пальпируются. Общее развитие мышечной системы умеренное. Костная система без видимых изменений. Суставы не изменены, движения в полном объеме. Тип дыхания грудной. Ритм дыхания правильный. ЧДД 16 в 1 мин. При сравнительной перкуссии над всей поверхностью легких звук ясный. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Область сердца не изменена. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации тоны сердца нормальной звучности, шумы не выслушиваются. Пульс 76 уд. 1 мин., ритмичный. АД 115/60 мм.рт.ст. Живот обычной формы, симметричный, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, больше слева. Симптом

Щеткина-Блюмберга отрицательный. При глубокой пальпации определяются сигмовидная и слепая кишка, безболезненные, урчащие при надавливании. Печень и селезенка не увеличены. Поджелудочная железа не пальпируется. Выявляется положительный симптом Мейо-Робсона. Френикус-симптом положителен слева. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена.

У больной наиболее вероятным диагнозом является

- амоксициллин
- цефтриаксон
- пefлоксацин
- рокситромицин

Диагноз

Клиника хронического панкреатита у больной определяется синдромом

- Криглера-Найяра
- избыточного бактериального роста
- болевым
- внутрисекреторной панкреатической недостаточности

Ведущим в клинической картине заболевания у больной является синдром

- избыточного бактериального роста
- Жильбера
- внутрисекреторной панкреатической недостаточности
- внешнесекреторной панкреатической недостаточности

Наиболее вероятной причиной нарушения стула является

- гиперсекреция соляной кислоты
- нарушение поступления желчи в кишечник
- внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы
- повышенная функция щитовидной железы (гипертиреоз)

Основной причиной возникновения недостаточности внешнесекреторной функции поджелудочной железы является

- повреждение панкреатических островков (островков Лангерганса)
- недостаточная выработка пепсина
- повреждение ее паренхимы с развитием фиброза
- повышенная секреция соляной кислоты

Одним из лучших методов визуализации для подтверждения диагноза хронического панкреатита и выявления его осложнений является

- ЭРХПГ
- компьютерная томография
- ангиография
- ультразвуковое исследование

Наиболее информативным методом для оценки состояния главного панкреатического протока и его ветвей является

- КТ
- МРТ
- УЗИ
- ЭРХПГ

Для диагностики нарушения внешнесекреторной функции поджелудочной железы в клинических условиях показано определение

- липазы в сыворотке крови
- амилазы в моче
- панкреатической эластазы (ПЭ-1)
- растительной клетчатки в кале

Лечение внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы включает прежде всего назначение

- обезболивающих
- антибиотиков
- ферментных препаратов
- спазмолитиков

Выраженность болевого синдрома у больной требует назначения анальгетиков 2-го уровня, таких как

- парацетомол
- анальгин
- трамадол
- баралгин

При недостаточной эффективности медикаментозного лечения хронического обструктивного панкреатита в качестве терапии первой линии можно использовать

- продольную панкреатоеюностомию
- эндоскопическое стентирование
- маргинальную невротомию
- резекцию поджелудочной железы

Подтверждение наличия стеноза большого дуоденального сосочка, как причины выраженного болевого синдрома и желтухи у данной больной, предполагает проведение

- продольную панкреатоеюностомию
- эндоскопическое стентирование
- маргинальную невротомию
- резекцию поджелудочной железы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка К. 52 лет поступила в гастроэнтерологическое отделение.

Жалобы

- * На учащенный жидкий стул, до 4 раз в сутки, иногда в ночное время;
- * схваткообразные боли по ходу толстой кишки, усиливающиеся перед актом дефекации и уменьшающиеся после опорожнения кишечника

Анамнез заболевания

Заболела 3 года назад, когда без видимой причины отметила появление жидкого стула (до 4 раз в сутки, иногда в ночное время), схваткообразных болей по ходу толстой кишки. Проведенная колоноскопия органических изменений слизистой оболочки толстой и подвздошной кишки не выявила. Больной был поставлен диагноз синдрома раздраженного кишечника (вариант с преобладанием диареи). Принимала лоперамид, диоктаэдрический смектит, рифаксимин, висмута субсалицилат, различные пробиотики, но лишь с временным эффектом. Для дообследования и лечения направлена в гастроэнтерологическое отделение.

Анамнез жизни

- * Наследственность. Мать, 74 лет, страдает желчнокаменной болезнью. Отец умер в возрасте 67 лет от инфаркта миокарда;
- * вредные привычки. Не курит, алкоголь не употребляет;
- * перенесенные заболевания. В детском возрасте – редко простудные заболевания. Операций и травм не было;
- * профессиональные факторы. Профессиональных вредностей не отмечает, Работает литературным редактором.

Объективный статус

При объективном исследовании состояние больной относительно удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, температура тела при поступлении – 36,8⁰С. Телосложение нормостеническое (рост – 165 см, масса тела– 59 кг; ИМТ = 22,8). Кожные покровы бледно-розовой окраски, чистые. Умеренно влажные. Видимые слизистые нормальной окраски. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно, отеков нет. Лимфатические узлы не пальпируются. При исследовании

мышечной и костно-суставной систем изменений нет. Над легкими при перкуссии ясный легочный звук, при аускультации дыхание везикулярное, побочные дыхательные шумы (хрипы, крепитация, шум трения плевры) отсутствуют. Границы сердца не изменены. Тоны сердца нормальной звучности, ритмичные, шумов нет. Частота сердечных сокращений – 68 ударов в минуту. АД – 120 и 70 мм рт.ст. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. Язык чистый, влажный. Живот округлой формы, активно участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не затруднено.

При проведении диагностического поиска необходимо, в первую очередь, исключить

- псевдомембранозный колит
- синдром раздраженного кишечника, вариант с преобладанием диареи
- функциональную диарею
- хронические воспалительные заболевания кишечника

При лимфоцитарном колите число лимфоцитов на 100 эпителиальных клеток в слизистой оболочке толстой кишки составляет больше

- 15
- 10
- 24
- 5

При лимфоцитарном колите скопления лимфоцитов располагаются преимущественно в слизистой оболочке + _____ + кишки

- прямой и сигмовидной
- поперечной ободочной
- восходящего отдела ободочной кишки и купола слепой
- нисходящего отдела ободочной кишки и сигмовидной

Приведенной в задаче больной после подтверждения у нее диагноза лимфоцитарного колита следующим этапом лечения является назначение

- будесонида
- азатиоприна или 6-меркаптопурина
- препаратов 5-аминосалициловой кислоты
- антибактериальных средств

Лимфоцитарный колит чаще всего встречается в возрасте + ____ + лет

- 30-40
- 50-60
- 20-30
- 40-50

Коллагеновый колит встречается

- чаще у мужчин
- только у женщин
- чаще у женщин
- одинаково часто у мужчин и женщин

Отличительным признаком диареи при лимфоцитарном колите является

- отсутствие примеси крови в стуле
- наличие большого количества слизи
- наличие примеси крови
- наличие непереваренных фрагментов пищи

При коллагеновом колите утолщенный субэпителиальный коллагеновый слой может отсутствовать у многих больных в биоптатах + _____ + кишки

- сигмовидной
- нисходящего отдела ободочной
- слепой кишки и нисходящем отделе ободочной
- прямой

Для коллагенового колита характерно утолщение коллагеновой базальной мембраны субэпителиального слоя > + _____ + мкм

- 10
- 6
- 4
- 2

Коллагеновый колит нередко сочетается с

- аутоиммунным гепатитом
- эозинофильным эзофагитом
- аутоиммунным гастритом
- аутоиммунным тиреоидитом

Поражения суставов отмечаются у + _____ + % больных коллагеновым колитом

- 25
- 10
- 20
- 15

Острое начало заболевания может отмечаться у + _____ + % больных коллагеновым колитом

- 25
- 10
- 20
- 15

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка А. 21 года осматривается врачом-гастроэнтерологом.

Жалобы

- * На тошноту и рвоту съеденной пищей, возникающие через 1-1,5 часа после еды;
- * чувство тяжести и переполнения в подложечной области после еды;
- * похудание на 6 кг за последний год;
- * снижение аппетита, общую слабость.

Анамнез заболевания

Начиная с подросткового возраста, больная стала периодически отмечать тяжесть и чувство переполнения в подложечной области после еды, которые проходили самостоятельно, в течение последнего года после стрессовой ситуации (сложные отношения в семье) к вышеуказанным жалобами присоединились тошнота и рвота съеденной пищей. При проведенной эзофагогастродуоденоскопии был выявлен антральный поверхностный гастрит, ассоциированный с инфекцией *H. pylori*. Проведен успешный курс эрадикационной терапии, однако самочувствие больной осталось без изменений. Поступила в гастроэнтерологическое отделение стационара для уточнения диагноза.

Анамнез жизни

- * Наследственность. Мать, 48 лет, страдает астено-невротическим синдромом. Отец, 50 лет, здоров;
- * вредные привычки. Не курит, алкоголь не употребляет;
- * перенесенные заболевания. Редкие простудные заболевания. В 13-летнем возрасте диагностирован пролапс митрального клапана;
- * профессиональные факторы. Студентка медицинского института. Профессиональных вредностей нет.

Объективный статус

При объективном исследовании состояние больной удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, температура тела при поступлении – 36,6⁰С. Телосложение астеническое (рост – 163 см, масса тела – 49 кг; ИМТ = 18,0). Кожные покровы бледные, чистые, сухие на ощупь. Тургор тканей снижен. Видимые слизистые бледные. Подкожная жировая клетчатка развита слабо, отеков нет. Лимфатические узлы не пальпируются. При исследовании мышечной и костно-суставной систем изменений нет. Над легкими перкуторно ясный легочный звук, при аускультации дыхание везикулярное, побочные дыхательные шумы (хрипы, крепитация, шум трения плевры) не

выслушиваются. Границы сердца не изменены, на верхушке сердца определяется мезосистолический щелчок, там же выслушивается слабый систолический шум. Частота сердечных сокращений – 80 ударов в минуту. АД – 100 и 60 мм рт.ст. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот несколько втянут, активно участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Нижняя граница желудка – на 2 см ниже пупка, в подложечной области обнаруживается поздний «шум плеска» (прием пищи был 2 часа назад). Печень не выступает из под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется, перкуторно ее длинник и поперечник – в пределах нормы. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не затруднено,

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами исследования являются

- 25
- 10
- 20
- 15

Результаты инструментальных методов обследования

По данным сцинтиграфии можно говорить о наличии у больной гастропареза +___+ степени

- II
- III
- I
- IV

Идиопатический гастропарез у молодых женщин часто сочетается с такими психопатологическими нарушениями, как

- повышенная тревога
- депрессия
- истероидные реакции
- апатия

К препаратам первой очереди для лечения гастропареза относят

- ингибиторы протонной помпы
- сульпирид
- прокинетики
- трициклические антидепрессанты

Основными побочными явлениями со стороны нервной системы при приеме метоклопрамида служат

- нарушения зрения
- бессонница
- экстрапирамидные расстройства
- парестезии

Наиболее частым побочным гормональным эффектом метоклопрамида служит

- снижение уровня инсулина в крови
- повышение уровня альдостерона в крови
- повышение уровня пролактина в крови
- повышение уровня катехоламинов в крови

Побочное действие домперидона на сердечно-сосудистую систему заключается в

- возможности удлинения интервала Q-T
- возникновении тахикардии
- возникновении экстрасистол
- развитию брадикардии

Максимальная продолжительность непрерывного применения домперидона не должна превышать

- 14 дней
- 1 месяца
- 2 месяцев
- 7 дней

При лечении идиопатического гастропареза применение пруклоприда

- возможно в рамках показаний «off-label»
- противопоказано
- не показано
- показано

Из препаратов, относящихся к классу антибиотиков, прокинетический эффект присущ

- амикацину
- эритромицину
- амоксициллину
- левофлоксацину

Для стимуляции опорожнения желудка эритромицин может применяться при лечении

- идиопатического гастропареза
- острого пареза желудка
- функциональной диспепсии
- диабетического гастропареза

Механизм действия итотрида гидрохлорида связан с

- идиопатического гастропареза
- острого пареза желудка
- функциональной диспепсии
- диабетического гастропареза

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент С. 62 лет на осмотре у врача-гастроэнтеролога.

Жалобы

- На непостоянные, умеренной интенсивности боли в эпигастральной области, больше слева, возникающие через 20 мин после приема жирной и острой пищи, с иррадиацией в спину и левую лопатку, временами принимающих характер опоясывающих;
- периодически появляющуюся желтушность кожных покровов;
- сухость во рту;
- повышенную жажду;
- полиурию
- общую слабость;
- повышенную утомляемость;
- снижение памяти;
- сонливость.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение последних двух лет, когда впервые появились непостоянные, умеренной интенсивности боли в эпигастральной области, возникающие после приема жирной и острой пищи, прекращающиеся самостоятельно через 30-40 минут. К врачам по поводу этих болей не обращался, обследование не проводилось. Диету не соблюдал, но старался ограничить прием жирной пищи. Около года назад больной отмечает появление сухости во рту, повышенной жажды и полиурии, которые он связывал с повышенной сухостью в квартире. Месяц назад появилась желтушность кожных покровов, которая исчезла самостоятельно через 5 дней. Желтуха появилась вновь 10 дней назад. В районной поликлинике, куда обратился больной, диагноз острого гепатита был отвергнут. Обращено внимание на наличие антинуклеарных антител, гипергаммаглобулинемию в сыворотке крови и диффузное увеличение поджелудочной железы (в большей степени головки) при УЗИ. Для дальнейшего обследования и уточнения диагноза направлен ГКБ.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально;
- * женат, имеет одного сына;
- * работал инженером в НИИ, в настоящее время на пенсии. Питается не регулярно, диету

не соблюдает;

* курит по 1 пачке сигарет в день в течение 32 лет, злоупотребление алкоголем отрицает;

* в анамнезе – детские инфекции, ОРВИ. Три года назад был диагностирован аутоиммунный тиреоидит;

* непереносимости лекарственных препаратов и пищевых продуктов не отмечено

* наследственность: мать умерла в возрасте 75 лет, страдала мочекаменной болезнью, отец умер в возрасте 69 лет, страдал ишемической болезнью сердца.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение больного активное. Телосложение астеническое. Рост 180 см. Масса тела 71 кг. Индекс массы тела 21,91 кг/м². Кожные покровы желтушные, выраженная желтушность склер. Подкожная клетчатка развита слабо. Отеков нет. Лимфатические узлы не пальпируются. Общее развитие мышечной системы удовлетворительное. Костная система без видимых изменений. Суставы не изменены, движения в полном объеме. Тип дыхания брюшной. Ритм дыхания правильный. ЧДД 16 в 1 мин. При сравнительной перкуссии над всей поверхностью легких звук ясный. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Область сердца не изменена. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации тоны сердца нормальной звучности, шумы не выслушиваются. Пульс 56 уд. 1 мин., ритмичный. АД 145/85 мм.рт.ст. Живот обычной формы, симметричный, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастриальной области, больше слева. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. При глубокой пальпации определяются все отделы толстой кишки, подвижные, безболезненные. Печень и селезенка не увеличены. Поджелудочная железа не пальпируется. Положительный френникус-симптом слева. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Пальпируется увеличенная щитовидная железа.

У больного наиболее вероятным диагнозом является

- идиопатического гастропареза
- острого пареза желудка
- функциональной диспепсии
- диабетического гастропареза

Диагноз

Основным в клинической картине заболевания у больного является синдром

- болевой
- Жильбера
- избыточного бактериального роста
- внешнесекреторной панкреатической недостаточности

На основании характерных жалоб можно предположить наличие у больного синдрома

- недостаточности кишечного всасывания

- эндокринной недостаточности
- Криглера-Найяра
- внешнесекреторной недостаточности

Важным независимым фактором риска развития хронического панкреатита у данного больного является

- голодание
- нерегулярное питание
- курение
- прием лекарств

Причиной развития желтухи у больного с хроническим аутоиммунным панкреатитом является

- увеличение головки поджелудочной железы
- нарушение функции печени
- повышенное разрушение эритроцитов
- нарушение функции желчного пузыря

Для подтверждения диагноза аутоиммунной природы хронического панкреатита необходимо провести исследование в сыворотке крови

- ингибитора трипсина
- IgG4
- аминотрансфераз
- щелочной фосфатазы

Свидетельством аутоиммунной природы хронического панкреатита является наличие в сыворотке крови аутоантител к

- лактоферрину
- рибонуклеопротеинам
- митохондриям
- тиреоглобулину

Диагностическими критериями аутоиммунного панкреатита являются данные полученные при проведении

- ангиографии
- лапароскопии
- гастродуоденоскопии
- ЭРХПГ

Наиболее информативным методом визуализации для подтверждения диагноза хронического панкреатита и выявления его осложнений является

- ангиография
- ЭРХПГ
- компьютерная томография
- ультразвуковое исследование

Для диагностики эндокринной недостаточности поджелудочной железы целесообразно использовать определение

- гликозилированного гемоглобина HbA1c
- гликогена в сыворотке крови
- амилазы в сыворотке крови и моче
- крахмала в кале

Основными препаратами в комплексном лечении хронического аутоиммунного панкреатита являются

- глюкокортикостероиды
- ингибиторы протонной помпы (ИПП)
- спазмолитики
- анальгетики

Лечение панкреатогенного сахарного диабета (тип IIIc), в большинстве случаев, должно проводиться

- глюкокортикостероиды
- ингибиторы протонной помпы (ИПП)
- спазмолитики
- анальгетики

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Т. 30 лет обратился на прием к гастроэнтерологу.

Жалобы

- изжогу после приема пищи
- отрыжку воздухом
- слабость

Анамнез заболевания

Считает себя больным около года, когда появились жалобы на изжогу и отрыжку воздухом, данные симптомы появляются после приема пищи, усиливаются в горизонтальном положении. В течение последнего месяца появилась общая слабость. По этому поводу обратился к врачу-гастроэнтерологу.

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- Работает менеджером.
- Наследственность: отец умер в 52 года от ОНМК, мать жива, 50 лет – здорова.
- Вредные привычки отрицает.
- Аллергологический анамнез неотягощен.
- Травмы и операции отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Гиперстенического телосложения, рост 175 см, вес 90 кг, индекс массы тела – $29,4 \text{ кг/м}^2$, t тела - $36,7^\circ\text{C}$. Кожные покровы бледного цвета, умеренной влажности, чистые. Отеков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. ЧДД 17 в минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС=Пульс=80 в минуту. АД 115/70 мм рт. ст. Appetit снижен. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот округлой формы, при пальпации мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Доступные пальпации отделы толстой кишки не изменены. Печень по данным перкуссии и пальпации не выступает из-под края реберной дуги, край заостренный, эластичный, безболезненный. Размер печени по Курлову $9*8*7$ см. Селезенка $8*6$ см. Мочеиспускание не изменено. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Стул оформленный, регулярный, без патологических примесей.

Для установления более полного диагноза необходимо исследовать

- глюкокортикостероиды
- ингибиторы протонной помпы (ИПП)
- спазмолитики
- анальгетики

Результаты обследования

Инструментальным методом, необходимым для постановки корректного диагноза, является

- глюкокортикостероиды
- ингибиторы протонной помпы (ИПП)
- спазмолитики
- анальгетики

Результаты инструментального метода обследования

Данному пациенту на основании жалоб и результатов дополнительных исследований можно поставить диагноз: Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: эрозивный рефлюкс эзофагит, степень

- глюкокортикостероиды

- ингибиторы протонной помпы (ИПП)
- спазмолитики
- анальгетики

Диагноз

Одной из основных рекомендаций по изменению образа жизни для пациентов с данной патологией является рекомендация принимать пищу + _____ + раз/раза в день

- 5-6
- 7-8
- 1-2
- 3-4

Наиболее эффективными и безопасными препаратами для лечения данного заболевания являются

- адсорбенты
- ингибиторы протонной помпы
- спазмолитики
- ферменты

Сопутствующим заболеванием у пациента является

- железодефицитная анемия легкой степени тяжести
- железодефицитная анемия средней степени тяжести
- экзогенно-конституциональное ожирение I степени
- экзогенно-конституциональное ожирение II степени

Длительность основного приёма ингибитора протонной помпы составляет + _____ + недели/ недель

- 1-2
- 2-3
- 3-4
- 4-8

Длительность поддерживающей терапии ингибитором протонной помпы составляет + _____ + мес

- 1-2
- 6-12
- 3-4
- 4-5

Для лечения анемии у данного пациента необходимо применять

- препараты железа парентерально
- препараты железа перорально
- преднизолон
- витамин В 12

Антирефлюксное хирургическое лечение показано при

- однократном кровотечении из пищевода в анамнезе
- аспирационной пневмония в анамнезе
- развитии пищевода Баррета с дисплазией эпителия высокой степени
- 3-ей стадии рефлюкс-эзофагита по классификации Савари-Миллера

Для С-стадии эзофагита, согласно Лос-Анджелесской классификации, характерные изменения включают один (или более) участок поврежденной слизистой оболочки

- который распространяется на слизистую оболочку между двумя (или более) складками, но захватывают менее 75% окружности пищевода
- размером более 5 мм, который не захватывает слизистой оболочки между складками (расположен на вершине складки)
- размером до 5 мм, который не захватывает слизистую оболочку между складками (расположен на вершине складки)
- который захватывает более 75% окружности пищевода

Диспансерное наблюдение пациентов с эрозивным эзофагитом должно продолжаться в течение + _____ + года/лет с момента последнего обострения

- который распространяется на слизистую оболочку между двумя (или более) складками, но захватывают менее 75% окружности пищевода
- размером более 5 мм, который не захватывает слизистой оболочки между складками (расположен на вершине складки)
- размером до 5 мм, который не захватывает слизистую оболочку между складками (расположен на вершине складки)
- который захватывает более 75% окружности пищевода

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка П. 60 лет обратилась к врачу-гастроэнтерологу в районную поликлинику.

Жалобы

- на тяжесть в правом подреберье без четкой связи с приемом пищи
- общую слабость, быструю утомляемость
- тошноту после приема жирной пищи
- отрыжку воздухом
- вздутие живота

Анамнез заболевания

В последние годы отмечает избыточный вес. По данным УЗИ органов брюшной полости год назад выявлены признаки стеатоза печени, диффузные изменения поджелудочной железы. В течение последнего года отмечает тяжесть в правом подреберье, тошноту. При обследовании по данным биохимического анализа крови выявлено повышение активности АЛТ и АСТ и уровня триглицеридов и холестерина в сыворотке крови. Маркеры инфекции вирусами гепатита В и С отрицательные. Ухудшение самочувствия (появление описанных жалоб) отмечает в течение последнего месяца.

Анамнез жизни

- Росла и развивалась соответственно возрасту
- Замужем, имеет троих детей
- Работает врачом-рефлексотерапевтом
- В анамнезе - хронический цистит
- Наследственность: у отца - рак печени, у матери - ИБС, инфаркт миокарда
- Не курит, алкоголь не употребляет
- Аллергологический анамнез: непереносимость меда и рыбы (отек слизистой полости рта)

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное. Рост 152 см, вес 77 кг, индекс массы тела - 33,5 кг/м², t тела - 36,4°C. Кожные покровы розовые, сухие. Подкожный жировой слой развит избыточно. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Отеков нет. При аускультации в легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 70 в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Живот увеличен за счет избыточного развития подкожной жировой клетчатки; при пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень по данным перкуссии - на 2 см ниже реберной дуги по правой срединно-ключичной линии. Край печени закруглен, мягкий, умеренно болезненный. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не изменено. Стул 1 раз в день, без патологических примесей.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относится

- который распространяется на слизистую оболочку между двумя (или более) складками, но захватывают менее 75% окружности пищевода
- размером более 5 мм, который не захватывает слизистой оболочки между складками (расположен на вершине складки)
- размером до 5 мм, который не захватывает слизистую оболочку между складками (расположен на вершине складки)
- который захватывает более 75% окружности пищевода

Результаты лабораторного метода обследования

Наиболее вероятным инструментальным методом диагностики заболеваний печени является

- который распространяется на слизистую оболочку между двумя (или более) складками, но захватывают менее 75% окружности пищевода
- размером более 5 мм, который не захватывает слизистой оболочки между складками (расположен на вершине складки)
- размером до 5 мм, который не захватывает слизистую оболочку между складками (расположен на вершине складки)
- который захватывает более 75% окружности пищевода

Результаты инструментального метода обследования

По данным физикального, лабораторного и инструментального исследований наиболее вероятный предварительный диагноз

- который распространяется на слизистую оболочку между двумя (или более) складками, но захватывают менее 75% окружности пищевода
- размером более 5 мм, который не захватывает слизистой оболочки между складками (расположен на вершине складки)
- размером до 5 мм, который не захватывает слизистую оболочку между складками (расположен на вершине складки)
- который захватывает более 75% окружности пищевода

Диагноз

Помимо стеатоза печени и неалкогольного стеатогепатита, к основным клинико-морфологическим формам неалкогольной жировой болезни печени относится

- цирроз печени
- аутоиммунный холангит
- цитолитический синдром
- метаболический синдром

В круг дифференциального диагноза неалкогольной болезни печени включают

- ишемическую болезнь сердца
- сахарный диабет 1-го типа
- алкогольную болезнь печени
- гипертоническую болезнь

Одним из методов лечения неалкогольной жировой болезни печени является стиль питания, подразумевающий

- ограничение употребления белков животного происхождения до 60 г в день, поваренной соли; обеспечение калорийности рациона преимущественно за счет жиров и углеводов

- обилие фруктов (с учетом калорийности), овощей, рыбы, включение продуктов, богатых моно- и ω -3-полиненасыщенными жирными кислотами, растительной клетчаткой
- преимущественное употребление круп (кроме пшеничной, манной, перловой), «красного» мяса, повышенное содержание белка и солей кальция
- преимущественное употребление молочных продуктов, нежирных сортов мяса, круп, минеральной воды; употребление фруктов и овощей без ограничения

Для коррекции гипертриглицеридемии при неалкогольном стеатогепатите применяются

- ω -3, 6, 9-полиненасыщенные жирные кислоты
- спазмолитики
- нестероидные противовоспалительные средства
- интерферон-альфа

При неалкогольной жировой болезни печени цитопротективный, антиоксидантный и антифибротический эффекты оказывает

- симвастатин
- урсодезоксихолевая кислота
- ретинола ацетат
- тиамин

При неэффективности консервативных методов лечения морбидного ожирения хирургическое лечение показано лицам в возрасте 18-60 лет с индексом массы тела + _____ + кг/м² (независимо от наличия сопутствующих заболеваний)

- ≥ 40
- ≤ 28
- ≥ 30
- ≥ 25

В основе патогенеза неалкогольной жировой болезни печени лежит накопление избыточного количества + _____ + в гепатоцитах

- ШИК-позитивных гранул
- железа
- меди
- триглицеридов и эфиров холестерина

«Золотым стандартом» оценки выраженности стеатоза и воспаления при неалкогольной жировой болезни печени является

- ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- компьютерная томография брюшной полости с внутривенным контрастированием
- морфологическое исследование печени

- транзиентная эластометрия печени

Определить стадию фиброза печени помогает метод

- ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- компьютерная томография брюшной полости с внутривенным контрастированием
- морфологическое исследование печени
- транзиентная эластометрия печени

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 23 лет на приеме у гастроэнтеролога.

Жалобы

- на периодически возникающую дисфагию, преимущественно при приеме твердой и объемной пищи;
- на ощущение «застревания» пищи в пищеводе;
- на необходимость тщательно и долго пережевывать пищу и запивать её большим количеством воды.

Анамнез заболевания

С раннего детства периодически во время еды давился съеденной пищей. Для облегчения подобных состояний приходилось пищу обязательно запивать водой. Но, иногда это не помогало, и возникала рвота проглоченной только что пищей. Подобные эпизоды бывали редко. Постепенно к ним приспособился: стал кушать очень медленно, тщательно пережеывая пищу и запивая ее водой. К врачам по этому поводу не обращался. Однако, за последние 3 месяца, дважды во время приема пищи возникали эпизоды «застревания» пищевого комка за грудиной, когда приём жидкости не помогал: первый раз больному удалось вызвать рвоту, а второй раз пищевой комок самостоятельно провалился в желудок после того, как пациент несколько раз подпрыгнул вверх и вниз. Эти эпизоды послужили причиной обращения к врачу.

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально, от сверстников не отставал.
- Окончил 11 классов. В настоящее время студент технического вуза, регулярно занимается велоспортом.
- В анамнезе – аллергический конъюнктивит, непереносимость рыбы и морепродуктов.
- Наследственность: у отца бронхиальная астма.
- Вредных привычек нет.
- Питание недостаточно регулярное, аппетит не нарушен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Положение активное. Нормостеническое телосложение. Рост 178 см, вес 68 кг, индекс массы тела – 21. Кожные покровы чистые, физиологической

окраски. Слизистые оболочки ротовой полости бледно-розовой окраски, чистые. Зубы санированы. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Над лёгкими дыхание везикулярное, побочные дыхательные шумы не выслушиваются, ЧД -16 в мин. Ритм сердечных сокращений правильный, тоны не изменены, шумы не выслушиваются, ЧСС = 68 в мин., АД 120 и 65 мм рт.ст. Язык влажный, чистый, сосочки языка сохранены. Живот симметричный, в размерах не увеличен, участвует в акте дыхания, при пальпации безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень у края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Мочеиспускание не изменено. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Для детальной визуализации патологии пищевода у больного с пищеводной дисфагией необходимо провести

- ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- компьютерная томография брюшной полости с внутривенным контрастированием
- морфологическое исследование печени
- транзиентная эластометрия печени

Результаты исследований

Дополнительными лабораторными методами, помогающими в постановке диагноза, являются

- ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- компьютерная томография брюшной полости с внутривенным контрастированием
- морфологическое исследование печени
- транзиентная эластометрия печени

Результаты лабораторных методов обследования

Пациенту на основании жалоб, данных анамнеза, результатов дополнительных инструментальных и лабораторных исследований можно поставить диагноз

- ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- компьютерная томография брюшной полости с внутривенным контрастированием
- морфологическое исследование печени
- транзиентная эластометрия печени

Диагноз

В патогенезе данного эзофагита важная роль отводится воздействию

- щелочного рефлюкса
- «острой» пищи
- пищевых и воздушных антигенов
- рвотных масс

Одним из факторов риска развития данного эзофагита является наличие

- грибковой инфекции
- вирусной инфекции
- атопических заболеваний
- бактериальной инфекции

Чаще всего этот эзофагит выявляют у

- пожилых мужчин
- молодых мужчин
- пожилых женщин
- молодых женщин

Ведущим симптомом в клинической картине данного эзофагита является

- отрыжка
- дисфагия
- рвота
- изжога

Эозинофилия в проксимальных отделах слизистой оболочки пищевода и субэпителиальный фиброз характерны для

- пищевода Баррета
- рефлюкс-эзофагита
- диафрагмальной грыжи
- эозинофильного эзофагита

Самым частым осложнением данного эзофагита является

- вклинение пищи в пищевод
- стриктура пищевода
- перфорация пищевода
- озлокачествление процесса

Комплексная терапия данного эзофагита обязательно включает приём

- блокаторов H²-рецепторов
- антибактериальных препаратов
- антацидных препаратов
- ингибиторов протонной помпы

Для достижения гистологической ремиссии и длительной поддерживающей терапии показано назначение

- антигистаминных препаратов

- системных глюкокортикостероидов
- препаратов висмута
- топических глюкокортикостероидов

Высокая эффективность элиминационной диетотерапии основана на

- антигистаминных препаратов
- системных глюкокортикостероидов
- препаратов висмута
- топических глюкокортикостероидов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент И. 20 лет, студент, обратился к врачу-гастроэнтерологу.

Жалобы

На ноющую боль в правой половине эпигастральной области, возникающую натощак, иногда ночью, отрыжку воздухом. Боль никуда не иррадирует, купируется приемом пищи или антацидных препаратов

Анамнез заболевания

Полгода назад, в сентябре, впервые отметил появление «голодной» боли в эпигастриальной области, самостоятельно стал принимать антацидный препарат с положительным эффектом (стихание боли). В течение последней недели отмечает ухудшение самочувствия, вновь стала беспокоить боль в эпигастральной области натощак и в ночное время.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался соответственно возрасту;
- * студент 3 курса;
- * пищу принимает нерегулярно, часто употребляет пищу со специями;
- * курит в течение 2-х лет по 20 сигарет в день;
- * алкоголь не употребляет;
- * мать пациента 45 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки; отец 47 лет практически здоров.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. На вопросы отвечает правильно; ориентирован во времени, пространстве и собственной личности. Положение активное. Рост 183 см, вес 60 кг, индекс массы тела – $17,9 \text{ кг/м}^2$, t тела - $36,7^\circ\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые розовые, чистые, умеренно влажные, достаточно эластичные. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумы не выслушиваются. ЧСС=PS= 65 уд. в мин., АД – 120/70 мм рт ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при

пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Печень не выступает из-под края реберной дуги, Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания – отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание без особенностей.

Необходимым для постановки правильного диагноза лабораторным методом обследования является

- антигистаминных препаратов
- системных глюкокортикостероидов
- препаратов висмута
- топических глюкокортикостероидов

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- антигистаминных препаратов
- системных глюкокортикостероидов
- препаратов висмута
- топических глюкокортикостероидов

Результаты инструментального метода обследования

Данному пациенту правомочно поставить диагноз

- антигистаминных препаратов
- системных глюкокортикостероидов
- препаратов висмута
- топических глюкокортикостероидов

Диагноз

Фоновым заболеванием для развития язвенной болезни у данного пациента послужил

- хронический панкреатит
- хронический гастрит, ассоциированный с инфекцией *H. pylori*
- гастропатия, ассоциированная с приемом НПВС
- аутоиммунный гастрит

Данное заболевание может осложняться развитием

- острой почечной недостаточности
- острой печеночной недостаточности
- кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода
- язвенного кровотечения

Данному пациенту наиболее рационально назначить лечение

- ингибитором протонной помпы, кларитромицином, амоксициллином
- эритромицином, амоксициллином/клавуланатом
- ингибитором протонной помпы, метронидазолом, левофлоксацином
- фамотидином и сукральфатом

Оптимальная продолжительность тройной эрадикационной антигеликобактерной терапии составляет + _____ + дней

- 14
- 28
- 20
- 7

В четырехкомпонентную схему эрадикационной терапии входит препарат

- клиндамицин
- парацетамол
- висмута трикалия дицитрат
- цефтриаксон

Основным этиологическим фактором развития язвенной болезни 12-перстной кишки выступает

- прием НПВС
- дуоденогастральный рефлюкс
- инфекция *H.pylori*
- атеросклеротическое поражение чревного ствола

Наиболее агрессивное действие на слизистую оболочку желудка оказывают

- НПВС
- препараты висмута
- статины
- антибиотики

Боль при язвенной болезни с локализацией язвенного дефекта в теле желудка в типичных случаях возникает

- через 30-60 минут после еды
- при физической нагрузке и купируется в покое
- натощак и купируется после приема пищи
- сразу после еды

Пациентов с язвенной болезнью можно направлять на санаторно-курортное лечение через + _____ + недель после стихания обострения

- через 30-60 минут после еды
- при физической нагрузке и купируется в покое
- натощак и купируется после приема пищи
- сразу после еды

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка С. 45 лет обратилась к врачу-гастроэнтерологу.

Жалобы

На боль в левом подреберье с иррадиацией в левую половину поясничной области (по типу полупояса), усиливающуюся после приема пищи, общую слабость, неоформленный стул серого цвета с капельками жира.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 2 лет, когда стала отмечать появление периодически боли в эпигастральной области и в левом подреберье после приема алкоголя или жирной пищи. За последние 6 месяцев отмечает снижение массы тела на 10 кг. Настоящее ухудшение состояния в течение последних трех дней, после нарушения рекомендаций по диете: употребляла жирную и копченую пищу, а также 200 мл водки.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась соответственно возрасту;
- * работает уборщицей, питается нерегулярно;
- * наследственность: отец, 65 лет – страдает язвенной болезнью желудка; мать, 63 лет – страдает гипертонической болезнью;
- * курит по 10 сигарет в день, употребляет крепкие напитки в токсических дозах 2-3 раза в неделю в течение 6 лет;
- * применение психоактивных веществ отрицает;
- * лекарственные средства не принимает;
- * перенесенные заболевания: детские инфекции. Год назад был зарегистрирован пароксизм фибрилляции предсердий, который купировался после внутривенной инфузии кордарона.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. На вопросы отвечает правильно; ориентирована во времени, пространстве и собственной личности. Положение активное. Астенического телосложения, рост 170 см, вес 49 кг, индекс массы тела – $17,0 \text{ кг/м}^2$, t тела - $36,7^\circ\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые розовые, чистые, умеренно влажные. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Отеков нет. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС=PS= 78 уд. в мин., АД – 140/80 мм рт ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Симптом Щеткина-Блюмберга – отрицательный. Печень не выступает из-под края

реберной дуги, Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания – отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание без особенностей. Стул неоформленный, несколько раз в сутки.

Необходимым для постановки правильного диагноза лабораторным методом обследования является

- через 30-60 минут после еды
- при физической нагрузке и купируется в покое
- натощак и купируется после приема пищи
- сразу после еды

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- через 30-60 минут после еды
- при физической нагрузке и купируется в покое
- натощак и купируется после приема пищи
- сразу после еды

Результаты инструментального метода обследования

Данной пациентке на основании физикального и дополнительного обследования можно поставить диагноз

- через 30-60 минут после еды
- при физической нагрузке и купируется в покое
- натощак и купируется после приема пищи
- сразу после еды

Диагноз

К возможным осложнениям основного заболевания относится

- кровотечение
- формирование псевдокист
- желчная колика
- холедохолитиаз

Наиболее вероятной этиологией заболевания у пациентки является

- аутоиммунная
- алкогольная
- инфекционная
- лекарственная

В подобных случаях следует рекомендовать

- прекращение приема алкоголя и отказ от курения
- продолжительный прием эссенциальных фосфолипидов
- полное исключения жиров из рациона
- строгое соблюдение бессолевой диеты

Наиболее рациональной комбинацией лекарственных препаратов для данной пациентки является сочетание

- глюкокортикостероидов и ингибиторов протонной помпы
- препаратов панкреатических ферментов и ингибиторов протонной помпы
- спазмолитиков и желчегонных препаратов
- антибиотиков и желчегонных препаратов

Повышение уровня глюкозы в сыворотке крови при данном заболевании является признаком

- сахарного диабета 2 типа
- эндокринной недостаточности поджелудочной железы
- сахарного диабета 1 типа
- экзокринной недостаточности поджелудочной железы

У данной пациентки имеются признаки синдрома

- портальной гипертензии
- печеночной недостаточности
- экзокринной панкреатической недостаточности
- холестаза

Показанием к плановому хирургическому вмешательству при хроническом панкреатите является

- срыгивание кислым
- экзокринная недостаточность
- отсутствие аппетита
- непроходимость 12-перстной кишки

Пациентам с хроническим панкреатитом с экзокринной недостаточностью поджелудочной железы целесообразно принимать пищу небольшими порциями, с частотой + _____ + раз в день

- 3
- 2
- 10
- 6

Гиперамилаземия и гиперамилазурия внепанкреатического происхождения могут наблюдаться при

- 3
- 2
- 10
- 6

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент М. 43 лет на осмотре у врача-гастроэнтеролога.

Жалобы

- на увеличение живота в объеме;
- желтушное окрашивание кожи и склер;
- общую слабость;
- изжогу.

Анамнез заболевания

Длительно употреблял алкоголь в гепатотоксичных дозах. Периодически отмечал появление желтухи и увеличение размеров живота. К врачам не обращался, временно прекращал употребление алкоголя, что сопровождалось регрессией желтухи и уменьшением объема живота. В последние месяцы абстиненция не сопровождается регрессией симптомов, в связи с чем обратился к врачу.

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- Работает водителем.
- В анамнезе – хронический гастрит.
- Наследственность: отец умер в 61 год от инфаркта миокарда, у матери гипертоническая болезнь, сын 14 лет практически здоров.
- Курит по пачке сигарет в день на протяжении 30 лет, употребляет около 100 мл водки ежедневно на протяжении 25 лет.
- Прием наркотических препаратов отрицает.
- Лекарственные средства не принимает.
- Питание регулярное, аппетит снижен.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. На вопросы отвечает с задержкой, ориентирован во времени, пространстве и собственной личности. Положение активное. Гиперстенического телосложения, рост 178 см, вес 98 кг, t тела - 36,7°C. Кожные покровы, склеры и слизистые желтушные. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Определяются отеки стоп. Суставы при осмотре не изменены. При сравнительной перкуссии лёгких – ясный лёгочный звук. При аускультации в легких везикулярное дыхание, хрипы не

выслушиваются. Частота дыхания – 22 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 90 в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме за счет наличия свободной жидкости, симметричный, при пальпации мягкий, безболезненный, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Доступные пальпации отделы толстой кишки не изменены. Печень по данным перкуссии и пальпации выступает из-под края реберной дуги на 4 см, край неровный, плотный, безболезненный. Селезенка 15x8 см. Симптом "поколачивания" отрицательный с обеих сторон. Стул и диурез в норме.

Для подтверждения того, что увеличение живота обусловлено асцитом, следует на первом этапе провести

- 3
- 2
- 10
- 6

Результаты обследования

Выявленное в печени образование, наиболее вероятно, представляет собой

- гемангиому
- гепатоцеллюлярный рак
- узел-регенерат
- простую кисту

Для уточнения природы образования оптимальным является проведение

- гемангиому
- гепатоцеллюлярный рак
- узел-регенерат
- простую кисту

Результаты обследования

В пользу первичного злокачественного поражения печени свидетельствует повышение концентрации в сыворотке крови

- гемангиому
- гепатоцеллюлярный рак
- узел-регенерат
- простую кисту

Результаты обследования

Полученный результат анализа крови на онкомаркер

- делает диагноз первичного злокачественного поражения печени высоковероятным

- исключает наличие первичного злокачественного поражения печени
- не информативен, так как такие значения могут наблюдаться при циррозе печени
- не информативен, так как такие значения могут наблюдаться при асците любой этиологии

По результатам обследования можно заключить, что у пациента имеется

- делает диагноз первичного злокачественного поражения печени высоковероятным
- исключает наличие первичного злокачественного поражения печени
- не информативен, так как такие значения могут наблюдаться при циррозе печени
- не информативен, так как такие значения могут наблюдаться при асците любой этиологии

Диагноз

Для лечения данного заболевания следует определить его стадию согласно

+ _____ + системе

- Парижской
- Брюссельской
- Барселонской
- Мюнхенской

Для стадирования по данной системе необходимо опираться на такой показатель как

- значение индекса Мейо (Meyo)
- значение по шкале MELD (Model for End-Stage Liver Disease)
- класс цирроза печени по Чайлд-Пью (Child-Pugh)
- количество баллов по шкале AUDIT

Согласно данной системе стадирования гепатоцеллюлярного рака выделяют + _____ + стадий заболевания

- 2
- 3
- 5
- 4

Учитывая наличие у пациента тяжелого декомпенсированного цирроза печени, опухоль соответствует стадии + _____ + по данной классификации

- A
- C
- B
- D

Данному пациенту показано проведение

- химиотерапии
- лучевой терапии
- симптоматической терапии
- трансплантации печени

Вследствие увеличения объема живота у пациента присоединилась

- химиотерапии
- лучевой терапии
- симптоматической терапии
- трансплантации печени

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Н. 19 лет на приёме у врача-гастроэнтеролога.

Жалобы

На снижение аппетита, тошноту, повышение температуры тела до 37,2°C, общую слабость, снижение работоспособности.

Анамнез заболевания

считает себя больной в течение 10 дней, когда отметила появление снижения аппетита, тошноты, общей слабости, снижения работоспособности. За медицинской помощью не обращалась, отметила изменение цвета мочи (цвет коричневый) и кала (посветление), нарастание общей слабости, отсутствие аппетита, соседка по комнате в студенческом общежитии обратила внимание на изменение цвета склер и кожи (желтушные). Сохранение жалоб послужило поводом обращения к врачу-гастроэнтерологу.

Анамнез жизни

- * хронические заболевания отрицает;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * студентка института;
- * не замужем;
- * питание регулярное, преимущественно рыба, овощи, фрукты;
- * аллергических реакций не было;
- * отец здоров, мать страдает гипертонической болезнью;
- * месяц назад вернулась из туристической поездки в Индию (на момент пребывания там эндемичная вспышка не зафиксирована).

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Ориентирована во времени, пространстве и собственной личности. Положение активное. Телосложение астеническое, рост 174 см, вес 62 кг. Температура тела - 37,0°C. Кожные покровы желтушные, чистые. Склеры иктеричны. Периферических отёков нет. Лимфатические узлы не пальпируются. Суставы

при осмотре не изменены. Костно-мышечная система – без видимой патологии. При сравнительной перкуссии лёгких – ясный лёгочный звук. При аускультации над лёгкими везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Частота дыхания – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 90 в минуту. АД 105/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в правом подреберье, симптомов раздражения брюшины нет. Нижний край печени +3 см по правой срединно-ключичной линии. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Физиологические отправления сохранены.

При подозрении на инфекционную природу желтухи, учитывая эпидемиологический анамнез данной пациентки, прежде всего, необходимо выполнить лабораторное исследование в сыворотке крови маркёров

- химиотерапии
- лучевой терапии
- симптоматической терапии
- трансплантации печени

Результаты лабораторного метода обследования

Эпидемиологическим критерием диагностики острой HEV- инфекции у пациентки Н. является

- наличие эндемичной вспышки (водного или пищевого характера)
- пребывание в очаге в период, соответствующий инкубационному периоду
- контакт с родственником с диагностированной острой HEV- инфекцией
- употребление плохо прожаренного мяса

Какой предполагаемый диагноз у данной пациентки?

- наличие эндемичной вспышки (водного или пищевого характера)
- пребывание в очаге в период, соответствующий инкубационному периоду
- контакт с родственником с диагностированной острой HEV- инфекцией
- употребление плохо прожаренного мяса

Диагноз

Дифференциальный диагноз энтеральных гепатитов определяется

- длительностью заболевания
- выраженностью диспепсии
- уровнем трансаминаз
- их клинической формой

Учитывая степень тяжести состояния пациентки, результаты лабораторно-инструментального исследования, пациентке, прежде всего, показана

- дезинтоксикационная терапия
- госпитализация в отделение терапии
- терапия преднизолоном
- этиотропная терапия

Дезинтоксикационная терапия, учитывая лёгкую форму течения острой HEV- инфекции у данной пациентки, будет проводиться в виде

- гормонотерапии в течение 2-3 суток
- трехкратного введения энтеросорбентов
- инфузии 800-1200 мл 5% раствора глюкозы внутривенно капельно
- перорального приёма жидкости в объеме 2-3 литров в сутки

Этиотропная терапия у пациентов с острой HEV – инфекцией применяется

- в случае средней или тяжелой степени тяжести заболевания
- по эпидемическим показаниям, в том числе и с легким течением болезни
- после трансплантации, у ВИЧ-инфицированных или онкологических больных
- всем пациентам с доказанной HEV-инфекцией

Антихолестатическая терапия препаратами желчных кислот в сочетании с адеметионином показана при острой HEV- инфекции

- в случае неэффективности экстракорпоральной детоксикации
- при среднетяжёлом течении заболевания
- всем пациентам
- в случае продолжительной гипербилирубинемии, симптомах холестаза

Диспансерное наблюдение за реконвалесцентами острого гепатита E проводится в течение

- 1 года
- 6 месяцев
- 1–3 месяцев
- 2 недель

Риск хронизации патологического процесса в исходе острого вирусного гепатита E увеличивается при наличии

- HAV-инфекции в анамнезе
- трансфузии эритроцитарной массы в анамнезе
- неалкогольной жировой болезни печени
- иммуносупрессии (у реципиентов донорских органов, ВИЧ-инфицированных, онкологических пациентов)

Стационарное лечение показано пациентам с подтверждённой HEV-инфекцией в случае

- появления паренхиматозной желтухи
- бессимптомного течения при случайном выявлении анти-HEV класса IgM в сыворотке крови
- средней или тяжелой степени тяжести
- лёгкого течения заболевания

Основным методом профилактики вирусного гепатита E в России является

- появления паренхиматозной желтухи
- бессимптомного течения при случайном выявлении анти-HEV класса IgM в сыворотке крови
- средней или тяжелой степени тяжести
- лёгкого течения заболевания

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент В., 44 лет, на приёме у врача-гастроэнтеролога.

Жалобы

На отсутствие аппетита, тошноту, эпизодически рвоту, повышение температуры тела до 37,8°C, общую слабость, снижение работоспособности, на изменение цвета мочи (цвет тёмно-коричневый) и кала (посветление).

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение недели, когда отметил появление выше указанных жалоб. За медицинской помощью не обращался, принимал жаропонижающие с минимальным эффектом. На 2 день болезни отметил изменение цвета мочи (цвет коричневый) и кала (посветление), нарастание общей слабости, жена обратила внимание на изменение цвета склер и кожи (желтушные). Сохранение жалоб послужило поводом обращения к врачу-гастроэнтерологу.

Анамнез жизни

- * хронические заболевания отрицает
- * курит 2-3 сигареты в день на протяжении 5 лет, алкоголем не злоупотребляет
- * женат, 2 детей, здоровы
- * держит животноводческое хозяйство в Калужской области около 10 лет (продолжает семейное дело)
- * питание регулярное, преимущественно мясо, молоко, фрукты, овощи; рыбу и морепродукты не любит
- * аллергических реакций не было
- * отец перенес транзиторную ишемическую атаку, мать страдает гипертонической болезнью

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Ориентирован во времени, пространстве и собственной личности. Положение активное. Телосложение гиперстеническое, рост 174 см, вес 102 кг. Температура тела - 38,0°C. Кожные покровы желтушные, чистые. Склеры иктеричны. Периферических отёков нет. Лимфатические узлы не пальпируются. Суставы при осмотре не изменены. Костно-мышечная система – без видимой патологии. При сравнительной перкуссии лёгких – ясный лёгочный звук. При аускультации над лёгкими везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Частота дыхания – 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 110 в минуту. АД 105/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье, пузырьные симптомы отрицательные, симптомов раздражения брюшины нет. Нижний край печени +4 см по правой срединно-ключичной линии. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Физиологические отправления сохранены.

При подозрении на инфекционную природу желтухи, учитывая профессиональный анамнез пациента В, прежде всего, необходимо выполнить лабораторное исследование в сыворотке крови маркёров

- появления паренхиматозной желтухи
- бессимптомного течения при случайном выявлении анти-HEV класса IgM в сыворотке крови
- средней или тяжелой степени тяжести
- лёгкого течения заболевания

Результаты лабораторного метода обследования

Гепатит Е – профессиональное заболевание

- появления паренхиматозной желтухи
- бессимптомного течения при случайном выявлении анти-HEV класса IgM в сыворотке крови
- средней или тяжелой степени тяжести
- лёгкого течения заболевания

Результаты обследования

Пациенту В. может быть установлен предполагаемый основной диагноз

- появления паренхиматозной желтухи
- бессимптомного течения при случайном выявлении анти-HEV класса IgM в сыворотке крови
- средней или тяжелой степени тяжести
- лёгкого течения заболевания

Диагноз

Дифференциальный диагноз энтеральных гепатитов определяется

- их клинической формой
- уровнем трансаминаз
- выраженностью диспепсии
- путём передачи инфекции

Пациенту В. показано стационарное лечение в связи с

- средней степенью тяжести заболевания
- интоксикацией
- возрастом
- отягощённым наследственным анамнезом по сердечно-сосудистым заболеваниям

Дезинтоксикационная терапия, учитывая среднетяжёлую форму течения острой HEV-инфекции у данного пациента, будет проводиться в виде

- инфузии 800-1200 мл 5% раствора глюкозы внутривенно капельно
- трехкратного введения энтеросорбентов
- перорального приёма жидкости в объеме 2-3 литров в сутки
- трансфузии 10% раствора альбумина, плазмы крови

Этиотропная терапия у пациентов с острой HEV – инфекцией применяется

- в случае средней или тяжелой степени тяжести заболевания
- после трансплантации, у ВИЧ-инфицированных или онкологических больных
- по эпидемическим показаниям, в том числе и с легким течением болезни
- всем пациентам с доказанной HEV-инфекцией

Антихолестатическая терапия препаратами желчных кислот в сочетании с адеметионином показана при острой HEV- инфекции

- в случае неэффективности экстракорпоральной детоксикации
- в случае продолжительной гипербилирубинемии, симптомах холестаза
- всем пациентам
- при среднетяжёлом течении заболевания

В качестве патогенетической дезинтоксикационной терапии пациенту показано парентеральное введение

- метадоксина
- адеметионина
- аскорбиновой кислоты
- преднизолона

Диспансерное наблюдение за реконвалесцентами острого гепатита E проводится в течение

- 6 месяцев
- 1 года
- 1–3 месяцев
- 9 месяцев

Наибольшему риску развития фульминантного гепатита E подвергаются

- вакцинированные от гепатита B
- беременные в III триместре
- пациенты с синдромом Жильбера
- пациенты моложе 40 лет

В число характерных клинических симптомов периода разгара острого вирусного гепатита E входит

- вакцинированные от гепатита B
- беременные в III триместре
- пациенты с синдромом Жильбера
- пациенты моложе 40 лет

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Е. 29 лет на плановом осмотре у врача-гастроэнтеролога.

Жалобы

Вздутие живота, возникающее через 30–40 минут после приема пищи.

Анамнез заболевания

Считает себя больной с 2015 года, когда впервые отметила появление жидкого стула до 5 раз в день с видимой примесью крови, слизи, метеоризм, боли по ходу толстой кишки перед дефекацией. В 2016 году с вышеперечисленными жалобами обратилась к гастроэнтерологу, проведена колоноскопия, в ходе которой воспалительных изменений слизистой оболочки толстой кишки выявлено не было. Однако в связи с жалобами назначен препарат месалазин 3 г/сутки, который пациентка принимала с положительным эффектом. В ноябре 2017 г вновь обратилась с теми же жалобами, выполнена колоноскопия, в ходе которой выявлено поражение прямой, сигмовидной, нисходящей ободочной кишки, умеренной активности по шкале Shroeder. Морфологическая диагностика не проводилась. Определен диагноз: назначена терапия - месалазин 3 г/сутки, микроклизмы с преднизолоном 30 мг, с последующим переходом на микроклизмы месалазин. Пациентка строго придерживалась рекомендаций, чувствовала себя удовлетворительно. Очередное обострение наступило в марте 2019 года, атака согласно критериям Truelove–Witts оценивалась как тяжелая. Назначена терапия: месалазин 3 г/сутки, преднизолон в дозе 120 мг в/в капельно, с последующим переходом на таблетированную форму в дозе 60 мг и постепенным снижением по рекомендованной

схеме до полной отмены. В течение 10 дней с момента начала терапии была достигнута клиническая ремиссия, однако при снижении дозы преднизолона до 10 мг в сутки, пациентка вновь отметила учащенный стул до 6 раз в сутки с примесями крови, а также повышение температуры тела до 37,5°C, покраснение склер, ощущение рези, песка в глазах.

Впоследствии пациентке была назначена генно-инженерная биологическая терапия, наступила устойчивая клиническая ремиссия.

Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально.
- Работает учителем начальных классов.
- Наследственность: анамнез не отягощен.
- Вредные привычки отрицает.
- Перенесенные заболевания: ОРВИ, апоплексия яичника в 2013 году.
- Аллергические реакции отрицает.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Ориентирована во времени, пространстве и собственной личности. Положение активное. Телосложение нормостеническое, рост 164 см, вес 61 кг, индекс массы тела – 22,7 кг/м², t тела – 36,6°C. Кожные покровы бледные, чистые. Суставы при осмотре не изменены. Костно-мышечная система – без видимой патологии. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук. При аускультации в легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Частота дыхания – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 78 в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в нижних отделах, симптом Щеткина-Блюмберга не определяется. Перкуторные размеры печени не увеличены. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон.

Необходимыми для верификации основного диагноза лабораторными методами обследования являются

- вакцинированные от гепатита В
- беременные в III триместре
- пациенты с синдромом Жильбера
- пациенты моложе 40 лет

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для верификации основного диагноза инструментальными методами обследования являются

- вакцинированные от гепатита В
- беременные в III триместре
- пациенты с синдромом Жильбера
- пациенты моложе 40 лет

Результаты инструментальных методов исследования

На основании сочетания жалоб пациента, данных анамнеза, объективного осмотра, результатов лабораторно-инструментальных методов исследования пациенту возможно сформулировать основной диагноз

- вакцинированные от гепатита В
- беременные в III триместре
- пациенты с синдромом Жильбера
- пациенты моложе 40 лет

Диагноз

Гормональная зависимость устанавливается в случае увеличения активности болезни при уменьшении дозы ГКС до дозы эквивалентной + _____ + мг преднизолона в сутки

- 20-30
- 1
- 10–15
- 2

Доказано, что эффективность инфликсимаба может снижаться ввиду

- эрозивных изменений в верхних отделах желудочно-кишечного тракта, выявленных при эзофагогастродуоденоскопии до начала терапии
- дискинезии желчных путей
- обширных язвенных дефектов слизистой оболочки толстой кишки, выявленных при колоноскопии до начала терапии
- избыточной массы тела пациента

Поддерживающую терапию генно-инженерными биологическими препаратами после достижения ремиссии оптимально проводить в комбинации с

- будесонидом
- азатиоприном
- рифаксимином
- метронидазолом

Для поддержания ремиссии рекомендовано продолжать терапию генно-инженерными биологическими препаратами не

- менее 10 лет
- более 6 месяцев
- менее 1 года
- более 1 года

Перед началом биологической терапии всем пациентам необходимо

- отменить предшествующую базисную терапию
- провести курс антибиотикотерапии препаратами широкого спектра действия
- выполнить скрининг на туберкулёз
- выполнить КТ грудной и брюшной полостей с внутривенным контрастированием

Характерным внекишечным проявлением язвенного колита, выявленным у данной пациентки, является

- иридоциклит
- первичный билиарный цирроз
- эрозивный гастрит
- витилиго

Данное внекишечное проявление является

- обусловленным длительным воспалением и метаболическими нарушениями
- аутоиммунным, связанным с активностью заболевания
- ятрогенным
- аутоиммунным, не связанным с активностью заболевания

Фактором риска агрессивного течения язвенного колита является

- первичный склерозирующий холангит
- пожилой возраст пациента
- узловатая эритема
- поражения глаз (иридоциклит, увеит)

На фоне терапии иммуносупрессорами контроль уровня лейкоцитов должен проводиться 1 раз в

- первичный склерозирующий холангит
- пожилой возраст пациента
- узловатая эритема
- поражения глаз (иридоциклит, увеит)

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Г. 39 лет на плановом осмотре у врача-гастроэнтеролога.

Жалобы

На момент осмотра жалоб не предъявляет.

Анамнез заболевания

Считает себя больным с 2011 года, когда впервые отметил внезапное появление жидкого

стула с видимой примесью крови до 4-5 раз в день и боли в животе. С вышеперечисленными жалобами пациент обратился в поликлинику по месту жительства, назначена терапия месалазином в дозе 3 г в сутки. Терапию пациент принимал без выраженного эффекта, сохранялись жалобы на учащенный стул и боли в животе. В течение 5 лет пациент потерял 7 кг. В 2016 году была впервые выполнена колоноскопия. По заключению врача-эндоскописта слизистая сигмовидной кишки резко отечна, гиперемирована со сливными циркулярными эрозиями, покрытыми фибрином и слизисто-гнойным налетом, легко кровоточит при контакте, стенка уплотнена, инсuffляция затруднена. Назначена терапия будесонидом, месалазином, азатиоприном. Состояние пациента значительно улучшилось, однако через 3 недели после отмены будесонида жалобы возобновились. Присоединилась лихорадка с максимальными значениями до 37,5°C.

В 2017 году выполнена компьютерная томография брюшной полости, выявлены признаки воспаления подвздошной кишки, а также левых отделов толстой кишки. Спустя неделю после отмены будесонида вновь возник частый стул до 6 раз в сутки. Назначена комбинация препаратов: преднизолон, азатиоприн, месалазин. Терапию пациент принимал с положительным клиническим эффектом, однако при снижении дозы преднизолона до 15 г в сутки вновь возник частый жидкий стул до 6 раз в сутки без патологических примесей, возобновились боли в животе. При контрольном анализе крови уровень лейкоцитов составлял $2,1 \times 10^9$ Ед/л. В дальнейшем пациенту была назначена генно-инженерная биологическая терапия препаратом Инфликсимаб.

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально
- Работал подсобным рабочим в детском саду
- Наследственность: анамнез не отягощен
- Курит до 8 сигарет в день
- В 2012 году оперирован по поводу паховой грыжи
- Лекарственные средства не принимает
- Аллергические реакции отрицает

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. На вопросы отвечает правильно, но с некоторой задержкой; ориентирован во времени, пространстве и собственной личности. Положение активное. Телосложение астеническое, индекс массы тела – $16,7 \text{ кг/м}^2$, t тела - 36,5°C. Кожные покровы бледные, чистые. Суставы при осмотре не изменены. Костно-мышечная система – без видимой патологии. Мышечная система развита слабо. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук. При аускультации в легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Частота дыхания – 16 в минуту. Тоны ясные, ритм правильный. ЧСС 78 в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, симптом Щеткина-Блюмберга не определяется. Перкуторные размеры печени не увеличены. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон.

[рис.1]

Необходимым для верификации основного заболевания лабораторными методами обследования является

- первичный склерозирующий холангит
- пожилой возраст пациента
- узловатая эритема
- поражения глаз (иридоциклит, увеит)

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для верификации основного диагноза инструментальными методами обследования являются

- первичный склерозирующий холангит
- пожилой возраст пациента
- узловатая эритема
- поражения глаз (иридоциклит, увеит)

Результаты инструментальных методов исследования

На основании сочетания жалоб пациента, данных анамнеза, объективного осмотра, результатов лабораторно-инструментальных методов исследования пациенту возможно сформулировать основной диагноз

- первичный склерозирующий холангит
- пожилой возраст пациента
- узловатая эритема
- поражения глаз (иридоциклит, увеит)

Диагноз

Гормональная зависимость устанавливается в случае

- увеличения активности болезни при приеме иммунодепрессантов
- сохранения активности заболевания при пероральном приеме кортикостероидов в дозе, эквивалентной 0,75 мг/кг преднизолона в сутки в течение 4 недель
- увеличения активности болезни при уменьшении дозы кортикостероидов
- сохранения активности заболевания, несмотря на внутривенное введение кортикостероидов в дозе, эквивалентной 2 мг/кг в сутки

Клиническая ремиссия болезни крона соответствует значениям индекса Беста + _____ + баллов

- 301-450
- менее 150
- 151-300
- более 450

Средствами поддержания ремиссии не являются

- антибактериальные препараты
- азатиоприн, 6-меркаптопурин
- системные и топические глюкокортикостероиды
- инфликсимаб, адалимумаб

Биологическая терапия показана в случае гормонорезистентной формы заболевания, а также в случае

- неэффективности терапии препаратами 5-аминосалициловой кислоты
- гормонозависимой формы заболевания
- хорошей переносимости тиопуринов
- рецидива заболевания через 1,5 года после отмены кортикостероидов

Поддерживающую терапию генно-инженерными биологическими препаратами после достижения ремиссии оптимально проводить в комбинации с

- азатиоприном
- будесонидом
- рифаксиминном
- метронидазолом

Перед началом биологической терапии всем пациентам необходимо

- выполнить КТ грудной и брюшной полостей с внутривенным контрастированием
- выполнить скрининг на туберкулёз
- провести курс антибиотикотерапии препаратами широкого спектра действия
- отменить предшествующую базисную терапию

Необходимым минимумом вакцинопрофилактики оппортунистических инфекций у пациентов, находящихся на иммуносупрессивной терапии или терапии биологическими препаратами (ингибиторами фактора некроза опухоли альфа) являются вакцины: пневмококковая, против вируса гриппа, вируса папилломы человека и

- коревая
- против полиомиелита
- менингококковая
- против вируса гепатита В

Эффект азатиоприна, обусловленный терапевтической концентрацией препарата в организме, развивается в среднем, в течение

- 3 месяцев
- 1 недели
- 1 месяца

- 6 месяцев

На фоне терапии иммуносупрессорами контроль уровня лейкоцитов должен проводиться 1 раз в

- 3 месяцев
- 1 недели
- 1 месяца
- 6 месяцев

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Б. 30 лет на приёме у врача-гастроэнтеролога.

Жалобы

- На периодические ноющие боли в нижних отделах живота, чётко не связанные с приёмом пищи, уменьшающиеся после дефекации.
- Вздутие живота, урчание, усиливающееся после приёма пищи.
- Учащённый кашицеобразный стул до 4 раз в сутки, без патологических примесей.
- Чувство неполного опорожнения кишечника.

Анамнез заболевания

Считает себя больной с детства, когда впервые появились ноющие боли в животе, чередование учащённого стула и запоров. Известно, что в младенческом возрасте перенесла кишечную инфекцию. Позднее, врачом в поликлинике был выставлен диагноз: Хронический гастрит, колит. Принимала мотилиум, альмагель с положительным эффектом. Заболевание протекало волнообразно с периодами улучшений и ухудшений. Вследствие этого при ухудшении состояния пациентка продолжала обращаться в поликлинику по месту жительства. Находилась на лечении в НИИ Гастроэнтерологии. При гастроскопии и колоноскопии патологических изменений не выявлено. Проводилась терапия спазмолитиками, пробиотиками, ферментами. Выписана с улучшением. Однако, до настоящего времени продолжают беспокоить периодические боли в животе, чётко не связанные с приёмом пищи, возникающие на фоне стрессовых ситуаций, и уменьшающиеся после акта дефекации, вздутие живота, учащение стула, особенно по утрам, до 3-4 раз в сутки, без патологических примесей, чувство неполного опорожнения кишечника. Больная вновь обратилась на консультацию к гастроэнтерологу.

Анамнез жизни

- * Родилась в Москве.
- * Росла и развивалась соответственно возрасту.
- * Не замужем.
- * Образование: высшее.
- * Работает экономистом.
- * Вредные привычки: отрицает.

- * Семейный анамнез не отягощен.
- * Аллергологический анамнез: не отягощён.

Объективный статус

- * Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6 °С.
- * Рост- 170 см, вес- 60 кг, ИМТ- 20 кг/м².
- * Кожные покровы бледно-розовые, умеренной влажности.
- * Видимые слизистые розовые, чистые.
- * Периферические лимфоузлы не пальпируются. Отёков нет.
- * При сравнительной перкуссии лёгких – ясный лёгочный звук.
- * При аускультации: дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в минуту.
- * Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 74 в минуту, АД 120 и 70 мм рт. ст.
- * При пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в нижних отделах живота, перистальтика выслушивается во всех отделах.
- * Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.
- * Печень, селезенка не увеличена.
- * Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.
- * Мочеиспускание не изменено.

К основным лабораторным методам исследования для постановки диагноза относятся

- 3 месяцев
- 1 недели
- 1 месяца
- 6 месяцев

Результаты лабораторных методов обследования

К основным инструментальным методам обследования для постановки диагноза относятся

- 3 месяцев
- 1 недели
- 1 месяца
- 6 месяцев

Результаты инструментальных методов исследования

Данной пациентке на основании физикального и дополнительного обследования можно поставить диагноз

- 3 месяцев
- 1 недели
- 1 месяца
- 6 месяцев

Диагноз

Для описания консистенции стула может применяться Бристольская шкала формы кала, согласно которой жидкому стулу соответствуют типы

- 4 и 5
- 6 и 7
- 1 и 2
- 3 и 4

Заболевание диагностируется при наличии рецидивирующей боли в животе, возникающей, по меньшей мере, 1 раз в неделю, которая

- возникает после приёма пищи
- возникает по ночам
- связана с дефекацией
- появляется при физических нагрузках

Данное заболевание может сопровождаться

- ощущением неполного опорожнения мочевого пузыря
- болью в области сердца
- повышением артериального давления
- экспираторной одышкой

К симптомам тревоги при данном заболевании относится боль

- перед дефекацией
- в области левого подреберья
- в области правого подреберья
- в животе по ночам

Для лечения абдоминальной боли у пациентов с таким заболеванием применяются

- спазмолитики
- ингибиторы протонной помпы
- ферменты
- нестероидные противовоспалительные препараты

Для лечения диареи у пациентов с таким заболеванием применяют

- нифуроксазид
- преднизолон
- панкреатин
- лоперамид

Для лечения абдоминальной боли и нарушений стула у пациентов применяется комбинированный препарат

- тримебутин
- урсодезоксихолевая кислота
- сульфасалазин
- азатиоприн

Для коррекции эмоциональных нарушений, а также для уменьшения боли в животе используют

- антиоксиданты
- седативные препараты
- антидепрессанты
- ноотропные средства

Альтернативным методом лечения является

- антиоксиданты
- седативные препараты
- антидепрессанты
- ноотропные средства

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка К. 35 лет на приёме у врача-гастроэнтеролога.

Жалобы

- На периодические ноющие боли в нижних отделах живота, чётко не связанные с приёмом пищи, уменьшающиеся после дефекации.
- Вздутие, тяжесть в животе после еды.
- Задержку стула длительностью до 3 дней, стул без патологических примесей, появляется после слабительных препаратов.
- Чувство неполного опорожнения кишечника.
- Головные боли.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 8 лет, когда впервые появились ноющие боли в нижних отделах живота, тяжесть после приёма пищи, частота стула составляла один раз в два дня. Ограничивала себя в еде, отмечала похудание на 5 кг за 6 месяцев. При проведённой гастроскопии: антральный гастрит. Было назначено лечение антисекреторными препаратами, антацидами, ферментами с положительным эффектом. Длительное время за помощью к врачу не обращалась. Ухудшение состояния отмечает в течение шести месяцев после перенесённого стресса: продолжали беспокоить ноющие

боли в животе, запоры длительностью до 3 дней, стул после клизмы или слабительных препаратов, головные боли, боли в мышцах и суставах. Поступила в клинику для обследования и подбора терапии.

Анамнез жизни

- * Родилась в Москве.
- * Росла и развивалась соответственно возрасту.
- * Не замужем.
- * Образование: высшее.
- * Работает экономистом.
- * Вредные привычки: отрицает.
- * Семейный анамнез не отягощен.
- * Аллергологический анамнез: не отягощён.

Объективный статус

- * Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6 °С.
- * Рост- 170 см, вес- 60 кг, ИМТ- 20 кг/м².
- * Кожные покровы бледно-розовые, умеренной влажности.
- * Видимые слизистые розовые, чистые.
- * Периферические лимфоузлы не пальпируются. Отёков нет.
- * При сравнительной перкуссии лёгких – ясный лёгочный звук.
- * При аускультации: дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в минуту.
- * Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 74 в минуту, АД 120 и 70 мм рт. ст.
- * При пальпации живот умеренно вздут, болезненный в нижних отделах живота, перистальтика выслушивается во всех отделах.
- * Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.
- * Печень, селезенка не увеличена.
- * Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.
- * Мочеиспускание не изменено.

К основным лабораторным методам исследования для постановки диагноза относятся

- антиоксиданты
- седативные препараты
- антидепрессанты
- ноотропные средства

Результаты лабораторных методов обследования

К основным инструментальным методам обследования для постановки диагноза относятся

- антиоксиданты
- седативные препараты
- антидепрессанты
- ноотропные средства

Результаты инструментальных методов обследования

Данной пациентке на основании физикального и дополнительного обследования можно поставить диагноз

- антиоксиданты
- седативные препараты
- антидепрессанты
- ноотропные средства

Диагноз

Для описания консистенции стула может применяться Бристольская шкала формы кала, согласно которой плотному стулу соответствуют типы

- 6 и 7
- 1 и 2
- 3 и 4
- 4 и 5

Заболевание диагностируется при наличии рецидивирующей боли в животе, возникающей, по меньшей мере, 1 раз в неделю, которая

- возникает после приёма пищи
- возникает по ночам
- появляется при физических нагрузках
- связана с дефекацией

Данное заболевание может сопровождаться

- экспираторной одышкой
- головной болью
- болью в области сердца
- повышением артериального давления

К симптомам тревоги при данном заболевании относится боль

- перед дефекацией
- в правой подвздошной области
- в животе по ночам
- в левой подвздошной области

Пациентам с СРК с запором рекомендуется назначение

- ферментов
- антацидов

- слабительных, увеличивающих объем кишечного содержимого (подорожника овального семян оболочка)
- желчегонных препаратов

Для лечения запоров пациентам следует назначить диету богатую

- белком и жирами
- растительной клетчаткой
- сложными углеводами
- жирами и витаминами

Пациентам с СРК при наличии жалоб на боли в животе рекомендуется назначение

- препаратов, снижающих желудочную секрецию
- холеретиков
- спазмолитиков
- ферментов

Пациентам с СРК с запором рекомендуется назначение

- ганатона
- церукала
- мотилиума
- бисакодила

Для коррекции эмоциональных нарушений, а также для уменьшения боли в животе используют

- ганатона
- церукала
- мотилиума
- бисакодила

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент М. 38 лет на осмотре у врача-гастроэнтеролога.

Жалобы

- На кожный зуд.
- Желтушное окрашивание кожи и склер.
- Общую слабость.

Анамнез заболевания

Длительно страдает кожным зудом. Лечился «народными средствами» без эффекта.

Обратился к врачу, был обследован, после чего врач сообщил о существующих у пациента

нарушениях функции печени и порекомендовал принимать препарат эссенциальных фосфолипидов. Терапия эффекта не оказала, но пациент больше за медицинской помощью не обращался. Две недели назад появилась желтуха, в связи с чем обратился к врачу.

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- Работает водителем.
- В анамнезе – хронический гастрит.
- Наследственность: отец умер в 56 лет от ОНМК, у матери 68 лет гипертоническая болезнь, сын 12 лет практически здоров.
- Курит по пачке сигарет в день на протяжении 18 лет, употребляет около 100 мл водки по пятницам и выходным на протяжении 20 лет.
- Прием наркотических препаратов отрицает.
- Лекарственные средства не принимает.
- Питание регулярное, аппетит снижен.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Ориентирован во времени, пространстве и собственной личности. Положение активное. Гиперстенического телосложения, рост 178 см, вес 96 кг, t тела - 36,7°C. Кожные покровы, склеры и слизистые желтушные. Следы расчесов. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Определяются отеки стоп. Суставы при осмотре не изменены. При сравнительной перкуссии лёгких – ясный лёгочный звук. При аускультации в легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Частота дыхания – 17 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 80 в минуту. АД 120/70 мм рт. ст. Живот в объеме не увеличен, симметричный, при пальпации мягкий, безболезненный, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Доступные пальпации отделы толстой кишки не изменены. Печень по данным перкуссии и пальпации выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Селезенка 8x4 см. Симптом "поколачивания" отрицательный с обеих сторон. Стул и диурез в норме.

Среди заболеваний печени зуд наиболее характерен для

- хронического гепатита С
- алкогольной болезни печени
- первичного склерозирующего холангита
- неалкогольной жировой болезни

У пациента выявляется клинический синдром

- гиперспленизма
- портальной гипертензии
- цитолиза
- холестаза

Для верификации наличия данного синдрома необходимо определить в сыворотке крови активность

- гиперспленизма
- портальной гипертензии
- цитолиза
- холестаза

Результаты

Для уточнения причины развития данного синдрома в первую очередь следует провести

- гиперспленизма
- портальной гипертензии
- цитолиза
- холестаза

Результаты обследования

Наиболее вероятной причиной четкообразного расширение желчных протоков у данного пациента выступает

- гиперспленизма
- портальной гипертензии
- цитолиза
- холестаза

Диагноз

Для диагностики первичного склерозирующего холангита с поражением внепеченочных желчных протоков используют

- КТ органов брюшной полости с введением внутривенного контраста
- магнитнорезонансную холангиопанкреатографию
- лапароскопию
- КТ органов брюшной полости без внутривенного контраста

Для первичного склерозирующего холангита характерно сочетание с

- аутоиммунным гастритом
- гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью
- язвенным колитом
- язвенной болезнью

Среди злокачественных образований желудочно-кишечного тракта внепеченочной локализации наиболее характерно сочетание первичного склерозирующего холангита с

- раком пищевода
- колоректальным раком
- раком поджелудочной железы
- раком желудка

Для исключения наличия данного злокачественного образования следует выполнить

- раком пищевода
- колоректальным раком
- раком поджелудочной железы
- раком желудка

Результаты обследования

Для лечения первичного склерозирующего холангита применяются препараты

- эссенциальных фосфолипидов
- урсодезоксихолевой кислоты
- адеметионина
- расторопши пятнистой

Применение данного препарата при первичном склерозирующем холангите

- улучшает биохимические показатели, но не влияет на прогноз
- не влияет на биохимические показатели, но улучшает прогноз
- ухудшает биохимические показатели, но улучшает прогноз
- улучшает биохимические показатели и прогноз больных

Наиболее вероятно, что образование в печени представляет собой

- улучшает биохимические показатели, но не влияет на прогноз
- не влияет на биохимические показатели, но улучшает прогноз
- ухудшает биохимические показатели, но улучшает прогноз
- улучшает биохимические показатели и прогноз больных

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент М. 45 лет на осмотре у врача-гастроэнтеролога.

Жалобы

- На увеличение живота в объеме.
- Желтушное окрашивание кожи и склер.
- Общую слабость.
- Изжогу.

Анамнез заболевания

Длительно употреблял алкоголь в гепатотоксичных дозах. Периодически отмечал появление желтухи и увеличение размеров живота. К врачам не обращался, временно прекращал употребление алкоголя, что сопровождалось регрессией желтухи и уменьшением объема живота. В последние месяцы абстиненция не сопровождается регрессией симптомов, в связи с чем обратился к врачу.

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- Работает водителем.
- В анамнезе – хронический гастрит.
- Наследственность: отец умер в 61 год от инфаркта миокарда, у матери гипертоническая болезнь, сын 14 лет практически здоров.
- Курит по пачке сигарет в день на протяжении 30 лет, употребляет около 100 мл водки ежедневно на протяжении 25 лет.
- Прием наркотических препаратов отрицает.
- Лекарственные средства не принимает.
- Питание регулярное, аппетит снижен.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. На вопросы отвечает с задержкой; ориентирован во времени, пространстве и собственной личности. Положение активное. Гипертенического телосложения, рост 178 см, вес 98 кг, t тела - 36,7°C. Кожные покровы, склеры и слизистые желтушные. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Определяются отеки стоп. Суставы при осмотре не изменены. При сравнительной перкуссии лёгких – ясный лёгочный звук. При аускультации в легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Частота дыхания – 22 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 90 в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме за счет наличия свободной жидкости, симметричный, при пальпации мягкий, безболезненный, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Доступные пальпации отделы толстой кишки не изменены. Печень по данным перкуссии и пальпации выступает из-под края реберной дуги на 4 см, край неровный, плотный, безболезненный. Селезенка 15x8 см. Симптом "поколачивания" отрицательный с обеих сторон. Стул и диурез в норме.

Для подтверждения того, что увеличение живота в объеме вызвано асцитом, следует первоначально провести

- улучшает биохимические показатели, но не влияет на прогноз
- не влияет на биохимические показатели, но улучшает прогноз
- ухудшает биохимические показатели, но улучшает прогноз
- улучшает биохимические показатели и прогноз больных

Результаты обследования

Выявленное в печени образование, наиболее вероятно, представляет собой

- гепатоцеллюлярный рак
- холангиоцеллюлярный рак
- гепатоцеллюлярную аденому
- гемангиому

Для уточнения природы образования оптимальным является проведение

- гепатоцеллюлярный рак
- холангиоцеллюлярный рак
- гепатоцеллюлярную аденому
- гемангиому

Результаты обследования

В пользу первичного злокачественного поражения печени в данном случае свидетельствует изменение концентрации в сыворотке крови

- гепатоцеллюлярный рак
- холангиоцеллюлярный рак
- гепатоцеллюлярную аденому
- гемангиому

Результаты обследования

Полученный результат анализа крови на онкомаркер

- делает диагноз первичного злокачественного поражения печени высоковероятным
- не информативен, так как такие значения могут наблюдаться при циррозе печени
- исключает наличие первичного злокачественного поражения печени
- не информативен, так как такие значения могут наблюдаться при асците любой этиологии

По результатам обследования у больного имеется

- делает диагноз первичного злокачественного поражения печени высоковероятным
- не информативен, так как такие значения могут наблюдаться при циррозе печени
- исключает наличие первичного злокачественного поражения печени
- не информативен, так как такие значения могут наблюдаться при асците любой этиологии

Диагноз

Для определения тактики ведения данного пациента необходимо определить стадию рака печени согласно + _____ + системе

- Нью-Йоркской
- Барселонской

- Брюссельской
- Мюнхенской

Для определения стадии гепатоцеллюлярного рака по Барселонской системе необходимо учитывать такой показатель как

- количество баллов по анкете CAGE
- класс цирроза печени по Чайлд-Пью (Child-Pugh)
- значение по шкале MELD (Model for End-Stage Liver Disease)
- значение индекса Мейо (Meyo)

Число стадий рака печени по Барселонской системе составляет

- 5
- 2
- 7
- 3

Учитывая наличие у пациента тяжелого декомпенсированного цирроза печени, у него имеется + _____ + стадия рака печени по Барселонской системе

- C
- B
- D
- A

Данному пациенту возможно проведение

- симптоматической терапии
- химиотерапии
- трансплантации печени
- лучевой терапии

Вследствие увеличения объема живота у пациента присоединилась

- симптоматической терапии
- химиотерапии
- трансплантации печени
- лучевой терапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент М. 48 лет на осмотре у врача-гастроэнтеролога.

Жалобы

- На увеличение живота в объеме.
- Желтушное окрашивание кожи и склер.
- Общую слабость.

Анамнез заболевания

Длительно употреблял алкоголь в гепатотоксичных дозах. Периодически отмечал появление желтухи и увеличение размеров живота. К врачам не обращался, временно прекращал употребление алкоголя, что сопровождалось регрессией желтухи и уменьшением объема живота. В последние месяцы абстиненция не сопровождается регрессией симптомов, в связи с чем обратился к врачу.

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- Работает водителем.
- В анамнезе – хронический гастрит.
- Наследственность: отец умер в 66 лет от ОНМК, у матери гипертоническая болезнь, сын 14 лет здоров.
- Курит по пачке сигарет в день на протяжении 28 лет, употребляет около 100 мл водки ежедневно на протяжении 24 лет.
- Прием наркотических препаратов отрицает.
- Лекарственные средства не принимает.
- Питание регулярное, аппетит снижен.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. На вопросы отвечает с задержкой; ориентирован во времени, пространстве и собственной личности. Положение активное. Гиперстенического телосложения, рост 178 см, вес 98 кг, t тела - $36,7^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы, склеры и слизистые желтушные. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Определяются отеки стоп. Суставы при осмотре не изменены. При сравнительной перкуссии лёгких – ясный лёгочный звук. При аускультации в легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Частота дыхания – 21 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 90 в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме за счет наличия свободной жидкости, симметричный, при пальпации мягкий, безболезненный, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Доступные пальпации отделы толстой кишки не изменены. Печень по данным перкуссии и пальпации выступает из-под края реберной дуги на 4 см, край неровный, плотный, безболезненный. Селезенка 16x8 см. Симптом "поколачивания" отрицательный с обеих сторон. Стул и диурез в норме.

Для подтверждения того, что увеличение живота в объеме вызвано асцитом, следует первоначально провести

- симптоматической терапии
- химиотерапии
- трансплантации печени

- лучевой терапии

Результаты обследования

Выявленное в печени образование, наиболее вероятно, представляет собой

- холангиоцеллюлярный рак
- гепатоцеллюлярный рак
- гемангиому
- гепатоцеллюлярную аденому

Для уточнения природы образования оптимальным является проведение

- холангиоцеллюлярный рак
- гепатоцеллюлярный рак
- гемангиому
- гепатоцеллюлярную аденому

Результаты обследования

В пользу первичного злокачественного поражения печени в данном случае свидетельствует изменение концентрации в сыворотке крови

- холангиоцеллюлярный рак
- гепатоцеллюлярный рак
- гемангиому
- гепатоцеллюлярную аденому

Результаты обследования

Полученный результат анализа крови на онкомаркер

- не информативен, так как такие значения могут наблюдаться при циррозе печени
- делает диагноз первичного злокачественного поражения печени высоковероятным
- не информативен, так как такие значения могут наблюдаться при асците любой этиологии
- исключает наличие первичного злокачественного поражения печени

По результатам обследования у больного имеется

- не информативен, так как такие значения могут наблюдаться при циррозе печени
- делает диагноз первичного злокачественного поражения печени высоковероятным
- не информативен, так как такие значения могут наблюдаться при асците любой этиологии
- исключает наличие первичного злокачественного поражения печени

Диагноз

Для выбора тактики ведения пациента с гепатоцеллюлярным раком необходимо определить его стадию согласно + _____ + системе

- Нью-Йоркской
- Барселонской
- Мюнхенской
- Брюссельской

Для стадирования гепатоцеллюлярного рака по Барселонской системе необходимо опираться на такой показатель как

- число баллов по шкале AUDIT
- значение по шкале MELD (Model for End-Stage Liver Disease)
- значение индекса Мейо (Meयो)
- класс цирроза печени по Чайлд-Пью (Child-Pugh)

Согласно данной Барселонской системе выделяют + _____ + стадий гепатоцеллюлярного рака

- 7
- 3
- 6
- 5

Учитывая, что у пациента имеется тяжелый декомпенсированный цирроз печени, у него имеется стадия + _____ + рака печени по Барселонской классификации

- 0
- B
- D
- E

Данному пациенту рекомендуется

- химиотерапия
- лучевая терапия
- резекция печени
- симптоматическая терапия

Отказ от употребления алкоголя у больных алкогольной болезнью печени

- химиотерапия
- лучевая терапия
- резекция печени
- симптоматическая терапия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка З., 35 лет на осмотре у врача-гастроэнтеролога.

Жалобы

- на жидкий стул до 5 раз в сутки, в том числе ночью, периодически с примесью слизи
- ознобы, сопровождающиеся повышением температуры тела до 37,7°C
- похудание на 6 кг за год
- вздутие живота
- общую слабость

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 30 лет.. В возрасте 5 лет впервые была отмечена диарея до 5-6 раз в сутки без видимых патологических примесей, повышение температуры тела до субфебрильных значений. Проводилась антибиотикотерапия с положительным клиническим эффектом. Двадцать лет назад вновь возник частый жидкий стул, субфебрилитет, боли в нижних отделах живота. Также проводилась антибиотикотерапия, но без эффекта, вышеуказанная симптоматика сохранялась. В течение года пациентка потеряла 10 кг. В связи с обострением заболевания была госпитализирована, тогда же впервые выполнена колоноскопия, в ходе которой обнаружены глубокие язвы-трещины в подвздошной кишке, а также афтозные язвы в сигмовидной кишке. Поставлен диагноз, назначена терапия преднизолоном, азатиоприном. На фоне терапии состояние пациентки улучшилось. Однако в марте пациентка отметила примесь крови в стуле, выраженную резкую слабость, похолодание конечностей, была экстренно госпитализирована, выполнена резекция подвздошной кишки и купола слепой кишки с формированием илеоасцендоанастомоза конец в бок, получала терапию месалазином, буденофальком, метронидазолом. В последствие в течение 18 лет получала терапию месалазином в дозе 1.5 г в сутки, чувствовала себя удовлетворительно. В настоящий момент вновь возник жидкий стул до 6 раз в сутки без примесей крови, слизи, выросли боли в нижних отделах живота, отмечен подъем температуры тела до 37,7°C. За день до обращения отметила появление алой крови в стуле, головокружение, в связи с чем обратилась к врачу.

Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально
- Работает преподавателем
- Наследственность: анамнез не отягощен
- Вредные привычки отрицает
- Перенесенные заболевания: мочекаменная болезнь с 2014 года
- Аллергические реакции: новокаин, антибиотики пенициллинового ряда

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Ориентирована во времени, пространстве и собственной

личности. Положение активное. Телосложение нормостеническое, рост 172 см, вес 54 кг, индекс массы тела – $18,2 \text{ кг/м}^2$, t тела - $36,6^\circ\text{C}$. Кожные покровы бледные, чистые. Суставы при осмотре не изменены. Костно-мышечная система – без видимой патологии. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук. При аускультации в легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Частота дыхания – 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 72 в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в нижних отделах. Стул накануне однократный, кашицеобразный без патологических примесей. Симптом Щеткина-Блюмберга не определяется. Перкуторные размеры печени не увеличены. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон.

Необходимыми для верификации основного диагноза лабораторными методами обследования являются

- химиотерапия
- лучевая терапия
- резекция печени
- симптоматическая терапия

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для верификации основного диагноза инструментальными методами обследования являются

- химиотерапия
- лучевая терапия
- резекция печени
- симптоматическая терапия

Результаты инструментальных методов обследования

На основании сочетания жалоб пациента, данных анамнеза, объективного осмотра, результатов лабораторно-инструментальных методов исследования пациенту возможно сформулировать основной диагноз + _____ + обострение. Кишечное кровотечение Резекция подвздошной кишки и купола слепой кишки с формированием илеоасцендоанастомоза конец в бок

- химиотерапия
- лучевая терапия
- резекция печени
- симптоматическая терапия

Диагноз

В определение индекса Беста входят такие критерии как

- частота жидкого стула, интенсивность болей в животе, общее самочувствие, наличие осложнений, лихорадка, применение опиатов для купирования диареи, напряжение мышц живота, гематокрит, масса тела
- боль в правой подвздошной области, лейкоцитоз, СОЭ, СРБ, гипопропротеинемия
- частота стула, уровень гемоглобина, лейкоцитоз, СОЭ, СРБ, гипопропротеинемия, тахикардия, лихорадка, интенсивность болей в животе, кишечные осложнения
- частота стула, примесь крови в стуле, контактная кровоточивость слизистой оболочки кишки, общая оценка состояния пациента лечащим врачом, пульс, лихорадка, гемоглобин, СОЭ, СРБ

Индекс Беста равный 348 свидетельствует о + _____ + болезни Крона

- тяжелом обострении
- неактивной фазе
- легком обострении
- среднетяжелом обострении

Для индукции ремиссии основного заболевания в случае данной пациентки следует использовать комбинацию + _____ + в дозе + _____ + в сутки и + _____ + в дозе + _____ + в сутки

- преднизолона; 1 мг/кг; азатиоприна; 2 мг/кг
- месалазина; 4 г; 6-меркаптопурина; 1,5 мг/кг
- месалазина; 4 г; метронидазола; 1500 мг
- преднизолона; 1 мг/кг; сульфасалазина; 3 г

К острым осложнениям болезни Крона относится

- стриктура кишки
- наружный свищ
- инфильтрат брюшной полости
- кишечное кровотечение

К хроническим осложнениям болезни Крона относится

- инфильтрат брюшной полости
- токсическая дилатация ободочной кишки
- перфорация кишки
- кишечное кровотечение

В случае данной пациентки помимо назначения базисной терапии показано

- проведение экстренного хирургического вмешательства
- добавление к терапии Метронидазола в дозе 1500 мг в сутки
- наблюдение, контроль гемодинамических показателей
- увеличение дозы преднизолона до 2 мг/кг в сутки

К факторам, достоверно повышающим риск послеоперационного рецидива болезни Крона, относят

- анамнез заболевания более 10 лет
- стриктурирующий фенотип
- пенетрирующий фенотип
- употребление алкоголя

Противорецидивную терапию после хирургического вмешательства при болезни Крона стоит начинать через +_____+ после оперативного вмешательства

- 6 месяцев
- 1 месяц
- 4 недели
- 2 дня

На фоне терапии иммуносупрессорами контроль уровня лейкоцитов должен проводиться 1 раз в

- 6 месяцев
- 1 месяц
- 4 недели
- 2 дня

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Е., 29 лет, на осмотре у врача-гастроэнтеролога

Жалобы

- на жидкий стул до 6 раз в день, с видимыми примесями крови, слизи
- спастические боли в левой подвздошной области, усиливающиеся перед дефекацией
- повышение температуры тела до 37,5° С
- слабость, снижение работоспособности
- вздутие живота

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 9 лет, когда впервые отметила появление жидкого стула до 5 раз в день с видимой примесью крови, слизи, метеоризм, боли по ходу толстой кишки перед дефекацией. Пациентка обратилась к гастроэнтерологу, проведена колоноскопия, в ходе которой воспалительных изменений слизистой оболочки толстой кишки выявлено не было. Однако в связи с жалобами назначен препарат месалазин 3 г/сутки, который пациентка принимала с положительным эффектом. Принимала не постоянно, самостоятельно отменила в связи с беременностью и грудным вскармливанием. На фоне отмены препарата вышеописанные симптомы возобновились.

Пациентка вновь обратилась с теми же жалобами, выполнена колоноскопия, в ходе которой выявлено поражение прямой, сигмовидной, нисходящей ободочной кишки, умеренной активности по шкале Shroeder. Морфологическая диагностика не проводилась. Определен диагноз: язвенный колит, назначена терапия - месалазин 3 г/сутки, микроклизмы с преднизолоном 30 мг, с последующим переходом на микроклизмы месалазин. Пациентка строго придерживалась рекомендаций, чувствовала себя удовлетворительно. Очередное обострение наступило в настоящее время, атака согласно критериям Truelove–Witts оценивалась как тяжелая.

Назначена терапия: месалазин 3 г/сутки, преднизолон в дозе 120 мг в/в капельно, с последующим переходом на таблетированную форму в дозе 60 мг и постепенным снижением по рекомендованной схеме до полной отмены. В течение 10 дней с момента начала терапии была достигнута клиническая ремиссия, однако при снижении дозы преднизолона до 10 мг в сутки, пациентка вновь отметила учащенный стул до 6 раз в сутки с примесями крови, повышение температуры тела до 37,5 °С, в связи с чем была госпитализирована для дальнейшего подбора терапии.

Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально
- Работает учителем начальных классов
- Наследственность: анамнез не отягощен
- Вредные привычки отрицает
- Перенесенные заболевания: ОРВИ, апоплексия яичника в 2013 году.
- Аллергические реакции отрицает

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Ориентирована во времени, пространстве и собственной личности. Положение активное. Телосложение нормостеническое, рост 164 см, вес 61 кг, индекс массы тела – 22,7 кг/м², t тела - 37,5°С. Кожные покровы бледные, чистые. Суставы при осмотре не изменены. Костно-мышечная система – без видимой патологии. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук. При аускультации в легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Частота дыхания – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 78 в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в нижних отделах, симптом Щеткина-Блюмберга не определяется. Перкуторные размеры печени не увеличены. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон.

Необходимыми для верификации основного диагноза лабораторными методами обследования являются

- 6 месяцев
- 1 месяц
- 4 недели
- 2 дня

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для верификации основного диагноза инструментальными методами обследования являются

- 6 месяцев
- 1 месяц
- 4 недели
- 2 дня

Результаты инструментальных методов обследования

На основании сочетания жалоб пациента, данных анамнеза, объективного осмотра, результатов лабораторно-инструментальных методов исследования, пациентке возможно сформулировать основной диагноз

- 6 месяцев
- 1 месяц
- 4 недели
- 2 дня

Диагноз

Гормональная зависимость устанавливается в случае увеличения активности болезни при уменьшении дозы ГКС после достижения исходного улучшения в течение + _____ + месяцев от начала лечения

- 10
- 3
- 6
- 12

Подтвержденным сопутствующим заболеванием в данном клиническом случае является

- внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы
- синдром избыточного бактериального роста
- желчнокаменная болезнь. Хронический холецистит
- Clostridium difficile-ассоциированная болезнь

Для терапии сопутствующего заболевания пациентке следует назначить + _____ + в дозе + _____ + мг 3 раза в сутки на протяжении 10 дней

- рифаксимин; 200
- метронидазол; 125
- урсодезоксихолевую кислоту; 600
- метронидазол; 500

Для индукции ремиссии основного заболевания в случае данной пациентки следует использовать комбинацию + _____ + по + _____ + в сутки и + _____ + в дозе + _____ + в сутки

- месалазина; 4 г; ГКС — суппозитории с преднизолоном; 10 мг 2 раза
- преднизолона; 1 мг/кг; сульфасалазина; 3 г
- месалазина; 4 г; метронидазола; 1500 мг
- преднизолона; 1 мг/кг; азатиоприна; 2 мг/кг

При отсутствии достаточного эффекта от системных ГКС в комбинации с азатиоприном в течение 4 недель показано применение

- пробиотиков
- цитостатических препаратов
- антибиотиков
- генно-инженерной биологической терапии

Перед началом биологической терапии всем пациентам необходимо

- пробиотиков
- цитостатических препаратов
- антибиотиков
- генно-инженерной биологической терапии

Характерным внекишечным проявлением язвенного колита (Слайд 1) является

- витилиго
- эрозивный гастрит
- первичный склерозирующий холангит
- первичный билиарный цирроз

Данное внекишечное проявление является

- обусловленным длительным воспалением и метаболическими нарушениями
- ятрогенным
- аутоиммунным, связанным с активностью заболевания
- аутоиммунным, не связанным с активностью заболевания

На фоне терапии иммуносупрессорами контроль уровня лейкоцитов должен проводиться 1 раз в

- обусловленным длительным воспалением и метаболическими нарушениями
- ятрогенным
- аутоиммунным, связанным с активностью заболевания
- аутоиммунным, не связанным с активностью заболевания

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка З., 35 лет, на осмотре у врача-гастроэнтеролога.

Жалобы

- на жидкий стул до 6 раз в сутки, в том числе ночью, периодически с примесью слизи
- ознобы, сопровождающиеся повышением температуры тела до 37,4°C
- похудание на 4 кг за год
- вздутие живота
- общую слабость

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 30 лет. В возрасте 5 лет впервые была отмечена диарея до 5-6 раз в сутки без видимых патологических примесей, повышение температуры тела до субфебрильных значений. Проводилась антибиотикотерапия с положительным клиническим эффектом. Двадцать лет назад вновь возник частый жидкий стул, субфебрилитет, боли в нижних отделах живота. Также проводилась антибиотикотерапия, но без эффекта, вышеуказанная симптоматика сохранялась. В течение года пациентка потеряла 10 кг. В связи с обострением заболевания была госпитализирована, тогда же впервые выполнена колоноскопия, в ходе которой обнаружены глубокие язвы-трещины в подвздошной кишке, а также афтозные язвы в сигмовидной кишке. Поставлен диагноз, назначена терапия преднизолоном, азатиоприном. На фоне терапии состояние пациентки улучшилось. Однако в марте пациентка отметила примесь крови в стуле, выраженную резкую слабость, похолодание конечностей, была экстренно госпитализирована, выполнена резекция подвздошной кишки и купола слепой кишки с формированием илеоасцендоанастомоза конец в бок, получала терапию месалазином, буденофальком, метронидазолом. В последствие в течение 18 лет получала терапию месалазином в дозе 1.5 г в сутки, чувствовала себя удовлетворительно. В настоящий момент вновь возник жидкий стул до 6 раз в сутки без примесей крови, слизи, narosли боли в нижних отделах живота, отмечен подъем температуры тела до 37,7°C, в связи с чем обратилась.

Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально
- Работает преподавателем
- Наследственность: анамнез не отягощен
- Вредные привычки отрицает
- Перенесенные заболевания: мочекаменная болезнь с 2014 года
- Аллергические реакции : новокаин, антибиотики пенициллинового ряда

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Ориентирована во времени, пространстве и собственной личности. Положение активное. Телосложение нормостеническое, рост 172 см, вес 54 кг, индекс массы тела – 18,2 кг/м², t тела - 36,6°C. Кожные покровы бледные, чистые. Суставы при осмотре не изменены. Костно-мышечная система – без видимой патологии.

При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук. При аускультации в легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Частота дыхания – 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 72 в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в нижних отделах, симптом Щеткина-Блюмберга не определяется. Перкуторные размеры печени не увеличены. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон.

Необходимыми для верификации основного диагноза лабораторными методами обследования являются

- обусловленным длительным воспалением и метаболическими нарушениями
- ятрогенным
- аутоиммунным, связанным с активностью заболевания
- аутоиммунным, не связанным с активностью заболевания

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для верификации основного диагноза инструментальными методами обследования являются

- обусловленным длительным воспалением и метаболическими нарушениями
- ятрогенным
- аутоиммунным, связанным с активностью заболевания
- аутоиммунным, не связанным с активностью заболевания

Результаты инструментальных методов обследования

На основании сочетания жалоб пациента, данных анамнеза, объективного осмотра, результатов лабораторно-инструментальных методов исследования пациенту возможно сформулировать основной диагноз + _____ +
Кишечное кровотечение. Резекция подвздошной кишки и купола слепой кишки с формированием илеоасцендоанастомоза конец в бок

- обусловленным длительным воспалением и метаболическими нарушениями
- ятрогенным
- аутоиммунным, связанным с активностью заболевания
- аутоиммунным, не связанным с активностью заболевания

Диагноз

В определение индекса Беста входят такие критерии как

- частота стула, уровень гемоглобина, лейкоцитоз, СОЭ, СРБ, примесь крови в стуле, контактная кровоточивость слизистой оболочки кишки, пульс, лихорадка

- частота жидкого стула, интенсивность болей в животе, общее самочувствие, наличие осложнений, лихорадка, применение опиатов для купирования диареи, напряжение мышц живота, гематокрит, масса тела
- частота стула, уровень гемоглобина, лейкоцитоз, СОЭ, СРБ, гипопропротеинемия, тахикардия, лихорадка, интенсивность болей в животе, кишечные осложнения
- частота стула, примесь крови в стуле, контактная кровоточивость слизистой оболочки кишки, общая оценка состояния пациента лечащим врачом, пульс, лихорадка, гемоглобин, СОЭ, СРБ

Индекс Беста данной пациентки = 348, что свидетельствует о + _____ + болезни Крона

- неактивной фазе
- тяжелом обострении
- среднетяжелом обострении
- легком обострении

Сопутствующим заболеванием в данном случае является

- кишечное кровотечение
- стеноз восходящей ободочной кишки
- *Clostridium difficile* -ассоциированная болезнь, ассоциированная с токсином А
- синдром избыточного бактериального роста

Для индукции ремиссии основного заболевания в случае данной пациентки следует использовать комбинацию + _____ + в дозе + _____ + в сутки и + _____ + в дозе + _____ + в сутки

- преднизолона; 1 мг/кг; сульфасалазина; 3 г
- преднизолона; 1 мг/кг; азатиоприна; 2 мг/кг
- месалазина; 4 г; метронидазола; 1500 мг
- месалазина; 4 г; 6-меркаптопурина; 1,5 мг/кг

Для терапии сопутствующего заболевания пациентке следует назначить + _____ + в дозе + _____ + мг 3 раза в сутки на протяжении 10 дней

- амоксициллин; 500
- рифаксимин; 200
- ципрофлоксацин; 200
- метронидазол; 500

Смена антибактериального препарата при лечении *Clostridium Difficile* - ассоциированной болезни показана в том случае, если не удается добиться улучшения в самочувствии пациента к + _____ + дню терапии

- 5-7
- 3-4
- 21

- 10

При непереносимости метронидазола следует назначить + _____ + в дозе + _____ + мг 4 раза в сутки на протяжении 10 дней

- рифаксимин; 200
- кларитромицин; 250
- ципрофлоксацин; 200
- ванкомицин; 125

Эффект азатиоприна, обусловленный терапевтической концентрацией препарата в организме, развивается в среднем, в течение

- 1 месяца
- 6 месяцев
- 1 недели
- 3 месяцев

На фоне терапии иммуносупрессорами контроль уровня лейкоцитов должен проводиться 1 раз в

- 1 месяца
- 6 месяцев
- 1 недели
- 3 месяцев

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Г., 27, лет на осмотре у врача-гастроэнтеролога.

Жалобы

- на обильный жидкий стул до 4-5 раз за день без патологических примесей
- похудание на 30 кг за полтора года
- боли в правой подвздошной области, усиливающиеся через 2-2,5 часа после еды
- общую слабость

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 8 лет, когда впервые отметил внезапное появление жидкого стула без видимых патологических примесей до 4-5 раз в день и боли в животе. С вышеперечисленными жалобами пациент обратился в поликлинику по месту жительства, где был поставлен диагноз СРК. Назначена терапия спазмолитиками, ферментными препаратами. Терапию пациент принимал без выраженного эффекта, сохранялись жалобы на учащенный стул и боли в животе. Через несколько месяцев стали отмечаться ознобы с эпизодами повышения температуры тела до 38°C; пациент начал

быстро терять вес. В связи с имеющимися жалобами госпитализировался в гематологический стационар по месту жительства. В анализе крови обращал на себя внимание низкий уровень гемоглобина 79 г/л, повышение СОЭ до 63 мм/ч. При проведении ирригоскопии патологических изменений выявлено не было. Миелограмма оказалась в пределах нормы, уровень антител к тканевой трансглутаминазе также в пределах нормы. На фоне проведенного лечения (двукратное переливание эритроцитной массы, внутривенное введение препаратов железа, назначение антибактериальной терапии и ферментных препаратов) самочувствие пациента несколько улучшилось, уменьшилась слабость, но сохранялись жалобы на частый стул без видимых патологических примесей, боли в животе, похудание, периодические ознобы. Настоящее ухудшение состояния отмечает в течение двух месяцев, когда усилились боли в правой подвздошной области, участился стул до 4-5 раз в сутки, появилась слабость. Обратился за помощью с целью дообследования и получения лечения.

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально
- Работал подсобным рабочим в детском саду
- Наследственность: анамнез не отягощен
- Курит до 6 сигарет в день
- В 2012 году оперирован по поводу паховой грыжи
- Лекарственные средства не принимает
- Аллергические реакции отрицает

Объективный статус

Состояние средней тяжести. На вопросы отвечает правильно, но с некоторой задержкой; ориентирован во времени, пространстве и собственной личности. Положение активное. Телосложение астеническое, индекс массы тела – 13,7 кг/м², t тела - 37,5°C. Кожные покровы бледные, чистые. Суставы при осмотре не изменены. Костно-мышечная система – без видимой патологии. Мышечная система развита слабо. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук. При аускультации в легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Частота дыхания – 16 в минуту. Тоны ясные, ритм правильный. ЧСС 78 в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный в правой подвздошной области, симптом Щеткина-Блюмберга не определяется. Перкуторные размеры печени не увеличены. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон.

(Файл 1)

Необходимыми для верификации основного заболевания лабораторными методами обследования являются

- 1 месяца
- 6 месяцев
- 1 недели
- 3 месяцев

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для верификации основного диагноза инструментальными методами обследования являются

- 1 месяца
- 6 месяцев
- 1 недели
- 3 месяцев

Результаты инструментальных методов обследования

На основании сочетания жалоб пациента, данных анамнеза, объективного осмотра, результатов лабораторно-инструментальных методов исследования пациенту возможно сформулировать основной диагноз Болезнь Крона в форме + _____ +. Трофологическая недостаточность

- 1 месяца
- 6 месяцев
- 1 недели
- 3 месяцев

Диагноз

Сопутствующим заболеванием в данном случае является

- Clostridium difficile-ассоциированная болезнь, ассоциированная с токсином А
- синдром избыточного бактериального роста
- стеноз восходящей ободочной кишки
- кишечное кровотечение

Для индукции ремиссии основного заболевания в случае данного пациента следует использовать комбинацию + _____ + в дозе + _____ + в сутки и + _____ + в дозе + _____ + в сутки

- месалазина; 4 г; метронидазола; 1500 мг
- преднизолона; 1 мг/кг; сульфасалазина; 3 г
- преднизолона; 1 мг/кг; азатиоприна; 2 мг/кг
- месалазина; 4 г; 6-меркаптопурина; 1,5 мг/кг

Для терапии сопутствующего заболевания пациенту следует назначить + _____ + в дозе + _____ + мг 3 раза в сутки на протяжении 10 дней

- метронидазол; 250
- рифаксимин; 200

- ципрофлоксацин; 200
- метронидазол; 500

Смена антибактериального препарата при лечении Clostridium difficile - ассоциированной болезни показана в том случае, если не удастся добиться улучшения в самочувствии пациента к + _____ + дню терапии

- 10
- 5-7
- 3-4
- 21

После первого курса ГКС протяженность стриктуры данного пациента 6 см, предпочтительным вмешательством является

- тотальная колэктомия
- правосторонняя гемиколэктомия
- стриктуропластика
- резекция подвздошной и восходящей ободочной кишки

Противорецидивную терапию после хирургического вмешательства при болезни Крона стоит начинать через + _____ + после оперативного вмешательства

- 4 недели
- 6 месяцев
- 2 месяца
- 2 дня

В период терапии ГКС показан сопутствующий прием

- пробиотиков
- витаминов группы В
- антацидов
- препаратов кальция, витамина Д

В связи с выраженной трофологической недостаточностью пациенту показано

- назначение энтерального питания
- уменьшение дозы азатиоприна до 1 мг/кг в сутки
- увеличение дозы преднизолона до 2 мг/кг в сутки
- переливание компонентов крови

Необходимым минимумом вакцинопрофилактики оппортунистических инфекций у пациентов, находящихся на иммуносупрессивной терапии, являются вакцины: пневмококковая, против вируса гриппа и

- назначение энтерального питания

- уменьшение дозы азатиоприна до 1 мг/кг в сутки
- увеличение дозы преднизолона до 2 мг/кг в сутки
- переливание компонентов крови

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Р., 47 лет обратился к врачу-гастроэнтерологу

Жалобы

На постоянное ощущение тяжести в правом подреберье, снижение работоспособности, изменение цвета мочи (потемнение) и кала (обесцвечивание), кожный зуд

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение месяца, когда после отдыха в Крыму впервые появилось постоянное ощущение тяжести в правом подреберье, снижение работоспособности. К врачам не обращался, самостоятельно препараты не принимал. Родственники обратили внимание на пожелтение склер. Пациент отметил изменение цвета мочи (потемнение) и кала (обесцвечивание). Неделю назад стал беспокоить кожный зуд. Амбулаторно в анализе крови выявлена эозинофилия 30%. Обратился к врачу-гастроэнтерологу с целью обследования.

Анамнез жизни

- * Проживает в Москве;
- * хронические заболевания отрицает;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * работает кинологом более 20 лет;
- * аллергических реакций не было;
- * отец и мать страдают гипертонической болезнью.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Ориентирован во времени, пространстве и собственной личности. Положение активное. Телосложение астеническое. Рост 175 см, масса тела 62 кг. Кожные покровы цвета загара, нормальной влажности. Следы расчёсов на конечностях. Склеры иктеричны. Периферических отеков нет. Лимфатические узлы не пальпируются. Суставы при осмотре не изменены. Костно-мышечная система – без видимой патологии. При сравнительной перкуссии лёгких – ясный лёгочный звук. При аускультации над лёгкими везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Частота дыхания – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 80 в минуту. АД 105/70 мм рт. ст. Живот при пальпации чувствительный в правом подреберье. Нижний край печени выступает на 3 см ниже края рёберной дуги по правой срединно-ключичной линии. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Физиологические отправления сохранены.

Для исключения паразитарной причины выявленных изменений пациенту Р. показано исследование крови на наличие

- назначение энтерального питания
- уменьшение дозы азатиоприна до 1 мг/кг в сутки
- увеличение дозы преднизолона до 2 мг/кг в сутки
- переливание компонентов крови

Результаты обследования

Для подтверждения диагноза необходимым инструментальным методом обследования является

- назначение энтерального питания
- уменьшение дозы азатиоприна до 1 мг/кг в сутки
- увеличение дозы преднизолона до 2 мг/кг в сутки
- переливание компонентов крови

Результаты инструментального метода обследования

Предполагаемым основным диагнозом у пациента Р. является

- назначение энтерального питания
- уменьшение дозы азатиоприна до 1 мг/кг в сутки
- увеличение дозы преднизолона до 2 мг/кг в сутки
- переливание компонентов крови

Диагноз

Кожный зуд у пациента обусловлен наличием синдрома

- мезенхимального воспаления
- цитолиза
- холестаза
- печёночной недостаточности

Учитывая наличие механической желтухи при эхинококкозе печени, пациенту Р. показано

- назначение урсодезоксихолевой кислоты
- проведение химиотерапии
- применение антигистаминных препаратов
- хирургическое лечение

После операции пациенту Р. с целью профилактики рецидива, и поскольку нельзя исключить другую локализацию паразита небольших размеров, показан курс

противопаразитарной терапии албендазолом внутрь после еды по 10 мг/кг (не более 800 мг в сутки) продолжительностью

- 1 год
- 3 месяца
- 28 дней
- 1 неделя

При применении высоких доз албендазола в течение длительного времени имеется высокий риск развития

- тромбоцитопении
- гемолитической желтухи
- токсического гепатита
- алопеции

Во время химиотерапии албендазолом каждые 5-7 дней необходим контроль уровня

- гемоглобина
- лейкоцитов и трансаминаз
- эозинофилов
- общего и прямого билирубина

После хирургического лечения показано диспансерное обследование, включающее клиническое, биохимическое исследование крови, серологические реакции и инструментальное исследование (УЗИ, КТ, МРТ) с частотой

- каждый месяц
- 1 раз в 2 года
- 1 раз в 5 лет
- 1–2 раза в год

При отсутствии клинических признаков заболевания и наличии стойких отрицательных серологических реакций с диспансерного учёта снимают не ранее чем через

- 1 год
- 3 месяца
- 10 лет
- 5 лет

Наибольшему риску инфицирования эхинококком с последующим развитием эхинококкоза печени подвергаются

- только мужчины с низким социальным статусом
- путешественники в эндемические области
- не соблюдающие личную гигиену
- фермеры, выращивающие скот

Эхинококковая киста печени в ряде случаев осложняется

- только мужчины с низким социальным статусом
- путешественники в эндемические области
- не соблюдающие личную гигиену
- фермеры, выращивающие скот

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 48 лет на приеме у гастроэнтеролога

Жалобы

На ноющую боль в левой подвздошной области, не зависящую от дефекации, вздутие живота, запоры по 3-4 дня, общую слабость

Анамнез заболевания

Длительное время беспокоит неустойчивый стул, поносы чередуются с запорами. За медицинской помощью ранее не обращался. Самостоятельно принимал пробиотики при поносе и слабительные при запорах, с положительным эффектом. За последние 10 лет помимо неустойчивого стула стал отмечать периодически возникающие ноющие боли в животе, чаще в левых и нижних отделах живота, которые варьируют от незначительных до интенсивных. Для купирования боли принимал спазмолитики. Диету никогда не соблюдал, употреблял большое количество жирной и мучной пищи, газированных напитков. На протяжении последних 2 лет отмечает склонность к запорам. Амбулаторно гастроэнтерологом назначался рифаксимин курсом на 10 дней с положительным эффектом. Боль в животе в течение года после приема рифаксимины практически не беспокоила, нормализовался стул. Настоящее ухудшение состояния в течение 3 месяцев, когда вновь появилось расстройство стула и стала постепенно нарастать интенсивность боли в левых отделах живота. Обратился к гастроэнтерологу.

Анамнез жизни

- * Родился в 1971 г., в
- * Рос и развивался соответственно возрасту
- * Образование высшее, работает инженером
- * Женат, 2 детей
- * Вредные привычки: курение с 17 лет до 5 сигарет в сутки, алкоголем не злоупотребляет.
- * Аллергологический анамнез не отягощен
- * Семейный анамнез: Отец, 72 г., Гипертоническая болезнь. Мать, 70 л., холецистэктомия

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Положение активное. На вопросы отвечает правильно, ориентирован во времени, пространстве и собственной личности. Рост 171 см, вес 72 кг, индекс массы тела - $24,62 \text{ кг/м}^2$, t тела – $36,7^\circ\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, чистые. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Суставы при

осмотре не изменены. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук. Голосовое дрожание и бронхофония не изменены. При аускультации в легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Частота дыхания – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС=Пульс 76 в минуту. АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, симметричный, при пальпации болезненный в левой подвздошной области. Симптом Щеткина-Блюмберга не определяется. Кишечная перистальтика выслушивается. Стул 1 раз в 3-4 дня, без патологических примесей. Печень по данным перкуссии и пальпации на уровне края реберной дуги, край ровный, мягкий, безболезненный. Селезенка 10x7 см. Мочеиспускание не изменено. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- только мужчины с низким социальным статусом
- путешественники в эндемические области
- не соблюдающие личную гигиену
- фермеры, выращивающие скот

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- только мужчины с низким социальным статусом
- путешественники в эндемические области
- не соблюдающие личную гигиену
- фермеры, выращивающие скот

Результаты инструментальных методов обследования

Предполагаемым основным диагнозом у данного пациента является

- только мужчины с низким социальным статусом
- путешественники в эндемические области
- не соблюдающие личную гигиену
- фермеры, выращивающие скот

Диагноз

Классификационный признак клинически выраженного дивертикулеза представлен

- наличием острых осложнений
- наличием воспалительного процесса или кровотечения, источником которых является один или несколько дивертикулов ободочной кишки

- отсутствием признаков воспалительного процесса или кровотечения, источником которых является один из дивертикулов
- отсутствием каких-либо симптомов, причиной которых могут быть дивертикулы

Острое осложнение дивертикулярной болезни представлено

- рецидивирующим толстокишечным кровотечением
- перфоративным дивертикулитом
- стенозом
- свищом ободочной кишки

С целью профилактики дивертикулярной болезни рекомендуют придерживаться

+ _____ + диеты

- высокошлаковой
- бесшлаковой
- бессолевой
- аглютеновой

При дивертикулярной болезни целесообразно назначение

- омепразола
- будесонида
- пантопразола
- рифаксимина

Эффективная ликвидация клинической симптоматики достигается также путем применения месалазина в дозе + _____ + мг 2 раза в сутки, в течении 10 дней

- 400
- 100
- 150
- 50

Курс терапии месалазином повторяют ежемесячно в течение + _____ + месяцев

- 24
- 1,5
- 12
- 1

Риск развития перфоративного дивертикулита усиливает

- алкоголь
- орехи
- курение
- кофеин

Профилактика дивертикулярной болезни включает преимущественное содержание в рационе питания растительной клетчатки в количестве не менее + _____ + гр/сутки

- 12
- 10
- 25
- 5

Достоверно чаще дивертикулёз и дивертикулярная болезнь развиваются в группах пациентов с индексом массы тела \geq + _____ + кг/м²

- 12
- 10
- 25
- 5

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 47 лет на приеме у врача гастроэнтеролога

Жалобы

На частые боли в нижней половине живота, ноющего характера, не зависящие от дефекации, жидкий стул до 2-3 раз в сутки без патологических примесей, общую слабость, метеоризм.

Анамнез заболевания

Из анамнеза заболевания известно, что пациентка около 5 лет принимает нестероидные противовоспалительные препараты. Два года назад в связи с появлением ноющих болей внизу живота, жидкого стула до 2 раз в сутки обратилась в поликлинику по месту жительства, назначена колоноскопия. При исследовании - аппарат проведен в подвздошную кишку, которая осмотрена на расстоянии 10-15 см, просвет терминального отдела подвздошной кишки не изменен, слизистая оболочка розового цвета, поверхность кишки бархатистая, на протяжении 5 см от илеоцекального клапана, определяются 4 язвы размером от 3 x 3 до 5 x 5 мм, их дно покрыто фибрином, края язв отечные. Проводилось лечение: щадящая диета, Месалазин 500 мг по 2 табл х в день после еды, Буденофальк 3 мг по 1табл х 3 раза в день после еды с положительным эффектом. При контрольной колоноскопии отмечалась эндоскопическая ремиссия. Пациентка самостоятельно отменила прием Месалазина и Буденофалька. Месяц назад вновь отметила ухудшение самочувствия, когда появились вышеуказанные жалобы в связи, с чем обратилась к врачу. Пациентка госпитализирована в стационар для обследования и лечения.

Анамнез жизни

- Родилась в 1972г., в г. Москве

- Росла и развивалась соответственно возрасту

- Образование среднее, работает кассиром
- Вредные привычки: курит в течение 15 лет по 5-7 сигарет в день, злоупотребление алкоголем отрицает
- Семейное положение: замужем, двое детей
- Аллергологический анамнез: неотягощен
- Наследственный анамнез: Отец 73 года – гипертоническая болезнь, Мать – рак толстой кишки
- Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Положение активное. На вопросы отвечает правильно, ориентирована во времени, пространстве и собственной личности. Гипертенического телосложения, рост 180 см, вес 112 кг, индекс массы тела - $34,57 \text{ кг/м}^2$, t тела – $36,7^\circ\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, чистые. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Суставы при осмотре не изменены. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук. Голосовое дрожание и бронхофония не изменены. При аускультации в легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Частота дыхания – 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС=Пульс 78 в минуту. АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, симметричный, при пальпации болезненный в верхней и нижней половине живота, симптом Щеткина-Блюмберга не определяется. Кишечная перистальтика выслушивается. Стул 2-3 раз в сутки, кашицеобразный или жидкий, без патологических примесей. Печень по данным перкуссии и пальпации на уровне края реберной дуги, край ровный, мягкий, безболезненный. Селезенка 10x7 см. Мочеиспускание не изменено. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- 12
- 10
- 25
- 5

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- 12
- 10
- 25
- 5

Результаты инструментальных методов обследования

Какой предполагаемый основной диагноз у данного пациента?

- 12
- 10
- 25
- 5

Диагноз

Тяжесть атаки у данного пациента соответствует

- среднетяжелой
- тяжелой
- легкой
- средней

В качестве терапии первой линии у пациентов с Болезнью Крона илеоцекальной локализации, легкой атаки рекомендовано использовать

- будесонид
- 5-аминосалициловую кислоту
- азатиоприн
- 6- меркаптопурин

Терапевтический эффект будесонида следует оценивать через + _____ + недели

- 10-12
- 6-8
- 2-4
- 8-10

При отсутствии терапевтического эффекта будесонида для индукции ремиссии рекомендуется применять

- ферментные препараты
- системные глюкокортикостероиды
- ингибиторы протонной помпы
- прокинетики

Суммарная продолжительность лечения глюкокортикостероидами при Болезни Крона не должна превышать + _____ + недель

- 12
- 20
- 35
- 25

При наличии системных внекишечных проявлений и/или инфильтрата брюшной полости системные глюкокортикостероиды рекомендовано назначать в сочетании с

- антибиотиками
- цитостатиками
- противовирусными средствами
- ингибиторами протонной помпы

Чувствительным маркером воспаления, применяемый также в качестве способа мониторинга активности заболевания при болезни Крона является

- фекальный кальпротектин
- альбумин
- креатинин
- сывороточная амилаза

У пациентов, подвергшихся резекции участка кишечника по поводу болезни Крона обязательно проведение контрольного эндоскопического исследования через + _____ + месяцев после операции

- 12
- 10
- 6
- 16

Пациентам с болезнью Крона целесообразно выполнять исследование уровня С-реактивного белка и фекального кальпротектина каждые + _____ + месяца

- 12
- 10
- 6
- 16

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Е. 37 лет обратилась к врачу-гастроэнтерологу

Жалобы

На тяжесть и тупые боли в эпигастрии, чувство переполнения живота после еды, тошноту

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 7 месяцев. К врачам не обращалась, длительное время самостоятельно принимала антациды, спазмолитики, ферментные препараты с незначительным эффектом. В клиническом и биохимическом анализах крови, выполненных в частной лаборатории, отклонения от нормы отсутствовали. При

ультразвуковом исследовании органов брюшной полости амбулаторно в левой доле печени обнаружено кистоподобное образование размерами 44 x 49 мм, с неоднородной структурой. При эзофагогастродуоденоскопии эрозивно-язвенных изменений не выявлено. Сохранение жалоб послужило поводом обращения к врачу-гастроэнтерологу.

Анамнез жизни

- * проживает в Татарстане
- * хронические заболевания отрицает
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет
- * профессиональных вредностей нет
- * аллергических реакций не было
- * отец здоров, мать страдает калькулёзным холециститом

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Ориентирована во времени, пространстве и собственной личности. Положение активное. Телосложение нормостеническое. Рост 165 см, масса тела 62 кг. Кожные покровы смуглые, нормальной влажности. Периферических отеков нет. Лимфатические узлы не пальпируются. Суставы при осмотре не изменены. Костно-мышечная система – без видимой патологии. При сравнительной перкуссии лёгких – ясный лёгочный звук. При аускультации над лёгкими везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Частота дыхания – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 70 в минуту. АД 115/70 мм рт. ст. Живот вздут, при пальпации безболезненный. Нижний край печени не выступает за край рёберной дуги по правой срединно-ключичной линии. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Физиологические отправления сохранены.

Для уточнения местоположения и характера обнаруженной при УЗИ кисты, распространения процесса и постановки предварительного диагноза необходимо проведение

- 12
- 10
- 6
- 16

Результаты обследования

В ходе обследования в клиническом анализе крови обнаружена эозинофилия 28%. Для подтверждения предполагаемого диагноза эхинококкоза показано проведение

- 12
- 10
- 6
- 16

Результаты обследования

Какой предполагаемый основной диагноз у пациентки Е.?

- 12
- 10
- 6
- 16

Диагноз

В случае обнаружения кисты, подозрительной на эхинококковую, нужно проводить дифференциальный диагноз, прежде всего, с

- опухолью печени
- гемангиомой
- паразитарной кистой другой этиологии
- билиарной цистаденомой

Учитывая наличие одной эхинококковой кисты размерами 44 x 50 мм, пациентке Е. показано

- применение антигистаминных препаратов
- хирургическое лечение
- проведение химиотерапии
- назначение антибиотиков широкого спектра действия

После операции пациентке Е. с целью профилактики рецидива, и поскольку нельзя исключить другую локализацию паразита небольших размеров, показан курс противопаразитарной терапии албендазолом внутрь после еды по 10 мг/кг (не более 800 мг в сутки) продолжительностью

- 24 месяца
- 1 неделя
- 14 дней
- 28 дней

При применении высоких доз албендазола в течение длительного времени имеется высокий риск развития

- тромбоцитопении
- лейкоцитоза, лихорадки
- лейкопении
- желтухи

Во время химиотерапии албендазолом каждые 5-7 дней необходим контроль

- показателей крови (клинический и биохимический анализы)
- общего анализа мочи и скорости клубочковой фильтрации
- температуры тела и величины скорости оседания эритроцитов
- уровня эозинофилов

При эхинококкозе печени наиболее вероятным является развитие осложнений в виде

- гепатоцеллюлярной карциномы
- разрыва или нагноения кисты
- цирроза печени
- печёночной энцефалопатии

После хирургического лечения показано диспансерное обследование на протяжении минимум 5 лет, включающее клиническое, биохимическое исследование крови, серологические реакции и инструментальное исследование (УЗИ, КТ, МРТ) с частотой

- 1 раз в 3 года
- 1 раз в 5 лет
- каждые 3 месяца
- 1–2 раза в год

Эхинококковые кисты чаще всего локализуются в печени и в

- легких
- матке
- кишечнике
- мышцах

Неосложнённая эхинококковая киста

- легких
- матке
- кишечнике
- мышцах

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 54 лет на осмотре у врача-гастроэнтеролога

Жалобы

На боль в эпигастрии, опоясывающего характера, усиливающуюся после еды, общую слабость, полуоформленный стул 3-4 раза в день.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 5 лет, когда стала отмечать появление боли в

эпигастральной области и в левом подреберье возникающие после употребления алкоголя или приема жирной пищи. Отмечает снижение массы тела за последний год, так как длительное время жалуется на частый жидкий стул, диспансеризацию не проходила, не обследовалась, к врачу не обращалась. Настоящее ухудшение самочувствия возникло за 2 дня до обращения к врачу, накануне праздновала новоселье, вечером употребляла более 500 мл крепких спиртных напитков.

При болях принимала спазмолитик дротаверин с положительным эффектом. Обратилась к гастроэнтерологу для уточнения диагноза и подбора адекватной лекарственной терапии.

Анамнез жизни

Родилась в 1965, в г. Москве. Росла и развивалась соответственно возрасту.

Образование среднее. В настоящее время не работает.

Курение отрицает, 2-3 раза в неделю употребляет алкоголь до 250 мл водки.

Аллергические реакции отрицает. Гинекологический анамнез: менструации с 13 лет 3-5 дней, умеренные. С 54 лет менопауза. Беременностей – 1, роды – 1.

Объективный статус

Состояние средней тяжести, сознание ясное. Больная астенического телосложения, Рост 176 см, вес 58кг. ИМТ=18,7 кг/м². Кожные покровы чистые. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Костно-мышечная система – без видимой патологии.

Суставы при осмотре не изменены. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук.

Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 72 в минуту. АД 140/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптом раздражения брюшины нет.

Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Отеков нет.

Необходимыми инструментальными методами обследования для постановки более полного диагноза являются

- легких
- матке
- кишечнике
- мышцах

Результаты инструментальных методов обследования

Данной пациентке на основании жалоб, анамнеза заболевания и дополнительного обследования можно поставить диагноз

- легких
- матке
- кишечнике
- мышцах

Диагноз

Этиологическим фактором основного заболевания у пациентки является

- посттравматический рубец панкреатического протока
- наследственность
- чрезмерное употребление алкоголя
- стеноз сфинктера Одди

К типичным клиническим симптомам хронического панкреатита относят

- «голодные» боли, купирующиеся приёмом пищи
- боль в правой подвздошной области
- запор
- боль в эпигастрии, опоясывающего характера

Недостаточность внешнесекреторной функции поджелудочной железы проявляется клинически при снижении функциональной активности железы более чем на _____%

- 40
- 70
- 50
- 90

Возможным осложнением основного заболевания является

- кровотечение
- гидроторакс
- псевдокиста
- дефицит витамина B9

Пациентке показано назначение

- урсодезоксихолиевой кислоты
- ингибиторов протонной помпы
- ферментных препаратов
- антибиотиков

Модификация образа жизни при хроническом панкреатите включает

- прием низкокалорийной пищи не более 2-3 раза в день
- ограничение жиров
- частое дробное питание (5-6 раз в день)
- ограничение белков

Увеличение уровня глюкозы плазмы крови при данном заболевании является признаком

- инсулинорезистентности
- сахарного диабета 1 типа
- осложнения панкреатита
- сахарного диабета 2 типа

К внепанкреатическим причинам гиперAMILаземии и гиперAMILазурии относится

- почечная недостаточность
- печеночная недостаточность
- плеврит
- болезнь Крона

Показанием к проведению хирургического вмешательства при осложнениях хронического панкреатита является

- эрозивный рефлюкс-эзофагит
- упорная диарея
- экзокринная панкреатическая недостаточность
- дуоденальная непроходимость

Профилактика обострений хронического панкреатита включает

- эрозивный рефлюкс-эзофагит
- упорная диарея
- экзокринная панкреатическая недостаточность
- дуоденальная непроходимость

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент П. 24 года на осмотре у врача-гастроэнтеролога

Жалобы

На боль в правой подвздошной области через 2-2,5 часа после еды, жидкий стул до 3-5 раз в сутки, выраженную общую слабость.

Анамнез заболевания

Считает себя больным последние 5 лет, когда впервые почувствовал боль в правой подвздошной области через 2 часа после еды, жидкий стул до 3х раз в сутки. Продолжал активный образ жизни. При обращении в поликлинику, был направлен терапевтом на определение уровня фекального кальпротектина, который составил 541 мкг/гр. Получал терапию Месаколом 4 месяца, с клиническим улучшением. Терапия была прекращена. На протяжении последующих лет продолжали периодически беспокоить диарея, боли в правой половине живота. В настоящий момент обратился к врачу за дообследованием, уточнением диагноза и подбором адекватного лечения.

Анамнез жизни

Родился в 1995 году в г. Москве.

- Рос и развивался в соответствии с возрастом.
- Материально-бытовые условия удовлетворительные.
- Образование: высшее

Вредные привычки:

- Курение - отрицает
- Употребление алкоголя - отрицает

Наследственный анамнез: у отца Болезнь Крона

Аллергологический анамнез: не отягощен.

Перенесенные заболевания: детские инфекции.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное. Рост 165 см, вес 66кг.

ИМТ=24,2 кг/м². Кожные покровы чистые. Развитие подкожно-жирового слоя:

умеренное. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Костно-мышечная система – без видимой патологии. Суставы при осмотре не изменены. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 72 в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в околопупочной и илеоцекальной области. Симптомов раздражения брюшины нет.

Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Отеков нет. Стул жидкий до 5 раз в сутки, с примесью алой крови.

Необходимым для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- эрозивный рефлюкс-эзофагит
- упорная диарея
- экзокринная панкреатическая недостаточность
- дуоденальная непроходимость

Результаты инструментальных методов обследования

Дифференциальный диагноз заболевания необходимо проводить с острыми кишечными инфекциями и

- антибиотико-ассоциированными поражениями кишечника (Cl. Difficile)
- острым геморроем
- хроническим билиарным панкреатитом
- целиакией

Данному пациенту на основании жалоб и дополнительного обследования можно поставить диагноз

- антибиотико-ассоциированными поражениями кишечника (Cl. Difficile)
- острым геморроем
- хроническим билиарным панкреатитом
- целиакией

Диагноз

Одним из критериев достоверного диагноза болезни Крона по Lennard-Jones является

- эрозивное поражение слизистой оболочки кишки
- наличие эпителиоидной гранулемы
- непрерывный характер поражения
- избыточное образование желчных кислот

К внекишечным осложнениям болезни Крона относят

- артрит или артралгию
- тубоотит
- гастрит
- мастоидит

Гормональная резистентность - это

- сохранение активности заболевания, несмотря на в/в введение ГКС в дозе, эквивалентной 1 мг/кг/сутки, в течение более чем 7 дней
- отсутствие положительной динамики клинических и лабораторных показателей, несмотря на системное введение глюкокортикостероидов (ГКС) в дозе, эквивалентной 2 мг/кг массы тела преднизолона, в течение более чем 7 дней
- необходимость одновременного применения глюкокортикостероидов и иммуносупрессоров
- необходимость одновременного применения глюкокортикостероидов и НПВС

Вероятность клинически значимого рецидива после хирургического лечения болезни Крона в течение 5 лет, у пациентов без поддерживающего лечения + _____ + %

- 50-63
- 72-87
- 28-45
- 12-17

К «симптомам тревоги» органического заболевания кишечника относят

- болезнь Крона у родственников
- икоту, отрыжку
- тошноту, рвоту кислым содержимым
- боль в подвздошной области с иррадиацией по внутренней поверхности бедра

В качестве медикаментозного лечения показано назначение

- будесонида 9 мг/сутки
- преднизолона 120 мг/сутки
- кларитромицина 500 мг 2 раза в день; амоксициллина 2000 мг 2 раза в день
- ингибитора протонного насоса в стандартной дозе 2 раза в сутки

Для оценки консистенции кала используют бристольскую шкалу кала, включающая

+ _____ + типов

- 7
- 4
- 6
- 5

К необходимому минимуму вакцинопрофилактики больных, получающих биологическую терапию, относят

- брюшнотифозную вакцину
- трехвалентную вакцину против вируса гриппа
- вакцинацию против столбняка
- рекомбинантную вакцину против HCV

К факторам риска развития оппортунистических инфекций относится терапия

- брюшнотифозную вакцину
- трехвалентную вакцину против вируса гриппа
- вакцинацию против столбняка
- рекомбинантную вакцину против HCV

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка И. 26 лет госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение

Жалобы

- полуоформленный стул до 3-х раз в день
- умеренно выраженная боль в правых отделах живота
- вздутие живота, усиливающееся после еды
- повышение температуры до 37,2-37,4^oС
- похудание на 6 кг за последние полгода
- возникновение «язвочек» на внутренней поверхности щек

Анамнез заболевания

Считает себя больной на протяжении последних шести месяцев, когда стала возникать боль в животе, больше справа, вздутие живота, участился стул 2-3 раз в сутки, в том числе

и ночью, периодически повышалась температура до субфебрильных цифр, пациентка стала терять вес, позднее отметила появление «язвочек» на слизистой оболочке щёк. За медицинской помощью не обращалась, самостоятельно принимала спазмолитики, ферменты без эффекта. К указанным выше симптомам присоединилась выраженная слабость, утомляемость, что послужило поводом для обращения к врачу. Амбулаторно исключены кишечные инфекции и гельминтозы.

Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально.
- Работает дизайнером.
- Семейное положение: не замужем, детей нет.
- Наследственность: отец, умер в 56 лет от инфаркта миокарда; Мать, 48 лет – здорова.
- Не курит, употребление алкоголя и психоактивных веществ отрицает.
- Лекарственные средства с настоящим момент не принимает.
- Гинекологический анамнез: менструации с 13 лет регулярные, не обильные по 5 дней, беременностей и родов не было. Наличие гинекологических заболеваний отрицает.
- Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное. Температура тела 36,6°C. Рост 165 см, вес 48 кг. ИМТ 17,6 кг/м². Отеков нет. Кожные покровы обычной окраски и влажности, чистые. На слизистой внутренних поверхностей щек афты. Над легкими дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17 в минуту. Тоны сердца ритмичные. PS = ЧСС = 69 ударов в минуту. АД 120 и 80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации болезненный по ходу толстой кишки. Печень, селезенка не увеличены. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

К лабораторным методам обследования, которые следует назначить пациентке, относятся

- брюшнотифозную вакцину
- трехвалентную вакцину против вируса гриппа
- вакцинацию против столбняка
- рекомбинантную вакцину против HCV

Результаты лабораторных методов обследования

К инструментальным методам исследования, которые следует назначить пациентке, относятся

- брюшнотифозную вакцину
- трехвалентную вакцину против вируса гриппа
- вакцинацию против столбняка
- рекомбинантную вакцину против HCV

Результаты инструментальных методов исследования

На основании жалоб, данных анамнеза, физикального, лабораторного и инструментального методов обследования можно поставить диагноз

- брюшнотифозную вакцину
- трехвалентную вакцину против вируса гриппа
- вакцинацию против столбняка
- рекомбинантную вакцину против HCV

Диагноз

Для уточнения диагноза пациентке необходим следующий дополнительный метод обследования

- брюшнотифозную вакцину
- трехвалентную вакцину против вируса гриппа
- вакцинацию против столбняка
- рекомбинантную вакцину против HCV

Результаты обследования

С учетом результатов дополнительного исследования диагноз будет выглядеть следующим образом

- диагноз останется без изменений
- Болезнь Крона в форме терминального илеита. Стриктура терминального отдела подвздошной кишки с нарушением кишечной проходимости
- Болезнь Крона в форме илеоколита. Стриктура терминального отдела подвздошной кишки без нарушения кишечной проходимости
- Болезнь Крона в форме терминального илеита. Стриктура терминального отдела подвздошной кишки без нарушения кишечной проходимости

Клиническая картина заболевания соответствует

- легкой атаке
- ремиссии
- среднетяжелой атаке
- тяжелой атаке

Пациентке следует назначить

- преднизолон 35 мг или метилпреднизолон 30 мг в сутки
- будесонид 9 мг в сутки в комбинации с иммуносупрессорами
- будесонид 9 мг в сутки
- биологическую терапию

Эффект от терапии глюкокортикостероидами при лечении среднетяжелой атаки следует оценить через + ____ + недели /недель

- 6-8
- 2-4
- 1-3
- 10-12

Суммарная продолжительность терапии глюкокортикостероидами не должна превышать

- 12 недель
- 2 месяцев
- 24 недель
- 1 месяца

У пациентки определяется такое проявление болезни Крона как

- гангренозная пиодермия
- афтозный стоматит
- склерит
- узловатая эритема

Афтозный стоматит является

- аутоиммунным заболеванием, связанным с активностью болезни Крона
- аутоиммунным заболеванием, не связанным с активностью болезни Крона
- заболеванием, обусловленным метаболическими нарушениями
- заболеванием, обусловленным длительным воспалением

К критериям достоверного диагноза по Lennard-Jones относится

- аутоиммунным заболеванием, связанным с активностью болезни Крона
- аутоиммунным заболеванием, не связанным с активностью болезни Крона
- заболеванием, обусловленным метаболическими нарушениями
- заболеванием, обусловленным длительным воспалением

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка С. 34 лет госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение

Жалобы

- на схваткообразную боль в правых отделах живота, уменьшающуюся после дефекации
- вздутие живота, усиливающееся в течение дня
- неоформленный стул до 3-4 раз в день, чаще в первой половине дня, иногда с

примесью слизи, гематокезии и ночной диареи нет
- жжение в эпигастрии после еды

Анамнез заболевания

Ухудшение самочувствия в виде возникновения жалоб на схваткообразную боль в животе, вздутие живота, неоформленный стул отмечает на протяжении последнего года, начало заболевания связывает с психоэмоциональным стрессом. Около шести месяцев назад присоединились жалобы на жжение в эпигастрии. Обращалась за медицинской помощью, обследована. Общий, биохимический анализы крови – без существенных отклонений от нормы, по данным УЗИ органов брюшной полости – лабильный перегиб желчного пузыря, по данным ЭГДС - хронический гастродуоденит, тест для определения *Helicobacter pylori* не проводился. Кишечные инфекции и паразитарные инвазии исключены. Получала лечение обволакивающими препаратами, ферментами – без эффекта, антисекреторными препаратами, спазмолитиками с умеренно выраженным неустойчивым эффектом. После прекращения приема препаратов – жалобы возобновлялись. Течение заболевания волнообразное, с периодами ухудшения самочувствия и ремиссии. Госпитализирована для дообследования и лечения.

Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально
- Работает медсестрой
- Семейное положение: замужем, детей нет
- Наследственность: отец – 58 лет, страдает гипертонической болезнью; мать – 57 лет, здорова; сестра - 31 год, псориаз
- Не курит, употребление алкоголя и психоактивных веществ отрицает
- Лекарственные средства с настоящим момент не принимает
- Гинекологический анамнез: менструации с 13 лет не обильные, по 3 дня, регулярные. Беременностей и родов не было. Гинекологические заболевания отрицает.
- Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное. Температура тела 36,6°C. Рост 170 см, вес 64 кг. ИМТ= 22,15 кг/м². Отеков нет. Кожные покровы нормальной окраски и влажности, видимые слизистые не изменены. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧД 16 в минуту. Тоны сердца ритмичны, пульс = ЧСС = 68 ударов в минуту. АД 110 и 80мм рт.ст. Живот в акте дыхания участвует всеми отделами, умеренно вздут, при аускультации выслушивается ослабленная симметричная перистальтика, при перкуссии – тимпанит, при пальпации – определяется болезненность по ходу толстой кишки. Печень, селезенка не увеличены. Симптомов раздражения брюшины нет. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Диурез не изменен.

Лабораторными методами обследования, которые составляют диагностический минимум при наличии симптомов синдрома раздраженного кишечника и отсутствии «симптомов тревоги» считаются

- аутоиммунным заболеванием, связанным с активностью болезни Крона
- аутоиммунным заболеванием, не связанным с активностью болезни Крона
- заболеванием, обусловленным метаболическими нарушениями
- заболеванием, обусловленным длительным воспалением

Результаты лабораторных методов обследования

Данной пациентке показаны инструментальные исследования

- аутоиммунным заболеванием, связанным с активностью болезни Крона
- аутоиммунным заболеванием, не связанным с активностью болезни Крона
- заболеванием, обусловленным метаболическими нарушениями
- заболеванием, обусловленным длительным воспалением

Результаты инструментальных методов обследования

Данной пациентке на основании жалоб, данных анамнеза, физикального, лабораторного и инструментального методов обследования можно поставить диагноз - Синдром раздраженного кишечника

- аутоиммунным заболеванием, связанным с активностью болезни Крона
- аутоиммунным заболеванием, не связанным с активностью болезни Крона
- заболеванием, обусловленным метаболическими нарушениями
- заболеванием, обусловленным длительным воспалением

Диагноз

Вздутие живота при синдроме раздраженного кишечника

- возникает только после приема продуктов, содержащих глютен
- возникает независимо от времени суток, в том числе ночью
- продолжается в течение всего дня с равномерной интенсивностью
- менее выражено в утренние часы, нарастает в течение дня, усиливается после еды

Предъявляемые пациенткой жалобы характерны для

- целиакии
- синдрома раздраженного кишечника
- воспалительного заболевания кишечника
- синдрома раздраженного кишечника в сочетании с функциональной диспепсией

Диагнозу функционального заболевания ЖКТ на первом этапе диагностического поиска не вполне соответствует

- пол и возраст пациентки
- отсутствие эффекта от назначения обволакивающих препаратов и ферментов

- изменение в статусе (ослабление перистальтики при аускультации, тимпанит при перкуссии)
- длительное волнообразное течение заболевания

В связи с выявленным синдромом избыточного бактериального роста в схему лечения следует добавить

- рифаксимин
- линкомицин
- амоксициллин
- кларитромицин

В схему лечения данной пациентки не показано включение

- регуляторов моторики
- ингибиторов секреции
- ферментов
- рифаксимины

Пациентам с синдромом раздраженного кишечника показана диета

- общая
- высокобелковая
- элиминационная или аглютеновая
- с механическим и химическим щажением

Микроскопический колит более вероятен, чем синдром раздраженного кишечника, если наблюдается

- усиление перистальтики у лиц любого возраста
- изолированная хроническая диарея без болевого синдрома у лиц старшего возраста
- выраженный синдром мальабсорбции у детей
- изолированная абдоминальная боль у лиц среднего возраста

Заболеванием, с которым чаще всего сочетается синдром раздраженного кишечника, является

- гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
- функциональная диспепсия
- депрессивное расстройство
- тревожное расстройство

В целях реабилитации пациентам с синдромом раздраженного кишечника рекомендуется

- гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

- функциональная диспепсия
- депрессивное расстройство
- тревожное расстройство

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка С. 33 лет госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение

Жалобы

- схваткообразная боль в правых отделах живота, уменьшающаяся после дефекации
- вздутие живота, усиливающееся в течение дня
- задержка стула до 3-4 дней, при дефекации стул плотный, требуется дополнительное натуживание, иногда остается ощущение неполного опорожнения кишечника
- периодически отмечает примесь слизи и неизменной крови в кале.

Анамнез заболевания

Ухудшение самочувствия в виде возникновения жалоб на схваткообразную боль в животе, вздутие живота, запоры отмечает на протяжении последнего года, начало заболевания связывает с психоэмоциональным стрессом. Полгода назад обращалась за медицинской помощью. Обследована. Общий, биохимический анализы крови – без существенных отклонений от нормы, по данным ЭГДС - хронический гастродуоденит, тест для определения *Helicobacter pylori* отрицательный, при исследовании биоптата нижней части двенадцатиперстной кишки атрофии ворсин, изменения глубины крипт, гиперплазии лимфоидных фолликулов не выявлено. Получала лечение обволакивающими препаратами, ферментами, слабительными, увеличивающими объем каловых масс – без эффекта, при назначении стимулирующих слабительных отмечала учащение стула до 3-4 раз в неделю, однако в связи с усилением боли в животе прием препаратов данной группы отменила самостоятельно.

Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально
- Работает бухгалтером
- Семейное положение: замужем, есть сын.
- Наследственность: отец, 61 год - страдает ГБ; Мать, 57 лет – страдает хроническим запором, сын, 3 года - здоров
- Не курит, употребление алкоголя и психоактивных веществ отрицает
- Лекарственные средства с настоящим момент не принимает
- Гинекологический анамнез: менструации с 12 лет регулярные, не обильные по 4 дня, 1 беременность, 1 естественные роды. Наличие гинекологических заболеваний отрицает.
- Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное. Температура тела 36,6°C. Рост 167 см, вес 56 кг. ИМТ 20,07 кг/м². Отеков нет. Кожные покровы нормальной

окраски и влажности, видимые слизистые не изменены. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧД 16 в минуту. Тоны сердца ритмичны, пульс = ЧСС = 69 ударов в минуту. АД 110 и 70мм рт.ст. Живот в акте дыхания участвует всеми отделами, умеренно вздут, при пальпации – определяется болезненность по ходу толстой кишки. Печень, селезенка не увеличены. Симптомов раздражения брюшины нет. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Диурез не изменен.

К лабораторным методам обследования, которые следует назначить пациентке, относятся

- гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
- функциональная диспепсия
- депрессивное расстройство
- тревожное расстройство

Результаты лабораторных методов обследования

К инструментальным методам исследования, которые следует назначить пациентке, относятся

- гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
- функциональная диспепсия
- депрессивное расстройство
- тревожное расстройство

Результаты инструментальных методов обследования

На основании жалоб, данных анамнеза, физикального, лабораторного и инструментального методов обследования можно поставить диагноз

- гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
- функциональная диспепсия
- депрессивное расстройство
- тревожное расстройство

Диагноз

В пользу функциональной природы заболевания свидетельствует

- консистенция стула 6-7 типа по Бристольской шкале
- отсутствие изменений показателей по данным лабораторной и инструментальной диагностики
- уменьшение частоты стула
- схваткообразная боль в животе, уменьшающаяся после акта дефекации, усиливающаяся после приема слабительных

Диагнозу функционального заболевания ЖКТ на первом этапе диагностического поиска не вполне соответствует

- гематохезия
- пол и возраст пациентки
- отсутствие эффекта от слабительных препаратов
- боль в животе

Жалобой, позволяющей заподозрить именно синдром раздраженного кишечника, а не функциональный запор, является

- ощущение неполного опорожнения кишечника
- примесь слизи и неизменной крови в кале
- схваткообразная боль в правых отделах живота, уменьшающаяся после дефекации
- вздутие живота, усиливающееся в течение дня

Лечебной тактикой для данной пациентки, с учетом неэффективности двух групп слабительных препаратов в анамнезе, является

- повторное назначение слабительных, которые увеличивают объем каловых масс
- назначение пруклоприда
- назначение осмотических слабительных
- продолжение терапии стимулирующими слабительными

Максимальная продолжительность курса лечения препаратами, стимулирующими слабительными, такими как бисакодил, составляет

- 10-14 дней
- 6 месяцев
- 21-28 дней
- 14-21 дня

Группа препаратов, к которой относится пруклоприд, - это

- слабительные средства, увеличивающие объем каловых масс
- прокинетики из группы агонистов 5-НТ4-рецепторов
- осмотические слабительные средства
- слабительные средства, стимулирующие моторику кишки

К дополнительным инструментальным исследованиям, выполняемым при неэффективности адекватной терапии относится

- исследование времени транзита содержимого по толстой кишке методом рентгеноконтрастных маркеров
- мультиспиральная компьютерная томография брюшной полости без внутривенного контрастирования
- колоноскопия с биопсией

- мультиспиральная компьютерная томография брюшной полости с внутривенным контрастированием

Запору соответствует + _____ + тип изменения консистенции кала по Бристольской шкале

- 3-4
- 5-6
- 6-7
- 1-2

К причинам развития вторичного запора относят

- 3-4
- 5-6
- 6-7
- 1-2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка С. 32 лет госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение

Жалобы

- полуоформленный стул 2-3 раза в день
- иногда с примесью крови и слизи в кале
- боль в левых отделах живота
- вздутие живота, усиливающееся после еды

Анамнез заболевания

Считает себя больной на протяжении года, когда появилось учащение стула до 2-3 раз в сутки, в том числе и ночью, примесь слизи и крови в стуле, вздутие живота, боль в животе без четкой локализации. Были исключены гельминтозы и кишечные инфекции. При обследовании в анализах крови отмечалось повышение уровня СРБ до 3 норм. При колоноскопии выявлены язвенные дефекты слизистой оболочки толстой кишки, контактная кровоточивость; взяты биопсии из подвздошной кишки и всех отделов толстой кишки. При гистологическом исследовании биоптатов подвздошной кишки существенных изменений не обнаружено, в биоптатах толстой кишки - хронический активный колит, криптит, наличие крипт-абсцессов и лимфоидные скопления. Получала месалазин с хорошим эффектом. Ухудшение самочувствия – около месяца, когда постепенно участился стул, стали возникать эпизоды гематохезии, связывает с самостоятельной отменой месалазина.

Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально

- Работает инженером
- Семейное положение: замужем, есть дочь.
- Наследственность: отец, 59 лет - страдает болезнью Крона; Мать, 57 лет – здорова, дочь, 10 лет - здорова
- Не курит, употребление алкоголя и психоактивных веществ отрицает
- Лекарственные средства с настоящим момент не принимает
- Гинекологический анамнез: менструации с 11 лет регулярные, не обильные по 5 дней, 1 беременность, 1 естественные роды. Наличие гинекологических заболеваний отрицает.
- Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное. Температура тела 36,6°C. Рост 170 см, вес 52 кг. ИМТ 17,9 кг/м². Отеков нет. Кожные покровы обычной окраски и влажности, чистые. Над легкими дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17 в минуту. Тоны сердца ритмичные. PS = ЧСС = 70 ударов в минуту. АД 110 и 70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации болезненный по ходу толстой кишки. Печень, селезенка не увеличены. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

К лабораторным методам обследования, которые следует назначить пациентке, относятся

- 3-4
- 5-6
- 6-7
- 1-2

Результаты лабораторных методов обследования

К инструментальным методам исследования, которые следует назначить пациентке, относятся

- 3-4
- 5-6
- 6-7
- 1-2

Результаты инструментальных методов исследования

На основании жалоб, данных анамнеза, физикального, лабораторного и инструментального методов обследования можно поставить диагноз

- 3-4
- 5-6
- 6-7
- 1-2

Диагноз

К критериям тяжести текущей атаки язвенного колита по Truelove-Whitts относится

- наличие слизи в кале
- частота дефекаций с кровью
- объем крови в кале
- количество лейкоцитов в крови

У пациентки тяжесть текущей атаки можно определить как

- легкую
- ремиссию заболевания
- тяжелую
- средней тяжести

Эндоскопическая картина заболевания у пациентки согласно индексу Мейо соответствует

- неактивному заболеванию
- минимальной активности заболевания
- выраженной активности заболевания
- умеренной активности заболевания

Пациентке следует назначить

- глюкокортикостероиды
- цитостатические препараты
- препараты 5-аминосалициловой кислоты
- биологическую терапию

Эффект терапии месалазином следует оценить через + ____ + недели/ недель

- 2
- 12
- 6-8
- 4

При достижении эффекта проводимой терапии через 2 недели необходимо

- завершить терапию
- продолжать терапию неопределенное время
- уменьшить дозу месалазина в 2 раза
- продолжить терапию до 6-8 недель

При достижении клинической ремиссии через 6-8 недель следует

- уменьшить дозу перорального месалазина в 2 раза

- завершить терапию
- продолжить терапию только местными формами месалазина
- продолжать терапию месалазином в прежней дозе

Терапией выходного дня при легкой форме язвенного колита называют

- введение месалазина в клизмах 2 раза в неделю
- применение пролонгированных пероральных форм месалазина 2 раза в неделю
- пероральный прием глюкокортикостероидов 1 раз в неделю
- введение местных форм глюкокортикостероидов 2 раза в неделю

К внекишечным проявлениям язвенного колита относят

- введение месалазина в клизмах 2 раза в неделю
- применение пролонгированных пероральных форм месалазина 2 раза в неделю
- пероральный прием глюкокортикостероидов 1 раз в неделю
- введение местных форм глюкокортикостероидов 2 раза в неделю

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 33 лет на приеме у врача-гастроэнтеролога.

Жалобы

- * жидкий стул до 8 раз в сутки без патологических примесей
- * боль в правой подвздошной области, усиливающаяся через 1,5-2 ч после еды
- * вздутие живота
- * общую слабость

Анамнез заболевания

Год назад отметил появление жидкого стула до 4-5 раз сутки. Так как общее самочувствие было удовлетворительным, пациент к врачам не обращался. Ухудшение самочувствия в течение месяца, когда отметил учащение стула, появление боли в животе, вздутия живота. Обратился на консультацию.

Анамнез жизни

- * хронические заболевания отрицает
- * курит в течение 12 лет по 1 пачке сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет
- * профессиональных вредностей не имеет
- * аллергологический анамнез не отягощен
- * отец здоров, мать страдает гипертонической болезнью

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 185 см, масса тела 86 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при

пальпации болезненный в правой подвздошной области, пальпируется несколько утолщенный, болезненный терминальный отдел подвздошной кишки. Симптомы раздражения брюшины не определяются. Перкуторные размеры печени, селезенки не увеличены. Мочеиспускание не изменено. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Лабораторными методами обследования, необходимыми для постановки диагноза, являются

- введение месалазина в клизмах 2 раза в неделю
- применение пролонгированных пероральных форм месалазина 2 раза в неделю
- пероральный прием глюкокортикостероидов 1 раз в неделю
- введение местных форм глюкокортикостероидов 2 раза в неделю

Результаты лабораторных методов обследования

Инструментальными методами обследования, необходимыми для постановки диагноза, являются

- введение месалазина в клизмах 2 раза в неделю
- применение пролонгированных пероральных форм месалазина 2 раза в неделю
- пероральный прием глюкокортикостероидов 1 раз в неделю
- введение местных форм глюкокортикостероидов 2 раза в неделю

Результаты инструментальных методов обследования

Какой предполагаемый основной диагноз?

- введение месалазина в клизмах 2 раза в неделю
- применение пролонгированных пероральных форм месалазина 2 раза в неделю
- пероральный прием глюкокортикостероидов 1 раз в неделю
- введение местных форм глюкокортикостероидов 2 раза в неделю

Диагноз

Дифференциальный диагноз необходимо проводить с

- синдромом Пейтца-Егерса
- гастриномой
- болезнью Аддисона
- паразитарной инфекцией

При болезни Крона илеоцекальной локализации, среднетяжелой атаке показана терапия глюкокортикостероидами в сочетании с

- карбапенемами
- препаратами железа

- цитостатиками
- инсулиносенситайзерами

При тяжелой атаке болезни Крона любой локализации азатиоприн назначается в дозе + _____ + мг/кг

- 1,5-2
- 0,5-1
- 2-2,5
- 1

Суммарная продолжительность терапии глюкокортикостероидами не должна превышать + _____ + недель

- 12
- 8
- 16
- 6

При назначении терапии глюкокортикостероидами рекомендован сопутствующий прием

- инсулиносенситайзеров
- урсодезоксихолевой кислоты
- препаратов кальция
- ферментных препаратов

Действие тиопуринов, обусловленное терапевтической концентрацией препарата в организме, развивается, в среднем, в течение

- 3 месяцев
- 3 недель
- 1 недели
- 6 месяцев

Минимальная продолжительность поддерживающей терапии иммуносупрессорами при тяжелом течении болезни Крона составляет

- 6 месяцев
- 1 год
- 2 года
- 4 года

К факторам риска развития оппортунистических инфекций при болезни Крона относится

- ревматоидный артрит

- алкоголизм
- фибрилляция предсердий
- остеопороз

К внекишечным проявлениям болезни Крона относят

- ревматоидный артрит
- алкоголизм
- фибрилляция предсердий
- остеопороз

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 26 лет на приеме у врача-гастроэнтеролога

Жалобы

- * жидкий стул до 5 раз в сутки без патологических примесей
- * боль в правой подвздошной области, усиливающаяся через 1,5-2 ч после еды
- * потеря веса
- * вздутие живота
- * общую слабость

Анамнез заболевания

Год назад отметил появление жидкого стула до 3 раз сутки. Так как общее самочувствие было удовлетворительным, пациент к врачам не обращался. Ухудшение самочувствия в течение 2 месяцев, когда отметил учащение стула, появление боли в животе, вздутия живота. Похудел за два месяца на 6 кг. Обратился на консультацию.

Анамнез жизни

- * хронические заболевания отрицает
- * курит в течение 12 лет по 1 пачке сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет
- * профессиональных вредностей не имеет
- * аллергологический анамнез не отягощен
- * отец здоров, мать страдает гипертонической болезнью

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 185 см, масса тела 80 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 74 в 1 мин, АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации болезненный в правой подвздошной области, пальпируется несколько утолщенный, болезненный терминальный отдел подвздошной кишки. Симптомы раздражения брюшины не определяются. Перкуторные размеры печени, селезенки не увеличены. Мочеиспускание не изменено. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Лабораторными методами обследования, необходимыми для постановки диагноза, являются

- ревматоидный артрит
- алкоголизм
- фибрилляция предсердий
- остеопороз

Результаты лабораторных методов обследования

Инструментальными методами обследования, необходимыми для постановки диагноза, являются

- ревматоидный артрит
- алкоголизм
- фибрилляция предсердий
- остеопороз

Результаты инструментальных методов обследования

Какой предполагаемый основной диагноз?

- ревматоидный артрит
- алкоголизм
- фибрилляция предсердий
- остеопороз

Диагноз

Дифференциальный диагноз необходимо проводить с

- болезнью Аддисона
- синдромом Пейтца-Егерса
- иерсиниозом
- гастриномой

При болезни Крона илеоцекальной локализации, легкой атаке, в качестве терапии первой линии рекомендуется применять

- метотрексат 25 мг/нед
- преднизолон 60 мг/сут
- будесонид 9 мг/сут
- азатиоприн 2-2,5 мг/кг

Терапевтический эффект будесонида следует оценивать через

- 2 месяца

- 1 неделю
- 2-4 недели
- 3 месяца

Максимальная продолжительность гормональной терапии не должна превышать + _____ + недель

- 8
- 6
- 2
- 12

При назначении гормональной терапии рекомендован сопутствующий прием

- ферментных препаратов
- инсулиносенситайзеров
- ингибиторов протонной помпы
- урсодезоксихолевой кислоты

Для поддерживающей терапии не следует применять

- глюкокортикостероиды
- иммуносупрессоры
- биологические препараты
- 5-аминосалициловую кислоту

О гормональной зависимости свидетельствует возникновение рецидива болезни в течение + _____ + после окончания терапии глюкокортикостероидами

- 6 месяцев
- 1 года
- 3 месяцев
- 2 лет

К факторам риска развития оппортунистических инфекций при болезни Крона относится

- ревматоидный артрит
- остеопороз
- сахарный диабет
- фибрилляция предсердий

К внекишечным проявлениям болезни Крона относится

- ревматоидный артрит
- остеопороз
- сахарный диабет

- фибрилляция предсердий

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 27 лет на приеме у врача-гастроэнтеролога

Жалобы

- * жидкий стул до 6-8 раз в сутки без патологических примесей
- * ноющую боль в правой подвздошной области
- * эпизоды повышения температуры до 38°C
- * боли в крупных суставах
- * общую слабость

Анамнез заболевания

Два года назад отметила появление жидкого стула до 3-4 раз сутки. Так как общее самочувствие было относительно удовлетворительным, к врачам не обращалась, периодически принимала противодиарейные препараты. Полгода назад отметила появление ноющей боли в животе, боли в крупных суставах, эпизоды подъема температуры до 38°C, учащение стула. Обратилась на консультацию.

Анамнез жизни

- * хронические заболевания отрицает
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет
- * профессиональных вредностей не имеет
- * аллергологический анамнез не отягощен
- * отец здоров, мать страдает гипертонической болезнью

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 168 см, масса тела 56 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации болезненный в правой подвздошной области; пальпируется болезненный, несколько утолщенный, терминальный отдел подвздошной кишки. Симптомы раздражения брюшины не выявлены. По данным перкуссии и пальпации размеры печени, селезенки не увеличены. Мочеиспускание не изменено. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Лабораторными методами обследования, необходимыми для постановки диагноза, являются

- ревматоидный артрит
- остеопороз
- сахарный диабет
- фибрилляция предсердий

Результаты лабораторных методов обследования

Инструментальными методами обследования, необходимыми для постановки диагноза, являются

- ревматоидный артрит
- остеопороз
- сахарный диабет
- фибрилляция предсердий

Результаты инструментальных методов обследования

Какой предполагаемый основной диагноз?

- ревматоидный артрит
- остеопороз
- сахарный диабет
- фибрилляция предсердий

Диагноз

Дифференциальный диагноз необходимо проводить с

- синдромом Пейтца-Егерса
- болезнью Аддисона
- гастриномой
- туберкулезом кишечника

При болезни Крона илеоцекальной локализации, среднетяжелой атаке, показана терапия глюкокортикостероидами в сочетании с

- препараты железа
- цитостатиками
- гипогликемическими препаратами
- карбапенемами

При активной болезни Крона со стероидорезистентностью, стероидозависимостью или при неэффективности иммуносупрессоров рекомендуется лечение

- глюкокортикостероидами в высоких дозах
- антибактериальными препаратами
- средствами биологической терапии
- циклоспорином А

Индукционный курс терапии адалимумабом подразумевает подкожное введение препарата в первоначальной суточной дозе + _____ + мг

- 40
- 160
- 2000
- 320

Для повышения эффективности лечения инфликсимабом рекомендуется сочетать его с назначением

- иммуносупрессоров
- производных 5-аминосалициловой кислоты
- глюкокортикостероидов
- антибактериальных препаратов

Действие тиопуринов, обусловленное терапевтической концентрацией препарата в организме, развивается, в среднем, в течение

- 3 месяцев
- 1 недели
- 6 месяцев
- 3 недель

Минимальный рекомендуемый срок поддерживающей терапии иммуносупрессорами составляет

- 6 месяцев
- 2 года
- 4 года
- 1 год

Большинству пациентов с болезнью Крона рекомендовано проводить исследование уровня С-реактивного белка с периодичностью 1 раз в

- неделю
- 3 месяца
- 6 месяцев
- в год

К внекишечным проявлениям болезни Крона относится

- неделю
- 3 месяца
- 6 месяцев
- в год

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 38 лет на приеме у врача-гастроэнтеролога

Жалобы

- * жидкий стул до 6-7 раз в сутки с примесью крови и слизи;
- * повышение температуры тела до 37,5°C;
- * боли в голеностопных и локтевых суставах;
- * общую слабость;

Анамнез заболевания

Около двух месяцев назад отметила повышение температуры, появление боли в суставах. Проводилось несколько курсов антибактериальной терапии, на фоне которой отметила появления неоформленного стула. Периодически принимала противодиарейные препараты без существенного эффекта. Обратилась на консультацию.

Анамнез жизни

- * хронические заболевания отрицает.
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- * профессиональных вредностей не имеет.
- * аллергологический анамнез не отягощен.
- * наследственный анамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 168 см, масса тела 54 кг. Кожные покровы бледные, обычной влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 86 в 1 мин, АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации болезненный в нижних отделах, отделы толстой кишки мягкоэластической консистенции, умеренно болезненные. Симптомы раздражения брюшины не определяются. По данным перкуссии размеры печени и селезенки не увеличены. Мочеиспускание не изменено. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Лабораторными методами обследования, необходимыми для постановки диагноза, являются

- неделю
- 3 месяца
- 6 месяцев
- в год

Результаты лабораторных методов обследования

Инструментальными методами обследования, необходимыми для постановки диагноза, являются

- неделю
- 3 месяца

- 6 месяцев
- в год

Результаты инструментальных методов обследования

Какой предполагаемый основной диагноз?

- неделю
- 3 месяца
- 6 месяцев
- в год

Диагноз

Дифференциальный диагноз необходимо проводить с

- синдромом Пейтца-Егерса
- болезнью Аддисона
- кишечными инфекциями
- гастриномой

При тяжелой атаке язвенного колита рекомендуется терапия

- циклоспорином 10 мг/кг/сут. per os
- месалазином 1 г/сут. per os
- преднизолоном 2 мг/кг массы тела/сут. внутривенно
- преднизолоном 30 мг/сут. per os

Клинический эффект при внутривенной терапии преднизолоном оценивается через

- 14 дней
- 4 недели
- 8 недель
- 7 дней

Суммарная продолжительность гормональной терапии не должна превышать + _____ + недель

- 8
- 6
- 12
- 10

При назначении гормональной терапии рекомендован сопутствующий прием

- ферментных препаратов
- гипогликемических препаратов

- препаратов кальция
- урсодезоксихолевой кислоты

Действие тиопуринов, обусловленное достижением терапевтической концентрации в организме развивается, в среднем, в течение

- 1 недели
- 3 недель
- 6 месяцев
- 3 месяцев

В качестве поддерживающей терапии при язвенном колите не применяются

- биологические препараты
- 5-аминосалициловая кислота
- глюкокортикостероиды
- иммуносупрессоры

Для описания протяженности поражения при язвенном колите применяется

- индекс Мейо
- индекс Беста
- шкала Rutgeerts
- Монреальская классификация

К внекишечным проявлениям язвенного колита относят

- индекс Мейо
- индекс Беста
- шкала Rutgeerts
- Монреальская классификация

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 28 лет на приеме у врача-гастроэнтеролога

Жалобы

- * жидкий стул до 8 раз в сутки с примесью крови
- * повышение температуры тела до 38°C
- * боли в голеностопных и коленных суставах
- * головокружение
- * общую слабость

Анамнез заболевания

Около двух месяцев назад отметил повышение температуры, появление боли в крупных

суставах. Месяц назад отметил появление жидкого стула с примесью алой крови, в том числе в ночные часы. Обратился на консультацию.

Анамнез жизни

- * хронические заболевания отрицает
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет
- * профессиональных вредностей не имеет
- * аллергологический анамнез не отягощен
- * наследственный анамнез не отягощен

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 186 см, масса тела 81 кг. Кожные покровы бледные, обычной влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 86 в 1 мин, АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации болезненный в нижних отделах. Пальпируются отделы толстой кишки мягкоэластической консистенции, умеренно болезненные. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Перкуторные размеры печени, селезенки не увеличены. Мочеиспускание не изменено. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Лабораторными методами обследования, необходимыми для постановки диагноза, являются

- индекс Мейо
- индекс Беста
- шкала Rutgeerts
- Монреальская классификация

Результаты лабораторных методов обследования

Инструментальными методами обследования, необходимыми для постановки диагноза, являются

- индекс Мейо
- индекс Беста
- шкала Rutgeerts
- Монреальская классификация

Результаты инструментальных методов обследования

Какой предполагаемый основной диагноз?

- индекс Мейо
- индекс Беста
- шкала Rutgeerts
- Монреальская классификация

Диагноз

При оценке активности заболевания по критериям Truelove-Witts используется следующий показатель

- индекс массы тела
- уровень общего белка
- артериальное давление
- уровень гемоглобина

При тяжелой атаке язвенного колита рекомендуется терапия

- преднизолоном per os
- циклоспорином per os
- месалазином per os
- преднизолоном внутривенно

Клинический эффект при внутривенном введении преднизолона оценивается через

- 2 недели
- 3 дня
- 4 недели
- 7 дней

Суммарная продолжительность гормональной терапии не должна превышать + _____ + недель

- 8
- 2
- 12
- 6

Пороговым значением уровня гемоглобина, при котором рекомендуется проведение гемотрансфузий при язвенном колите, является + _____ + г/л

- 60
- 80
- 90
- 50

При терапии иммуносупрессорами рекомендуется ежемесячный контроль уровня

- лейкоцитов
- креатинина
- глюкозы крови
- холестерина

При наличии лихорадки и подозрении на кишечную инфекцию назначаются

- макролиды
- цефалоспорины
- пенициллины
- карбапенемы

Риск колоректального рака наиболее высок при течении язвенного колита в форме

- панколита
- проктосигмоидита
- левостороннего колита
- проктита

К внекишечным проявлениям язвенного колита, связанным с активностью заболевания, относят

- панколита
- проктосигмоидита
- левостороннего колита
- проктита

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 20 лет на приеме у врача-гастроэнтеролога

Жалобы

- * жидкий стул до 4 раз в сутки с примесью крови и слизи;
- * повышение температуры до 37,5°C;
- * боли в голеностопных и коленных суставах;
- * головокружение;
- * общую слабость;

Анамнез заболевания

Около двух месяцев назад отметила повышение температуры, появление боли в суставах. Проводилось несколько курсов антибактериальной терапии, на фоне которой появился жидкий стул. Периодически принимала противодиарейные препараты с быстропроходящим эффектом. Обратилась на консультацию.

Анамнез жизни

- * хронические заболевания отрицает.
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- * профессиональных вредностей не имеет.
- * аллергологический анамнез не отягощен.
- * отец здоров, мать страдает гипертонической болезнью.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 168 см, масса тела 55 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 88 в 1 мин, АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации болезненный в проекции сигмовидной кишки; размеры и консистенция отделов толстой кишки по данным пальпации не изменены. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Перкуторные размеры печени и селезенки не увеличены. Мочеиспускание не изменено. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Лабораторными методами обследования, необходимыми для постановки диагноза, являются

- панколита
- проктосигмоидита
- левостороннего колита
- проктита

Результаты лабораторных методов обследования

Инструментальными методами обследования, необходимыми для постановки диагноза, являются

- панколита
- проктосигмоидита
- левостороннего колита
- проктита

Результаты инструментальных методов обследования

Какой предполагаемый основной диагноз?

- панколита
- проктосигмоидита
- левостороннего колита
- проктита

Диагноз

При оценке активности заболевания по критериям Truelove-Witts используется следующий показатель

- уровень общего белка
- индекс массы тела
- скорость оседания эритроцитов
- артериальное давление

При среднетяжелой атаке тотальной формы язвенного колита и отсутствии эффекта от глюкокортикостероидов в течение 2 недель показана

- пульс-терапия преднизолоном
- антибактериальная терапия
- биологическая терапия
- колэктомия

Для повышения эффективности инфликсимаб рекомендуется комбинировать с

- антибактериальными препаратами
- иммуносупрессорами
- производными 5-аминосалициловой кислоты
- глюкокортикостероидами

Перед началом биологической терапии обязательной является консультация

- эндокринолога
- ревматолога
- иммунолога
- фтизиатра

Пороговым значением уровня гемоглобина, ниже которого рекомендуется проведение гемотрансфузий при язвенном колите, составляет + _____ + г/л

- 95
- 80
- 60
- 70

При терапии иммуносупрессорами рекомендуется ежемесячный контроль уровня + _____ + в крови

- креатинина
- лейкоцитов
- холестерина
- глюкозы

При наличии лихорадки и подозрении на кишечную инфекцию при язвенном колите назначают

- цефалоспорины
- макролиды
- карбапенемы
- пенициллины

Наиболее высокий риск развития колоректального рака наблюдается при течении язвенного колита в форме

- проктита
- проктосигмоидита
- тотального колита
- левостороннего колита

К факторам риска развития токсической дилатации ободочной кишки относится

- проктита
- проктосигмоидита
- тотального колита
- левостороннего колита

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная З., 44 лет, обратилась к участковому врачу-терапевту в поликлинику по месту жительства

Жалобы

На периодический приступообразный практически сухой кашель (отхождение мокроты скудное); на неприятные ощущения в эпигастральной области, возникающие примерно через час после еды.

Анамнез заболевания

Впервые неприятные ощущения в эпигастральной области возникли несколько месяцев назад, появление их связывает со стрессовой ситуацией на работе. Так как отмечалась связь появления боли с приемом пищи, стала ограничивать себя в еде, на фоне чего сильно похудела. По рекомендации коллег по работе при болях принимала антациды, отмечала положительный эффект. Сухой кашель возник примерно тогда же, прием противокашлевых препаратов оказался не эффективным.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ. Профессиональный анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает, потребление алкоголя умеренное. Любит горячий крепкий чай, кофе. Семейный анамнез: у матери – бронхиальная астма. Гинекологический и аллергологический анамнез, со слов, не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела $36,6^{\circ}\text{C}$. Больная нормостенического телосложения. Рост 162, вес 58 кг, ИМТ – $22,1 \text{ кг/м}^2$. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, высыпаний нет. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания 16 в 1 мин. При сравнительной перкуссии

легких определяется ясный легочный звук. При топографической перкуссии – границы легких в пределах нормы. При аускультации легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации сердца: тоны ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс 70 в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 125/75 мм рт. ст. Язык без особенностей. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, чувствительный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Пальпация кишечника без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Первым этапом диагностики будет выполнение

- проктита
- проктосигмоидита
- тотального колита
- левостороннего колита

Результаты обследования

Для верификации клинического диагноза и исключения других возможных патологий, целесообразно выполнить

- проктита
- проктосигмоидита
- тотального колита
- левостороннего колита

Результаты обследования

В клиническом анализе крови выявлена гипохромная анемия легкой степени тяжести. С учетом полученных данных инструментального обследования, целесообразно выполнить

- проктита
- проктосигмоидита
- тотального колита
- левостороннего колита

Результаты обследования

Для верификации клинического диагноза и определения дальнейшей тактики лечения необходимо выполнить

- проктита
- проктосигмоидита

- тотального колита
- левостороннего колита

Результаты обследования

Какой диагноз можно поставить данному пациенту на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- проктита
- проктосигмоидита
- тотального колита
- левостороннего колита

Приоритетным будет назначение следующей схемы лечения

- четырехкомпонентной схемы эрадикации *Helicobacter pylori* + Альгинатов в стандартной дозе
- тройной схемы эрадикации *Helicobacter pylori* + Итоприда гидрохлорида в стандартной дозе
- тройной схемы эрадикации *Helicobacter pylori* + Домперидона в удвоенной дозе
- четырехкомпонентной схемы эрадикации *Helicobacter pylori* + Итоприда гидрохлорида в стандартной дозе

При неэффективности лечения пациентов с ГЭРБ в течение 4 недель следует

- четырехкомпонентной схемы эрадикации *Helicobacter pylori* + Альгинатов в стандартной дозе
- тройной схемы эрадикации *Helicobacter pylori* + Итоприда гидрохлорида в стандартной дозе
- тройной схемы эрадикации *Helicobacter pylori* + Домперидона в удвоенной дозе
- четырехкомпонентной схемы эрадикации *Helicobacter pylori* + Итоприда гидрохлорида в стандартной дозе

Пациентам с обострением язвенной болезни с целью достижения заживления язв рекомендуется проведение антисекреторной терапии ингибиторами протонной помпы (ИПП) в течение +_____+ недели/недель

- 8-10
- 4-6
- 1-2
- 2-3

При неэффективности лечения язвенной болезни препаратами группы ИПП (ингибиторы протонной помпы), либо при непереносимости данных препаратов, следует назначить

- антациды

- блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов
- гастропротекторы
- алгинаты

Целью эрадикационной терапии при язвенной болезни желудка является

- профилактика последующих рецидивов язвенной болезни
- купирование болевого синдрома
- устранение синдрома желудочной диспепсии
- быстрейшее заживление язвенного дефекта

При неэффективности стандартной тройной эрадикационной терапии пациентке следует назначить

- ингибитор протонного насоса + альмагель + амикацин + тетрациклин
- ингибитор протонного насоса + альмагель + тетрациклин + метронидазол
- блокатор H₂-гистаминовых рецепторов+ висмута трикалия дицитрата + тетрациклина + кларитромицин
- ингибитор протонного насоса + висмута трикалия дицитрат + тетрациклин + метронидазол

При язвенной болезни у беременных назначают

- ингибитор протонного насоса + альмагель + амикацин + тетрациклин
- ингибитор протонного насоса + альмагель + тетрациклин + метронидазол
- блокатор H₂-гистаминовых рецепторов+ висмута трикалия дицитрата + тетрациклина + кларитромицин
- ингибитор протонного насоса + висмута трикалия дицитрат + тетрациклин + метронидазол

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной Д., 47 лет, обратился к участковому врачу-терапевту в поликлинику по месту жительства

Жалобы

На периодические ноющие боли в подложечной области, которые возникают через полчаса–час после еды. Последнее время появились неприятные ощущения за грудиной, конкретизировать их не может, связи с физической нагрузкой не отмечает.

Анамнез заболевания

Впервые ноющие боли в подложечной области возникли несколько месяцев назад, появление их связывает со стрессовой ситуацией на работе. По рекомендации тещи при болях принимал омепразол с положительным эффектом. На фоне стресса сильно поправился. Несколько недель назад появились неприятные ощущения за грудиной,

провоцирующий фактор их возникновения определить не может, связи с физической нагрузкой не отмечает, рекомендованная родственницей настойка пустырника – без положительного эффекта.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ. Профессиональный анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает, потребление алкоголя умеренное. Любит горячий крепкий чай, кофе. Семейный анамнез: у отца в возрасте 53 лет – инфаркт миокарда, у матери – хронический гастрит. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела 36,6^о С. Больной гиперстенического телосложения, признаки абдоминального ожирения. Рост 182, вес 108 кг, ИМТ - 32.6 кг/м², ОТ 136 см. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, высыпаний нет. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания 16 в 1 мин. При сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочный звук. При топографической перкуссии – границы легких в пределах нормы. При аускультации легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации сердца: тоны ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс 70 в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 125/75 мм рт. ст. Язык без особенностей. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, чувствительный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Пальпация кишечника без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7 см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Обязательными лабораторными методами обследования данного пациента являются

- ингибитор протонного насоса + альмагель + амикацин + тетрациклин
- ингибитор протонного насоса + альмагель + тетрациклин + метронидазол
- блокатор H₂-гистаминовых рецепторов+ висмута трикалия дицитрата + тетрациклина + кларитромицин
- ингибитор протонного насоса + висмута трикалия дицитрат + тетрациклин + метронидазол

Результаты лабораторных методов обследования

Первым этапом инструментальной диагностики будет выполнение

- ингибитор протонного насоса + альмагель + амикацин + тетрациклин
- ингибитор протонного насоса + альмагель + тетрациклин + метронидазол
- блокатор H₂-гистаминовых рецепторов+ висмута трикалия дицитрата + тетрациклина + кларитромицин

- ингибитор протонного насоса + висмута трикалия дицитрат + тетрациклин + метронидазол

Результаты инструментальных методов обследования

Для верификации диагноза и определения дальнейшей тактики лечения необходимо

- ингибитор протонного насоса + альмагель + амикацин + тетрациклин
- ингибитор протонного насоса + альмагель + тетрациклин + метронидазол
- блокатор H₂-гистаминовых рецепторов+ висмута трикалия дицитрата + тетрациклина + кларитромицин
- ингибитор протонного насоса + висмута трикалия дицитрат + тетрациклин + метронидазол

Результаты обследования

Укажите причину неприятных ощущений за грудиной у данного пациента

- безболевая ишемия миокарда
- стенокардия напряжения I фк
- ГЭРБ
- стенокардия напряжения II фк

Какой диагноз можно поставить данному пациенту на основании результатов клинических данных и инструментальных методов обследования?

- безболевая ишемия миокарда
- стенокардия напряжения I фк
- ГЭРБ
- стенокардия напряжения II фк

Лечение необходимое данному пациенту включает назначение

- тройной схемы эрадикации *Helicobacter pylori* + прокинетики в стандартной дозе
- тройной схемы эрадикации *Helicobacter pylori* + прокинетики в удвоенной дозе
- тройной схемы эрадикации *Helicobacter pylori* + антациды в стандартной дозе
- тройной схемы эрадикации *Helicobacter pylori* + альгинаты в стандартной дозе

К стимуляторам моторики желудочно-кишечного тракта относится

- итоприда гидрохлорид
- дротаверин
- ипратропия бромид
- эзомепразол

В России схемой первой линии эрадикационной терапии *Helicobacter pylori* является схема

- ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + кларитромицин (по 500 мг 2 раза в сутки) + амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки)
- ИПП (в стандартной дозе) + кларитромицин (по 500 мг 2 раза в сутки) + амоксициллин (по 2000 мг 2 раза в сутки)
- ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + кларитромицин (по 1000 мг 3 раза в сутки) + амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки)
- ИПП (в стандартной дозе 3 раза в сутки) + кларитромицин (по 500 мг 3 раза в сутки) + амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки)

Минимальная продолжительность приема ингибитора протонной помпы для достижения заживления язвенного дефекта составляет

- 4-6 недель
- 6 месяцев
- 14 дней
- 7 дней

Помимо уреазного дыхательного теста для контроля эрадикации *H. pylori* рекомендовано применять

- микробиологический (бактериологический) метод
- быстрый уреазный тест (CLO-тест)
- определение антигена *H. pylori* в кале
- серологический метод выявления антител к *H. pylori*

Методом, позволяющим верифицировать диагноз ГЭРБ является

- внутрипищеводная суточная рН-метрия
- рентгенологическое исследование пищевода и желудка
- УЗИ органов брюшной полости
- эндоскопическое УЗИ пищевода

Показанием к антирефлюксному хирургическому лечению ГЭРБ будет

- внутрипищеводная суточная рН-метрия
- рентгенологическое исследование пищевода и желудка
- УЗИ органов брюшной полости
- эндоскопическое УЗИ пищевода

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная З., 42 лет, обратилась к участковому врачу-терапевту в поликлинику по месту жительства

Жалобы

На частый сухой кашель, который последнее время приобрел приступообразный характер, на чувство нехватки воздуха, ощущение заложенности в груди

Анамнез заболевания

Данные жалобы беспокоят несколько недель, провоцирующий фактор их возникновения конкретизировать не может, связи с физической нагрузкой нет, какие-либо аллергены определить затрудняется. Самостоятельно начала прием противокашлевых препаратов - без положительного эффекта. При детальном расспросе выяснено, что вышеперечисленные жалобы чаще возникают на работе. Работает в офисе, где строгий дресс-код, носит узкую юбку с тугим поясом.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ. Профессиональный анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. Любит горячий крепкий чай, кофе. Семейный анамнез без особенностей. Гинекологический и аллергологический анамнез не отягощен

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела $36,6^{\circ}\text{C}$. Больная нормостенического телосложения. Рост 172, вес 66 кг, ИМТ - 22.31 кг/м^2 . Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, высыпаний нет. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания 16 в 1 мин. При сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочный звук. При топографической перкуссии – границы легких в пределах нормы. При аускультации легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации сердца: тоны ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс 72 в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 115/70 мм рт. ст. Язык без особенностей. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Пальпация кишечника без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7 см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Выберите необходимые методы инструментального исследования

- внутрипищеводная суточная рН-метрия
- рентгенологическое исследование пищевода и желудка
- УЗИ органов брюшной полости
- эндоскопическое УЗИ пищевода

Результаты инструментальных методов обследования

Какие дополнительные исследования необходимо выполнить пациентке для верификации клинического диагноза

- внутрипищеводная суточная рН-метрия
- рентгенологическое исследование пищевода и желудка
- УЗИ органов брюшной полости
- эндоскопическое УЗИ пищевода

Результаты обследования

Для оценки двигательной функции пищевода с целью верификации диагноза ГЭРБ целесообразно использовать

- рентгенологическое исследование пищевода и желудка
- пищеводную манометрию высокого разрешения
- компьютерную томографию органов грудной клетки
- внутрипищеводную суточную рН-метрию

Одной из причин развития бронхообструкции при ГЭРБ является

- повышенная выработка иммуноглобулина Е при гиперпродукции соляной кислоты
- аллергия на соляную кислоту
- микроаспирация
- повышение концентрации гистамина при гиперпродукции соляной кислоты

На основании результатов клинко-лабораторных и инструментальных методов обследования можно выставить клинический диагноз

- повышенная выработка иммуноглобулина Е при гиперпродукции соляной кислоты
- аллергия на соляную кислоту
- микроаспирация
- повышение концентрации гистамина при гиперпродукции соляной кислоты

Диагноз

Данной пациентке следует назначить

- прокинетики в удвоенной дозе + ингибитор протонной помпы в стандартной дозе
- препарат висмута в стандартной дозе + ингибитор протонной помпы в стандартной дозе
- прокинетики в стандартной дозе + ингибитор протонной помпы в стандартной дозе
- прокинетики в стандартной дозе + ингибитор протонной помпы в удвоенной дозе

К стимуляторам моторики желудочно-кишечного тракта относится

- ипратропия бромид
- дротаверин
- эзомепразол
- итоприда гидрохлорид

Учитывая результаты ЭГДС пациентке назначен рабепразол в дозе + _____ + мг в день

- 10
- 5
- 20
- 40

Продолжительность основного курса ИПП с учетом результата ЭГДС составит + _____ + недель(-и)

- 8
- 4
- 12
- 16

При заживлении эрозии пищевода поддерживающая терапия ИПП должна составлять минимум + _____ + недель(-и)

- 4
- 8
- 16
- 12

В качестве монотерапии антациды можно применять при

- редко возникающей изжоге, не сопровождающейся развитием эзофагита
- частой изжоге с явлением незначительного эзофагита
- изжоге и болевом синдроме на фоне эзофагита
- единичных эрозиях пищевода

Препаратами выбора для лечения изжоги беременных являются

- редко возникающей изжоге, не сопровождающейся развитием эзофагита
- частой изжоге с явлением незначительного эзофагита
- изжоге и болевом синдроме на фоне эзофагита
- единичных эрозиях пищевода

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной Д. 55 лет, начальник автоколонны. Обратился к врачу-терапевту.

Жалобы

на изжогу после еды, усиливающуюся при наклонах туловища, и в положении лёжа; периодические боли в эпигастрии и за грудиной жгучего характера, сопровождающиеся

кислой отрыжкой; избыточную саливацию во время сна. Активных жалоб на момент осмотра не предъявляет.

Анамнез заболевания

Изжога, боли в эпигастрии и за грудиной, отрыжка кислым беспокоят в течение трёх лет. Сначала появилась изжога после погрешности в питании, при наклонах туловища; затем появились боли в эпигастрии и за грудиной жгучего характера, сопровождающиеся кислой отрыжкой. В последующем изжога стала возникать 3-4 раза в неделю независимо от качества пищи.

В течение последнего месяца состояние больного ухудшилось: усилились боли, особенно ночью, появилась избыточная саливация во время сна, сон нарушился. Антациды (альмагель, маалокс), применяемые ранее для купирования изжоги и болей, в течение последнего месяца перестали действовать.

При боли за грудиной принимал нитроглицерин – без существенного эффекта.

Наблюдается с гипертонической болезнью с 53 лет, постоянно принимает кордипин-ретард 20 мг в сутки. Наблюдается кардиологом, последний прием 3 дня назад, со стороны сердечно-сосудистой системы без отрицательной динамики.

Анамнез жизни

* гипертоническая болезнь в течение 2 лет (с 53 лет), регулярно принимает кордипин-ретард 20 мг в сутки

* курит 0,5 пачки сигарет (10 штук) в день, алкоголем не злоупотребляет

* профессиональных вредностей не имеет

* аллергических реакций не было

* отец здоров, у матери – гипертоническая болезнь

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Повышенного питания, масса тела 106 кг, рост - 168 см, ИМТ 37,6 кг/м². Кожные покровы обычной окраски и влажности.

Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 130/80 мм рт. ст. Живот увеличен за счет подкожной клетчатки, мягкий, безболезненный. Пальпация внутренних органов затруднена из-за абдоминального ожирения. Печень по краю реберной дуги. Пузырные симптомы Кэра, Мерфи, Ортнера отрицательны.

В качестве лабораторных методов исследования пациенту следует назначить

- редко возникающей изжоге, не сопровождающейся развитием эзофагита
- частой изжоге с явлением незначительного эзофагита
- изжоге и болевом синдроме на фоне эзофагита
- единичных эрозиях пищевода

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом исследования будет

- редко возникающей изжоге, не сопровождающейся развитием эзофагита
- частой изжоге с явлением незначительного эзофагита
- изжоге и болевом синдроме на фоне эзофагита
- единичных эрозиях пищевода

Результаты инструментальных методов обследования

У данного пациента можно предположить наличие

- редко возникающей изжоге, не сопровождающейся развитием эзофагита
- частой изжоге с явлением незначительного эзофагита
- изжоге и болевом синдроме на фоне эзофагита
- единичных эрозиях пищевода

Диагноз

Дополнительная информация

После ФЭГДС пациенту дополнительно была проведена рентгенография пищевода и желудка: пищевод свободно проходим, прослеживаются продольные складки на всём протяжении. Кардия зияет. Желудок в форме крючка, газовый пузырь небольшой. В положении Тренделенбурга заброс желудочного содержимого в пищевод. Дно желудка выступает в грудную полость в виде округлого образования, вертикально желудок занимает обычное положение, складки слизистой желудка обычного калибра, перистальтика желудка и эвакуация своевременны, луковица 12-перстной кишки без особенностей.

Полученная рентгенологическая картина пищевода и желудка соответствует

- скользящей грыже пищеводного отверстия диафрагмы
- аденокарциноме пищевода
- эрозии пищевода
- пищеводу Баррета

У данного пациента сопутствующим заболеванием является

- ожирение 2 степени
- избыточная масса тела
- ожирение 3 степени
- ожирение 1 степени

Для снижения влияния кислотно-пептического фактора на слизистую оболочку пищевода при ГЭРБ рекомендуется назначение препаратов из группы

- цитопротекторов
- нитратов
- спазмолитиков
- ингибиторов протонной помпы

Для нормализации моторики пищевода необходимо назначить

- прокинетики
- цитопротекторы
- спазмолитики
- антациды

Для профилактики возникновения изжоги рекомендуется назначение

- антибиотиков
- спазмолитиков
- ингибиторов протонной помпы
- мочегонных

Продолжительность назначения ингибиторов протонной помпы для данного пациента в острый период должно составлять не менее + ____ + (пороговое значение в неделях)

- 4
- 2
- 8
- 1

Данному пациенту следует спать

- на животе
- с приподнятым головным концом кровати
- на правом боку
- на левом боку

Данному пациенту необходимо исключить

- аэротерапию
- легкие физические нагрузки
- бальнеотерапию
- курение

Пациента необходимо предупредить о применении с осторожностью

- аэротерапию
- легкие физические нагрузки
- бальнеотерапию
- курение

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной А. 20 лет, студент. Обратился к врачу-терапевту.

Жалобы

На частый (до 7-8 раз в сутки) жидкий стул с примесью крови и слизи, ухудшение аппетита, потерю веса, боли ноющего характера в голеностопных, коленных суставах, усиливающихся при движении, общую слабость, повышенную утомляемость, нарушение сна, повышение температуры тела до 38,0°C.

Анамнез заболевания

Считает себя больным около месяца, когда появились боли в животе и жидкий стул до 2-3 раз в сутки; по назначению врача поликлиники принимал дротаверин (Но-шпа), лоперамид - без эффекта: жидкий стул стал беспокоить чаще, до 10-12 раз, преимущественно ночью, стал замечать выделения свежей крови из заднего прохода. Присоединились вышеописанные жалобы.

Анамнез жизни

- * курит 0,5 пачки сигарет (10 штук) в день, алкоголем не злоупотребляет
- * профессиональных вредностей не имеет
- * аллергических реакций не было
- * отец здоров, у матери – неспецифический язвенный колит (далее-НЯК)

Объективный статус

Объективно: состояние средней степени тяжести, ИМТ 20 кг/м², температура тела – 37,8°C, кожа бледная, сухая, периферические лимфатические узлы не увеличены; веки гиперемированы, покрыты серовато-белыми чешуйками; частота дыхания – 17 в минуту; над легкими ясный, легочный звук, дыхание везикулярное, хрипов нет; границы сердца не расширены, тоны сердца ясные, систолический шум на верхушке, ЧСС – 105 в минуту, ритм правильный. АД 100/70 мм рт ст. Живот умеренно вздут, болезненный при пальпации в левой подвздошной области. Печень и селезенка не увеличены. Отмечается болезненность и припухлость при пальпации голеностопных, коленных суставов, движения в них ограничены из-за болезненности. Периферических отеков нет.

Необходимыми в данном случае лабораторными методами обследования являются

- аэротерапию
- легкие физические нагрузки
- бальнеотерапию
- курение

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- аэротерапию

- легкие физические нагрузки
- бальнеотерапию
- курение

Результаты инструментальных методов обследования

У данного пациента можно предположить наличие

- аэротерапию
- легкие физические нагрузки
- бальнеотерапию
- курение

Диагноз

У данного пациента дополнительно можно отметить наличие

- хронического геморроя
- железодефицитной анемии
- трещины прямой кишки
- В12-дефицитной анемии

Артропатию у данного пациента следует расценивать как

- самостоятельное заболевание
- внекишечное аутоиммунное проявление язвенного колита, связанное с активностью заболевания
- внекишечное проявление ЯК, связанное с длительным воспалением и метаболическими нарушениями
- внекишечное аутоиммунное проявление ЯК, не связанное с активностью заболевания

Согласно критериям Truelove-Witts у пациента тяжелая атака язвенного колита. В данном случае ему показано назначение

- внутривенной терапии ГКС
- ректальной формы ГКС
- месалазина внутрь и ректально
- метронидазола внутрь

Эффект от лечения глюкокортикостероидами следует оценивать через + ____ + суток после начала терапии

- 14
- 7
- 5
- 21

Показанием к хирургическому лечению язвенного колита является

- токсическая дилатация кишки
- левосторонний НЯК, тяжёлая атака
- присоединение вторичной инфекции
- тотальный НЯК

Принципы диспансерного наблюдения при НЯК направлены на профилактику развития колоректального рака и

- пневмонии
- язвенной болезни желудка
- оппортунистических инфекций
- геморроя

Биологическая терапия при язвенном колите показана начиная с

- левосторонней формы, среднетяжёлой атаки
- левосторонней формы, лёгкой атаки
- проктосигмаидита, легкой атаки
- проктита, легкой атаки

Одним из внекишечных аутоиммунных проявлений язвенного колита, связанного с активностью заболевания, является

- псориатический артрит
- бронхиальная астма
- амилоидоз
- афтозный стоматит

Одним из внекишечных проявлений язвенного колита, обусловленных длительным воспалением и метаболическими нарушениями, является

- псориатический артрит
- бронхиальная астма
- амилоидоз
- афтозный стоматит

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная Л. 58 лет поступила в терапевтический стационар 15.06.2017г.

Жалобы

- * нарастающая общая слабость,
- * снижение работоспособности,

- * отсутствие аппетита,
- * чувство тяжести в правом подреберье

Анамнез заболевания

Около 6 месяцев до обращения больная впервые отметила появление вышеуказанных жалоб и обратилась к врачу по месту жительства. В биохимическом анализе крови было выявлено повышение уровня АЛТ в 5 раз и АСТ в 4 раза по сравнению с верхней границей нормы. Употребление алкоголя пациентка категорически отрицает; маркеры вирусов гепатитов не исследовались. Пациентке были назначены гепатопротективные препараты, прием которых не привел к нормализации биохимических показателей.

Госпитализирована в отделение гепатологии для уточнения диагноза и подбора терапии.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась в соответствии с возрастом.
- * Образование высшее, бухгалтер.
- * Аллергоанамнез: не отягощен.
- * Наследственный анамнез не отягощен.
- * Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции;
- * Вредные привычки: отрицает.
- * Прием гепатотоксических препаратов отрицает,
- * В течение последних 6 месяцев за пределы РФ не выезжала.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Сознание ясное; на вопросы отвечает правильно; ориентирована во времени, пространстве и собственной личности; Положение активное. Температура тела 36,6°C. Рост – 160 см, вес – 70 кг, индекс массы тела – 27 кг/м². Кожные покровы нормальной окраски, видимые слизистые бледно-розовые. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Мышечная система развита умеренно. Мышечный тонус нормальный. Костно-суставная система без видимой патологии. ЧДД 18 в 1 минуту. Ритм дыхания правильный. При перкуссии: ясный легочный звук над всей поверхностью легких. Аускультативно: дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, шумы не выслушиваются. ЧСС 68 в минуту. АД – 120/80 мм рт. ст. Аппетит нормальный. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, при пальпации болезненный в области правого подреберья. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, плотно-эластичной консистенции, болезненна при пальпации, край закруглен. Размеры печени по Курлову: 10-9-9 см. Перкуторно селезенка 12x7. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области - отрицательный с обеих сторон. Диурез в норме.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- псориатический артрит
- бронхиальная астма

- амилоидоз
- афтозный стоматит

Результаты лабораторных методов обследования

Инструментальным исследованием необходимым для оценки тяжести повреждения печени является

- псориатический артрит
- бронхиальная астма
- амилоидоз
- афтозный стоматит

Результаты инструментального метода обследования

На основании данных анамнеза и дополнительных обследований пациенту можно поставить диагноз

- псориатический артрит
- бронхиальная астма
- амилоидоз
- афтозный стоматит

Диагноз

У пациентки определяется + _____ + тип аутоиммунного гепатита

- II
- I
- IV
- III

Препаратом выбора для лечения аутоиммунного гепатита является

- урсодезоксихолевая кислота
- преднизолон
- аминогликозиды
- месалазин

Преднизолон назначается в дозе

- 100 мг в 2 дня
- 60 мг/сут с последующим снижением
- 2 мг/кг в сут в течение недели
- 30 мг/сут в течение месяца

Для уменьшения дозы и, соответственно, побочного действия глюкокортикостероидов к основной терапии нередко добавляют

- метотрексат
- пеницилламин
- ведолизумаб
- азатиоприн

Противопоказанием к назначению азатиоприна является

- диабет
- беременность
- возраст старше 60 лет
- возраст младше 18 лет

Абсолютным показанием к назначению глюкокортикостероидов является

- сывороточная АСТ ≥ 10 норм
- портальный гепатит
- нормальный уровень γ -глобулинов
- неактивный цирроз

Возможность отмены иммуносупрессоров рассматривается у пациентов не ранее чем через + _____+ после достижения полной клинической, биохимической и иммунологической ремиссии

- 2 месяца
- 2 года
- год
- 6 месяцев

Как маркер полной биохимической ремиссии можно рассматривать нормальный уровень

- альбуминов сыворотки крови
- билирубина
- Ig G, Ig M, Ig A
- аминотрансфераз и Ig G

10-летняя выживаемость пациентов без иммуносупрессивной терапии составляет + ____+ %

- альбуминов сыворотки крови
- билирубина
- Ig G, Ig M, Ig A
- аминотрансфераз и Ig G

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Л., 39 лет, была госпитализирована в терапевтическую клинику.

Жалобы

- * нарастающую общую слабость,
- * снижение работоспособности,
- * желтушность кожных покровов и склер,
- * тяжесть в правом подреберье

Анамнез заболевания

Считала себя здоровой до недавнего времени. Месяц назад по поводу обострения цистита самостоятельно принимала комбинированный антибактериальный препарат (Амоксициллин-клавулановая кислота). Указанный препарат пациентка принимала в течение 7 дней, после чего отметила возникновение тяжести в правом подреберье. Обратилась за помощью к врачу в связи с нарастающей слабостью, желтушностью кожи и склер.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась в соответствии с возрастом.
- * Образование высшее, дизайнер.
- * Аллергоанамнез: аллергический ринит на пыльцу.
- * Наследственный анамнез не отягощен.
- * Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции;
- * Вредные привычки: отрицает.
- * В течение последних 6 месяцев за пределы РФ не выезжала.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Сознание ясное; на вопросы отвечает правильно; ориентирована во времени, пространстве и собственной личности; Положение активное. Температура тела 36,6°C. Индекс массы тела – 22,6 кг/м². Кожные покровы и склеры иктеричны. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Мышечная система развита умеренно. Мышечный тонус нормальный. Костно-суставная система без видимой патологии. ЧДД 16 в 1 минуту. Ритм дыхания правильный. При перкуссии: ясный легочный звук над всей поверхностью легких. Аускультативно: дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, шумы не выслушиваются. ЧСС 73 в минуту. АД – 120/80 мм рт. ст. Appetit нормальный. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, при пальпации болезненный в области правого подреберья. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, плотно-эластичной консистенции, болезненна при пальпации, край закруглен. Размеры печени по Курлову: 11-10-9 см. Перкуторно селезенка 10x7. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области - отрицательный с обеих сторон. Диурез в норме.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- альбуминов сыворотки крови
- билирубина
- Ig G, Ig M, Ig A
- аминотрансфераз и Ig G

Результаты лабораторных методов обследования

Инструментальным исследованием необходимым для оценки тяжести повреждения печени является

- альбуминов сыворотки крови
- билирубина
- Ig G, Ig M, Ig A
- аминотрансфераз и Ig G

Результаты инструментального метода обследования

На основании данных анамнеза и дополнительных обследований пациенту можно поставить диагноз

- альбуминов сыворотки крови
- билирубина
- Ig G, Ig M, Ig A
- аминотрансфераз и Ig G

Диагноз

У данной пациентки определяется + _____ + тип лекарственного поражения печени

- аутоиммунный
- гепатоцеллюлярный
- цирротический
- неопределенный

Наиболее вероятным характером поражения печени у данной пациентки является + _____ + реакция

- цирротическая
- первичная
- идиосинкразическая
- гепатотоксическая

При холестатическом варианте поражения печени применяют

- глюкозамин
- фруктоза
- преднизолон
- урсодеоксихолевую кислоту

Наиболее вероятным развитием лекарственного поражения печени делает полипрагмазия, которая является

- наличием нескольких сопутствующих заболеваний
- непереносимостью нескольких пищевых продуктов
- одновременным приемом нескольких лекарственных препаратов
- наличием нескольких факторов риска у пациента

Основой лечения лекарственного поражения печени является

- отмена потенциально гепатотоксического препарата
- немедленный гемодиализ
- назначение энтеросорбентов
- форсированный диурез

В пользу лекарственного генеза повреждения печени свидетельствует нормализация

- клинической картины после отмены препарата
- биохимических показателей функций печени после отмены препарата
- уровня С-реактивного белка после отмены препарата
- ультразвуковой картины после отмены препарата

Диагноз холестатического лекарственного поражения печени может быть установлен при повышении уровня

- альбумина сыворотки крови < 2 норм
- щелочной фосфатазы > 2 норм
- прямого билирубина > 6 норм
- тромбоцитов > 2 норм

При остром аутоиммуноподобном лекарственном гепатите целесообразно назначение

- фруктозы
- глюкокортикостероидов
- антибактериальной терапии
- ацетилсалициловой кислоты

При назначении препаратов с потенциально высокой гепатотоксичностью в отдельных случаях целесообразно проводить тесты на индивидуальную чувствительность, такие как

- фруктозы

- глюкокортикостероидов
- антибактериальной терапии
- ацетилсалициловой кислоты

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка З., 36 лет, была госпитализирована в терапевтическую клинику.

Жалобы

- * нарастающая общая слабость,
- * снижение работоспособности,
- * желтушность кожных покровов и склер

Анамнез заболевания

В течение последних 6 месяцев в связи с сильной головной болью принимала парацетамол до 5 раз в неделю. Обратилась за помощью к врачу в связи с нарастающей слабостью, желтушностью кожи и склер.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась в соответствии с возрастом.
- * Образование высшее, преподаватель.
- * Аллергоанамнез: не отягощен.
- * Наследственный анамнез не отягощен.
- * Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции;
- * Вредные привычки: отрицает.
- * В течение последних 6 месяцев за пределы РФ не выезжала.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Сознание ясное; на вопросы отвечает правильно; ориентирована во времени, пространстве и собственной личности; Положение активное. Температура тела 36,6°C. Индекс массы тела – 25,6 кг/м². Кожные покровы и склеры иктеричны. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Мышечная система развита умеренно. Мышечный тонус нормальный. Костно-суставная система без видимой патологии. ЧДД 16 в 1 минуту. Ритм дыхания правильный. При перкуссии: ясный легочный звук над всей поверхностью легких. Аускультативно: дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, шумы не выслушиваются. ЧСС 81 в минуту. АД – 120/80 мм рт. ст. Appetit нормальный. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, при пальпации болезненный в области правого подреберья. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, плотно-эластичной консистенции, болезненна при пальпации, край закруглен. Размеры печени по Курлову: 10-9-8 см. Перкуторно селезенка 10x7. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области - отрицательный с обеих сторон. Диурез в норме.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- фруктозы
- глюкокортикостероидов
- антибактериальной терапии
- ацетилсалициловой кислоты

Результаты лабораторных методов обследования

Инструментальным исследованием необходимым для уточнения диагноза является

- фруктозы
- глюкокортикостероидов
- антибактериальной терапии
- ацетилсалициловой кислоты

Результаты инструментального метода обследования

На основании данных анамнеза и дополнительных обследований пациенту можно поставить диагноз

- фруктозы
- глюкокортикостероидов
- антибактериальной терапии
- ацетилсалициловой кислоты

Диагноз

У данной пациентки наблюдается тип + ___ + лекарственного поражения печени

- С
- А
- В
- D

У данной пациентки наблюдается + _____ + реакция

- цирротическая
- вторичная
- гепатотоксическая
- идиосинкразическая

При передозировке парацетамолом принимают его антидот

- глюкозамин
- преднизолон

- ацетилцистеин
- фруктоза

Более вероятным развитие лекарственного поражения печени делает полипрагмазия, которая характеризуется

- одновременным приемом нескольких лекарственных препаратов
- наличием нескольких сопутствующих заболеваний
- наличием нескольких факторов риска у пациента
- непереносимостью нескольких пищевых продуктов

Основа лечения лекарственного поражения печени заключается в

- отмене потенциально гепатотоксического препарата
- немедленной гемодиализе
- форсированном диурезе
- назначении энтеросорбентов

В пользу лекарственного генеза повреждения печени свидетельствует нормализация

- биохимических показателей функций печени после отмены препарата
- ультразвуковой картины после отмены препарата
- уровня С-реактивного белка после отмены препарата
- клинической картины после отмены препарата

Диагноз холестатического лекарственного поражения печени может быть установлен при

- повышении уровня прямого билирубина > 6 норм
- повышении уровня щелочной фосфатазы > 2 норм
- уровне альбумина сыворотки крови < 2 норм
- уровне тромбоцитов > 2 норм

При остром аутоиммуноподобном лекарственном гепатите целесообразно назначение

- антибактериальной терапии
- глюкокортикостероидов
- ацетилсалициловой кислоты
- фруктозы

При назначении препаратов с потенциально высокой гепатотоксичностью в отдельных случаях целесообразно проводить тесты на индивидуальную чувствительность, такие как

- антибактериальной терапии
- глюкокортикостероидов
- ацетилсалициловой кислоты

- фруктозы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная С. 35 лет поступила в терапевтический стационар 03.02.2019г.

Жалобы

- * повышение температуры тела в вечерние часы до 37,9°C
- * общую слабость,
- * отсутствие аппетита,
- * чувство тяжести в правом подреберье,
- * желтушность кожи и склер

Анамнез заболевания

Из анамнеза заболевания известно, что считала себя здоровым человеком, два месяца назад появилась тошнота. Самостоятельно принимала антациды без эффекта. В течение следующей недели появилась и стала нарастать слабость, чувство тяжести в правом подреберье, стала повышаться температура в вечерние часы. Через две недели от начала заболевания окружающие заметили желтушность склер. Обратилась за медицинской помощью. Госпитализирована в терапевтический стационар.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась в соответствии с возрастом.
- * Образование высшее, преподаватель младших классов.
- * Аллергоанамнез: не отягощен.
- * Наследственный анамнез не отягощен.
- * Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции;
- * Вредные привычки: отрицает.
- * Прием гепатотоксических препаратов отрицает.
- * В течение последних 6 месяцев за пределы РФ не выезжала.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Сознание ясное; на вопросы отвечает правильно; ориентирована во времени, пространстве и собственной личности; Положение активное. Температура тела 36,7°C. Рост – 168 см, вес – 60 кг, индекс массы тела – 21,2 кг/м². Отмечается желтушность склер и видимых слизистых оболочек. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена – равномерно. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Мышечная система развита умеренно. Тонус: нормальный. Костно-суставная система без видимой патологии. ЧДД 18 в 1 минуту. Ритм дыхания: правильный. При перкуссии: ясный легочный звук над всей поверхностью легких. Аускультативно: дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, шумы не выслушиваются. ЧСС= 87 в минуту. АД – 120/80 мм рт. ст. Аппетит отсутствует. Стул не было в течение последних 2 дней. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот умеренно

вздут, болезненный при пальпации в эпигастрии и правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, плотно-эластичной консистенции, болезненна при пальпации, край заострен. Размеры печени по Курлову: 11-10-9 см. Перкуторно селезенка 12x7. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области - отрицательный с обеих сторон. Диурез в норме.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- антибактериальной терапии
- глюкокортикостероидов
- ацетилсалициловой кислоты
- фруктозы

Результаты лабораторных методов обследования

Инструментальным исследованием необходимым для оценки тяжести повреждения печени является

- антибактериальной терапии
- глюкокортикостероидов
- ацетилсалициловой кислоты
- фруктозы

Результаты инструментального метода обследования

На основании данных анамнеза и дополнительных обследований пациенту можно поставить диагноз

- антибактериальной терапии
- глюкокортикостероидов
- ацетилсалициловой кислоты
- фруктозы

Диагноз

У пациентки + ___ + тип аутоиммунного гепатита

- II
- IV
- I
- III

Препаратом выбора для лечения аутоиммунного гепатита является

- урсодезоксихолевая кислота
- аминогликозиды

- преднизолон
- месалазин

Преднизолон в сочетании с азатиоприном назначается в дозировке

- 30 мг/сут в течение месяца
- 0,5 мг/кг в сут в течение недели
- 50 мг в 2 дня
- 30 мг/сут с последующим снижением дозы

При наличии у пациента компрессионных переломов, психоза, декомпенсированного диабета, неконтролируемой артериальной гипертензии

- необходимо добавить к терапии урсодезоксихолевую кислоту
- проведение иммуносупрессивной терапии не показано
- необходимо заменить преднизолон на гидрокортизон
- показано увеличение дозы глюкокортикостероидов до 80 мг/сут

Возможность отмены иммуносупрессоров рассматривается у пациентов не ранее чем через + _____ + после достижения полной клинической, биохимической и иммунологической ремиссии

- 6 месяцев
- 2 года
- год
- 2 месяца

Пациенту перед отменой иммуносупрессивной терапии необходимо провести

- холангиопанкреатографию
- МРТ брюшной полости
- биопсию печени
- УЗИ печени

Исследовать уровень биохимических показателей у пациентов с аутоиммунным гепатитом необходимо 1 раз в

- год
- 3 года
- 6 месяцев
- 3 месяца

Как маркер полной биохимической ремиссии можно рассматривать нормальный уровень

- билирубина
- Ig G, Ig M, Ig A

- альбуминов сыворотки крови
- аминотрансфераз и Ig G

Появление признаков декомпенсации цирроза или кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода при аутоиммунном гепатите служит основанием к

- билирубина
- Ig G, Ig M, Ig A
- альбуминов сыворотки крови
- аминотрансфераз и Ig G

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 32 лет обратился в поликлинику к врачу-терапевту.

Жалобы

Сухой кашель, усиливающийся в положении лежа, осиплость голоса, на изжогу, боли за грудиной, жгучего характера, не связанные с физической нагрузкой, усиливающиеся при наклонах вперед и в горизонтальном положении, отрыжку кислым содержимым, которая усиливается после еды и приема газированных напитков, при физическом напряжении.

Анамнез заболевания

Страдает изжогой в течение около 3 лет, за медицинской помощью не обращался, отмечает усиление симптомов в течение последнего месяца в связи с набором веса и погрешностями в диете, периодически принимал антациды с положительным эффектом.

Анамнез жизни

- * хронические заболевания отрицает;
- * курит по 10 сигарет в день в течение 10 лет, алкоголем не злоупотребляет;
- * профессиональных вредностей не имеет;
- * аллергических реакций не было;
- * наследственность не отягощена.

Объективный статус

Состояние ближе к удовлетворительному. ИМТ 30 кг/м². Кожа обычной окраски, влажности. ЧДД 16 в минуту. Грудная клетка нормостеническая, обе половины активно участвуют в акте дыхания, симметричны, перкуторный звук ясный легочный. При аускультации над лёгкими выслушивается везикулярное дыхание, патологические дыхательные шумы не выслушиваются, SpO₂ = 97%. Пульс на лучевых артериях ритмичный, 68 в мин., АД 125/80 мм рт. ст. Границы сердца соответствуют норме. Тоны сердца ритмичные, ясные, патологических шумов нет. Язык влажный, обложен белым налетом, живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги, селезёнка не пальпируется. Поколачивание по поясничной области безболезненное с

обеих сторон. Стул регулярный, оформленный, без примесей крови и слизи, мочеиспускание без особенностей. Периферических отёков нет.

В данном случае инструментальными исследованиями, подтверждающими предполагаемый диагноз, являются

- билирубина
- Ig G, Ig M, Ig A
- альбуминов сыворотки крови
- аминотрансфераз и Ig G

Результаты инструментальных методов обследования

Основной классификацией для оценки слизистой оболочки пищевода при эндоскопическом исследовании является классификация

- Чайлда — Пью
- Лос-Анджелесская
- _GINA_
- по Лауну — Вольфу — Райяну

По данным инструментальных исследований и клинической картины у пациента

- Чайлда — Пью
- Лос-Анджелесская
- _GINA_
- по Лауну — Вольфу — Райяну

Диагноз

Согласно Лос-Анджелесской классификации различают +_____+ степени рефлюкс-эзофагита

- 2
- 6
- 3
- 4

В качестве фармакотерапии данному пациенту необходимо назначить

- производные альгиновой кислоты в сочетании с антацидами
- миотропные спазмолитические средства
- ингибиторы протонной помпы
- производные альгиновой кислоты

Ингибиторы протонной помпы в качестве основной терапии необходимо назначить на срок

- 3 месяца
- 4-8 недель
- 1-2 недели
- 6 месяцев

Рефрактерное течение заболевания устанавливается при отсутствии убедительной клинической и эндоскопической ремиссии в течение + _____ + от начала проведения терапии стандартной дозой ингибиторов протонной помпы

- 6-8 месяцев
- 4-8 недель
- 1-2 недель
- 3-4 месяцев

Немедикаментозная терапия для данного пациента в первую очередь должна включать

- ежегодное санаторно-курортное лечение
- физиопроцедуры
- физические упражнения, направленные на повышение внутрибрюшного давления
- снижение массы тела, отказ от курения

Больные ГЭРБ должны находиться под диспансерным наблюдением с контрольным обследованием, которое проводят не реже 1 раза в

- 12 месяцев
- 6 месяцев
- 18 месяцев
- 3 месяца

Данному пациенту госпитализация в стационар

- рекомендована 2 раза в год
- проводится для профилактического лечения 1 раз в 2 года
- не требуется
- необходима однократно для подбора терапии

Данному пациенту хирургическое лечение

- не проводится, так как нет осложнений
- показано в экстренном порядке
- проводится в плановом порядке в течение 1 года
- проводится в плановом порядке через 6 месяцев

Такие осложнения как остеопороз, избыточный бактериальный рост, возможны при назначении

- не проводится, так как нет осложнений
- показано в экстренном порядке
- проводится в плановом порядке в течение 1 года
- проводится в плановом порядке через 6 месяцев

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 30 лет обратился к врачу-терапевту.

Жалобы

На тупые боли в эпигастральной области больше справа от срединной линии, возникающие через 1,5-2 часа после еды, ночью во время сна. Боли уменьшаются после приема соды, молока. Также жалобы на слабость, повышенную утомляемость, недомогание. На высоте болей несколько раз возникала рвота кислым содержимым, приносящая облегчение.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 5 лет, когда периодически стали беспокоить: изжога, особенно после погрешностей в еде, дискомфорт в эпигастральной области, что связывает с нарушением питания. Два года назад весной появились боли в эпигастрии, стихающие после еды, приема антацидов. Боли через 2-3 недели самостоятельно прошли. За медицинской помощью не обращался. Впоследствии боли подобного характера возникали постоянно в весенне-осенний период. Настоящее обострение на протяжении 2-х недель, когда появились вышеописанные жалобы. Возникающая рвота кислым содержимым на высоте болей заставила обратиться за медицинской помощью. Примесь крови в рвотных массах, «черный, дегтеобразный» стул отрицает. За время обострения похудел на 2,5 кг.

Анамнез жизни

- * хронические заболевания отрицает,
- * курит по полпачки в день, алкоголь употребляет по праздникам, умеренно,
- * работает системным администратором в банке,
- * аллергических реакций не было,
- * у отца в анамнезе язвенная болезнь желудка, у матери – ЖКБ, холецистэктомия 10 лет назад.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 178 см, масса тела 68 кг (ИМТ 21,46 кг/м²). Кожные покровы обычной окраски, влажные. Периферических отеков нет. При аускультации легких дыхание жесткое, хрипов нет, ЧДД 14 в мин. При аускультации сердца тоны приглушены, ритмичные, ЧСС 70 уд/мин, АД 120/75 мм рт. ст. Живот равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации отмечается болезненность в пилородуоденальной зоне, умеренная разлитая болезненность в эпигастрии, больше справа от срединной линии. Печень при пальпации - по краю реберной дуги,

безболезненная. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.
Физиологические отправления в норме.

Для исключения скрытого желудочно-кишечного кровотечения у пациента с подозрением на язвенную болезнь следует провести

- не проводится, так как нет осложнений
- показано в экстренном порядке
- проводится в плановом порядке в течение 1 года
- проводится в плановом порядке через 6 месяцев

Результаты обследования

Диагноз язвенной болезни может быть подтверждён при проведении

- не проводится, так как нет осложнений
- показано в экстренном порядке
- проводится в плановом порядке в течение 1 года
- проводится в плановом порядке через 6 месяцев

Результаты обследования

Для диагностики инфицирования *H. pylori*, помимо 13С-дыхательного уреазного теста, показано проведение

- быстрого уреазного теста (CLO-test, Campy-test)
- серологического метода, выявляющего антитела к *H. pylori* – метода иммуноферментного анализа (ИФА)
- исследования срезов с окраской по Романовскому-Гимзе, Уортину-Старри
- определения антигена *H. pylori* в кале

Предполагаемым основным диагнозом является

- быстрого уреазного теста (CLO-test, Campy-test)
- серологического метода, выявляющего антитела к *H. pylori* – метода иммуноферментного анализа (ИФА)
- исследования срезов с окраской по Романовскому-Гимзе, Уортину-Старри
- определения антигена *H. pylori* в кале

Диагноз

Отсутствие у пациента рвоты "кофейной гущей" и мелены клинически свидетельствует против наличия

- стеноза привратника и 12-перстной кишки
- перфорации
- кровотечения

- пенетрации

К факторам риска развития язвенной болезни у пациента можно отнести

- курение
- переход от биологического лета к биологической зиме и наоборот (физиологические десинхронозы)
- нарушения стереотипа питания
- профессиональные вредности

В качестве медикаментозной терапии первой линии пациенту показано назначение

- ИПП в стандартной дозе 2 раза в сутки; левофлоксацина 500 или 250 мг 2 раза в сутки; амоксициллина 1000 мг 2 раза в сутки
- висмута трикалия дицитрата 120 мг 4 раза в сутки; кларитромицина 500 мг 2 раза в день; амоксициллина 1000 мг 2 раза в день
- ИПП в стандартной дозе 2 раза в сутки; висмута трикалия дицитрата 120 мг 4 раза в сутки; тетрациклина 500 мг 4 раза в сутки; метронидазола 250 мг 4 раза в сутки
- ИПП в стандартной дозе 2 раза в сутки; кларитромицина 500 мг 2 раза в сутки; амоксициллина 1000 мг 2 раза в сутки

Повысить эффективность стандартной терапии можно

- курсами спазмолитических препаратов по 7-14 дней
- однократным в сутки назначением минимально эффективной дозы ИПП
- увеличением продолжительности тройной терапии до 14 дней
- курсами ферментных препаратов поджелудочной железы во время еды по 7-14 дней

«Золотым стандартом» контроля полноты эрадикационной терапии язвенной болезни, ассоциированной с *H. pylori*, является

- ¹³C-уреазный дыхательный тест
- исследование срезов с окраской по Романовскому-Гимзе, Уортину-Старри
- серологический метод, выявляющий антитела к *H. pylori* – метод иммуноферментного анализа (ИФА)
- быстрый уреазный тест (CLO-test, Campy-test)

Пациенту показано диспансерное наблюдение на протяжении +___+ лет

- 5
- 20
- 10
- 3

Диспансерное наблюдение пациента должно проходить с интервалом +___+ раз в 12 месяцев

- 3
- 1
- 4
- 2

Плановая госпитализация пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки показана при

- 3
- 1
- 4
- 2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 42 года на приеме врача-терапевта стационара.

Жалобы

На быструю утомляемость, повышенную кровоточивость десен, легкое образование синяков, увеличение живота в объеме, желтушность кожных покровов, общую слабость, боли в нижних конечностях при ходьбе.

Анамнез заболевания

Считает себя больным около 2-х недель, когда появились, после злоупотребления алкоголем, вышеперечисленные жалобы.

Анамнез жизни

Туберкулез, малярию, вирусные гепатиты, ВИЧ отрицает. Наследственность не отягощена. Аллергии на лекарственные препараты не отмечает. Гемотрансфузии не производились. Вредные привычки: ежедневно выпивает около 200 мл водки, курит около 1 пачки сигарет в день в течение 20 лет, применение наркотиков отрицает. Работает слесарем.

Объективный статус

ИМТ 18 кг/м². В сознании, адекватен. Кожные покровы желтушные, на коже голеней отмечаются геморрагические петехиальные высыпания, склеры иктеричные. Отмечается увеличение околоушных слюнных желез, гинекомастия. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Аускультативно в легких дыхание ослабленное в нижних отделах, хрипов нет, ЧДД 17 в мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичны. Артериальное давление 110/70 мм рт. ст. ЧСС 81 уд/мин. Язык влажный, чистый. Живот увеличен в объеме, объем талии 110 см, плотный, труден для пальпации. При поверхностной пальпации грыжевых выпячиваний не определяется. Нижний край печени {plus}10 см от края реберной дуги, мягко-эластической консистенции, безболезненный при поверхностной пальпации. Нижний край селезенки у края реберной дуги. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Симптом поколачивания

отрицательный с обеих сторон. Стул до 1 р/сутки обычной консистенции, без патологических примесей. Мочеиспускание не затруднено, безболезненно. Голени пастозны.

Необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования включают в себя

- 3
- 1
- 4
- 2

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования включают в себя

- ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- колоноскопию
- ЭКГ
- ректороманоскопию

Для выявления алкогольной зависимости у данного пациента могут быть использованы

- ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- колоноскопию
- ЭКГ
- ректороманоскопию

Результаты обследования

Для неинвазивного определения стадии фиброза печени у данного пациента можно использовать

- протеинограмму
- биопсию печени
- анализ асцитической жидкости
- транзиентную эластографию (фибросканирование)

Для оценки тяжести течения алкогольного гепатита у данного пациента можно использовать

- индекс Мэддрея (Maddrey score)
- вопросник PHQ-9
- индекс Беста
- шкалу Мейо

Терапия первой линии для пациентов с алкогольным гепатитом тяжелого течения (индекс Мэддрей ≥ 32 , MELD ≥ 18 , GASH ≥ 8) включает в себя

- адеметионин внутрь в дозе 1200 мг/сут
- пентоксифиллин внутрь в дозе 1200 мг/сут
- преднизолон внутрь в дозе 40 мг/сут
- преднизолон внутрь в дозе 60 мг/сут

Для оценки ответа на терапию преднизолоном необходимо использовать индекс

- Беста
- Мейо
- Лилль (Lille model)
- НОМА

При наличии противопоказаний к терапии преднизолоном, препаратом второй линии у данного пациента является

- пентоксифиллин
- эссенциальные фосфолипиды
- урсодезоксихолевая кислота
- адеметионин

Длительность терапии преднизолоном при условии полного ответа на 7й день составляет + ___ + дней

- 10
- 14
- 48
- 30

Методом лечения пациентов с алкогольным гепатитом тяжелого течения, не ответивших на терапию преднизолоном, является

- трансагулярное портокавальное шунтирование (TIPS)
- инфузия альбумина
- резекция печени
- трансплантация печени

Наряду с преднизолоном, при тяжелом алкогольном гепатите может быть использован

- дексаметазон
- будесонид
- гидрокортизон
- флутиказон

Для диагностики алкогольного стеатоза печени используется

- дексаметазон
- будесонид
- гидрокортизон
- флутиказон

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 52 года на приеме врача - терапевта стационара.

Жалобы

На боли в верхней половине живота, возникающие после приема пищи, периодическую тошноту, послабление стула до 4 р/сутки, без патологической примесей, снижение веса на 10 кг за 3 месяца, периодические боли в коленных суставах.

Анамнез заболевания

Послабление стула и периодические боли в животе отмечает около 8 лет, за мед. помощью не обращался, лекарственные препараты не принимал. Усиление болей отмечает в течение 2 месяцев.

Анамнез жизни

Туберкулез, малярию, вирусные гепатиты, ВИЧ отрицает. Наследственность не отягощена. Аллергии на лекарственные препараты не отмечает. Гемотрансфузии не производились. Вредные привычки - не отрицает употребление алкоголя в прошлом, не курит, применение наркотиков отрицает. Работает разнорабочим на сельскохозяйственной ферме

Объективный статус

ИМТ 25 кг/м². кожные покровы обычной окраски чистые. Склеры чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Аускультативно в легких дыхание ослабленное в нижних отделах, хрипов нет, ЧДД 17 в мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. Артериальное давление 120/80 мм рт. ст. ЧСС 85 уд/мин. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, справа в околопупочной области определяется инфильтрат около 10 см в диаметре, болезненный. При поверхностной пальпации грыжевых выпячиваний не определяется. Нижний край печени {plus}1 см от края реберной дуги, мягко-эластической консистенции, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Симптом раздражения брюшины отрицательный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул до 2 р/сутки жидкой консистенции, без патологических примесей. Мочеиспускание не затруднено, безболезненно. Периферических отеков нет.

Необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования включают в себя

- дексаметазон

- будесонид
- гидрокортизон
- флутиказон

Результаты лабораторных методов обследования

Для постановки диагноза данному пациенту необходимо провести

- дексаметазон
- будесонид
- гидрокортизон
- флутиказон

Результаты обследования

Учитывая данные объективного, лабораторного и инструментального обследования, диагноз может быть сформулирован как

- дексаметазон
- будесонид
- гидрокортизон
- флутиказон

Диагноз

Для уточнения тяжести атаки у пациента можно использовать

- индекс Мейо
- классификацию Чайлд-Пью
- Лос-Анджелесскую классификацию
- индекс Беста

Диагноз Болезни Крона должен быть подтвержден

- данными объективного осмотра
- лабораторным методом
- эндоскопическим и морфологическим методом
- данными ультразвукового исследования органов малого таза

Учитывая жалобы, данные объективного осмотра, лабораторные показатели, у данного пациента + _____ + степень тяжести атаки Болезни Крона (согласно критериям Общества по изучению ВЗК при Ассоциации колопроктологов России)

- среднетяжелая
- умеренная
- легкая
- тяжелая

Наличие артропатии у данного пациента, требующей консультации ревматолога, расценивается как

- внекишечное проявление Болезни Крона, связанное с длительным воспалением и метаболическими нарушениями
- внекишечное аутоиммунное проявление Болезни Крона, связанное с активностью заболевания
- самостоятельное заболевание
- внекишечное аутоиммунное проявление Болезни Крона, не связанное с активностью заболевания

Для индукции ремиссии у данного пациента могут быть использованы

- внекишечное проявление Болезни Крона, связанное с длительным воспалением и метаболическими нарушениями
- внекишечное аутоиммунное проявление Болезни Крона, связанное с активностью заболевания
- самостоятельное заболевание
- внекишечное аутоиммунное проявление Болезни Крона, не связанное с активностью заболевания

Для поддержания ремиссии у данного пациента может использоваться

- метабитик
- препарат 5-аминосалициловой кислоты
- цитостатик (азатиоприн)
- глюкокортикостероид

Суммарная продолжительность глюкокортикостероидной терапии при атаке Болезни Крона не должна превышать

- 48 недель
- 12 недель
- 24 недели
- 12 месяцев

Показанием к хирургическому лечению болезни Крона является

- среднетяжелая атака болезни Крона
- осложнение болезни Крона
- тяжелая анемия
- гангренозная пиодермия

Пациент относится к + _____ + группе состояния здоровья

- среднетяжелая атака болезни Крона
- осложнение болезни Крона

- тяжелая анемия
- гангренозная пиодермия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 34 года на приеме врача-терапевта стационара.

Жалобы

На послабление стула до 10 р/сутки с примесью алой крови, снижение веса на 10 кг за последние 6 месяцев, повышение температуры тела до 37,5 С⁰, периодические боли в коленных суставах.

Анамнез заболевания

Послабление стула до 8 раз в стуки без патологических примесей отметил около 2 лет назад. Заболевание связывает с употреблением в пищу домашней сметаны. За медицинской помощью не обращался. Самостоятельно принимал Линекс, Смекту, Мезим-форте с улучшением состояния, уменьшением частоты стула до 2 р/сутки. Ухудшение состояния отмечает в течение последней недели, когда появились вышеперечисленные жалобы.

Анамнез жизни

Туберкулез, малярию, вирусные гепатиты, ВИЧ отрицает. Наследственность не отягощена. Аллергии на лекарственные препараты не отмечает. Гемотрансфузии не производились. Вредные привычки отрицает. Работает торговым представителем.

Объективный статус

ИМТ 17 кг/м². кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Аускультативно в легких дыхание ослабленное в нижних отделах, хрипов нет, ЧДД 17 в мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичны. Артериальное давление 110/80 мм рт. ст. ЧСС 87 уд/мин. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, болезненный по ходу кишечника, во время пальпации отмечается урчание. При поверхностной пальпации грыжевых выпячиваний не определяется. Нижний край печени - у края реберной дуги, мягко-эластической консистенции, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Симптом раздражения брюшины отрицательный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул до 10 р/сутки жидкой консистенции, без примесей. Мочеиспускание не затруднено, безболезненно. Периферических отеков нет.

Необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования включают в себя

- среднетяжелая атака болезни Крона
- осложнение болезни Крона
- тяжелая анемия

- гангренозная пиодермия

Результаты лабораторных методов обследования

Обязательные инструментальные методы обследования для постановки диагноза включают в себя

- среднетяжелая атака болезни Крона
- осложнение болезни Крона
- тяжелая анемия
- гангренозная пиодермия

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая данные объективного, лабораторного и инструментального обследования, у пациента имеется

- среднетяжелая атака болезни Крона
- осложнение болезни Крона
- тяжелая анемия
- гангренозная пиодермия

Диагноз

Тяжесть атаки у данного пациента может быть определена при помощи

- индекса Беста
- Лос-Анджелесской классификации
- классификации Чайлд-Пью
- критериев _Truelove-Witts_

Учитывая жалобы, данные объективного осмотра, лабораторные показатели, у данного пациента _____ степень тяжести атаки язвенного колита согласно критериям _Truelove-Witts_

- легкая
- среднетяжелая
- тяжелая
- умеренная

Наличие артропатии, требующей консультации ревматолога, у данного пациента расценивается как

- внекишечное аутоиммунное проявление язвенного колита, связанное с активностью заболевания
- внекишечное проявление ЯК, связанное с длительным воспалением и метаболическими нарушениями

- внекишечное аутоиммунное проявление ЯК, не связанное с активностью заболевания
- самостоятельное заболевание

Для индукции ремиссии у данного пациента рекомендован

- внекишечное аутоиммунное проявление язвенного колита, связанное с активностью заболевания
- внекишечное проявление ЯК, связанное с длительным воспалением и метаболическими нарушениями
- внекишечное аутоиммунное проявление ЯК, не связанное с активностью заболевания
- самостоятельное заболевание

Продолжительность фазы индукции ремиссии должна составить

- 2 недели
- 6-8 месяцев
- 6-8 недель
- 1 месяц

При сохранении послабления стула до 7 р/сутки с примесью крови в течение 2 нед от начала приема месалазина рекомендовано

- назначение ГКС в комбинации с цитостатиками
- добавление к терапии диосмектита
- добавление к терапии месалазином клизм с гидрокортизоном с лидокаином
- продолжение терапии месалазином и оценка эффективности через 4 недели

Суммарная продолжительность глюкокортикостероидной терапии при индукции ремиссии атаки язвенного колита не должна превышать

- 48 недель
- 12 недель
- 12 месяцев
- 24 недели

У пациентов в стадии клинической ремиссии колоноскопию следует проводить не реже 1 раза в

- 1,5 года
- 3 года
- год
- 5 лет

Одним из факторов риска колоректального рака у больных ЯК является

- 1,5 года
- 3 года
- год
- 5 лет

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 22-х лет обратилась к участковому терапевту в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На возникающие до 6-7 раз в неделю умеренные боли и чувство жжения в подложечной области, возникающие после приема пищи или натошак, ощущение распираания и переполнения желудка после еды при приеме пищи в обычном объеме.

Анамнез заболевания

Вышеперечисленные жалобы появились год назад, после сдачи выпускных экзаменов в институте. За медицинской помощью не обращалась. Самостоятельно принимала омепразол при появлении болей и панкреатин при ощущении переполнения желудка после еды с некоторым эффектом. В течение 4 последних месяцев (после трудоустройства на вторую работу) пациентка отмечает ухудшение состояния, которое проявляется в учащении указанных выше жалоб и в снижении эффективности самостоятельно принимаемых препаратов. 3 недели назад перенесла ОРВИ в виде острого ринита и острого фарингита без повышения температуры тела, проявления которой сохранялись 5 дней и самостоятельно купировались. Последний прием омепразола в дозе 20 мг не принесший никакого облегчения был вечером накануне обращения к врачу.

Анамнез жизни

Питание нерегулярное, в сухомятку

Работает учителем, часто испытывает стрессовые ситуации

Курит 5 лет по 7-10 сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет

Аллергических реакций не было

На диспансерном учете по поводу хронических заболеваний, в том числе желудочно-кишечного тракта, не состоит

Гинекологический анамнез: гинекологические заболевания отрицает, беременностей не было

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Температура тела — 36,5°C. При осмотре кожные покровы теплые, обычного цвета. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Масса тела 65 кг, индекс массы тела 21 кг/м². Грудная клетка цилиндрической формы. При сравнительной перкуссии легких звук ясный легочный. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных

движений — 17 в минуту, SpO₂ — 98%. Частота сердечных сокращений — 72 ударов в минуту, пульс ритмичный, симметричный на обеих руках, достаточного наполнения и напряжения, дефицита пульса нет. Артериальное давление — 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, без налета. Живот при поверхностной пальпации мягкий, чувствительный в эпигастральной области. Живот при глубокой пальпации болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Нижняя граница абсолютной тупости печени по передней подмышечной - верхний край X ребра, срединно-ключичной - нижний край реберной дуги, окологрудинной линии справа - на 2 см ниже реберной дуги. При глубокой топографической скользящей пальпации по методу В.П. Образцова край печени мягкий, слегка закругленный по форме, ровный и безболезненный. Верхняя граница селезеночной тупости соответствует нижнему краю 9 ребра, нижняя — верхнему краю 11 ребра. Передняя граница находится на 1 см левее передней подмышечной линии. Поперечник и длинник селезенки составляют 5 см и 8 см соответственно. Пузырные симптомы отрицательные. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненное. Стул регулярный кал оформленный.

Показанные пациентке лабораторные методы обследования должны включать

- 1,5 года
- 3 года
- год
- 5 лет

Результаты обследования

Инструментальная диагностика, проведение которой показано пациентке, должна включать

- 1,5 года
- 3 года
- год
- 5 лет

Результаты обследования

По результатам проведённого обследования диагноз пациентки должен быть сформулирован как

- 1,5 года
- 3 года
- год
- 5 лет

Диагноз

Немедикаментозное лечение пациентки должно предусматривать

- употребление большого количества жидкости (более 2,0-2,5 литров в сутки)
- дробное питание малыми порциями
- ограничение грубой растительной клетчатки в пищевом рационе
- исключение жиров животного происхождения

Показанием для назначения ингибитора протонной помпы данной пациентке является

- болевой синдром в эпигастрии
- отрицательный результат теста на *H. pylori*
- молодой возраст пациентки
- постпрандиальный дистресс-синдром

В связи с + _____ + пациентке показано назначение прокинетиков

- болевым синдромом в эпигастрии после приема пищи
- наличием постпрандиального дистресс-синдрома
- болями в эпигастрии натошак
- длительностью заболевания более 6 месяцев

В дальнейшем функциональная диспепсия у данной пациентки может

- самостоятельно исчезнуть
- повысить риск развития язвенной болезни
- повысить риск развития рака желудка
- привести к развитию аутоиммунного гастрита

Для ощущения переполнения желудка при функциональной диспепсии характерным является

- возникновение натошак
- отсутствие связи с приёмами пищи
- отсутствие связи с объемом съеденной пищи
- появление через 2-3 часа после еды

При выявлении у больного функциональной диспепсией инфекции *H. pylori*

- показана четырёхкомпонентная эрадикационная терапия
- показано назначение монотерапии амоксилином
- показана стандартная тройная эрадикационная терапия
- эрадикационная терапия не показана

Под термином «вторичная диспепсия» понимают диспепсию

- на фоне наличия органической патологии

- резистентную к стандартной терапии функциональной диспепсии
- возникающую у пациентов, страдающих синдромом раздражённого кишечника
- ассоциированную с инфекцией *_H. pylori_*

Для диспепсии ассоциированной с *_Helicobacter pylori_* характерно

- присутствие на протяжении всего времени определения в крови антител к *_H. pylori_* класса *_G_*
- стойкое исчезновение после эрадикации
- появление только при повышении антител к *_H. pylori_* класса *_A_*
- постоянное присутствие даже после успешной эрадикации

При дифференциальной диагностике функциональной диспепсии к симптомам тревоги относят

- присутствие на протяжении всего времени определения в крови антител к *_H. pylori_* класса *_G_*
- стойкое исчезновение после эрадикации
- появление только при повышении антител к *_H. pylori_* класса *_A_*
- постоянное присутствие даже после успешной эрадикации

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 37 лет обратилась в поликлинику к врачу общей практики.

Жалобы

На боли в верхней части живота умеренной интенсивности без иррадиации и тошноту возникающие вскоре после приёма пищи.

Анамнез заболевания

Считает себя больной около 2х лет, на протяжении которых периодически беспокоят вышеописанные жалобы. Ранее к врачам не обращалась, поскольку боли не были выраженными и купировались самостоятельно. Два дня назад была на корпоративе, после которого отметила ухудшение самочувствия: боли стали более выраженными и продолжительными, усилилась тошнота, в связи с чем пациентка обратилась к врачу.

Анамнез жизни

- * хронические заболевания – отрицает
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет
- * профессиональный анамнез: работает медицинской сестрой, периодически сутками, не всегда бывает возможность на работе полноценного приема пищи, длительные перерывы между приемами пищи, любит горячие напитки
- * аллергических реакций не было
- * наследственность: у матери язвенная болезнь желудка

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела 36,0^oC. Больная нормостенического телосложения, ИМТ=22,4 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые оболочки физиологической окраски, высыпаний нет. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластичная, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания 16 в 1 мин. При сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочный звук. При топографической перкуссии – границы легких в пределах нормы. При аускультации легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. Бронхофония не изменена. Верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации сердца: тоны ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс 70 в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 120/80 мм рт. ст. Язык обложен тонким белым налетом. При поверхностной пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Пальпация кишечника без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7 см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь не пальпируется.

Лабораторное обследование пациентки должно включать проведение

- присутствие на протяжении всего времени определения в крови антител к H. pylori класса G
- стойкое исчезновение после эрадикации
- появление только при повышении антител к H. pylori класса A
- постоянное присутствие даже после успешной эрадикации

Результаты обследования

Инструментальное обследование пациентки должно включать проведение

- присутствие на протяжении всего времени определения в крови антител к H. pylori класса G
- стойкое исчезновение после эрадикации
- появление только при повышении антител к H. pylori класса A
- постоянное присутствие даже после успешной эрадикации

Результаты обследования

На основании проведённого обследования наиболее вероятным диагнозом является

- присутствие на протяжении всего времени определения в крови антител к H. pylori класса G
- стойкое исчезновение после эрадикации
- появление только при повышении антител к H. pylori класса A
- постоянное присутствие даже после успешной эрадикации

Диагноз

С целью купирования болевого синдрома пациентке показано назначить

- антацид
- диоктаэдрический смектит
- блокатор H²-гистаминовых рецепторов
- ингибитор протонной помпы

В соответствии с установленным диагнозом в первую очередь пациентке показано проведение

- эрадикационной терапии
- психотропной терапии
- элиминационной терапии
- физиотерапии

В качестве эрадикационной терапией первой линии пациентке следует назначить

- стандартную тройную терапию
- классическую четырёхкомпонентную терапию
- тройную терапию с левофлоксацином
- комбинацию доксициклина и тетрациклина

С целью повышения эффективности стандартной тройной терапии пациентке следует

- принимать пищу небольшими порциями по 5-6 раз в сутки
- увеличить длительность терапии до 14 дней
- добавить к терапии домперидон
- принимать лекарственные препараты одновременно с кисломолочными продуктами

Контроль за проведением эрадикационной терапии следует проводить не ранее чем через + _____ + (в неделях) после окончания эрадикационной терапии

- 4
- 2
- 1
- 8

В качестве оптимального способа контроля после завершения эрадикации у пациентки следует выбрать

- серологический метод определения IgG к H.pylori
- культуральное исследование биоптатов слизистой желудка
- быстрый уреазный тест при повторной ЭГДС
- ¹³C-уреазный дыхательный тест

Для синдрома болей в эпигастрии характерным является (-ются)

- уменьшение после дефекации
- сопровождающиеся признаки дисфункции желчного пузыря
- миграция в левую подвздошную область
- «жгучий» характер

Ограничением к более широкому и продолжительному применению прокинетики домперидона при функциональной диспепсии является его способность

- снижать эффективность эрадикационной терапии
- провоцировать возникновение тошноты и рвоты
- удлинять интервал QT
- вызывать эрозивное повреждение пищевода

Клиническая картина постпрандиального дистресс-синдрома включает

- жгучие боли за грудиной, возникающие без связи с физической нагрузкой
- чувство раннего насыщения во время еды
- одиофагию, появляющуюся при употреблении жидкой пищи
- изжогу и отрыжку, возникающие после еды