

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«АМУРСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»

**О.М. Гончарова, Лобанова Е.В.**

**ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА.  
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. КЛИНИКА. ЛЕЧЕНИЕ. ЭВН И  
ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ**

**УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ**

**Часть 2**

**Благовещенск, 2015**

УДК 618.085

**Рецензенты:**

В.В. Войцеховский, д.м.н., доцент, зав. кафедрой госпитальной терапии ГБОУ ВПО Амурской ГМА

Н.А. Третьякова, к.м.н., зав. кафедрой внутренних болезней ФПДО ГБОУ ВПО Амурской ГМА

**Авторы:**

О.М.Гончарова, к.м.н. зав.кафедрой поликлинической терапии ГБОУ ВПО Амурской ГМА, Е.В.Лобанова, к.м.н, ассистент кафедры поликлинической терапии ГБОУ ВПО Амурской ГМА, М.Д. Белоусова, ассистент кафедры поликлинической терапии ГБОУ ВПО Амурской ГМА

Заболевания желудочно-кишечного тракта. Дифференциальная диагностика. Клиника. Лечение. ЭВН и диспансеризация в поликлинических условиях: Учебное пособие - Благовещенск, 2015

В учебном пособии освещаются основные вопросы этиопатогенеза, клиники, диагностики, лечения в зависимости от степени тяжести, дифференциальной диагностики, тактика ведения больных в амбулаторно-поликлинических условиях. Освещаются вопросы экспертизы трудоспособности, показания к госпитализации и диспансеризации заболеваний желудочно-кишечного тракта в амбулаторных условиях.

Пособие предназначено для студентов, обучающихся по специальности Лечебное дело.

**СОДЕРЖАНИЕ**

1. Список сокращений	4
2. Болезни кишечника	112
3. Хронический колит	112
4. Хронический энтерит	125
5. Синдром раздраженного кишечника	143
6. Ситуационные задачи	148
7. Эталоны ответов к ситуационным задачам	169
8. Тестовые задания	184
9. Эталоны ответов к тестовым заданиям	207
10. Литература	207

## Список сокращений:

- АГ** – аутоиммунный гепатит  
**АД** – артериальное давление  
**АЛАТ** – аланинаминотрансфераза  
**АСАТ** – аспаргатаминотрансфераз  
**АТФ** – аденозинтрифосфорная кислота  
**БА** – бронхиальная астма  
**БМСЭ** – бюро медико-социальной экспертизы  
**ВГА** – вирусный гепатит А  
**ВГВ** – вирусный гепатит В  
**ВГС** – вирусный гепатит С  
**ВК** – врачебная комиссия  
**ВН** – временная нетрудоспособность  
**ГКС** – глюкокортикостероиды  
**ГГТП** – гаммаглутаминтранспептидаза  
**ЖКБ** – желчекаменная болезнь  
**ЖКТ** – желудочно-кишечный тракт  
**ИМ** – инфаркт миокарда  
**КТ** – компьютерная томография  
**ЛДГ** – лактатдегидрогеназа  
**МСЭ** – медико-социальная экспертиза  
**НР** – *Helicobacter Pylori*  
**ОАК** – общий анализ крови  
**ОВГ** – острый вирусный гепатит  
**ПВ** - пищевые волокна  
**ПЦР** – полимеразноцепная реакция  
**РФ** – ревматоидный фактор  
**СЖ** – синдром Жильбера  
**СКН** – синдром Криглера-Найяра

**СОЖ** – слизистая оболочка желудка  
**СРК** – синдром раздраженного кишечника  
**УДФГТ** – уридиндифосфатглюкуронилтрансфераза  
**УЗИ** – ультразвуковое исследование  
**ФГ** – функциональные гипербилирубинемии  
**ФГДС** – фиброгастродуоденоскопия  
**ХГ** – хронический гастрит  
**ХК** – хронический колит  
**ХНЗЛ** – хронические неспецифические заболевания легких  
**ХП** – хронический панкреатит  
**ХХ** – хронический холецистит  
**ЦИК** – циркулирующие иммунные комплексы  
**ЦП** – цирроз печени  
**ЧД** – частота дыхания  
**ЩФ** – щелочная фосфатаза  
**ЭВН** – экспертиза временной нетрудоспособности  
**ЯБ** - язвенная болезнь

## **БОЛЕЗНИ КИШЕЧНИКА**

## **ХРОНИЧЕСКИЙ КОЛИТ**

Это хроническое воспалительное поражение толстой кишки, являющееся одним из наиболее частых заболеваний системы пищеварения.

### **Этиология**

Причины происхождения хронических колитов (ХК) весьма разнообразны.

По этиологическому принципу различают следующие основные виды:

#### **1. Инфекционные**

Они чаще всего вызываются возбудителями кишечных инфекций: шигеллами, бактериями рода сальмонелл. Неспецифические, или постинфекционные, колиты, обусловленные и поддерживаемые условно-патогенной и сапрофитной флорой кишечника человека;

#### **2. Паразитарные**

Самостоятельным этиологическим фактором ХК гельминты являются очень редко, но могут поддерживать воспалительный процесс, вызванный другой причиной. Протозойные колиты обусловлены воздействием возбудителей амебиаза, балантидиаза, лямблиоза и др.

#### **3. «Алиментарные»**

Возникают вследствие длительных и грубых нарушений режима питания и рациональной диеты.

**4. Колиты, сопровождающие** ахилические гастриты, панкреатиты с внешнесекреторной недостаточностью поджелудочной железы или хронические энтериты.

#### **5. Токсические**

Возникают вследствие длительных экзогенных интоксикаций «колотропными» веществами (свинец, фосфор, мышьяк и др.). Токсические колиты эндогенного происхождения возникают вследствие раздражения стенки кишки выводимыми ею продуктами, образовавшимися в организме (при уремии, подагре).

#### **1. Аллергические**

Колиты аллергической природы наблюдаются при пищевой аллергии, при непереносимости некоторых лекарственных и химических веществ, повышенной индивидуальной чувствительности организма к некоторым видам бактериальной флоры кишечника и продуктов распада микроорганизмов

## **2. Колиты вследствие длительного механического раздражения** стенки толстой кишки.

Колиты вследствие длительного механического раздражения стенки толстой кишки возникают при хроническом копростазе, злоупотреблении слабительными клизмами, ректальными свечами и т.д.

**8. Лекарственные,** развивающиеся вследствие нерационального и бесконтрольного применения антибиотиков широкого спектра действия, слабительных препаратов растительного происхождения.

Нередко причиной возникновения ХК является несколько факторов.

### **Патогенез**

Хронический колит можно рассматривать как полиэтиологическое, но монопатогенетическое заболевание. Основных звеньев патогенеза хронического колита три, они взаимосвязаны и взаимообусловлены: кишечный дисбактериоз, иммунологические нарушения и дискинезии кишечника.

Основными механизмами развития являются непосредственное длительное раздражающее и повреждающее действие различных механических и токсических факторов на стенку толстой кишки.

Инфекционные, протозойные колиты принимают хроническое течение при снижении иммуногенеза, в результате непосредственного токсического и токсикоаллергического действия возбудителей этих заболеваний и продуктов, образующихся при их распаде, на кишечную стенку. Такой патогенез ХК, развивающегося при длительно существующем дисбактериозе кишечника. Хроническое воспаление толстой кишки может поддерживаться за счет выработки аутоантител к видоизмененному эпителию кишечной стенки. Поражение поперечной ободочной кишки и особенно ее дистальной части

нередко обусловлено затруднением прохождения ее содержимого через заостренный левый изгиб в нисходящую ободочную кишку (так называемый синдром селезеночной кривизны). В происхождении ХК и проктосигмоидита играют роль дизентерия и хронические запоры.

**Таблица 7 Классификация хронического колита**

Этиология	Характеристика		
	анатомо-морфологическая	клиническая	функциональная
Инфекция (дизентерия, сальмонеллез)	Поверхностный колит Атрофический колит Тифлит	1. Фаза болезни: обострение, ремиссия	Нарушения моторики (гипер- и гипомоторная дискинезия)
Алиментарные факторы (несбалансированное питание и др.)	Проктосигмоидит Тотальный колит	2. Осложнения: солярит, неспецифический мезаденит, копростаз, кишечная непроходимость	Нарушения транспорта (гиперсекреция ионов и воды, повышенная и пониженная абсорбция ионов и воды в толстой кишке)
Физические и химические факторы (экзогенные интоксикации соединениями ртути, свинца, фосфора, мышьяка и др., бесконтрольное применение антибиотиков, слабительных)			Нарушения секреции слизи (избыточная и сниженная секреция слизи)
Болезни органов пищеварения			
Неврогенные факторы			



## Клиническая картина

Основными симптомами являются нарушения стула: поносы от 2 – 3 до 10 – 15 раз и более в сутки или запоры, нередко чередование поносов и запоров. Характерен симптом недостаточного опорожнения кишечника: выделение небольшого количества кашицеобразных или жидких каловых масс со слизью с ощущением неполного опорожнения кишечника. При обострении процесса появляются ложные позывы на дефекацию, сопровождающиеся отхождением газа и отдельных комочков каловых масс, покрытых тяжами или хлопьями слизи, иногда с прожилками крови. При спастическом колите каловые массы могут иметь фрагментированный вид («овечий кал»).

Частым симптомом ХК являются тупые боли в животе, обычно локализующиеся в боковых или нижних отделах живота, усиливающиеся после приема пищи и перед дефекацией. Иногда боли приобретают спастический характер и могут сопровождаться отхождением газов или возникновением позыва к дефекации. При слизистой колике приступы болей в животе сопровождаются выделением большого количества слизи с калом. При обострении проктита возникают болезненные тенезмы, боли сохраняются некоторое время после дефекации, усиливаются при проведении очистительной клизмы, стихают от применения тепла (грелка, компресс), после приема холино- и спазмолитиков.

При периколите боли, имея постоянный характер, усиливаются от тряски, при ходьбе, облегчаются в положении лежа, усиливаются от тепловых процедур. Упорные ноющие боли по всему животу или локализующиеся преимущественно в подложечной области, наблюдаются при сопутствующем ганглионите, особенно солярите. Нередко наблюдается метеоризм, его причиной являются нарушение переваривания пищи в тонкой кишке и дисбактериоз.

Характерны жалобы на диспепсические явления: анорексию, подташнивание, отрыжку, ощущение горечи во рту, урчание в животе и т.д., что связано с сопутствующими заболеваниями проксимальных отделов пищеварительной системы (гастрит, холецистит, панкреатит). При пальпации выявляются участки

болезненности брюшной стенки по ходу толстой кишки. Иногда отмечается резистентность мышц передней брюшной стенки в соответствующих участках. При периколите, ганглионите и мезадените болезненность брюшной стенки не ограничена областью расположения толстой кишки, а может наблюдаться в подложечной области и ниже по средней линии (зона локализации солнечного, верхнего и нижнего брыжеечных сплетений), около пупка (локализация мезентериальных лимфатических узлов).

### **Диагностика**

При поверхностной пальпации нередко выявляются участки болезненности брюшной стенки, располагающиеся по ходу толстой кишки. При глубокой пальпации пораженные участки толстой кишки обычно болезненны и спастически сокращены, могут иметь место чередование спастически сокращенных и расширенных участков, наполненных плотным или жидким содержимым, сильное урчание и даже плеск в соответствующем отделе кишки.

Исследование крови в ряде случаев позволяет установить наличие гипохромной анемии, при обострениях процесса – умеренный нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, повышение СОЭ. Обострение аллергического колита (при приеме пищевых продуктов, к которым у больного имеется непереносимость), помимо болевого приступа часто сопровождается лихорадкой, эозинофилией, появлением кристаллов Шарко-Лейдена в испражнениях.

При копрологическом исследовании определяется большое количество воспалительных элементов, слизи и лейкоцитов, нередко выявляется большое количество йодофильной флоры, перевариваемой клетчатки и внутриклеточного крахмала, а также эритроцитов (при эрозивных и язвенных формах).

Ирригоскопия при ЖК особых изменений не выявляет. При тяжелых формах выявляются изменения рельефа слизистой оболочки кишки за счет воспалительного отека и инфильтрации, а в ряде случаев – участки рубцово-воспалительного сужения просвета кишки.

Ректороманоскопия, сигмоидоскопия и колоноскопия, позволяют осмотреть слизистую оболочку толстой кишки и определить характер и степень морфологических изменений, выявить эрозии и язвы, которые при ирригоскопии обычно установить не удастся. При эндоскопии можно провести биопсию слизистой оболочки с целью получения материала (слизь, гной) для бактериологического исследования.

### **Особенности клинической картины в зависимости от локализации патологического процесса**

Хронические тифлиты протекают с упорными болями в правой подвздошной области, иррадирующими в пах, поясницу, со вздутием и урчанием в правой половине живота, в большинстве случаев с выделением обильного полужидкого стула 3-5 раз в сутки («коровий кал»). При пальпации основные болезненные ощущения сосредоточены в области слепой кишки и восходящего отдела ободочной кишки; иногда они спастически сокращены, иногда расслаблены, сильно урчат при ощупывании. При перитифлите в период обострения воспалительного процесса иногда определяется нерезко выраженный симптом Щеткина-Блюмберга, который в сочетании с субфебрилитетом, повышением СОЭ может симулировать обострение хронического аппендицита.

Изолированный трансверзит возникает сравнительно редко и во многих случаях сочетается с колоптозом. Проявляется тупыми болями в эпигастральной области и левом подреберье, нередко усиливающимися после еды, метеоризмом, ощущением распираания живота, которое облегчается после дефекации, нарушениями стула. При пальпации поперечная ободочная кишка болезненная, нередко опущенная и неравномерно спазмированная. При выраженных явлениях перипроцесса в области селезеночного изгиба могут возникнуть симптомы частичной, а в редких случаях и полной непроходимости кишечника.

Проктит и проктосигмоидит – самые частые формы ХК. Проявляются болями в левой подвздошной области и в области заднего прохода, болезненными тенезмами, стул необильный, иногда типа «овечьего кала», содержит много

видимой слизи, а нередко кровь и гной. При пальпации отмечаются болезненность сигмовидной кишки, ее спастическое сокращение или урчание (при поносах). На ирригоскопии в ряде случаев выявляется долихосигма. Осмотр и пальцевое исследование прямой кишки, позволяют оценить состояние ее сфинктера, выявить геморрой, трещина заднего прохода, парапроктит, выпадение прямой кишки и др. В диагностике хронического проктосигмоидита большое значение имеет также ректороманоскопия.

Течение ХК в одних случаях длительное, малосимптомное, в других – постепенно прогрессирующее, с чередованием периодов обострений и ремиссий, постепенным развитием атрофических изменений в стенке кишки. Осложнениями являются возникновение кишечных кровотечений, в отдельных случаях – сужений просвета кишки (при рубцевании язв) и спаечного процесса – перивисцерита (при распространении воспалительного процесса на серозный покров кишки).

#### **Примерная формулировка диагноза:**

1. Хронический постдизентерийный колит (преимущественно проктосигмоидит) с атрофическими изменениями слизистой оболочки толстой кишки и выраженной гипермоторной дискинезией с синдромом запоров, фаза обострения.

2. Хронический тифлит иерсиниозной этиологии, преимущественно болевая форма, фаза обострения.

3. Вторичный хронический колит (желчнокаменная болезнь; холецистэктомия в 2005 г.) с выраженной атрофией слизистой оболочки и гипермоторной дискинезией толстой кишки с явлениями хологенной диареи, фаза обострения.

#### **Дифференциальный диагноз**

В первую очередь следует исключить колиты инфекционного или паразитарного происхождения. Возникновение ХК после острого проктосигмоидита, проявляющегося тенезмами, выделением с каловыми массами слизи и крови, лихорадочным состоянием, заставляет предположить самый

частый вид инфекционного колита – дизентерийный. Нахождение шигелл при бактериологическом исследовании каловых масс, кишечной слизи или соскоба со стенки прямой кишки, полученного при ректороманоскопии, позволяет подтвердить этот диагноз. Симптомы колита у больных, перенесшие дизентерию, обусловлены остаточными, преимущественно функциональными нарушениями толстой кишки и повышенной раздражимостью рецепторов кишечной стенки в ответ на обычные факторы. Для ЖК, возникающих в результате паразитарных инвазий, основное значение имеет обнаружение соответствующих возбудителей, цист, члеников или яиц гельминтов в испражнениях.

Хронические колиты необходимо отличать от дискинезий толстой кишки различного происхождения, хотя длительные функциональные расстройства кишки могут привести к развитию хронического колита. При колитах, протекающих с запорами, с целью дифференциальной диагностики следует исключить неврогенные (рефлекторные, связанные с условиями работы и т. д.), токсические (хроническая интоксикация свинцом, морфином, при длительном приеме холинолитиков и т. д.), алиментарные (при недостаточном поступлении с пищевыми продуктами клетчатки) и механические (вследствие стенозов толстой кишки) причины хронической задержки стула.

Следует проводить дифференциальный диагноз ЖК с хроническим энтеритом, панкреатитом, анацидным гастритом, так как эти заболевания обычно протекают с поносами и разнообразной кишечной симптоматикой, напоминающей в ряде случаев клиническую картину колита. Обнаружение желудочной ахилии, недостаточности внешнесекреторной функции поджелудочной железы, выявление признаков нарушения полостного и пристеночного пищеварения в тонкой кишке, а так же процессов всасывания, заставляет исключать патологию других органов ЖКТ. Очень часто встречается и сочетание этих заболеваний с ЖК.

Опухоли толстой кишки также могут протекать под маской хронического колита, поэтому в подозрительных случаях всегда нужно проводить ир-

ригоскопию, а при недостаточно ясной картине и эндоскопическое исследование толстой кишки.

### **Лечение**

Лечение в период обострения проводится в стационаре; больных инфекционными и паразитарными колитами лечат в соответствующих инфекционных отделениях больниц.

При обострении процесса больным показаны частое дробное питание (4-6 раз в сутки), диета (механически щадящая) с достаточным количеством белка (100-120 г), легкоусвояемых жиров (100-120 г) и углеводов (около 400—500 г). Только в период наибольшей остроты процесса временно несколько ограничивают поступление в организм углеводистых продуктов (до 350 и даже 250 г. По мере стихания воспалительного процесса больных переводят на диету с добавлением вчерашнего белого хлеба, небольшого количества свежей сметаны, неострого сыра, отварного мяса или несильно обжаренной котлеты, зелени, овощей и фруктов в вареном и протертом виде.

Лекарственная терапия хронических колитов в период обострения включает назначение антибиотиков широкого спектра действия или медленно всасывающихся из кишечника сульфаниламидных препаратов (сульгин, фталазол) в обычных дозах.

Наиболее целесообразным и эффективным во многих случаях является назначение производных 8-оксихинолина, которые угнетающе действуют в первую очередь на патогенную флору кишечника, уменьшают бродильные и гнилостные процессы, не подавляя нормальную кишечную флору. Полезны для восстановления нормальной кишечной флоры бифидумбактерин и бификол (препараты лиофилизированных культур бифидумбактерий и кишечной палочки), лактобактерин. Для повышения реактивности организма проводят витаминотерапию (С, В<sub>2</sub>, В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub> и др.)

При поносах назначаются вяжущие и обволакивающие средства (танальбин, теальбин, тансал, висмута нитрат основной, каолин и др.). Широко используются

настои и отвары растений, содержащих дубильные вещества: отвары корневищ змеевика, лапчатки или кровохлебки по 1 столовой ложке 3-6 раз в день, настой или отвар плодов черемухи, плодов черники, травы зверобоя и др. Более выраженный эффект достигается сочетанием вяжущих и обволакивающих средств с холинолитиками. Холинолитики, миотропные спазмолитики, церукал (реглан, метаклопрамид) назначаются и при спастическом колите. Полезны препараты пищеварительных ферментов – ацидинпепсин, панкреатин, фестал, панзинорм и др.

При проктосигмоидите вяжущие средства желательно назначать в лекарственных клизмах (ромашковые, таниновые, протарголовые), в виде микроклизм взвесь висмута нитрата основного, а при проктите, трещине заднего прохода, геморрое применяют местно вяжущие средства: ксероформ, дерматол, окись цинка и др.

При выраженном метеоризме назначаются активированный уголь (по 0,25-0,5 г 3-4 раза в день), настой листа мяты перечной (5 г на 200 мл воды, по 1 столовой ложке несколько раз в день), цветков ромашки (10 г на 200 мл воды по 1-2 столовые ложки несколько раз в день) и другие средства.

При колитах, протекающих с запорами, в пищевом рационе увеличивается количество продуктов, богатых клетчаткой (овощи, фрукты, в протертом или проваренном виде). Если запоры вызваны спастическим состоянием толстой кишки, полезны холинолитики, миотропные спазмолитики и тепловые процедуры. При атонии толстой кишки необходимы лечебная физкультура, массаж живота, слабительные средства (пурген, ревен, сеннаде, препараты крушины, при длительной задержке стула – слабительные газообразующие свечи). По мере стихания воспалительного процесса в толстой кишке необходимость в этих средствах отпадает.

Большое место в терапии обострений ЖК занимают физиотерапевтические методы (кишечные орошения, грязевые аппликации, диатермия и др.) и санаторно-курортное лечение.

**Профилактика** ЖК сводится к предупреждению и своевременному лечению острых кишечных инфекционных и паразитарных заболеваний, соблюдению рационального режима и полноценности питания.

### **Экспертиза временной нетрудоспособности**

Целесообразно условно выделить три степени тяжести хронического колита: легкую, среднюю и тяжелую.

При **легкой форме** хронического колита боль наблюдается обычно при обострении, стул неустойчив, в кале периодически обнаруживается слизь. Общее питание существенно не нарушается. Обострения нечасты. Больные трудоспособны если их обычная работа не препятствует регулярному приему пищи, не связана с резкими движениями, сотрясением тела. При обострении они нуждаются в лечении с освобождением от трудовой деятельности на 5-7 дней.

При колите **средней тяжести** обострения развиваются 3-4 р/год, болевой синдром выражен нерезко, стойкий, во время обострений может достигать значительной интенсивности. Стул, как правило, нарушен. Питание больных понижено, при пальпации живота отмечается выраженная болезненность по ходу толстой кишки. Нередко присоединяются гастрит, дискинезия желчевыводящих путей и др. ВН составляет 14-15 дней.

При **тяжелой форме** колита обострения наблюдаются 5-6 р/год, болевой синдром интенсивный и стойкий, стул жидкий, в кале слизь, нередко кровь и гной. Аппетит снижен, нередко отмечается депрессия. Как правило, резко снижено питание, часто имеют место поражения других звеньев системы пищеварения, а иногда и органов кровообращения. Работоспособность больных обычно длительно утрачена (инвалидность III и даже II группы).

Трудоустройство. Работа больных ЖК не должна быть связана со значительным физическим напряжением, сотрясением тела, охлаждением и воздействием токсических промышленных факторов, особенно действующих на пищевой канал (ртуть, свинец, фосфор и др.). Характер трудовой деятельности не



должен препятствовать регулярному приему пищи. В связи с этим больному противопоказаны командировки, ночные и суточные дежурства.

### **Диспансеризация**

Больные ХК с редкими обострениями и без выраженной дискинезии толстой кишки наблюдаются участковым терапевтом по II диспансерной группе. Периодичность осмотров терапевтом и гастроэнтерологом - 1 раз в год, проктологом и онкологом больные осматриваются по показаниям. Ректороманоскопия, ирригоскопия, колоноскопия выполняются при необходимости. Больные ХК с частыми обострениями наблюдаются участковым терапевтом по III диспансерной группе. Периодичность осмотров терапевтом, гастроэнтерологом и проктологом - 2 раза в год, онкологом - по показаниям. Один раз в год целесообразно пройти полное стационарное обследование. Оздоровительные мероприятия заключаются в правильном лечебном питании, нормализации стула, фитотерапии, при обострении хронического колита проводится стационарное лечение по вышеуказанной программе.

### **ХРОНИЧЕСКИЙ ЭНТЕРИТ**

Это полиэтиологическое заболевание, в основе которого лежит дистрофический процесс в тонкой кишке, приводящий к снижению барьерной и пищеварительно-транспортной функции тонкой кишки, заселению верхних отделов ее большим количеством микроорганизмов, вторичным метаболическим и иммунным нарушениям, а также расстройствам функций нервной системы. Это заболевание тонкой кишки, характеризуется нарушением ее функций, прежде всего переваривания и всасывания, вследствие чего возникают кишечные расстройства и изменения всех видов обмена веществ. В зарубежной литературе термину ХЭ соответствует «синдром мальабсорбции вследствие избыточного роста бактерий в тонком кишечнике».

### **Этиология**

Хронический энтерит является полиэтиологичным заболеванием, развивающимся либо после перенесенной острой инфекции, либо возникающим самостоятельно.

### **Этиологические факторы хронического энтерита:**

#### **1. Инфекционный**

Ранее возникновение ХЭ связывали с перенесенной дизентерией, сальмонеллезом, стафилококковой инфекцией. В последние годы большое значение в хронизации процесса стали придавать условно-патогенной флоре (иерсиниям, протее, синегнойной палочке), вирусам (ротавирусу), а также протозойной и глистной инвазии (лямблии, аскариды, стронгилоиды, описторхии и др.). 2-Алиментарный - переизбыток, еда всухомятку, несбалансированная по составу пища (углеводистая, бедная витаминами), злоупотребление пряностями.

**3. Ионизирующее излучение** (лучевой энтерит).

**4. Воздействие токсических веществ** (мышьяк, свинец, фосфор).

**5. Лекарственные средства** (салицилаты, индометацин, кортикостероиды, иммунодепрессанты, цитостатики, некоторые антибиотики при длительном и бесконтрольном их применении).

**6. Оперативные вмешательства на желудке** (резекция, ваготомия, наложение гастроэнтероанастомозов).

**7. Хронические заболевания желудочно-кишечного тракта** (хронический атрофический гастрит, панкреатит, гепатит, цирроз печени).

**8. Хроническая почечная недостаточность.**

**9. Заболевания, сопровождающиеся хронической недостаточностью кровообращения.**

**10. Заболевания, приводящие к ишемии стенки тонкой кишки** (атеросклероз и васкулит мезентериальных сосудов) – «ишемический энтерит.

**11. Иммунодефицитные состояния.**

Кроме того, хронический энтерит нередко является выражением таких заболеваний, как туберкулез, системная склеродермия и др. Хронический энтерит

может возникнуть на фоне пищевой аллергии, кожных заболеваний (экзема, псориаз), врожденных или приобретенных ферментопатий.

**Патогенез** заболевания может складываться из различных механизмов:

**1. непосредственное хроническое повреждающее воздействие** на стенку тонкой кишки (токсическое, раздражающее и т.д.)

**2. иммунологические механизмы:** возникновение гиперчувствительности к продуктам гидролиза пищевых веществ либо к продуктам распада бактериальных клеток. Измененные вследствие токсических воздействий белки кишечной стенки при хроническом энтерите сами могут играть роль антигена (аутоаллергия)

**3. нарушение защитных механизмов** слизистой оболочки кишечника

**4. возникающий при хроническом энтерите дисбактериоз**, когда тонкая кишка обильно заселяется различными микроорганизмами, нетипичными для нее.

В результате этого усугубляется нарушение пищеварения, а некоторые токсические вещества повреждают кишечную стенку. В слизистой оболочке тонкой кишки возникают воспалительные и дистрофические изменения с исходом в атрофию, отмечается уменьшение размеров ворсинок, клетки поверхностного эпителия и их щеточная кайма уплощаются, возникает отечность слизистого и подслизистого слоев. Чем тяжелее процесс, тем эти изменения больше выражены, в слизистой обнаруживается большое количество мелких кист. В результате всех этих процессов значительно уменьшается всасывательная поверхность кишечной стенки, снижается продукция кишечных ферментов, нарушается пристеночное пищеварение.

**Таблица 8 Классификация хронического энтерита (Фролькис, 1971) с дополнениями**

Этиология	Характеристика		
	анатомо-морфологическая	функциональная	клиническая
Инфекции (дизентерия,	Поверхностный энтерит с	Нарушения мембранного	I. Степень тяжести синдрома

сальмонеллез, иерсиниоз, вирусные инфекции и др.)	дистрофией энтероцитов	пищеварения (дисахаридазная недостаточность)	нарушенного всасывания
Глистные инвазии, лямблии	Хронический энтерит без атрофии	Нарушения всасывания электролитов, железа, воды, витаминов, белков, жиров, углеводов	2. Течение: редко, часто рецидивирующее
Алиментарные факторы (несбалансированное питание и др.)	Хронический энтерит с парциальной атрофией ворсин	Нарушения моторной функции (гипер- и гипокинетические)	3. Фаза болезни: обострение, ремиссия
Физические и химические повреждения (антибиотики, алкоголь, ионизирующая радиация)	Еюнит Илеит Энтерит		4. Осложнения: солярит, неспецифический мезаденит
Болезни желудка, печени, желчных путей, поджелудочной железы			

Выделяют **три степени тяжести** заболевания. Первая степень (**легкая**) проявляется только нерезко выраженными кишечными симптомами, общие симптомы не выражены, масса тела снижается на 5-7 кг. При заболевании 2-й (**средней**) степени тяжести, помимо кишечных расстройств, наблюдаются нерезко выраженные нарушения обмена (гиповитаминоз, электролитные нарушения, анемия). Третья степень (**тяжелая**) характеризуется тяжелыми метаболическими сдвигами вследствие значительных нарушений кишечного пищеварения и всасывания (выражен синдром мальабсорбции) с возникновением нередко необратимых изменений внутренних органов.

При I и II степени тяжести хронического энтерита - диарея обусловлена в основном повышением экссудации в полость кишки, при III степени - кишечной гиперсекрецией и увеличением осмотического давления в полости тонкой кишки.

По степени активности следует различать стадии ремиссии и обострения процесса.

### **Клиника**

Клиническая картина складывается из 2-х симптомокомплексов:

1) **местный энтеральный синдром**, обусловленный нарушением пристеночного и полостного пищеварения (мальдигестия);

2) **общий энтеральный синдром**, связанный с нарушением всасывания (мальабсорбции) и проявляющийся изменением общего состояния организма из-за расстройства всех видов обмена веществ.

**Боль** (если имеет место) обычно носит тупой, редко спастический характер, локализуется в околопупочной области; здесь же нередко отмечается болезненность при пальпации живота и сильном давлении (несколько левее и выше пупка – симптом Поргеса), болезненность по ходу брыжейки тонкой кишки (по направлению от пупка к правому крестцово-подвздошному сочленению – симптом Штернберга). Боль при сотрясении тела, ходьбе может быть признаком перивисцерита.

**Синдром кишечной диспепсии** проявляется малохарактерными диспепсическими жалобами: ощущением давления, распираания и вздутия живота, особенно после еды, тошнотой, ощущением урчания, переливания в животе и др., которые возникают в результате нарушения переваривания пищевых веществ в кишечнике, ускорения их пассажа по тонкой кишке, а также нарушения всасывания в кишечнике. Иногда при тяжелом энтерите вскоре после еды возникают слабость, головокружение и другие общие явления, напоминающие демпинг-синдром.

**Энтеритный копрологический синдром:** частый (до 15 – 20 раз в сутки) кашицеобразный, с неперевавленными частицами пищи, но без видимой слизи,

нередко зловонный, с пузырьками газа стул. Характерна полифекалия. Иногда возникают резкие позывы к дефекации вскоре после еды, затем возникает резкая слабость, холодный пот, дрожание рук. В нетяжелых случаях и при отсутствии сопутствующего колита понос может отсутствовать и даже наблюдаться запор. Характерна непереносимость молока: после его приема усиливаются метеоризм, понос. Обострение заболевания вызывают прием острой пищи, содержащей большое количество жиров и углеводов, переедание. Характерен своеобразный желтоватый (золотистый) цвет каловых масс, вследствие наличия невосстановленного билирубина и большого количества жира, придающего каловым массам глинистый вид.

При микроскопическом исследовании: большое количество остатков непереваренной пищи (лиентерея), капли нейтрального жира (стеаторея), капельки, глыбки и кристаллы жирных кислот и нерастворимых мыл, мышечные волокна (креаторея), свободный внеклеточный крахмал (амилорея), большое количество слизи, равномерно перемешанной с каловыми массами.

**Синдром недостаточности всасывания** проявляется постепенным снижением массы тела больного, общей слабостью, недомоганием, понижением работоспособности. В крови гипопропротеинемия, гипохолестеринемия, обычно уплощается сахарная кривая. Изучение сахарного профиля позволяет определять преимущественно нарушение полостного переваривания углеводов (при нагрузке крахмалом), пристеночного пищеварения (при нагрузке сахарозой) и процессов всасывания (при нагрузке глюкозой).

Нередки явления гиповитаминоза (витаминов В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub>, D, К, А, биотина, фолиевой кислоты); их проявлением могут быть сухость кожи, ангулярные стоматиты, выпадение волос, ломкость ногтей, полиневриты, нарушения сумеречного зрения и т. д. В крови понижается концентрация ряда ионов, особенно Са, в тяжелых случаях возникают патологическая хрупкость костей и другие признаки гипопаратиреозидизма. Нарушение функции половых желез у мужчин проявляется импотенцией, у женщин – аменореей. При тяжелом

энтерите наблюдаются дистрофические изменения в сердечной мышце, печени, почках и других органах.

**Диагностика** основана на приведенных выше клинических симптомах и данных дополнительных исследований. Клиническую диагностику затрудняют встречающиеся нередко такие варианты течения хронического энтерита, когда местный энтеральный синдром протекает малосимптомно, без диареи, метеоризма и болей, а на первый план выступает общий энтеральный синдром. В этих случаях тяжелая мальабсорбция может манифестировать разнообразными кожными проявлениями («грязный» гиперкератоз на локтях, коленях, гиперпигментация по типу пеллагры, экзематозные поражения, нейродер-мит и др.), неврологическим синдромом (энцефалопатии, судороги, парестезии, полиневриты и др.).

Поэтому в диагностике хронического энтерита важную роль играют **дополнительные методы исследования.**

#### **1. Копрологическое исследование**

При микроскопии выявляют стеаторею, мышечные волокна (креаторея), внеклеточный крахмал (амилорея).

#### **2. Йод-калиевый тест**

**3. Определение белка и белковых фракций**, протромбина, холестерина, кальция в сыворотке крови, проба на толерантность к глюкозе.

#### **4. Проба с D-ксилозой**

Больной принимает 25 г D-ксилозы, ее экскреции с мочой 4,5 г и более в течение 5 часов свидетельствует о нормальной абсорбции.

**5. Изучение кишечной абсорбции с помощью меченных I<sup>131</sup>, C<sup>14</sup>, Bг<sup>82</sup> липидов** (информация о всасывающей функции тонкой кишки, меченного С<sup>60</sup>, Na<sup>24</sup> витамина В<sup>g</sup> (информация о всасывании в подвздошной кишке).

**6. Биопсия тонкой кишки** Выявляются дистрофически-атрофические изменения эпителия и собственной оболочки, укорочение и уплотнение ворсин, их почти полное отсутствие в поздних стадиях и развитие фиброзной ткани, резкое ослабление активности кишечных ферментов при гистохимическом

исследовании.

**7. Рентгенодиагностика хронического энтерита базируется на выявлении нарушений тонуса тонкой кишки (дистонии), продвижении бариевой смеси (дискинезии), по ее петлям и изменении рельефа слизистой.** Многие авторы увязывают нарушения тонуса и моторики кишки с тяжестью хронического энтерита и считают, что при легкой форме отмечается чаще ослабление тонуса кишки и замедление продвижения бариевой смеси, а при тяжелой - гипертония и гиперкинезия тонкой кишки.

Обнаруживаются деформации рельефа слизистой: складки становятся неравномерно утолщенными, высокими, валообразными, на рельефе слизистой определяются единичные небольшие округлые образования (зернистый рельеф). При выраженном отеке, избытке жидкости рельеф слизистой может быть смазанным и нечетким, при атрофии слизистой складки сглаживаются, урежаются, приобретают в тощей кишке «псевдоиле-альный» вид.

**Течение хронического энтерита** прогрессирует постепенно или бурно, в редких случаях (особенно под влиянием лечения и строго выдержанной диеты) наблюдается регрессия симптомов заболевания.

#### **Примерная формулировка диагноза:**

1. Хронический энтерит инфекционной этиологии с дистрофией поверхностного эпителия, синдром нарушенного всасывания I степени тяжести с расстройством водно-электролитного обмена, фаза обострения.

2. Хронический вторичный энтерит (резекция желудка по поводу язвенной болезни в 2004 г.) с субтотальной атрофией слизистой оболочки тощей кишки, синдром нарушенного всасывания, протейный дисбактериоз, часто рецидивирующее течение, фаза нестойкой ремиссии.

При **дифференциальном диагнозе** в первую очередь следует исключить алиментарные диспепсии, возникающие вследствие систематического нерационального питания (бродильную, гнилостную, жировую). В этих случаях нет нарушений процессов всасывания кишечной стенкой, а перевод больного на



рациональное питание без дополнительных лечебных мероприятий обычно быстро устраняет патологические симптомы и нормализует функцию кишечника. В случаях тяжелого энтерита нужно проводить дифференциальную диагностику со СПРУ. Сравнительно редкой формой энтерита является регионарный энтерит (болезнь Крона), который протекает с преимущественным поражением подвздошной кишки, лихорадочным состоянием, гипер- $\alpha_2$  и  $\gamma$ -глобулинемией, прогрессирующим течением.

**Болезнь Крона** (регионарный энтерит, кишечный гранулематоз) - хроническое воспалительное заболевание, при котором поражаются различные отделы желудочно-кишечного тракта, начиная от полости рта до прямой кишки. Чаще всего (70%) процесс локализуется в тонкой кишке, особенно в терминальном отрезке подвздошной кишки (первоначальное название болезни - «регионарный илеит»).

Этиология неизвестна, определенное значение имеет наследственность. В патогенезе основное значение придают иммунным нарушениям. Воспалительный процесс затрагивает всю стенку серозной оболочки, распространяясь на лимфатические сосуды и узлы. Слизистая оболочка (ее внутренняя поверхность) поражается в последнюю очередь, часто вторично. Характерна очаговость процесса, когда рядом с пораженными участками сохраняются интактные. В дальнейшем в процесс вовлекаются окружающие ткани, образуются большие конгломераты, которые можно пропальпировать через брюшную стенку. Сужение просвета кишки из-за воспаления может привести к частичной кишечной непроходимости. Из-за глубокого поражения возможно образование фистул и абсцессов.

Клиническая картина зависит от локализации воспалительного процесса. Регионарный илеит проявляется болями в правой подвздошной области. При поражении тонкой кишки помимо местного энтерального синдрома может развиваться синдром мальабсорбции, при локализации процесса в толстом кишечнике симптоматика сходна с неспецифическим язвенным колитом.

В отличие от хронического энтерита, при котором общие симптомы связаны с мальабсорбцией, при болезни Крона общая симптоматика обусловлена не только мальабсорбцией, но и неспецифическими системными проявлениями из-за иммунных нарушений. Системные проявления (лихорадка, увеличение СОЭ, артралгии, узловатая эритема, увеит, ирит, склерозирующий холангит, рецидивирующий тромбоз) выступают на первый план у трети больных.

В дифференциальной диагностике помогает рентгенологическое исследование, при котором выявляют исчезновение рельефа слизистой оболочки тонкой кишки, задержку бария и уменьшение просвета в зоне поражения. При гистологическом исследовании биоптата слизистой оболочки обнаруживают характерную клеточную инфильтрацию и эпителиоидно-клеточные гранулемы.

Следует исключать врожденные энзимдефицитные энтеропатии (глутеновую, дисахаридазную и т.д.).

**Хронический колит** («синдром раздраженной толстой кишки»). Заболевание часто сопутствует хроническому энтериту, особенно в поздних его стадиях, что давало повод многим авторам объединять эти заболевания в «хронический энтероколит». Однако из-за различных подходов к лечению важно выявить, какой из отделов кишечника преимущественно поражен - тонкая или толстая кишка.

Болевой синдром при колите более выражен, сопровождается тенезмами, чувством неполного опорожнения, болями в прямой кишке. Боль, вздутие, урчание при колите локализуются в нижнебоковых отделах живота, а при энтерите - в околопупочной области. Колит при пальпации выявляется спазмированной, урчащей, болезненной толстой кишкой или ее отделами, энтерит - болезненностью в точке Поргеса или, реже, в области подвздошной кишки.

**Шум «плеска»** в слепой кишке может наблюдаться и при энтерите, и при колите, но в этом случае он сочетается с пальпаторной болезненностью слепой кишки. Нарушения общего состояния (потеря веса, гипопропротеинемия, анемия и др.) наблюдаются обычно только при среднетяжелом и тяжелом энтерите. Для колита

эти изменения нехарактерны, за исключением больных с неспецифическим язвенным колитом и больных с запущенным колитом, находившихся долгое время на строгой диете, бедной белком и витаминами.

При дополнительном обследовании у больных энтеритом в кале обнаруживают жирные кислоты, мыла (стеаторея), остатки непереваренной пищи, а у больных колитом - наличие в промывных водах из толстой кишки слизи, лейкоцитов, десквамированного эпителия. Полифекалия характерна для энтерита и нехарактерна для колита. Пробы на всасывание нормальные при колите, а при энтерите обычно нарушены. Важное значение для диагностики колита имеет обнаружение изменений в толстой кишке при ректороманоскопии, колоноскопии и биопсии.

### **Лечение энтерита**

#### **Общие принципы лечения:**

1. Нормализация кишечной микрофлоры: подавление патогенной флоры антибактериальными препаратами; применение биологических препаратов нормальной микрофлоры.

2. Восстановление процессов пищеварения в тонком кишечнике.

3. Купирование расстройств кишечной моторики.

4. Снятие воспалительных изменений в слизистой оболочке.

5. Абсорбция и удаление токсических продуктов из кишечника.

6. Восстановление нарушенных видов обмена.

7. Иммунокорректирующая терапия.

В период обострения лечение проводится в стационаре. Назначают диету №4. Пищевой рацион должен содержать достаточное количество белка (130 – 150 г) в основном животного происхождения (телятина, нежирное говяжье или куриное мясо, рыба, яйца, творог) и легко усвояемых жиров (100 – 110 г). Исключают тугоплавкие жиры животного происхождения (бараний, свиной); в период обострения процесса количество жиров временно уменьшают до 60 – 70 г. Количество углеводов в дневном рационе обычное – как при легкой и средней

физической нагрузке (около 500 – 450 г), однако ограничивают продукты, содержащие большое количество клетчатки. Последнее достигается помимо подбора продуктов, тщательной механической обработкой пищи (протертые овощи и фрукты, пюре). Режим частого (5-6 раз в день) дробного питания, вся пища принимается в теплом виде. При поносах хороший эффект оказывает систематический прием ацидофильного молока (по 100 – 200 г 3-4 раза в день), несладких соков и киселей из фруктов и ягод, содержащих дубильные вещества (черника, черная смородина.). При явлениях авитаминоза полезны комплексные витаминные препараты: пангексавит, декамевит, ундевит и др.

### **Медикаментозная терапия:**

1. Антибактериальные средства для подавления патологической флоры (фуразолидон, энтерофурин);

2. Ферментосодержащие средства для восстановления нормального переваривания пищи (панцинтраг, креон);

3. Пробиотики, пребиотики (бифидо-, лакто-, энтеробактерии, питательные среды для их развития);

4. Средства, нормализующие перистальтику кишечника (тримебутин, лоперамид, мебеверин).

Для **местного лечения** воспаления можно применять микроклизмы с лекарственными травами. При поносах вводить настои коры дуба, зверобоя, черемухи; при склонности к запорам – облепиховое масло, при метеоризме – ромашковый отвар.

**Антибиотики** широкого спектра действий при хроническом энтерите не находят большого применения из-за опасности дисбактериоза. Чаще назначают колибактерин, бифидумбактерин, бификол и особенно производные оксихинолина: энтеросептол, интестопан, мексаформ, мексазу. Препараты пищеварительных ферментов (желудочный сок и аналогичные лекарственные средства, панкреатин, фестал, холензим, абомин и др.) показаны при преимущественном нарушении полостного внутрикишечного пищеварения.

**Нитрофураны** - эффективны в отношении грамположительных и грамотрицательных микробов, а также лямблий, трихомонад и некоторых вирусов. Противопоказаны при болезнях печени, почек, выраженной сердечной недостаточности. Применяют фуразолидон по 0,05 г 4 раза в день в течение 5-10 дней. Не всасывается в ЖКТ и не нарушает микробную флору нифуроксазид (антиналь, эрсефу-рил). Препарат выпускается в капсулах по 0,2 г и 4% суспензии; применяют по 1 капсуле или 5 мл суспензии 4 раза в день, курс не более 7 дней, во время лечения нельзя употреблять алкоголь.

**Сульфаниламиды.** действуют на стрептококки, стафилококки, энтерококки, эшерихии. Предпочтительнее применять невсасывающиеся препараты (фталазол по 1 г 4 раза в день в течение 5-7 дней). При необходимости использования всасывающихся препаратов назначают бисептол по 2 таблетки 2 раза в день 7-10 дней.

#### **Комбинированные антибактериальные препараты:**

1. Депендал (содержит фуразолидон, метронидазол, каолин, пектин) - по 1 таблетке 3 раза в день.

2. Энтероседив (содержит стрептомицин, препарат из группы хинолинов, каолин, пектин) - по 1 таблетке 3 раза в день 7-10 дней.

3. Интетрикс - высокоэффективный препарат, состоящий из комбинации производных оксихинолина. В терапевтических дозах не изменяет нормальный состав кишечной микрофлоры. Интетрикс имеет широкий спектр антимикробного действия в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий, а также обладает противогрибковым и амебоцидным действием. Назначают при острых инфекционных энтеритах по 2 капсулы 3 раза в день 3-5 дней, при дисбактериозе кишечника — по 2 капсулы 2 раза в день 10 дней. Не допускается совместное применение с другими производными оксихинолинов.

#### **Тактика лечения дисбактериоза**

Больному проводят 2-3 курса антибактериальной терапии продолжительностью по 5-7 дней со сменой антибактериального препарата, затем назначают биологические препараты в течение 3-6 недель:

-Бифидумбактерин - внутрь по 5 доз 2 раза в день за 30 минут до еды.

-Бификол - по 5 доз 2 раза в день.

-Бактисуптил - по 1 капсуле 4 раза в день в течение 2 недель.

Используются также препараты молочнокислых бактерий - линекс, лактобактерин. Лицам до 40 лет предпочтительно назначать бифидум-бактерин, в среднем возрасте - бификол, в пожилом - лактобактерин.

Ферментные препараты применяют в качестве заместительной терапии, т.к. при ХЭ всегда имеется дефицит ферментов из-за микробного их разрушения. Препараты, не содержащие желчные кислоты (панкреатин, мезим, панкреурмен и др.) назначают по 2 таблетки во время еды, 6-8 таблеток в день в течение недели, затем снижают дозу до эффективной, сочетая ее с приемом биологического препарата (например: 1 таблетка мезима-Ф и 1 таблетка бификола в день в течение 1-1,5 месяца).

Применение ферментов, содержащих желчные кислоты (фестал, дигестал и др.) требует большой осторожности. Они не показаны больным с активным гепатитом и циррозом печени, тяжелыми колитами, диареей. Показаниями к их применению при ХЭ являются:

- 1) значительная стеаторея
- 2) сопутствующий панкреатит вне обострения
- 3) желчнокаменная болезнь
- 4) гипомоторная дискинезия кишечника

**Витаминотерапия** патогенетически обоснована при ХЭ из-за нарушенного эндогенного синтеза витаминов при дисбактериозе и их всасывания. Назначаются витамины парентерально, особенно при обострении ХЭ. В первую очередь показаны те витамины, дефицит которых развивается рано: В1, Вg, никотиновая кислота. Витамины В1 и Вб вводят подкожно по 2 мл через день на курс 10

инъекций, никотиновую кислоту (1% раствор) назначают по схеме: начинают с 1 мл, через 2 дня увеличивают дозу на 1 мл, доводят ее до 5 мл и уменьшают в обратной последовательности до исходной.

**Препараты для лечения диареи** растительные: отвар коры дуба, ромашки, мяты, зверобоя, тысячелистника, шалфея, календулы, ольховых шишек, черемухи, черники, коры граната.

**Симптоматические препараты, замедляющие перистальтику (противопоказаны при диарее на фоне острых кишечных инфекций):**

- 1) М-холинолитики - атропин, метацин, платифиллин;
- 2) реасек (ломотил) - синтетический опиат, назначают по 1 таблетке 2-4 раза в день перед едой до прекращения поноса, но не более 6 дней подряд;
- 3) лоперамид (имодиум) - 1 таблетка 2 раза в день;
- 4) катеван - по 1 таблетке 2-3 раза в день.

Кроме того, применяют **адсорбенты**, вяжущие и обволакивающие препараты (обычно по 1 дозе 3 раза в сутки через 1-1,5 часа после еды):

- 1) порошки, содержащие по 0.5 г карбоната кальция, дерматола, висмута;
- 2) обволакивающие препараты на основе гидроокиси алюминия (альмагель, фосфалутель и др);
- 3) десмол (субсалицилат висмута) по 2 ст.л. (или 2 таблетки) не более 8 раз в сутки;
- 4) танальбин — таблетки по 0,5 г 3-4 раза в день до еды;
- 5) смекта (растительный препарат, обладающий сорбционными свойствами и стабилизирующий слизистый барьер) - по 3 пакетика в день, растворить в 1/2 стакана воды;
- 6) таннакомп (содержит танин и этакридин) по 1 таблетке 4 раза в день до или во время еды;
- 7) адсорбенты - энтеродез по 5 г в 100 мл кипяченой воды 1-2 раза в день 2-7 дней; активированный уголь по 1-2 г 3-4 раза в день 3-5 дней; полифепан по 1

ст.л. в 1 стакане кипяченой воды 3 раза в день 5-7 дней; беласорб по 1ч.л. в 1 стакане воды 3 раза в день.

### **Препараты, уменьшающие газообразование в кишечнике:**

1) диметикон (цеолат) - таблетки по 0,08; по 1-2 таблетки 3-4 раза в день после еды и перед сном, таблетки разжевывать;

2) газекс - растительный препарат, уменьшающий метеоризм и желудочную

3) юниэнзайм - комбинированный препарат, содержащий ферменты (папаин, грибная диастаза), никотинамид, уголь; применяют по 1-2 таблетки во время еды (не разжевывать).

Коррекция метаболических нарушений. Для коррекции белкового дефицита используют диету с повышенным содержанием белка, назначают анаболические стероиды (неробол, ретаболил). В тяжелых случаях вводят парентерально гидролизаты белка и смеси аминокислот (аминозол, альвезин, аминон и др.). Для нормализации метаболизма жиров назначают эссенциале по 5 мл ежедневно 20 дней, затем внутрь.

### **Иммунокорригирующая терапия:**

1) продигиозан в/м через 4-5 дней в нарастающих дозах: 12,5 — 12,5 - 25 - 50 мкг (4 инъекции);

2) зиксорин по 0,1 г 3 раза в день;

3) натрия нуклеинат по 0,1-0,2 г 3 раза в день;

4) тималин по 20 мг в/м 1 раз в день 5-6 дней, Т-активин по 100 мкг в/м 1 раз в день 5-7 дней.

### **Физиотерапевтическое лечение**

В период обострения: согревающие компрессы, сухое тепло на живот (соллюкс), теплые ванны (хвойные, хлоридно-натриевые и др.), электрофорез новокаина. В период ремиссии показано санаторно-курортное лечение на бальнеологических курортах (Миргород, Моршин, Одесса, Бердянск). Больным назначают грязевые, парафиновые и озокеритовые аппликации, индуктотермию.



Прием питьевых минеральных вод строго индивидуален в зависимости от нарушений моторики кишечника и состояния желудочной секреции. При повышении тонуса кишечника назначают слабоминерализованные хлоридно-натриевые и гидрокарбонатные воды в теплом виде, дегазированные. При гипомоторной дискинезии применяют минеральные воды средней и высокой минерализации, сульфатные или хлоридно-натриевые, в прохладном виде. Обычно назначают по 1 стакану минеральной воды за 40 минут до еды при нормальной кислотности желудочного сока, за полчаса до еды при пониженной и за 1-1,5 часа при повышенной секреторной функции желудка.

Улучшению состояния больных способствует нормализация режима труда и отдыха, устранение длительного нервного напряжения и гипокинезии.

В период обострения процесса, особенно сопровождающегося поносом, показано пероральное применение вяжущих и обволакивающих средств (нитрат висмута основного, танальбин, теальбин, отвары корневища или корней змеевика, кровохлебки, лапчатки – 4,0-15,0:200,0 или настоев цветов пижмы, травы зверобоя, шишек ольхи и др. – 10,0-30,0:200,0 по 1 столовой ложке 5-6 раз в день).

При тяжелых энтеритах с явлениями недостаточности всасывания назначают внутривенные вливания плазмы, белковых гидролизатов, в более легких случаях их вводят через нитрагастральный зонд капельно. Полезно назначение анаболических стероидных гормонов. Из физиотерапевтических процедур наиболее эффективны согревающие компрессы, парафиновые аппликации, озокерит, диатермия, индуктотермия и т. д.

**Профилактика хронического энтерита** заключается в предотвращении действия тех факторов, которые способны вызвать хронический энтерит. Необходимо своевременное лечение острых и подострых процессов и диспансеризация больных хроническим энтеритом с целью профилактики рецидивов болезни и возникновения возможных осложнений.

## **Прогноз при энтероколите**

Вовремя и адекватно пролеченный острый энтероколит полностью излечивается и не оставляет последствий для организма. Через 3-6 недель после перенесенного инфекционного энтероколита кишечник полностью восстанавливает свою работу.

Течение хронического энтероколита зависит от своевременности выявления, устранения причины его возникновения и соблюдения мер по нормализации питания и образа жизни.

## **Экспертиза временной нетрудоспособности**

Острый энтерит всегда приводит к ВН и в зависимости от выраженности симптоматики ее продолжительность составляет 6-12 дней. Длительность нетрудоспособности больного хроническим энтеритом зависит от степени тяжести обострения.

**Легкое течение** характеризуется I степенью нарушения всасывания, снижением массы тела (5-10 кг.), снижением трудоспособности, симптомами витаминной недостаточности, трофическими нарушениями. При рентгенологическом исследовании выявляются лишь признаки дискинезии. Обострения 2-3 раза в год, обычно связанные с нарушением диеты. ВН составляет 5-6 дней. При наличии противопоказанных условий труда по рекомендации ВК больного целесообразно перевести на другую работу.

При **среднетяжелом течении** дефицит массы тела свыше 10 кг. Выявляются трофические нарушения, гиповитаминозы, дефицит Са и К, гипохромная анемия, гипофункция эндокринных желез. Обострения 4-5 р/год. Показано стационарное лечение. Общая нетрудоспособность не менее 18-22 дней, стационарная 14-15. Трудоспособность сохранена вне вредных производственных факторов.

**Тяжелая форма** заболевания проявляется симптомами мальабсорбции. Течение непрерывно рецидивирующее, обострения более 5-6 р/год. ВН не менее 6-7 недель. Больному недоступен труд в профессиональных условиях.

Независимо от характера профессии все больные подлежат направлению в бюро МСЭ для установления II группы инвалидности.

Больным хроническим энтеритом противопоказана работа с тяжелой физической нагрузкой, длительная ходьба, сотрясения тела, контакт с промышленными вредностями (свинец, ртуть, фосфор, пестициды) длительные командировки.

### **Диспансеризация**

Диспансеризацию больных осуществляет терапевт, больные осматриваются 2 раза в год, 1 раз в год консультируются гастроэнтерологом и проходят гастроэнтерологическое обследование (ФГДС, УЗИ органов брюшной полости, исследование секреторной функции желудка, всасывательной способности кишечника, состояние белкового, липидного, углеводного, минерального обмена, копроцитограмму, функционального состояния печени, бактериологическое исследование кала). При появлении выраженной симптоматики хронического колита показаны ректороманоскопии и колоноскопии. В фазе ремиссии назначаются: лечебное питание; при выявлении дисбактериоза – коррекция микробного состава кишечного содержимого в течение 2,5-3 месяцев; повторные курсы ферментной терапии (2-3 месячных курса в течение года); лекарственные физиотерапия; лечение в условиях профилактория; лечение поливитаминными комплексами.

### **СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА**

Синдром раздраженного кишечника (СРК) определяется как комплекс функциональных кишечных нарушений продолжительностью свыше 12 недель за истекший год, включающий в себя боли в животе, уменьшающиеся после акта дефекации, диспепсические расстройства (метеоризм, урчание, поносы, запоры (или их чередование), чувство неполного опорожнения кишечника, императивные позывы на дефекацию и др.

Основным отличием СРК от других заболеваний кишечника и органов желудочно-кишечного тракта является отсутствие субстрата заболевания.

## **Этиология**

Причины, способствующие возникновению СРК, однозначно не определены.

В качестве провоцирующих рассматриваются следующие факторы:

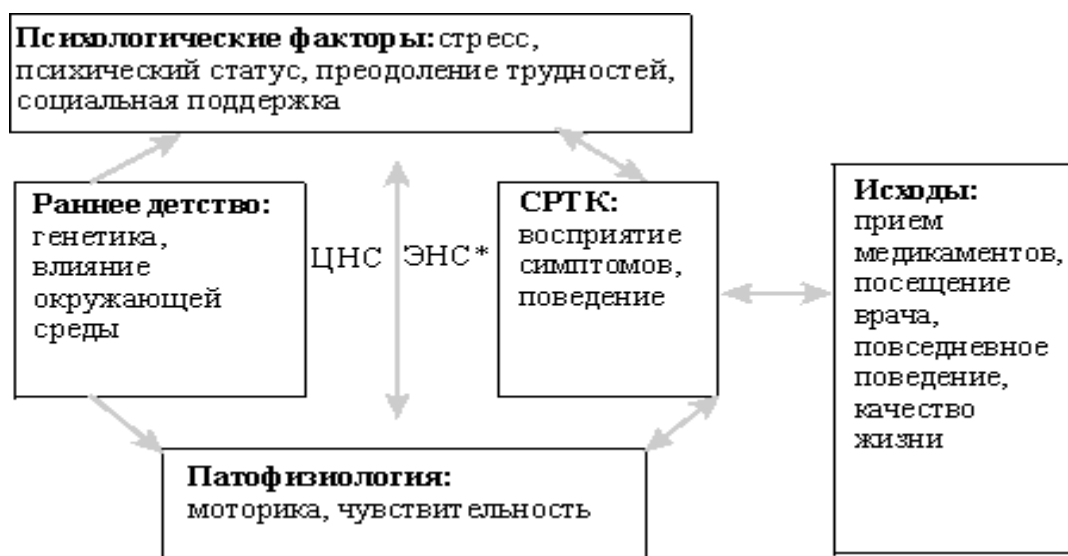
1. Психотравмирующие ситуации, бытовые и производственные.
2. Перенесенные пищевые токсикоинфекции.
3. Наследственная предрасположенность.
4. Характер питания. Есть указания на неблагоприятное воздействие таких пищевых ингредиентов, как кофе, шоколад, бобовые, молочные продукты, алкоголь.
5. Психофизиологические особенности личности. У большинства лиц, страдающих СРК, отмечаются депрессия, ипохондрические расстройства, боязнь открытых пространств, низкая самооценка.

## **Патогенез**

Под влиянием сенсibiliзирующего фактора (стресс, кишечная инфекция) у пациента с генетической предрасположенностью и определенным складом личности формируется нарушение восприятия боли в отношении механических раздражителей на всем протяжении кишечника. Избыточный рефлекторный ответ приводит к нарушениям двигательной активности кишки, проявляющийся гиперсегментарным гиперкинезом – повышенной активностью кишечной стенки и длительной задержкой кишечного содержимого в отдельных сегментах кишки.

Таким образом, конечным этапом патогенеза СРК является нарушение моторики кишки.

## **Патофизиологическая модель СРК**



### **Классификация**

В зависимости от ведущего симптома выделяются три варианта течения СРК (международное совещание экспертов (Рим, 1999):

- с болевым синдромом и метеоризмом,
- с диареей,
- с запорами.

По тяжести течения выделяют (Drossman, 1999 г.)

- Легкое
- Умеренное
- Тяжелое

### **Клиника**

Характерны такие симптомы, как боль или дискомфорт в животе, связанные с изменением частоты стула и его консистенции, облегчающиеся после акта дефекации и два или более из следующих симптомов, возникающих не менее 3 раз в неделю: изменение частоты стула, изменение формы стула (комковатый, твердый или жидкий), изменение пассажа стула (напряженный, неотложный, ощущение неполной эвакуации), пассаж слизи, метеоризм или ощущение вздутия живота. Кроме вышеперечисленного большая часть больных предъявляет жалобы, относящиеся к другим заболеваниям желудочно-кишечного тракта, а также на негастроэнтерологические жалобы – головная боль, сонливость, боли в спине, учащенное мочеиспускание и др.

Отличительной особенностью клиники при СРК является многообразие жалоб, красочность их описания.

**Диагноз СРК** устанавливается методом исключения. Важно выявить доминирующий симптом (боль, диарея, запор) и исключить органическую патологию. Для этого проводят общий анализ крови, мочи, анализ кала на скрытую кровь, копрологическое исследование, определяется суточная потеря жира с калом, микробиологический состав кала, делается УЗИ органов брюшной полости, колоноскопия, гинекологическое обследование, при сопутствующей желудочной диспепсии – ФГС. Целесообразно проконсультировать больного у психиатра.

### **Принципы лечения СРК**

Главное условие успешной терапии – установление доверительных отношений с больным. Внимание пациента следует акцентировать на том, что болезнь не переходит в рак. Доверие к лечащему врачу и назначенному лечению является основой успеха в лечении. В диете следует ограничить прием жирной и газообразующей пищи, алкоголя, кофеина, иногда – избыточного количества клетчатки. При запорах можно увеличить количество балластных веществ – пищевых волокон (ПВ) в рационе. Источники ПВ: злаки, корнеплоды (свекла, морковь, тыква), фрукты, крупа (гречневая, овсяная). Наиболее выраженное послабляющее действие оказывают черный хлеб, сухофрукты, особенно чернослив, курага. При запорах количество овощей и фруктов в рационе должно составлять не менее 500–700 г ежедневно. При вздутии и болях их следует принимать в вареном, тушеном и запеченном виде.

При поносах исключаются молоко, сырые овощи и фрукты, возможно использование небольшого количества (100-200 г) вареных или тушеных моркови, кабачков, запеченных яблок. Разрешается употреблять говядину, мясо курицы, кролика, рыбу, яйца, кисло-молочные продукты, в том числе творог, сыр, белый хлеб, каши. При выраженных поносах пищу протирают.

## **Дифференциальный диагноз**

### **Фармакотерапия СРК**

Лекарственное лечение СРК проводится согласно рекомендациям по диагностике и лечению СРК, утвержденным на V Российской гастроэнтерологической неделе (Москва, 1999).

При запорах используют набухающие слабительные средства: мукофальк — препарат из оболочек семян подорожника. Он способен удерживать воду, тем самым увеличивается объем стула и он становится мягким. Мукофальк принимают перед завтраком (1-2 пакета), запивая значительным количеством воды, при необходимости препарат принимают и вечером. При запорах, устойчивых к мукофальку, его сочетают с осмотическим слабительным лактулозой и другими препаратами этой группы (сернокислая магнезия, цитрат и гидроокись магния, форлакс).

**Слабительные** – раздражители (с антирезорбционно-секреторным механизмом действия): гутталакс, бисакодил, антраноиды, тормозят всасывание воды и электролитов в тонкой и толстой кишке, увеличивая тем самым поступление воды в просвет кишечника. Благодаря этому увеличивается объем кишечного содержимого и уменьшается время прохождения его по толстой кишке. Они также стимулируют сократительную активность толстой кишки.

**Средства, активизирующие моторику ЖКТ** выделяют в самостоятельную группу прокинетики. Они оказывают послабляющее действие и заметно уменьшают вздутие живота. К ним относится цизаприд (координакс, перистил), который назначают 3 раза в день за 15 мин до еды и на ночь, либо по 20 мг 2 раза в день.

При поносах назначают препараты, замедляющие продвижение содержимого по кишечнику. Прежде всего это лоперамид (имодиум, веро-лоперамид). Схема дозирования: по 2-4 мг 1-2 раза в день.

### **Лечение СРК с болевым синдромом**

1. миотропные спазмолитики – дюспаталин (136 мг 3 р/д);

2. блокаторы кальциевых каналов: спазмомен (по 40 мг 3 р/д) либо дицетел ( 50 мг 3 р/д); 3. холинолитики: бускопан (по 10 мг 3 р/д);

3. регуляторы моторики:

Нередко болевой синдром связан не столько со спазмом (и спазмолитики в этом случае будут неэффективны), сколько с растяжением кишки газом, в связи с чем у ряда пациентов боль исчезает после назначения средств, уменьшающих вздутие живота.

При метеоризме эффективны адсорбенты и пеногасители. Это может быть активированный уголь, белая глина, гидроокись алюминия, препараты висмута. Лучший пеногаситель – симетикон (эспумизан). Это высокомолекулярный полимер на основе кремния. Он назначается по 40 мг 3 р/д.

## СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

### Задача № 1.

Больная В., 46 лет, проводница поезда, жалуется на снижение аппетита, ноющие боли, тяжесть в подложечной области после еды, тошноту, отрыжку, непереносимость молока. Подобные жалобы беспокоят 5-6 лет, в последние 3 месяца симптомы усилились. При пальпации живота определяется нерезкая разлитая болезненность в эпигастральной области.

Анализ крови: эритроциты -  $3,9 \cdot 10^{12}/л.$ , лейкоциты -  $4,0 \cdot 10^9/л.$ , СОЭ- 15 мм/час.

ФГДС: атрофия слизистой оболочки фундального отдела желудка. *H. pylori* (-)

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте лечение.
3. План диспансерного наблюдения.

### Задача №2.

Больной 32 лет, учитель. Обратился к участковому врачу с жалобами на боли в эпигастральной области через 50-60 минут после приема пищи, изжогу,



тошноту. Подобные ощущения появились 3 года назад. Ухудшение самочувствия 3 раза в год. Курит по 15-20 сигарет в день, злоупотребляет крепким кофе, острой пищей, режим питания не соблюдает. Выполнена ФГДС: умеренная атрофия слизистой оболочки антрального отдела желудка. Взята биопсия. Уреазный тест положительный.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Назовите перечень обязательных лабораторных исследований.
3. Проведите экспертизу трудоспособности.

### **Задача № 3.**

Больной Д., 30 лет, монтажник электрооборудования (работа связана с частыми командировками), жалуется на боли в подложечной области через 1-1,5 часа после приема пищи, голодные боли, изжогу. Боли появились около года назад и проходят после приема молока, соды. Во время службы в армии лечился в госпитале по поводу гастрита. В шестнадцатилетнем возрасте перенес острый вирусный гепатит А. Объективно: астеничен, АД 100 и 60 мм Hg, ЧСС 60 в минуту, живот умеренно болезнен в эпигастрии и справа на уровне пупка, стул склонен к запорам.

1. Ваш диагноз.
2. Назовите обязательные инструментальные методы исследования необходимые для уточнения диагноза
3. Дайте трудовые рекомендации.

### **Задача № 4.**

Больной 49 лет, дежурный оператор ТЭЦ (работа сменная), обратился к врачу здравпункта с жалобами на изжогу, боли в эпигастриальной области натощак, через 1,5 часа после приема пищи. 4 года назад оперирован по поводу прободения язвы 12-перстной кишки (язва ушита). В последующем наблюдался нерегулярно, профилактическое лечение не получал. Ухудшение связывает с

нервным перенапряжением. На рентгеноскопии желудка выявлена рубцово-язвенная деформация луковицы 12 перстной кишки.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Определите дальнейшую тактику ведения больного.
3. Проведите экспертизу трудоспособности.

#### **Задача №5.**

Больной 40 лет, инженер-литейщик, наблюдается врачом здравпункта с диагнозом: язвенная болезнь желудка с локализацией язвы в пилорическом отделе. Обострения 2-3 раза в год. Лечится нерегулярно. В последние 4-5 месяцев появились почти постоянные боли в эпигастрии, чувство полноты, тяжести, распираания после приема небольшого количества пищи, отрыжка тухлым, частая рвота после приема пищи. Похудел на 5 кг. При осмотре: пониженного питания, дефицит массы тела 10 кг. Натощак в эпигастрии «шум плеска», нижняя граница желудка на 3- 4 см. ниже пупка.

1. Какое осложнение ЯБ имеет место?
2. Дальнейшая тактика ведения больного.
3. Дайте экспертное заключение по трудоспособности больного.

#### **Задача №6.**

Мужчина 55 лет, плотник-бетонщик, страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки с частыми рецидивами в течение 3 лет. Лечение H<sub>2</sub>-гистаминоблокаторами не дало положительный эффект. Находится на лечении в стационаре по поводу кровоточащей язвы. За 4 недели лечения ранитидином язва не зарубцевалась.

1. Определите дальнейшую тактику ведения данного больного?
2. Дайте рекомендации по трудоустройству.
3. Назначьте схему противорецидивного лечения.

### **Задача № 7.**

Больной 35 лет, директор фирмы, жалуется на сильные боли в эпигастрии, возникающие через 15-20 минут после еды, рвоту на высоте болей, приносящую облегчение, раздражительность, быструю утомляемость. Appetit сохранен, но из-за болей боится принимать пищу. Болен около месяца. Наследственность по язвенной болезни отягощена: у отца и брата язва желудка.

При осмотре: нормостеник. АД 110 и 60 мм Нг. ЧСС 60 в мин. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Положительный симптом Менделя. Печень не увеличена.

Клинический анализ крови: эритроциты-  $4,6 \times 10^{12}/л.$ , гемоглобин- 150 г/л., СОЭ- 5 мм/час, лейкоциты –  $4,0 \times 10^9/л.$

ФГДС: в средней трети тела желудка по большой кривизне обнаружена язва 0,8 см в диаметре, дно покрыто фибрином.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.
3. Проведите экспертизу трудоспособности.

### **Задача № 8.**

Больной 56 лет, диспетчер железнодорожной станции, жалуется на чувство полноты, тяжести и боли в эпигастрии постоянного характера, усиливающиеся после приема пищи, в связи, с чем он боится принимать пищу. Похудел на 7 кг. за последние полгода. При осмотре существенных изменений не выявлено. В анализах крови:  $3,2 \times 10^{12}/л.$ , гемоглобин-104 г/л, СОЭ – 32 мм/час.

1. Ваш диагноз. Укажите возможные дополнительные клинические признаки.
2. Назовите обязательные исследования, необходимые для диагностики.
3. Составьте план дальнейшего обследования и необходимых консультаций.

### **Задача № 9.**

У больной 36-и лет около 5 часов назад появились боли в эпигастрии, однократная рвота желудочным содержимым. Осмотрена в поликлинике участковым терапевтом совместно с хирургом.

Объективно: Язык суховат, слегка обложен. Живот не вздут, умеренно болезненный в эпигастрии и несколько напряжен в правой подвздошной области. Гинекологический анамнез без особенностей.

1. Наиболее вероятный диагноз.
2. Что нужно сделать для уточнения диагноза?

### **Задача № 10.**

Больной 45 лет, наблюдается гастроэнтерологом по поводу непрерывно рецидивирующего течения множественных язв желудка в сочетании с упорным болевым синдромом и гиперацидным состоянием. 1,5 года назад произведена резекция 2/3 желудка, однако после операции трижды диагностирован рецидив язвы анастомоза. Дисциплинирован, строго следует всем рекомендациям врача, но эффект от комбинированной противоязвенной терапии кратковременный, нестойкий.

1. Наиболее вероятная причина особенностей данного заболевания
2. Назовите тест, необходимый для проведения уточняющей диагностики.

### **Задача № 11.**

Больной 40 лет. Доставлен в стационар в тяжелом состоянии с жалобами на рвоту с кровью, общую слабость, головокружение, периодическое потемнение в глазах, жажду. Болен около 5 лет, когда впервые появились боли в эпигастрии, возникающие спустя 1,5-2 часа после приема пищи. Ухудшение отмечает весной и осенью. К врачам не обращался, не лечился. Резкое ухудшение самочувствия отмечает в течение недели: появились слабость, головокружение, тошнота, жидкий стул черного цвета, а 2 часа назад и кровавая рвота.

При осмотре: состояние крайне тяжелое. Резкая бледность, похолодание кожных покровов. Беспокоен. В легких без патологии. ЧД 26 в мин. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные. Пульс 120 в мин., малого наполнения, АД 100/50. Живот мягкий, болезнен при пальпации под мечевидным отростком. Язык сухой, с белым налетом. Стул темный, «дегтеобразный».

1. Ваш диагноз.
2. Назовите методы исследования необходимые для уточнения диагноза.

### **Задача № 12.**

Больной вызвал врача на дом. Мужчина 35 лет в течении 10 лет страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки с сезонными (весной и осенью) обострениями один раз в 2-3 года. Во время последнего обострения характер жалоб изменился: появились интенсивные упорные боли в эпигастрии, часто опоясывающего характера, с иррадиацией в поясницу. Боли не зависят от приема пищи. Больной ощущает тошноту, резкое снижение аппетита. В течение последних 5 дней отмечается частая рвота, температура повысилась до субфебрильной. Из-за болей принимает вынужденное колено-локтевое положение. При осмотре отмечают болезненность и напряжение в эпигастрии. Стул обычного цвета, кашицеобразный.

1. Что могло изменить типичную клинику язвенной болезни?
2. Дальнейшая тактика обследования больного.

### **Задача № 13.**

Больной 37 лет, инженер, в течение 12 лет страдает язвенной болезнью желудка. Почти ежегодно лечится в стационаре или амбулаторно по 1,5-2 месяца. Вне стационара диету не соблюдает, курит по 20 сигарет в день. Алкоголь употребляет редко.

Накануне ел острый салат, выпил более 200,0 мл водки. Спустя 3-4 часа появились боли в эпигастрии, изжога. Принимал соду, пользовался теплой

грелкой. Боли немного утихли. Утром, по дороге на работу, боли вновь появились, больной почувствовал резкую слабость, на короткое время терял сознание. Доставлен в стационар.

При объективном осмотре состояние тяжелое. Бледен, положение вынужденное, на боку, с приведенными к животу конечностями, холодный, липкий пот, черты лица заострены. Выражение лица страдальческое. Язык сухой, покрыт сероватым налетом. Пульс 60 в мин., ритмичен, слабого наполнения, АД 100/60. Живот доскообразный, в дыхании не участвует, при пальпации резко болезнен в эпигастрии. Печеночная тупость не определяется. Положительный симптом Щеткина - Блюмберга. Каловые массы обычного цвета.

1. Назовите осложнение язвенной болезни.
2. Назовите исследование, необходимое для подтверждения диагноза.

#### **Задача № 14.**

Больной 27 лет лечится амбулаторно по поводу хронического гастрита с повышенной секреторной функцией.

Длительность заболевания около 5 лет. Беспокоят боли в эпигастрии, изжога, которые появляются спустя 2-2,5 часа после еды, нередко бывают натошак и уменьшаются после приема пищи. Ухудшение самочувствия отмечает в осеннее и весеннее время года.

Настоящее обострение длится около 2 недель. У больного при обследовании выявлена значительная гиперсекреция. При рентгеноскопии желудка язвенного дефекта не выявлено. Периферическая кровь спокойная. Амбулаторно больному начато лечение: диета, спазмолитики, антациды. В связи с выраженным болевым синдромом назначены тепловые процедуры на область эпигастрия.

После 3-й физиопроцедуры больной почувствовал слабость, потливость, головокружение. По дороге домой потерял сознание. Доставлен в клинику «скорой помощью».

1. Ваш предположительный диагноз.

2. Ваше мнение о тактике ведения больного. Какое, по вашему мнению, необходимо было провести обследование, прежде чем назначить лечение?

3. Назовите осложнение основного заболевания.

### **Задача № 15.**

Больная 42 лет, жалуется на интенсивные боли в верхней половине живота с иррадиацией в левое подреберье, снижение аппетита, отрыжку, тошноту. Подобные боли повторяются 1-2 раза в год. Три года назад оперирована по поводу желчекаменной болезни, через 6 месяцев возник подобный приступ, который сопровождался появлением умеренной желтухи и увеличением уровня амилазы мочи. При повторной лапаротомии камней в желчных ходах не обнаружено. В последние годы появились выраженные запоры. При обследовании субэпителиальная склер. Послеоперационные рубцы на передней стенке. Болезненность в холедохопанкреатодуоденальной зоне и точке Мейо-Робсона.

Анализ крови: лейкоциты  $6,7 \times 10^9/\text{л}$ , формула не изменена. СОЭ-18 мм/час.

1. Ваш предположительный диагноз.

2. Назначьте исследования, необходимые для подтверждения диагноза.

### **Задача № 16.**

Женщина 46 лет, кондитер, обратилась на прием с жалобами на боли в верхней половине живота, тошноту, рвоту, не приносящую облегчения, учащение стула до 3-4 раз в сутки. Каловые массы неоформленные, большого объема, с неприятным запахом, плохо смывающиеся.

При осмотре: кожные покровы и видимые слизистые с желтушным оттенком. На коже груди и живота «красные капельки» (симптом Тужилина), не исчезающие при надавливании. Язык обложен желтым налетом, влажный, живот умеренно вздут, болезнен в левой верхней половине живота и подложечной области.

1. Ваш диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Назначьте лечение.

### **Задача № 17.**

Больной К., 38 лет, учитель, обратился к участковому терапевту на выраженные боли в верхней половине живота, усиливающиеся после еды (через 30-40 минут), тошноту, рвоту, учащение стула, иррадиирующие в левую половину поясничной области. В течение последней недели отмечает усиление болей. Три дня назад появилась желтуха, обесцветился кал, моча приобрела цвет пива. При пальпации живота выявляется болезненность в эпигастральной области, левом подреберье, болезненность в точке Дежардена, зоне Шоффара.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. О каком осложнении основного заболевания можно думать?
3. Определите лечебную тактику.

### **Задача № 18.**

Больной Д., 42 лет, находится на диспансерном учете у участкового терапевта с диагнозом: хронический рецидивирующий панкреатит, с внешнесекреторной недостаточностью, средней степени тяжести. Пришел на прием с очередным обострением.

1. Определите длительность нетрудоспособности.
2. Составьте план диспансерного наблюдения.

### **Задача № 19.**

Больной 48 лет, строитель. Обратился к участковому терапевту с жалобами на боли в левой половине живота и подложечной области после приема жирной, жареной, острой пищи, алкоголя, тошноту, рвоту через 30 – 40 минут, которая не



приносит облегчения, кашицеобразный стул. Боли появились два года назад. Обострения 2 раза в год. Курит, злоупотребляет алкоголем.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски.

Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 16 в минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные. АД 130/90 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен желтым налетом. При пальпации живота, отмечается болезненность в эпигастральной области. Печень не увеличена.

Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Копрограмма: большое количество жира и мышечных волокон.

1. Ваш диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Ориентировочные сроки ВН.

#### **Задача № 20.**

Женщина 45 лет, кондитер, жалуется на сильные боли в эпигастрии, левом подреберье, иррадиирующие в левое плечо, спину, тошноту, возникающие после употребления жирной, жареной пищи, кашицеобразный «сального» вида стул. Обострения 3 – 4 раза в год. Три года назад обнаружен камень желчного пузыря. В течение последних 3 лет похудел на 10 кг.

При осмотре: Кожные покровы обычной окраски, тургор снижен. На коже груди и живота «рубиновые капельки». Язык обложен желтым налетом. Живот умеренно вздут, болезненный в эпигастральной области. Симптом Мейо – Робсона положительный.

Копрограмма: большое количество жира и мышечных волокон.

1. Ваш диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Ориентировочные сроки ВН.

### **Задача №21.**

Больной В., строитель, жалуется на снижение аппетита, боли в левой половине живота, опоясывающего характера, тошноту, расстройство стула. Подобные ощущения появились 3 года назад. Обострения 2 раза в год. За это время похудел на 4 кг. Режим питания не соблюдает.

1. Ваш диагноз.

2. Какие обязательные инструментальные исследования необходимо провести больному для подтверждения диагноза.

3. Дайте трудовые рекомендации.

### **Задача № 22.**

Больной 40 лет, обратился к участковому терапевту с жалобами на выраженные боли в левой половине живота, эпигастриальной области, иррадиирующие в левую руку, ключицу, кашицеобразный стул. Боли возникают после приема жирной, жареной пищи, через 30 минут после еды. Подобные боли появились 4 года назад. Обострения 3-4 раза в год.

К врачам не обращался, лечился самостоятельно.

1. Ваш диагноз.

2. Определите дальнейшую тактику ведения больного.

3. Ориентировочный срок ВН.

4. Возможные осложнения заболевания.

### **Задача №23.**

Больной 38 лет, наблюдается гастроэнтерологом по поводу хронического обструктивного панкреатита, с выраженным болевым синдромом. Обострения 3 - 4 раза в год. Дисциплинирован, строго следует рекомендациям врача, но эффект от проводимой терапии кратковременный, нестойкий.

1. Определите степень тяжести заболевания.

2. Дальнейшая тактика ведения больного.

3. Прогноз данного заболевания.

#### 4. Критерии выписки к труду.

##### **Задача № 24.**

Больная 52 лет жалуется на интенсивные боли в левой половине живота с иррадиацией в левое подреберье, снижение аппетита, тошноту, отрыжку, кашицеобразный стул. Подобные боли повторяются 1-2 раза в год. 3 года назад оперирована по поводу желчнокаменной болезни. Через 6 месяцев возник подобный приступ, сопровождался появлением умеренной желтухи, увеличением уровня амилазы мочи. При повторной лапаротомии камней в желчных ходах не обнаружено. В течение последних 2 лет отмечает снижение массы тела. Периодически голодает, так как это уменьшает интенсивность боли. Кожные покровы и видимые слизистые с желтушным оттенком. В легких без патологии. ЧД 20 в мин. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС 80 ударов в мин. АД 130/80 мм.рт.ст.. Язык сухой, обложен желтым налетом. Живот мягкий, болезненный в эпигастральной области, в холедохопанкреатической зоне и точке Мейо - Робсона.

Анализ крови:  $6,8 \times 10^9 / \text{л}$ , формула не изменена, СОЭ- 16 мм/ч.

1. Ваш диагноз.
2. Какие исследования наиболее значимы для установления диагноза.
3. Составьте план диспансерного наблюдения.

##### **Задача № 25.**

У больного Т., водителя грузового автомобиля, во время работы внезапно появились резкие боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, тошнота, однократная рвота, не принесящая облегчения. За медицинской помощью не обращался. Постепенно боли уменьшились, но сохранились. На следующий день, появилась иктеричность склер и кожных покровов. Из анамнеза: в течение 3-х последних лет отмечает появление тошноты, чувства тяжести в правом подреберье после приема жирной и острой пищи.

При обследовании в анализах крови лейкоциты до  $12 \times 10^9/\text{л}$ , билирубин  $46 \text{ мкмоль/л}$  (непрямой  $10 \text{ мкмоль/л}$ , прямой  $36 \text{ мкмоль/л}$ ), в моче положительная реакция на желчные пигменты.

1. Укажите и обоснуйте предполагаемый диагноз.

2. Уровень какого фермента (из функциональных проб печени) должен повыситься наиболее значительно?

### **Задача № 26.**

Студент М., 18 лет, жалуется на слабость, головокружение, чувство тяжести в левом подреберье. При объективном осмотре отмечается желтушность склер, кожных покровов, увеличение селезенки (длинник  $13 \text{ см.}$ ). В анализе крови: эритроциты –  $3,2 \times 10^{12}/\text{л}$ , Hb  $105^{\text{г}}/\text{л}$ , ретикулоциты –  $25^0/_{00}$ , билирубин –  $53 \text{ мкмоль/л}$ , не прямой –  $48 \text{ мкмоль/л}$ .

1. Поставьте диагноз.

2. С учетом степени тяжести заболевания решите вопросы ЭВН.

### **Задача № 27.**

Ученик 10 класса А., 16 лет, направлен медицинской комиссией военкомата в стационар по поводу желтухи. Накануне без специальной подготовки сдавал зачет по кроссу на  $3 \text{ км.}$  Жалоб не предъявляет. При осмотре имеют место ксантелезмы век, печень пальпируется у края реберной дуги. При обследовании: Эр –  $4,4 \times 10^{12}/\text{л}$ , Hb –  $128^{\text{г}}/\text{л}$ , Л –  $6,4 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ –  $8 \text{ мм/час}$ . Общий билирубин  $67 \text{ мкмоль/л}$ , не прямой  $61 \text{ мкмоль/л}$ . Трансаминазы не изменены. Инфекционистами диагноз острого вирусного гепатита исключен.

1. Поставьте диагноз.

2. Назовите пробы, которые могут подтвердить ваш диагноз.

### **Задача № 28.**

Мужчина, 23 года, жалуется на постоянные, ноющие боли в правом подреберье, изредка усиливающиеся, периодическое вздутие живота, метеоризм, постоянную желтуху. Вирусным гепатитом не болел. При осмотре печень у края реберной дуги, плотноватой консистенции, незначительно увеличена селезенка. Со стороны клинического анализа крови изменений нет. Признаков повышенного гемолиза не выявлено. Общий билирубин 72 мкмоль/л, непрямой 51 мкмоль/л. Активность сывороточных ферментов печени и осадочные пробы не изменены. В моче обнаруживаются желчные пигменты. На холецистографии тень желчного пузыря отсутствует.

1. К какому классу желтух относится заболевание.

2. Назовите функциональную пробу печени, тип нарушений которой характерен только для этого заболевания, и объясните методику ее проведения.

#### **Задача № 29.**

Мужчина, 52 г., жалуется на внезапно появившуюся четыре дня назад боль в верхней половине живота, которая постепенно усиливается. Спустя 2 дня после возникновения боли, появилась желтуха, нарастающая по интенсивности. Кал обесцветился, моча приобрела цвет пива. Вирусный гепатит в анамнезе отрицает. При осмотре печень определяется на 1 см. ниже реберной дуги, пальпируется увеличенный, безболезненный желчный пузырь. В крови умеренный нейтрофильный лейкоцитоз, СОЭ 52 мм/час, гипертрансаминаземия.

1. Поставьте диагноз и объясните механизм появления выявленных симптомов.

2. Тактика врача терапевта участкового при постановке данного диагноза.

#### **Задача № 30.**

Больной М., 48 лет, стоит на диспансерном учете по поводу болезни Минковского-Шоффара. 3 дня назад усилилась желтуха склер и кожных покровов, появилась одышка и резкие боли в правом подреберье, не связанные с

приемом пищи, которые удалось купировать введением спазмолитиков. В клиническом анализе крови Эр  $2,6 \times 10^{12}/л$ , Нв  $88г/л$ , ретикулоцитов  $19^0/00$ , билирубин общий  $58 мкмоль/л$ , непрямой  $52 мкмоль/л$ .

I. Объясните патогенез имеющихся симптомов.

II. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности, решите вопросы трудоспособности и диспансерного наблюдения.

### **Задача № 31.**

На прием обратился больной с жалобами на слабость, тошноту, рвоту, потемнение мочи. Заболел 6 дней назад, когда ухудшился аппетит, стала нарастать слабость, Температура повысилась до  $38^0 С$ . На 4 день болезни потемнела моча, обесцветился стул, температура снизилась до  $37^0 С$ . При осмотре кожные покровы, склеры эктеричные, печень выступает из под реберной дуги на 3 см., болезненная, край ее закруглен.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Сроки временной нетрудоспособности при этом заболевании.

### **Задача № 32.**

Женщина, 36 лет, водитель троллейбуса, обратилась с жалобами на неприятные ощущения, тяжесть в правом подреберье, появившуюся и постепенно нарастающую в течение 7 дней желтуху, кожный зуд, сонливость, апатию. Год назад перенесла легкую форму острого вирусного гепатита В. Выписалась в удовлетворительном состоянии. В связи с переменой места жительства по диспансеризации не наблюдалась. В анализах крови АСТ  $1,9 мкмоль/л$  (N –  $0,7$ ), АЛАТ  $2,4 мкмоль/л$  (N –  $0,5$ ), щелочная фосфатаза  $470 ед.$ , билирубин общий –  $56,2 мкмоль/л$ , непрямой –  $20,2 мкмоль/л$ .

Выписана из стационара через 4 месяца в удовлетворительном состоянии для продолжения амбулаторного лечения. Общая продолжительность нетрудоспособности 6 месяцев.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Назовите противопоказанные виды и условия труда при этом заболевании

### **Задача № 33.**

Больной А., 56 лет, рабочий зернового двора, зав. складом инсектицидных препаратов. Обратился с жалобами на давящие боли в правом подреберье, тошноту, общую слабость. Вышеуказанные симптомы беспокоят в течение полугода, то усиливаясь, то ослабевая. К врачу обратился лишь после появления желтухи. Алкоголем не злоупотребляет. Острый вирусный гепатит в анамнезе отрицает. При осмотре определяется желтушность кожных покровов, единичные «сосудистые звездочки». Печень пальпируется на 2 см. ниже реберной дуги, край ее закруглен, ровный, упруго эластичный, умеренно болезненный. В анализах крови умеренная анемия, общий билирубин 57 мкмоль/л, непрямой 40 мкмоль/л, тимоловая проба 10 ед., сулемовая – 1,2 мл. На УЗИ равномерное увеличение печени. Диаметр портальной вены 12 мм.

1. Ваш диагноз.
2. Дайте объяснение представленным в задаче симптомам и исследованиям.

### **Задача №34.**

Больная М., 36 лет, бухгалтер, жалуется на тупые боли в правом подреберье, тошноту, слабость, ослабление памяти. Наблюдается у эндокринолога по поводу тиреоидита. Острый вирусный гепатит в анамнезе отрицает. При осмотре отмечается желтушность кожных покровов, печень пальпируется у края реберной дуги, болезненная. В клиническом анализе крови умеренный лейкоцитоз и эозинофилия (14%). АСАТ 4,1 мкмоль/л (№ - 0,7), АЛАТ 3,7 мкмоль/л (№ - 0,5). Общий белок 56 г/л, альбумины – 48%, глобулины – 52%,  $\alpha_1$  – 2%,  $\alpha_2$  – 6%,  $\beta$  – 12%,  $\gamma$  – 32%. Протромбиновый индекс – 62.

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте лечение.

### **Задача № 35.**

Больной С., 40 лет, бухгалтер, госпитализирован по поводу обострения хронического вирусного гепатита. Болен в течение 4 лет. Ежегодно в течение 3 недель проходит стационарное лечение. При обследовании выявлена повышенная активность трансаминаз (АЛТ – 5,1 мкмоль/л), гипербилирубинемия – 62,5 мкмоль/л, тимоловая проба -9 ед. В биоптате печени имеет место белковая дистрофия гепатоцитов, фокальные некрозы паренхимы, портальные тракты расширены, инфильтрированы лимфоцитами и гистиоцитами.

1. Определите степень нарушения функций печени.
2. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности.

### **Задача № 36.**

Больной М., 37 лет, водитель автобуса на междугородних маршрутах выписан из инфекционного стационара после 32-х дней лечения по поводу ОВГ В. При выписке клинико-лабораторные показатели нормальные.

1. Объясните методику диспансерного наблюдения за больным.
2. Перечислите противопоказанные виды труда.

### **Задача № 37.**

Больной Т., 44 года, водитель, в течение 6 лет страдает хроническим холециститом. После приема острой пищи почувствовал резкие боли в правом подреберье. Доставлен в стационар. Отмечается легкая желтушность кожных покровов, умеренное напряжение мышц живота в правом верхнем квадранте. В течение двух дней желтушность нарастала. В крови лейкоциты до  $15 \times 10^9 / л$ , п/я – 10%, отмечается повышение уровня амилазы в крови, билирубин – 50 мкмоль/л (непрямой – 18 мкмоль/л, прямой – 32 мкмоль/л). На УЗИ желчный пузырь гипотоничен, стенка его утолщена, увеличена головка и тело поджелудочной железы.

1. Поставьте диагноз.



2. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности.

**Задача № 38.**

Больной С., 45 лет, тракторист, обратился с жалобами на тупые, ноющие боли в правом подреберье, тошноту, рвоту, возникшие после тяжелой физической нагрузки. При осмотре отмечается легкая желтушность кожных покровов, болезненность в точке Керра, положительные симптомы Грекова-Ортнера, Мюсси-Георгиевского, Мерфи, Пекарского. В клиническом анализе крови: лейкоциты –  $12,7 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ – 32 мм/час, в остальном без изменений. Билирубин – 38 мкмоль/л, реакция непрямая. Моча без особенностей.

Госпитализирован. Выписан через 8 дней. При выписке сохраняется неустойчивый стул.

1. Ваш диагноз.
2. Какие инструментальные методы исследования помогут при постановке диагноза у данного больного?

**Задача № 39.**

Больная У., 42 года, водитель троллейбуса, состоит на учете в поликлинике по поводу хронического холецистита. Обострения 2-3 раза в год, обычно после погрешностей в диете, проявляются болевым синдромом и сопровождаются появлением легкой желтухи. При осмотре предъявляет жалобы на тошноту, горечь во рту, на тупые боли в правом подреберье, иррадиирующие в правое плечо, шею. Положительны симптомы Ортнера, Василенко-Лепене, Пекарского. Госпитализирован. После выписки сохраняется незначительная тошнота.

1. Определите сроки ВН.
2. Решите вопросы профессиональной пригодности больного.

**Задача № 40.**

Больной Г. находится на диспансерном учете по поводу ХХ с редкими обострениями. Сутки назад, после приема жареного картофеля, у него внезапно поднялась температура с потрясающим ознобом, кожный зуд, появилась желтуха, рвота, не приносящая облегчения.

При пальпации – резкая болезненность в правом подреберье, печень выступает из-под реберной дуги на 1,5-2,0 см. В клиническом анализе крови лейкоцитов  $14,2 \times 10^9/\text{л}$ , нейтрофилез со сдвигом влево, токсическая зернистость эритроцитов, СОЭ 48 мм/час. Общий билирубин 56,6 мкмоль/л. с преобладанием прямой фракции. Повышен уровень АСАТ, АЛАТ, ЩФ, сиаловых кислот.

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Определите лечебную тактику.

#### **Задача № 41.**

Больному Д., 45 лет, месяц назад проведена холецистэктомия по поводу ЖКБ. В течение последней недели у него стала нарастать желтуха, появились недомогание, боли в правом подреберье, неустойчивый кашицеобразный стул. При обращении в поликлинику клинический анализ крови без существенных изменений, общий билирубин 38 мкмоль/л; непрямой –12, прямой – 26 мкмоль/л.

1. Назовите наиболее вероятную причину указанных изменений.
2. Определите тактику дальнейших действий.

#### **Задача № 42.**

Больная Л., 50 лет, предъявляет жалобы на тошноту, распирающие боли в правом подреберье, которые периодически усиливаются, особенно при надавливании на правое подреберье. Температура нормальная. Живот мягкий, при пальпации болезнен в точке желчного пузыря. Анализы крови и мочи без особенностей. На холецистографии желчный пузырь продолговатой формы, увеличен. После дачи желчегонного завтрака он сократился в объеме менее, чем на одну треть.

1. Ваш диагноз.
2. Определите тактику лечения.

### **Задача №43.**

Больной Б, 45 лет, тракторист, обратился к участковому терапевту с жалобами на сильные боли в подложечной области, уменьшающиеся после еды, ночные боли, тошноту, изжогу. Боли беспокоят в течении 1 недели. Неоднократно была рвота кислым содержимым, приносящая облегчение.

Из истории болезни известно, что 5 лет назад был выставлен диагноз язвенная болезнь желудка, по поводу чего неоднократно лечился в стационаре. Обострения заболевания ежегодно. Курит в течении 27 лет.

При осмотре: состояние удовлетворительное, кожный покров обычной окраски, тургор, влажность сохранены. Видимые слизистые бледно-розовые.

В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД- 17 в мин. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС- 82 в 1 минуту. АД- 120/80 мм. рт. ст. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, болезненный в эпигастральной области. Печень не увеличена, безболезненна при пальпации. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Дизурических явлений нет. Стул-склонность к запорам.

Назначено обследование:

Клинический анализ крови Нв- 126 г/л; эр.-  $4,1 \cdot 10^{12}$ ; лейкоц.-  $6,3 \cdot 10^9$ ; СОЭ- 9 мм/ч.

Анализ кала на скрытую кровь: отрицательный.

ФГДС: Стенки пищевода эластичные. Слизистая оболочка дистального отдела отечная, покрытая слизью. Просвет нормальный. Желудок деформирован, особенно в проксимальном отделе. На задней стенке желудка, в проксимальном отделе, вблизи дна. имеется больших размеров (не менее 1,5-2 см.) глубокий дефект в виде кратера с приподнятыми краями. На дне- некроз, фибрин. Произведена биопсия, при этом отмечается регидность, контактная

кровоточивость при взятии материала. Окружающая слизистая оболочка инфильтрирована. Складки “обрываются” у дефекта. Перистальтика прослеживается. Луковица 12- перстной кишки не деформирована. Слизистая оболочка осмотренных отделов кишки несколько отечная.

Цитологическое исследование: выявлена 3-я степень обсемененности бактериями НР. Морфологическое исследование: В присланном материале картина обострения язвы желудка.

- 1.Сформулируйте диагноз
- 2.Какие дополнительные методы исследования необходимо провести больному
- 3.Назовите заболевания, с которыми необходимо дифференцировать данную патологию
- 4.Дайте рекомендации по диетотерапии
- 5.Назначьте лечение
- 6.План диспансерного наблюдения
- 7.Ориентировочный срок ВН
- 8.Критерии выписки к труду
- 9.Дайте экспертное заключение по трудоспособности больного
- 10.Показания к госпитализации
- 11.Назовите возможные осложнения

#### **Задача №44**

Больной Т, 40 лет, водитель , обратился к врачу поликлиники с жалобами на выраженные боли в эпигастральной области после еды, тяжесть в желудке после приема небольшого количества пищи, отрыжку, вздутие живота, кашицеобразный стул 2-4 раза в день, снижение веса. За год похудел на 4 кг. Из истории болезни известно, что боли в эпигастральной области после еды беспокоят около 8 лет, из-за боязни появления болей ограничивает приемы пищи, с чем связывает снижение веса. Обострения 2-3 раза в год.

Принимал но-шпу, альмагель с непродолжительным положительным эффектом. Обследование на хеликобактерную инфекцию не проходил. Курит в течении 25 лет.

При осмотре: состояние удовлетворительное, кожный покров обычной окраски, тургор, влажность сохранены, видимые слизистые бледно-розовые. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД- 14/минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС- 80 в 1 минуту. АД- 120/90 ммрт. ст. Язык влажный чистый. Живот мягкий, равномерно участвует в акте дыхания, симптомов раздражения брюшины нет, болезненность при пальпации в эпигастральной области. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Дизурических явлений нет. Стул - склонность к поносам. Клинический анализ крови Нв – 120 г/л; эр. –  $4,0 \cdot 10^{11}$ ; лейкоц. -  $6,4 \cdot 10^9$ ; СОЭ- 7 мм/ч.

Анализ кала на скрытую кровь - отрицательный.

ФГДС: стенки пищевода эластичные. Слизистая оболочка пищевода розовая. Желудок содержит слизь и жидкость. Слизистая оболочка атрофичная, прослеживается во всех отделах. Луковица 12- перстной кишки не деформирована.

Морфологическое исследование биоптата из желудка: В присланном материале фрагменты слизистой оболочки тела и антрального отдела желудка. Ямки глубокие, иногда достигают мышечной пластинки, толщина слизистой снижена. Железы разной величины. Фиброз стромы.

НР не обнаружен.

1. Сформулируйте диагноз
2. Выделите основные синдромы
3. Составьте план обследования больного
4. Проведите дифференциальную диагностику
5. Показания для госпитализации
6. Назначьте лечение

7. Дайте рекомендации по диетотерапии
8. Ориентировочный срок ВН
10. Составьте план диспансерного наблюдения

## **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К СИТУАЦИОННЫМ ЗАДАЧАМ**

### **Задача № 1.**

1. Хронический аутоиммунный гастрит.
2. Заместительная терапия соляной кислотой, ферментными препаратами.

Спазмолитики.

3. Больная подлежит диспансерному наблюдению в III группе учета, наблюдается участковым терапевтом или гастроэнтерологом. Осмотр 2 раза в год. Консультация онколога по показаниям.

4. Объем исследований: анализ крови клинический 2 раза в год, ФГДС с биопсией 1 раз в год, рентгеноскопия желудка по показаниям, анализ желудочного сока 1 раз в 5 лет. Диетотерапия, заместительная терапия, ферментные препараты. При наличии признаков В<sub>12</sub>-дефицитной анемии назначается цианокобаламин.

### **Задача № 2.**

1. Хронический антральный гастрит, средней степени тяжести, ассоциированный с *H. Pylori*.

2. Общий анализ крови, общий белок и белковые фракции; общий анализ мочи, анализ кала на скрытую кровь; гистологическое исследование биоптата, цитологическое исследование, тесты на *H. Pylori*.

3. Лечение в амбулаторно-поликлинических условиях. ВН – 7 дней.

### **Задача №3.**

1. ЯБ. Язва двенадцатиперстной кишки.

2. ФГДС с прицельной биопсией и щеточным цитологическим исследованием, УЗИ печени, желчных путей и поджелудочной железы.

3. В своей профессии трудоспособен. Больной подлежит направлению на ВК для освобождения от командировок и ночных смен.

#### **Задача 4.**

1. ЯБ. Язва луковицы двенадцатиперстной кишки, стадия рубцевания. Рубцоваязвенная деформация.

2. Рекомендовать частое, дробное питание с соблюдением принципа химического, термического и механического щажения. Необходим прием одного из антисекреторных препаратов (омепрозол, пантопрозол, фамотидин) в полной суточной дозе в течение 2-3 дней, затем в половинной дозе в течении 2 недель. Если симптомы обострения не исчезнут, необходимо провести ФГДС и другие исследования.

3. Больного необходимо направить на врачебную комиссию для решения вопроса об освобождении от работы в ночное время. В своей профессии трудоспособен.

#### **Задача № 5.**

1. Стеноз привратника.

2. Больного необходимо направить на консультацию к хирургу для решения вопроса об оперативном лечении.

3. Больной временно нетрудоспособен. Длительность ВН будет определяться объемом хирургического вмешательства и течением послеоперационного периода. В случае отказа от операции больной подлежит направлению на МСЭ для определения II группы инвалидности.

#### **Задача № 6.**

1. Хирургическое лечение.

2. С учетом медицинских (часто рецидивирующее течение, наличие осложнений) и социальных (тяжелый физический труд, работа в наклон) критериев, больной нуждается в освобождении от тяжелого физического труда. Рациональное трудоустройство по заключению ВК невозможно в связи с потерей квалификации. Необходимо направить на МСЭ для определения группы инвалидности. Доступны легкие виды труда в дневное время (вахтер, лифтер и др.).

3. Учитывая возраст, частые рецидивы ЯБ, наличие такого осложнения как кровотечение, больному показана непрерывная (в течение месяцев и даже лет) поддерживающая терапия антисекреторным препаратом в половинной дозе.

#### **Задача № 7.**

1. Язвенная болезнь. Язва тела желудка, впервые выявленная.

2. Омепразол 20 мг х 2 раза в день + Кларитромицин 500 мг х 2 раза в день + Амоксициллин 1000 мг х 2 раза в день. Курс лечения - 7 дней.

3. Больной временно нетрудоспособен, лечение в условиях стационара. Продолжительность ВН 20-30 дней. После окончания курса эрадикационной терапии продолжить прием одного из антисекреторных препаратов. Продолжительность лечения определяется результатами эндоскопического контроля, который проводится с 2-х недельным интервалом (ч/з 2, 4, 6, 8 недель) контроль эффективности эрадикации НР не раньше 4-х недель после отмены препаратов.

#### **Задача № 8.**

1. Рак желудка. Синдром малых признаков: ухудшение или изменение аппетита, немотивированное похудание, прогрессирующая слабость, нарушение стула, анемия.



2. Для ранней диагностики применяется комплексный метод обследования, включающий рентгенологическое обследование, ФГДС с прицельной биопсией и цитологическим исследованием соскобов со слизистой оболочкой.

3. Консультации хирурга, онколога. Клинический анализ крови, анализ мочи общий, анализ кала на общую кровь, рентгеноскопия пищевода, желудка эзофагогастроскопия с биопсией, ректороманоскопия, ЭКГ, УЗИ брюшной полости.

По показаниям: лапароскопия.

### **Задача № 9.**

1. Острый аппендицит.

2. Термометрия, общий анализ крови, общий анализ мочи, консультация гинеколога.

### **Задача №10.**

1. Наиболее вероятна причина частого рецидива язв и отсутствие эффекта от лечения – синдром Золлингера-Эллисона.

2. Тестом для диагностики синдрома Золлингера-Эллисона является определение уровня гастрина в крови.

### **Задача № 11.**

1. Указания анамнеза на боли, связанные с приемом пищи, рвоту с кровью и мелену дают основание предположить, что у больного язвенная болезнь желудка, осложненная кровотечением.

2. Решить вопрос о хирургическом лечении. Необходимо исследовать ОАК, гематокрит; провести эндоскопию, т. к. рентгенологическое обследование можно провести после прекращения кровотечения.

### **Задача №12.**

1. Предположительно, имеет место пенетрация язвы в поджелудочную железу.

2. Необходимы госпитализация и обследование в условиях стационара – исследование периферической крови в динамике, амилазы крови.

### **Задача № 13.**

1. У больного язвенная болезнь желудка осложнилась перфорацией.

2. Необходима обзорная рентгеноскопия брюшной полости (скопление газа под правым куполом диафрагмы).

### **Задача № 14.**

1. Учитывая явления ацидизма, сезонность болей, «голодные» боли, уменьшающиеся после приема пищи, высокую секреторную активность слизистой желудка, у больного можно заподозрить ЯБ с локализацией в пилородуоденальной области.

2. Больной не был достаточно обследован: отсутствие язвенного дефекта при рентгеновском исследовании у больных не является фактом, исключающим заболевание. Необходимо провести эндоскопию, исследование кала на скрытую кровь, чтобы исключить микрокровоотечение.

3. ЯБ осложнилась кровотечением, спровоцированным физиотерапией. Больному необходимо определение Нв, гематокрита в динамике, контроль АД, частоты пульса, экстренная ФГДС, пальцевое исследование прямой кишки.

### **Задача № 15.**

1. Хронический панкреатит.

2. Ультразвуковое исследование поджелудочной железы.

### **Задача № 16.**

1. Хронический панкреатит.

2. Клинические анализы крови и мочи, билирубин, амилаза, липаза, сахар крови, общий белок, АСАТ, АЛАТ, ЩФ; копрограмма. УЗИ органов брюшной полости, компьютерная томография, обзорный рентгеновский снимок брюшной полости. По показаниям консультации хирурга и эндокринолога.

3. а) строгая диета, б) анальгетики: баралгин, парацетамол 0,5х3 раза в день, в) спазмолитики (дротаверин по 2 мл в/м не менее 2 раз в день в течение 5-7 дней), г) ферментные препараты (не содержащие желчных кислот): креон, мезим-форте, панкреатин, д) антисекреторная терапия одним из ингибиторов протонной помпы (омепразол, пантопразол 20 мг.х2 раза в день не менее 2 недель) или H<sub>2</sub> – блокаторы (ранитидин, фамотидин, гастросидин по 150 мг 2 раза в день не менее 2 недель), е) прием буферных антацидов (маалокс, альмагель по 1 дозе через 1 час после еды и на ночь в течение дня 4-5 раз), ж) при диспепсических расстройствах – прокинетики (домперидон, метоклопрамид по 10 мг 3 раза в день в течение 2-3 недель).

### **Задача № 17.**

1. Хронический панкреатит.
2. Рак головки поджелудочной железы.

3. Необходимо начать лечение обострения хронического панкреатита и пригласить на консультацию хирурга.

### **Задача №18.**

1. ВН составляет 14-21 день.
2. При течении средней тяжести осмотр врача терапевта участкового 3 раза в год. Необходима консультация гастроэнтеролога 3 раза в год и при обострении исследуются клинический анализ крови, общий анализ мочи, определение глюкозы, амилазы, липазы, билирубина, трансаминаз в сыворотке крови, копрограмма. УЗИ органов брюшной полости 1 раз в год.

Проводится терапия «по требованию»: больной сам, при появлении жалоб принимает ферментные антисекреторные препараты и спазмолитики.

В период ремиссии показано санаторно-курортное лечение.

### **Задача № 19.**

1. Хронический панкреатит с нарушением внешнесекреторной функции, болевая форма, средней степени тяжести.

2. Клинический анализ крови и мочи. Определение билирубина, АЛАТ, АСАТ, ЩФ, амилазы, липазы, сахара, общего белка и его фракций в сыворотке крови. Копрограмма. УЗИ органов брюшной полости.

3. Длительность стационарного лечения: 28-30 дней (при отсутствии осложнений).

### **Задача № 20.**

1. Хронический панкреатит, тяжелое течение.

2. Строгая диета или голод (в зависимости от выраженности симптомов); прием анальгетиков, спазмолитиков (дюспаталин, дротаверин НС по 2 мл внутримышечно не менее 2 раз в день в течение 5-7 дней, платифиллина гидротартрата по 1,0 мл подкожно, ревалгин в таблетках); ферментные препараты (креон по 1 капсуле во время еды или в период голодания по 2 капсулы 4 раза в день, или мезим-форте, панкреатин, то есть ферментные препараты без желчных кислот); ингибиторы протонной помпы (омепразол, пантопразол 20 мг 2 раза в день не менее 2 нед.)  $H_2$  – блокаторы гистаминовых рецепторов (ранитидин, гастросидин 150 мг 2 р. в день, продолжительностью не менее 2 нед.); ингибиторы секреторной активности поджелудочной железы (сандостатин по 50-100 мкг 2 раза в день подкожно); буферные антациды (маалокс, альмагель по 1 дозе через 1 час после еды и на ночь или в течение дня 4-5 раз).

3. ВН до 35 дней.

### **Задача № 21.**

1. Хронический панкреатит, легкой степени тяжести.
2. ФГДС, УЗИ органов брюшной полости, эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография.
3. Учитывая медицинский (часто рецидивирующее течение, наличие осложнений) и социальный (тяжелый физический труд, работа в наклон) критерии, больной нуждается в освобождении от тяжелого физического труда. Рациональное трудоустройство по заключению ВК невозможно в связи с потерей квалификации. Необходимо направить на МСЭ для определения группы инвалидности. Доступны легкие виды труда в дневное время (вахтер, лифтер и др.).

### **Задача № 22.**

1. Хронический панкреатит, тяжелое течение.
2. Обследование и лечение в стационаре.
3. ВН– 28-35 дней.
4. Осложнения хронического панкреатита: обструкция протоков поджелудочной железы; псевдокисты; нарушение всасывания, стеаторея; вторичный сахарный диабет; узловатые эритемоподобные поражения кожи; полиартропатия; инфекционные осложнения (холангит, сепсис, пневмония); рак поджелудочной железы.

### **Задача № 23.**

1. Тяжелое течение.
2. Стационарное лечение.
3. При прогрессировании ХП возможно развитие осложнений, связанных с нарушением структуры поджелудочной железы: холестаза (сдавление общего желчного протока), тромбоз селезеночной вены, формирование псевдокист и

варикозного расширения вен пищевода, стеноз двенадцатиперстной кишки, развитие рака поджелудочной железы.

4. Критерии выписки к труду: уменьшение или исчезновение болевого синдрома, нормализация клинических анализов крови и мочи, общего билирубина и его фракций, АСАТ, АЛАТ, ГГТП, амилазы и липазы крови, диастазы мочи, общего белка и белковых фракций, глюкозы крови и глюкозотолерантного теста, УЗИ поджелудочной железы, желчного пузыря и печени.

#### **Задача № 24.**

1. Хронический панкреатит с нарушением внешнесекреторной функции, болевая форма, средней степени тяжести.

2. УЗИ органов брюшной полости, эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография, ФГДС.

3. Осмотр больного 3 раза в год, необходима консультация гастроэнтеролога.

Исследуются 2 раза в год и при обострении: клинический анализ крови, общий анализ мочи, определение глюкозы, амилазы, липазы, билирубина, трансаминаз в сыворотке крови, копрограмма.

УЗИ желчевыводящей системы, поджелудочной железы 1 раз в год.

Больной сам при появлении жалоб проводит терапию «по требованию».

#### **Задача № 25.**

1. Больной страдает ЖКБ. На это указывает характерный 3-х летний анамнез и клиническая картина: резкие боли в правом подреберье с характерной иррадиацией, желтушность кожных покровов.

2. Должен повыситься уровень экскреционного фермента щелочной фосфатазы.

#### **Задача № 26.**

1. У больного легкая форма болезни Минковского-Шоффара. На это указывает гиперрегенераторный характер анемии, неконъюгированная гипербилирубинемия и спленомегалия.

2. Сроки временной нетрудоспособности составляют 10-12 дней.

### **Задача № 27.**

1. Наличие неконъюгированной гипербилирубинемии, появившейся после повышенной физической нагрузки, ксантелезм век, умеренной гепатомегалии при нормальных других гематологических показателях и печеночных проб, указывает на функциональную гипербилирубинемия – болезнь Жильбера.

2. а – проба с ограничением калорийности пищи (до 400 кал. В сутки) или голоданием.

б – проба с внутривенным введением 40 мг никотиновой кислоты.

Эти пробы способствуют увеличению гипербилирубинемии.

в – прием фенобарбитала в количестве 3 мг/кг/сутки в течение 5 дней снижает уровень билирубина.

### **Задача № 28.**

1. У больного функциональная гипербилирубинемия с повышением его конъюгированной фракции – синдром Дабина-Джонсона. На это указывает наличие постоянной желтухи, умеренная гепато - и спленомегалия, диспепсический синдром, отсутствие тени желчного пузыря на холецистографии.

2. При проведении бромсульфалеиновой пробы весьма характерна длительная задержка красителя в крови (до 10 часов и более), что объясняется нарушением внутриклеточного транспорта билирубина в печеночной клетке от лизосом до желчного канальца.

### **Задача № 29.**

1. Рак головки поджелудочной железы. За это говорят боли в эпигастрии, нарастающая желтуха, обесцвеченный кал, темная моча, симптом Курвуазье.

2. Врач терапевт участковый должен безотлагательно проконсультировать больного с хирургом, а при его отсутствии направить больного в стационар

### **Задача № 30.**

1. Желтуха объясняется повышенным распадом эритроцитов и неконъюгированной гипербилирубинемией. Анемия вызывает одышку. Боли в правом подреберье могут быть обусловлены приступом желчнокаменной болезни, которая нередко осложняет течение микросфероцитоза.

2. Анемия средней степени тяжести. Продолжительность ВН – 14-18 дней. Больные ограниченно трудоспособны и могут работать в облегченных условиях. Противопоказана значительная физическая нагрузка, работа на высоте, у вращающихся предметов, контакт с ядохимикатами, кислотами, ароматическими углеводородами.

Д – III. Больные наблюдаются врачом терапевтом участковым, осматриваются гематологом по показаниям. Клинический анализ крови – 4 раза в год, сывороточное железо – 2 раза в год.

### **Задача № 31.**

1. Астеновегетативный, диспепсический синдромы, повышение температуры, гепатомегалия, иктеричность кожи и склер, обесцвеченный стул, темная моча говорят в пользу острого вирусного гепатита.

2. Продолжительность ВН нетрудоспособности при вирусном гепатите А в стационаре составляет при легкой форме 23 дня, среднетяжелой – 36, тяжелой – 48 дней. При вирусном гепатите В, С, D: легкое течение – 30-34 дня, среднетяжелое – 40-41 день, тяжелое 50-52 дня. Продолжительность



амбулаторной ВН у лиц с постгепатитным синдромом: после легкой формы гепатита А – 8 дней, среднетяжелой – 14, тяжелой – 21 день.

При ОВГ В, С, D в зависимости от тяжести течения эти сроки составляют соответственно 9, 16 и 25 дней.

### **Задача № 32.**

1. ОВГ В в анамнезе, астеновегетативный и болевой синдромы, нарастающая желтуха с кожным зудом, гипербилирубинемия (преимущественно конъюгированная), повышение уровня щелочной фосфатазы говорят в пользу обострения ХГ с билиарным синдромом. Гипертрансаминаземия подтверждает активность процесса.

2. К противопоказанным видам труда относятся: работа, связанная с тяжелой физической нагрузкой, сотрясением и вынужденным положением тела, вибрацией, травматизацией подложечной области и ряд других видов деятельности при которых на организм воздействуют токсические агенты.

Работа водителя троллейбуса больной противопоказана.

### **Задача № 33.**

1. У больного ХГ, обусловленный длительным воздействием инсектицидов. Кроме клинических проявлений на это указывают нарушение белкового обмена, гипербилирубинемия, увеличение печени (УЗИ).

2. Болезненность печени обусловлена ее увеличением и растяжением глиссоновой капсулы. «Сосудистые звездочки» появляются вследствие гиперэстрогении, приводящей к расширению капилляров. Преимущественно неконъюгированная гипербилирубинемия обусловлена нарушением захвата свободного билирубина печеночной клеткой и недостаточной его конъюгацией в гепатоците. Положительные тимоловая и сулемовая проба указывают на нарушение белкового обмена с преобладанием глобулинов.

#### **Задача № 34.**

1. Клиническая картина заболевания, наличие сопутствующего тиреоидита, гипергаммаглобулинемия и отсутствие в анамнезе ОВГ говорят в пользу аутоиммунного гепатита. Повышение уровня трансаминаз подтверждает активность процесса.

2. Ведущий метод лечения иммунносупрессивная терапия. Используются 2 схемы лечения: монотерапия ГКС и сочетание ГКС с азатиоприном или 6-меркаптопурином.

#### **Задача № 35.**

1. Повышение уровня трансаминаз, гипербилирубинемия, положительная тимоловая проба указывают на выраженное расстройство 3-х функций печени (II степень). Это подтверждают и данные пункционной биопсии.

2. При выраженном расстройстве функций печени сроки временной нетрудоспособности составляют 24-35 дней. Критериями восстановления трудоспособности являются выраженное снижение признаков активности процесса и нормализация (улучшение) функций печени. Трудоспособными следует считать всех больных ХГ при стабильном или медленно прогрессирующем течении с редкими (1-2 раза в год) и непродолжительными (до 3- недель) обострениями. Следовательно, больной трудоспособен в своей профессии.

#### **Задача № 36.**

1. Продолжительность лечения указывает на легкую форму заболевания. В амбулаторных условиях он может быть освобожден от работы еще до 10 дней. Первый осмотр после выписки проводит врач стационара, где лечился больной, не позже, чем через 1 месяц. Реконвалесценты с нормальными клинико-лабораторными показателями осматриваются инфекционистом поликлиники или

врачом терапевтом участковым через 3, 6, 9 и 12 месяцев. Обязательно проведение биохимических и серологических исследований.

2. Противопоказаны тяжелый физический труд, вибрация, контакт с токсическими веществами, работа, связанная с разъездами и командировками.

### **Задача № 37.**

1. Данные анамнеза и клиническая картина (боли в правом подреберье после погрешностей в диете, желтуха), лейкоцитоз со сдвигом влево, гипотоничный желчный пузырь с утолщенной стенкой (УЗИ) указывают на обострение хронического рецидивирующего холецистита. Гиперамилаземия и увеличение поджелудочной железы говорят в пользу сопутствующего обострения хронического рецидивирующего панкреатита.

2. В данном случае ВН при обострении ХХ составляет 14-20 дней. При наличии сопутствующей патологии поджелудочной железы с внешнесекреторной недостаточностью сроки ВН могут быть продлены до 4 недель.

### **Задача № 38.**

1. Хронический рецидивирующий холецистит в стадии обострения.

2. Уточнить диагноз обострения ХХ помогут УЗИ желчного пузыря, внутривенная (пероральная) холецистография, которые могут указать на степень морфологических изменений желчного пузыря и характер его моторики.

### **Задача № 39.**

1. У больной ХХ средней степени тяжести. На это указывает симптоматика и частота обострений. Общая временная нетрудоспособность составит 14-20 дней.

2. При ХХ средней степени тяжести недоступны профессии со значительным эмоциональным напряжением, вынужденным положением тела. Трудоустройство по рекомендации врачебной комиссии.

#### **Задача № 40.**

1. Течение ХХ осложнилось холангитом, обусловленным, скорее всего, обтурацией холедоха слизистой пробкой.

2. Лечение в специализированном стационаре. Необходимо восстановить пассаж желчи (баралгин, холинолитики, церукал). Обязательны дезинтоксикационная и антибактериальная терапия. С диагностической целью (исключить ЖКБ) выполнить УЗИ. По мере снятия интоксикации, значительного снижения уровня билирубина необходимо провести рентгенконтрастное исследование билиарной системы – внутривенную холецистохолангиографию.

#### **Задача № 41.**

1. Возникшие осложнения, вероятнее всего, обусловлены послеоперационным осложнением – стриктурой холедоха.

2. Необходима консультация хирурга.

#### **Задача № 42.**

1. У больной гипомоторная дискинезия желчного пузыря.

2. Основное место в терапии отводится холекинетикам: сорбит, ксилит, магния сульфат. Неплохой эффект оказывают тюбажи с Карловарской солью, минеральными водами.

#### **Задача №43.**

1. Язвенная болезнь желудка в стадии обострения. Язва проксимального отдела желудка, средней степени тяжести.

2. Необходимо исследовать ОАК, гематокрит; провести эндоскопию, т. к. Rn-обследование можно провести после прекращения кровотечения.

3. Язвы ассоциированные с *H. Pylori*, симптоматические гастродуоденальные язвы, хронический гастрит.

4.Рекомендовать частое, дробное питание с соблюдением принципа химического, термического и механического щажения. Неукоснительное соблюдение режима приема пищи (в определенное время, с привычной для больного частотой, но не в ночные часы). Общая диета (типа 15 стола) во время ремиссии.

5.Парияет 20 мг х 2 раза в день + Кларитромицин 500 мг х 2 раза в день + Амоксициллин 1000 мг х 2 раза в день. Курс лечения - 7 дней.

6.Наблюдение участкового терапевта 2 -3 раза в год (Д III) при обязательных консультациях гастроэнтеролога. Клинический анализ крови – 2 раза в год, анализ кала на скрытую кровь при обострениях, гастроскопия проводится ежегодно и при обострениях. УЗИ печени, желчного пузыря и поджелудочной железы – однократно. Консультация хирурга – 1 раз в год, онколога – по показаниям. Если в течении 3 – 5 лет у больного нет обострений и он находится в состоянии полной ремиссии, то больной подлежит переводу в Д II и в лечении по поводу язвенной болезни не нуждается.

7.ВН- 20-21 день.

8.Исчезновение клинических симптомов обострения, заживление эрозий и язв, уменьшение выраженности и распространенности воспалительного процесса в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки.

9.Рациональное трудоустройство по заключению ВК невозможно в связи с потерей квалификации. Необходимо направить на МСЭ для определения группы инвалидности. Доступны легкие виды труда в дневное время (вахтер, лифтер и др.). В своей профессии трудоспособен.

10. Госпитализация в терапевтический стационар. Решить вопрос о хирургическом лечении.

11.Кровотечение, прободение, пенетрация, перигастрит, перидуоденит, рубцово - язвенный стеноз, привратника, малигнизация.

#### **Задача №44**

1.Хронический атрофический гастрит в стадии обострения, средней степени тяжести.

2.Решение экспертных вопросов проводится с учетом медицинских и социальных критериев.

3.Ориентировочный срок ВН при средней степени тяжести составит- 7 дней, с учетом медицинских и социальных критериев (работает трактористом) сроки ВН могут быть увеличены до 28 дней.

В своей профессии трудоспособен.

4.План обследования: общий анализ крови, общий белок и белковые фракции, общий анализ мочи, анализ кала на скрытую кровь, гистологическое и цитологическое исследование биоптата слизистой оболочки желудка, тесты на *H.pylori*, ФГДС с прицельной биопсией, УЗИ печени, желчного пузыря и поджелудочной железы проводятся однократно.

5.Диета. Заместительная терапия(натуральный желудочный сок, ацидин-пепсин, сок подорожника,лимонтар ит.д). Ферменты (фестал,панкреатин, креон). При болях-спазмолитики)

6.Д111. Осмотр 2 раза в год. Обязательные исследования: общий анализ крови, общий белок и белковые фракции, общий анализ мочи, анализ кала на скрытую кровь, гистологическое и цитологическое исследование биоптата слизистой оболочки желудка, тесты на *H.pylori*, ФГДС с прицельной биопсией, УЗИ печени, желчного пузыря и поджелудочной железы проводятся однократно.

Дополнительные исследования и консультации специалистов (хирурга, онколога) - по показаниям.

## ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный ответ

1. ДЛЯ ЯЗВ МАЛОЙ КРИВИЗНЫ ЖЕЛУДКА ХАРАКТЕРНЫ БОЛИ

- 1) возникающие сразу после еды
- 2) возникающие через 15-60 минут после еды
- 3) поздние (через 2 часа после еды)
- 4) нет четкого ритма

2. К МЕТОДАМ ДИАГНОСТИКИ H. PYLORI НЕ ОТНОСЯТ

- 1) уреазный дыхательный тест с мочевиной
- 2) серологический метод исследования
- 3) рентгенологический метод
- 4) цитологический метод

3. НЕТ СТРОГИХ ПОКАЗАНИЙ К ЭРАДИКАЦИИ H. PYLORI У БОЛЬНЫХ:

- 1) ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки в период обострения
- 2) ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки в период ремиссии
- 3) хроническим холециститом
- 4) атрофическим гастритом

4. ПРИ ХГ ВЕДУЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМ

- 1) «голодная боль»
- 2) диарея
- 3) запоры
- 4) желудочная диспепсия

5. ВОЗРАСТ, ПРИ КОТОРОМ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ХГ С ВЫРАЖЕННОЙ СЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ:

- 1) юношеский
- 2) средний
- 3) молодой
- 4) пожилой

6. МЕТОД, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНО ВЕРИФИЦИРОВАТЬ ДИАГНОЗ ХГ:

- 1) исследование желудочной секреции
- 2) фиброгастроскопия с биопсией
- 3) R-скопия желудка
- 4) УЗИ

7. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ СРЕДСТВОМ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА H. PYLORI:

- 1) метронидазол
- 2) ранитидин
- 3) ампициллин
- 4) де-нол

8. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРЕРЫВИСТОЙ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ЯБ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

- 1) R-скопия желудка
- 2) исследование желудочной секреции

- 3) гастроскопия
- 4) цитологическое исследование промывных вод желудка

10. ВЕДУЩИЙ СИМПТОМ ЯБ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ:

- 1) боль после еды
- 2) голодная боль
- 3) тошнота
- 4) отрыжка воздухом

11. РВОТА ПРИ ЯБ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ:

- 1) приносит облегчение
- 2) не приносит облегчения
- 3) приносит облегчение только в ночное время суток
- 4) приносит облегчение только в дневное время суток

12. ДОСТОВЕРНЫЙ РЕНТГЕНОСКОПИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ОБОСТРЕНИЯ ЯБ ЖЕЛУДКА :

- 1) симптом «ниши»
- 2) деформация желудка
- 3) спазм привратника
- 4) местный спазм циркуляторной мускулатуры желудка в виде глубокого втяжения на большой кривизне (симптом ДЕ КЕРВЕНА)

13. НА РАЗВИТИЕ ПЕНЕТРАЦИИ ПРИ ЯБ УКАЗЫВАЕТ СИМПТОМ:

- 1) усиление голодных болей
- 2) ночная боль
- 3) изжога
- 4) исчезновение цикличности течения ЯБ двенадцатиперстной кишки

14. ЗАБОЛЕВАНИЕ, С КОТОРЫМ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРОВОДЯТ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ЯБ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ В КАРДИАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ :

- 1) хронический холецистит
- 2) стенокардия
- 3) пневмония
- 4) плеврит

15. БЛОКАТОРОМ  $H_2$ -ГИСТАМИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) ранитидин
- 2) интал
- 3) атропин
- 4) альмагель

16. СИНДРОМ ЗОЛЛИНГЕРА-ЭЛЛИСОНА ОБУСЛОВЛЕН:



- 1) гиперплазией обкладочных клеток
- 2) опухолью гастринпродуцирующих клеток
- 3) опухолью инсулинпродуцирующих клеток
- 4) все вышеперечисленные причины

17. ДЛЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ ХАРАКТЕРНО:

- 1) склонность к кровотечениям и перфорации
- 2) частые рецидивы
- 3) повышенная функция паращитовидных желез
- 4) все вышеперечисленное

18. ПРИЧИНОЙ СИМПТОМАТИЧЕСКИХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА МОЖЕТ БЫТЬ:

- 1) прием противовоспалительных препаратов
- 2) стресс
- 3) ХНЗЛ
- 4) все вышеперечисленные причины

19. ПРИСОЕДИНЕНИЕ БОЛЕЙ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ХАРАКТЕРА, ИРРАДИАЦИЯ ИХ В СПИНУ, ИНТЕНСИВНЫЙ ХАРАКТЕР ПРЕДПОЛАГАЕТ ИССЛЕДОВАНИЕ:

- 1) желчного пузыря
- 2) тонкого кишечника
- 3) поджелудочной железы
- 4) желудка

20. ПРИ ФИЗИКАЛЬНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ У БОЛЬНОГО ЯЗВ ВЫЯВЛЯЮТ СИМПТОМЫ:

- 1) вегетативной дисфункции
- 2) локальной болезненности и напряжения мышц в эпигастрии и пилорoduоденальной зоне
- 3) вовлечение в процесс других органов пищеварительной системы
- 4) все вышеперечисленное

21. К ПРЯМЫМ ПРИЗНАКАМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ЯЗВ ДПК ОТНОСЯТ:

- 1) зубчатость контуров слизистой оболочки луковицы
- 2) дискинезия луковицы, повышение тонуса и усиление перистальтики двенадцатиперстной кишки
- 3) «ниша» с радиарной конвергенцией складок
- 4) спазм привратника

22. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЯЗВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ:

- 1) пенетрация язвы

- 2) умеренно выраженный болевой синдром
- 3) подозрение на малигнизацию
- 4) пациентам, перенесшим «хирургические» осложнения ЯБ (кровотечение, перфорацию, пенетрацию)

23. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ЯБ В ХИРУРГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

- 1) острое кровотечение из язвы или угроза его возникновения
- 2) больным, у которых 2-х недельное правильно проведенное лечение было неэффективно
- 3) пенетрация, перфорация язвы
- 4) резкая деформация желудка или двенадцатиперстной кишки

24. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ НА МСЭ БОЛЬНЫХ ЯБ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ. КРОМЕ:

- 1) необходимость значительного изменения условий труда у больных средней и тяжелой степенью течения заболевания
- 2) стойкие, резко выраженные пострезекционные синдромы
- 3) умеренно выраженный и легко купируемый болевой синдром
- 4) тяжелое течение ЯБ с частыми обострениями и осложнениями

25. К ОСНОВНЫМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ОТНОСИТСЯ:

- 1) нарушение процессов регенерации эпителия желудка
- 2) изменение регуляции желудочной секреции в связи с нарушением метаболизма простагландинов и продукции гастроинтестинальных гормонов
- 3) местные расстройства микроциркуляции
- 4) все вышеперечисленное

26. ДИАГНОСТИКА ХГ ОСНОВЫВАЕТСЯ НА:

- 1) клинической картине заболевания
- 2) данных физикальных методов обследования
- 3) данных дополнительных методов исследования
- 4) на всем вышеперечисленном

27. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ХП ИЗ ЧИСЛА ПЕРИЧИСЛЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) вирусная инфекция
- 2) заболевания желудка
- 3) интоксикация алкоголем
- 4) дефицит белка в диете

28. ДЛЯ ХП ХАРАКТЕРЕН СИНДРОМ:

- 1) воспалительно - деструктивный
- 2) синдром нарушения внешней секреции
- 3) синдром нарушения внутренней секреции
- 4) все перечисленные синдромы

29. РВОТА ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ПРИНОСИТ ОБЛЕГЧЕНИЕ:

- 1) приносит облегчение
- 2) не приносит облегчения
- 3) приносит облегчение только в ночное время суток
- 4) приносит облегчение только в дневное время суток

30. НАЛИЧИЕ СИНДРОМА КИШЕЧНОЙ ДИСПЕПСИИ ПРИ ХП ОБЪЯСНЯЕТСЯ:

- 1) ахлоргидрией
- 2) уменьшением количества панкреатического сока и снижением его ферментативной активности
- 3) гиперамилаземией
- 4) усилением моторики

31. ДЛЯ КИШЕЧНОЙ ДИСПЕПСИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) дискомфорт в центральной части живота
- 2) тяжесть в эпигастрии после приема пищи
- 3) поносы с гнилостным или кислым запахом каловых масс
- 4) запоры

32. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ХАРАКТЕРЕН СТУЛ:

- 1) обильный жирный, с гнилостным запахом, креаторея, стеаторея, амилорея
- 2) необильный кашецеобразный, креаторея, слизь, лейкоциты
- 3) обильный жидкий, без патологических прим
- 4) необильный, дегтеобразный

33. САМЫМ ЦЕННЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ОБОСТРЕНИЯ ХП ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ:

- 1) лейкоцитоза
- 2) АлАТ, АсАТ
- 3) амилазы в моче и крови
- 4) щелочной фосфатазы

34. ХРОНИЧЕСКИЙ РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ПАНКРЕАТИТ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:

- 1) язвенной болезни
- 2) холелитиазе
- 3) постгастрорезекционном синдроме

4) колите

35. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ДЛЯ ХП НЕ ХАРАКТЕРНО:

- 1) образование псевдоопухолей
- 2) обызвествление поджелудочной железы
- 3) кровотечение
- 4) образование истинных кист

36. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА:

- 1) выраженный не купирующийся болевой синдром
- 2) выраженные изменения по результатам УЗИ (отек поджелудочной железы, наличие жидкости в полости малого сальника)
- 3) умеренное обострение хронического панкреатита
- 4) выраженный синдром мальабсорбции

37. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ХП:

- 1) 6-10 дней
- 2) 10-12 дней
- 3) 14-21 день
- 4) 25-35 дней

38. К ПРЕПАРАТАМ, СНИЖАЮЩИМ ДАВЛЕНИЕ В ПРОТОКАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ОТНОСИТСЯ:

- 1) ингибиторы панкреатических ферментов
- 2) бета - адреноблокаторы
- 3) миотропные спазмолитики
- 4) анальгизирующие средства

39. РАЦИОНАЛЬНАЯ ТАКТИКА ВРАЧА ТЕРАПЕВТА УЧАСТКОВОГО ПРИ ПРИСТУПЕ ЖЕЛЧНОЙ КОЛИКИ У БОЛЬНЫХ ЖКБ:

- 1) госпитализация в хирургическое отделение по экстренным показаниям
- 2) купирование болей морфином
- 3) госпитализация в хирургическое отделение только при наличии желтухи
- 4) сделать заявку на консультацию хирурга

40. КОЖНЫЙ ЗУД, УВЕЛИЧЕНИЕ КОНЪЮГИРОВАННОГО БИЛИРУБИНА, ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗЫ, ХОЛЕСТЕРИНА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

- 1) печёчно-клеточной желтухи
- 2) внутripечёчного холестаза

- 3) синдрома Жильбера
- 4) синдрома Криглера-Найяра

41. ДЛЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ХАРАКТЕРНО:

- 1) неконъюгированная гипербилирубинемия, увеличение АсАТ, АлАТ
- 2) неконъюгированная гипербилирубинемия, резкое увеличение АсАТ, АлАТ, холестерина
- 3) конъюгированная гипербилирубинемия, увеличение щелочной фосфатазы
- 4) неконъюгированная гипербилирубинемия

42. УМЕРЕННАЯ ЖЕЛТУШНОСТЬ СКЛЕР И КОЖИ, ГЕПАТОСПЛЕНОМЕГАЛИЯ, РЕТИКУЛОЦИТОЗ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ:

- 1) раке печени
- 2) билиарном циррозе
- 3) гемолитической желтухе
- 4) остром вирусном гепатите

43. ДЛЯ СИНДРОМА ЖИЛЬБЕРА ХАРАКТЕРНО:

- 1) конъюгированная гипербилирубинемия, увеличение АлАТ, АсАТ
- 2) конъюгированная гипербилирубинемия
- 3) неконъюгированная гипербилирубинемия
- 4) неконъюгированная гипербилирубинемия, увеличение щелочной фосфатазы

44. ДЛЯ БОЛЕЗНИ МИНКОВСКОГО-ШОФФАРА ХАРАКТЕРНО ВСЕ, КРОМЕ:

- 1) анемии
- 2) ретикулоцитоза
- 3) повышения в крови уровня щелочной фосфатазы
- 4) гипербилирубинемии (непрямая фракция)

45. ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРИ КОТОРОМ НАБЛЮДАЕТСЯ УВЕЛИЧЕНИЕ ПРЯМОГО БИЛИРУБИНА:

- 1) наследственный сфероцитоз
- 2) синдром Жильбера
- 3) синдром Дабина-Джонсона
- 4) опухоль желчного пузыря

46. БОЛЬНЫМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ПРИСТУПАМИ КОЛИКИ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ:

- 1) спазмолитики
- 2) холинолитики

- 3) антибиотики
- 4) холеретики

47. ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ЖИЛЬБЕРА ЭФФЕКТИВНО НАЗНАЧЕНИЕ:

- 1) преднизолона
- 2) цитостатиков
- 3) гепатопротекторов
- 4) фенобарбитала

48. СИНДРОМ КРИГЛЕРА-НАЙЯРА ОБУСЛОВЛЕН:

- 1) повышенным распадом эритроцитов
- 2) воспалением внутripеченочных желчных протоков
- 3) отсутствием в гепатоците трансферазных систем
- 4) гипоальбуминемией

49. СИНДРОМ ДАБИНА-ДЖОНСОНА ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ:

- 1) наличия вентильного камня холедоха
- 2) нарушения транспорта билирубина от лизосом до желчных капилляров
- 3) повышенного распада эритроцитов
- 4) всего вышеперечисленного

50. ПРИ СИНДРОМЕ РОТОРА НАБЛЮДАЕТСЯ:

- 1) повышение только прямого билирубина
- 2) повышение только непрямого билирубина
- 3) повышение и прямого, и непрямого билирубина
- 4) повышения в крови уровня щелочной фосфатазы

51. ДЛЯ ХГ ХАРАКТЕРЕН СЛЕДУЮЩИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ:

- 1) геморрагический
- 2) гепатоспленомегалии
- 3) холестатический
- 4) все выше перечисленное

52. ПРИ ХОЛЕСТАЗЕ ПОВЫШАЕТСЯ УРОВЕНЬ:

- 1) конъюгированного билирубина
- 2) снижение в крови альбумина
- 3) повышение в плазме крови сывороточного железа
- 4) повышение показателей тимоловой пробы

53. ЭКСКРЕЦИОННЫМ ФЕРМЕНТОМ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) АЛАТ
- 2) ЛДГ
- 3) щелочная фосфатаза

4) альдолаза

54. ПРИ УГРОЗЕ РАЗВИТИЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ КОМЫ В ПИЩЕВОМ РАЦИОНЕ БОЛЬНОГО СЛЕДУЕТ ОГРАНИЧИТЬ:

- 1) углеводы
- 2) белки
- 3) жиры
- 4) жидкость

55. АСЦИТ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ МОЖЕТ ПОЯВИТЬСЯ ВСЛЕДСТВИЕ:

- 1) вторичного гиперальдостеронизма
- 2) гипоальбуминемии
- 3) оба положения верны
- 4) оба положения не верны

56. ПРИЧИНОЙ МЕЛЕНЫ ПРИ НАЛИЧИИ ГЕПАТОМЕГАЛИИ МОЖЕТ БЫТЬ:

- 1) кровоточащая язва 12-и перстной кишки
- 2) кровотечение из расширенных вен пищевода
- 3) язвенный колит
- 4) геморрагический диатез

57. ДЛЯ СИНДРОМА ЦИТОЛИЗА ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ ХАРАКТЕРНО:

- 1) повышение активности АЛАТ, АСАТ, ЛДГ
- 2) повышение уровня ЩФ, гипербилирубинемия
- 3) повышение уровня  $\gamma$ -глобулинов, иммуноглобулинов
- 4) повышение ЩФ,  $\gamma$ -глобулинов, снижение общего белка

58. ГИПЕРСПЛЕНИЗМ – ЭТО:

- 1) увеличение размеров селезенки
- 2) уменьшение в периферической крови количества тромбоцитов
- 3) уменьшение в периферической крови гранулоцитов
- 4) панцитопения

59. НЕ ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА ПОСЛЕ АТАКИ ОСТРОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА ТИПА:

- 1) «А»
- 2) «В»
- 3) «С»
- 4) «D»

60. РЕШАЮЩИМ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА ХГ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) вирусный гепатит «А» в анамнезе

- 2) данные пункционной биопсии печени
- 3) субфебрилитет, иктеричность склер, незначительная гепатомегалия
- 4) незначительное повышение АСАТ

61. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ КОМЫ ПРИ ХГ МОЖЕТ БЫТЬ:

- 1) массивный некроз гепатоцитов
- 2) прием тиазидовых диуретиков
- 3) длительный прием снотворных средств
- 4) все перечисленное

62. В ДИАГНОСТИКЕ АУТОИММУННОГО ХГ РЕШАЮЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) определение уровня альбуминов
- 2) преобладание неконъюгированного билирубина
- 3) повышение уровня трансаминаз в 3 раза выше нормы
- 4) обнаружение при гистологическом исследовании мостовидных некрозов

63. ПЕЧЕНЬ ЕДИНСТВЕННОЕ МЕСТО СИНТЕЗА:

- 1) катехоламинов
- 2) протромбина
- 3) альдостерона
- 4)  $\gamma$ -глобулинов

64. ОТРАЖЕНИЕМ ПИГМЕНТНОЙ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) содержание в крови (а также в кале и моче) билирубина
- 2) содержание в крови (а также в кале и моче) холестерина
- 3) содержание в крови (а также в кале и моче) глюкозы
- 4) содержание в крови (а также в кале и моче) щелочной фосфатазы

65. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ПЕЧЕНИ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) хронический аутоиммунный гепатит
- 2) хронический гепатит с минимальной активностью
- 3) новообразование печени
- 4) ни одно из перечисленных состояний

66. ПРОФЕССИЯ, ПРОТИВОПОКАЗАННАЯ ПРИ ХГ:

- 1) аккумуляторщик
- 2) литейщик
- 3) стропальщик
- 4) все вышеперечисленные профессии



67. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ВН ПРИ ЛЕГКОЙ ФОРМЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА:

- 1) 10 – 12 дней
- 2) 16 – 17 дней
- 3) 20 – 25 дней
- 4) свыше 30 дней

68. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) необходимость подбора дозы азатиоприна
- 2) повышение уровня билирубина в крови на 40%
- 3) постоянные ноющие боли в правом подреберье
- 4) все вышеперечисленное

69. ДЛЯ ПРОДРОМАЛЬНОГО ПЕРИОДА ОВГ ХАРАКТЕРНЫ СИНДРОМЫ:

- 1) желтуха
- 2) повышение уровня непрямого билирубина, уробилина в моче, стеркобилина в кале
- 3) спленомегалия
- 4) повышение активности аминотрансфераз, альдолазы

70. ДЛЯ ЖЕЛТУШНОГО ПЕРИОДА ОВГ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИНДРОМЫ:

- 1) желтуха
- 2) диспепсический синдром
- 3) гипербилирубинемия, повышение индикаторных ферментов, осадочных проб
- 4) все вышеперечисленное

71. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ АМБУЛАТОРНОЙ ВН У ЛИЦ С ПОСТГЕПАТИТНЫМ СИНДРОМОМ ПЕРЕНЕСШИМ ТЯЖЕЛУЮ ФОРМУ ГЕПАТИТА «А»:

- 1) 8 дней
- 2) 14 дней
- 3) 21 день
- 4) 30 дней

72. ЗАСТОЮ ЖЕЛЧИ НЕ СПОСОБСТВУЮТ:

- 1) нарушения режима питания
- 2) диареи
- 3) беременности
- 4) малой физической активности

73. К ЗАДАЧАМ ВРАЧА ТЕРАПВТА УЧАСТКОВОГО ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОВГ ИЛИ УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗА НЕ ОТНОСИТСЯ:

- 1) собрать эпиданамнез
- 2) провести необходимый минимум лабораторных исследований: клинический анализ крови, кровь на билирубин, АЛАТ, АСАТ, желчные пигменты в моче
- 3) направить на консультацию к гастроэнтерологу
- 4) госпитализировать больного в стационар

74. В БЮРО МСЭ НЕ НАПРАВЛЯЮТСЯ БОЛЬНЫЕ:

- 1) с неблагоприятным трудовым прогнозом
- 2) благоприятным трудовым прогнозом
- 3) с выраженной печеночно-клеточной недостаточностью
- 4) расстройством функций печени, приводящими к ограничению жизнедеятельности

75 . К КРИТЕРИЯМ ВОСТАНОВЛЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ НЕ ОТНОСЯТСЯ :

- 1) исчезновение признаков активности процесса
- 2) выраженное снижение признаков активности процесса
- 3) нарастание симптомов портальной гипертензии
- 4) нормализация функций печени

76. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО НЕКАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА В ФАЗУ РЕМИССИИ ХАРАКТЕРНО:

- 1) боли в правом подреберье
- 2) плохая переносимость жирной пищи
- 3) изжога
- 4) отрыжка кислым содержимым

77. ДЛЯ ХХ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИНДРОМЫ:

- 1) диспепсический
- 2) нарушение функции кишечника
- 3) нарушение липидного обмена
- 4) все вышеперечисленное

78. СИМПТОМ ГРЕКОВА-ОРТНЕРА – ЭТО:

- 1) болезненность при поколачивании по правому подреберью
- 2) болезненность при поколачивании по реберной дуге справа
- 3) болезненность при надавливании на диафрагмальный нерв между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы
- 4) болезненность в области проекции желчного пузыря при вдохе

79. СИМПТОМ КЕРА – ЭТО:

- 1) болезненность при поколачивании по правому подреберью
- 2) болезненность при поколачивании по реберной дуге справа
- 3) болезненность при надавливании на диафрагмальный нерв

между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы  
4) болезненность в области проекции желчного пузыря при вдохе

80. РВОТА ПРИ ХХ:

- 1) приносит облегчение
- 2) не приносит облегчения
- 3) возможны оба варианта
- 4) данный симптом не наблюдается

81. ДЛЯ ХХ ХАРАКТЕРНА ИРРАДИАЦИЯ БОЛЕЙ:

- 1) в плечо, лопатку, ключицу справа
- 2) в плечо, лопатку, ключицу слева
- 3) в правую ногу
- 4) возможны все варианты

82. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ХХ::

- 1) стафилококк
- 2) стрептококк
- 3) кишечная палочка
- 4) вирус гепатита А

84. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА МОТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ ВОЗМОЖНА НА ОСНОВАНИИ:

- 1) клинических признаков
- 2) УЗИ желчного пузыря
- 3) холецистографии
- 4) всего перечисленного

85. ПЕРВИЧНАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ НАЧИНАЕТСЯ С ПРОВЕДЕНИЯ:

- 1) дуоденального зондирования
- 2) УЗИ желчного пузыря
- 3) холецистографии
- 4) исследования общего анализа крови

86. ПРИ ФИЗИКАЛЬНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ МОЖНО ПОЛУЧИТЬ ДАННЫЕ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИЕ О ВОВЛЕЧЕНИИ В ПРОЦЕСС:

- 1) печени (увеличение ее размеров, изменение консистенции)
- 2) поджелудочной железы (болезненность характерных зон и точек)
- 3) желудка
- 4) все вышеперечисленное

87. ДЛЯ ХХ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ХАРАКТЕРНО:

- 1) непродолжительные обострения 1-2 р/год, клинические

- симптомы выражены незначительно
- 2) интоксикационный и болевой синдром выражены умеренно обострения 3-4 р/год, печеночная колика 5-6 р/год
  - 3) обострения 5 р/год и чаще, клинические симптомы резко выражены, присоединяются осложнения

88. СРОКИ ВН ПРИ XX СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ:

- 1) 5-7 дней
- 2) 8-10 дней
- 3) 14-20 дней
- 4) 48-55 дней

89. ВСАСЫВАЮЩЮЮ СПОСОБНОСТЬ ТОНКОЙ КИШКИ ОБЕСПЕЧИВАЮТ:

- 1) микроворсинки слизистой
- 2) бруннеровы железы
- 3) обкладочные клетки
- 4) кишечная микрофлора

90. ПОНОС ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЭНТЕРИТЕ ОТЛИЧАЕТСЯ:

- 1) тенезмами
- 2) кашицеобразным обильным стулом
- 3) скудным количеством кала со слизью
- 4) резкими позывами на дефекацию сразу после еды

91. РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ СХВАТКООБРАЗНЫЕ БОЛИ, В ОСНОВНОМ В ЛЕВОМ КВАДРАНТЕ ЖИВОТА, ВЫДЕЛЕНИЕ ПРИ ЭТОМ СЛИЗИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

- 1) хронического колита
- 2) хронического энтерита
- 3) синдрома раздраженного кишечника
- 4) язвенной болезни желудка

92. СИМПТОМ, НЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ БРОДИЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ:

- 1) вздутие и распирание живота
- 2) ухудшение после приема пищи, богатой белком
- 3) схваткообразные боли, прекращающиеся после отхождения газов
- 4) выраженный понос

93. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЭНТЕРИТЕ:

- 1) усиление моторики. Симптом флуктуации
- 2) ассиметричные спазмы кишечника

- 3) дефект наполнения
- 4) синдром Пейтса-Джигерса

94. МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ, НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО КОЛИТА:

- 1) иригография
- 2) исследование пищеварительных ферментов
- 3) колоноскопия
- 4) дуоденография в условиях гипотонии

95. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ СРК ДОЛЖНО ВКЛЮЧАТЬ:

- 1) методы психосоциальной адаптации
- 2) диетотерапию
- 3) медикаментозную терапию
- 4) все перечисленное

96. СРК – ЭТО ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЕСЯ:

- 1) функциональными нарушениями
- 2) метеоризмом
- 3) болями в животе
- 4) все перечисленное верно

97. ВЕДУЩИМ ФАКТОРОМ В ЭТИОЛОГИИ ДИСКИНЕЗИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) изменение активности эндокринных желез
- 2) неврогенные расстройства
- 3) недостаток балластных веществ в диете
- 4) все указанное верно

98. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ МОТОРНОЙ ДИСКИНЕЗИИ:

- 1) сальмонеллез
- 2) синдром мальабсорбции
- 3) болезнь Крона
- 4) синдром раздраженного кишечника

99. К МЕТОДАМ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАПОРА ОТНОСИТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

- 1) нормализация психоэмоционального статуса
- 2) физические тренировки
- 3) употребление пищи, богатой белком
- 4) употребление пищи, богатой волокнами

100. ЖАЛОБА, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНАЯ ДЛЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ КИШЕЧНИКА:

- 1) ночная диарея
- 2) острая боль в животе
- 3) изменение диаметра стула
- 4) чередование периодов запора и диареи

101. ПАТОГЕНЕЗ ХРОНИЧЕСКОГО АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ОБУСЛОВЛЕН:

- 1) инфицированием *H. pylori*
- 2) рефлюксом дуоденального содержимого
- 3) появлением антител к париетальным клеткам
- 4) атеросклеротическим поражением артерий чревного ствола

102. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭГДС У БОЛЬНОГО С АУТОИММУННЫМ ГАСТРИТОМ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПОРАЖЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ:

- 1) тела и дна желудка
- 2) антрального отдела желудка
- 3) терминального отдела пищевода
- 4) области привратника

103. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С АУТОИММУННЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ ПРИМЕНЯЮТ:

- 1) ингибиторы протонного насоса
- 2) глюкокортикостероиды
- 3) ферменты
- 4) препараты висмута

104. ДЛЯ ЯБДПК В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ ХАРАКТЕРНО:

- 1) боли в эпигастральной области, возникающие через 2 часа после приема пищи, чаще в ночное время
- 2) боли в эпигастральной области, возникающие при физической нагрузке
- 3) боли в эпигастральной области, возникающие сразу после еды
- 4) боли в эпигастральной области, зависящие от положения тела

105. ДЛЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ЯБДПК ХАРАКТЕРНО:

- 1) положительный симптом раздражения брюшины
- 2) резкое усиление болей в эпигастральной области
- 3) рвота кофейной гущей
- 4) появление болей в правой половине грудной клетки

106. ДЛЯ ПЕРФОРАЦИИ ТЕЛА ЖЕЛУДКА ХАРАКТЕРНО:

- 1) рвота кофейной гущей
- 2) симптомы раздражения брюшины

- 3) мелена
- 4) появление изжоги

107. Выберите основной патогенетический механизм влияния *H. Pylori* на уровень секреции соляной кислоты:

- 1) *H. pylori* разрушает обкладочные клетки желудка и понижает секрецию соляной кислоты
- 2) *H. pylori* повышает концентрацию сывороточного гастрина и увеличивает секрецию соляной кислоты
- 3) *H. pylori* не изменяет секрецию соляной кислоты, обладая лишь прямым цитолитическим действием на клетки эпителия желудка
- 4) *H. pylori* не влияет на секрецию соляной кислоты, так как считается условно- патогенным микроорганизмом

108. Факторами защиты слизистой оболочки желудка считаются:

- 1) мукопротеиды и бикарбонаты
- 2) соляная кислота
- 3) внутренний фактор Касла
- 4) антитела к париетальным клеткам желудка

109. Укажите клинические проявления ХГ в период обострения:

- 1) цитолитический синдром
- 2) холестатический синдром
- 3) синдром портальной гипертензии
- 4) синдром желудочной диспепсии

110. Клинические проявления, характерные для хронического атрофического гастрита:

- 1) изжога, рвота кислым содержимым
- 2) появление прожилок крови в кале
- 3) выраженный болевой синдром в эпигастральной области возникающий в ночное время
- 4) наличие гиперхромной анемии в общем анализе крови

#### Эталоны ответов к тестовым заданиям

1-2	16-2	31-3	46-4	61-4	76-2	91-3
2-3	17-4	32-1	47-4	62-4	77-4	92-2
3-3	18-4	33-3	48-3	63-2	78-2	93-1
4-4	19-3	34-2	49-2	64-1	79-4	94-3
5-4	20-4	35-4	50-3	65-1	80-3	95-4

6-2	21-3	36-3	51-4	66-4	81-1	96-4
7-2	22-2	37-3	52-1	67-2	82-4	97-4
8-3	23-2	38-3	53-3	68-1	83-3	98-4
9-3	24-3	39-1	54-2	69-4	84-4	99-3
10-2	25-4	40-2	55-3	70-4	85-2	100-4
11-1	26-4	41-3	56-2	71-3	86-4	101-3
12-1	27-3	42-4	57-1	72-2	87-2	102- 1
13-4	28-4	43-3	58-4	73-3	88-3	103- 3
14-2	29-2	44-3	59-1	74-2	89-1	104- 1
15-1	30-2	45-3	60-2	75-3	90-2	105- 3
106 -2	107-2	108 – 1	109- 4	110-4		

## Литература

### Основная литература

- 1.. Внутренние болезни по Дэвидсону. Гастроэнтерология. Гепатология. Ред. В.Т. Ивашкин. М. Рид Элсивер, 2009, с. 192.
2. Мухин Н.А., Моисеев В.С., Мартынов А.И. Внутренние болезни: учебник в 2-х т. – М., 2009. – Т.1 – 582 с.
3. Гастроэнтерология: руководство. Циммерман Я.С.-М: ГЭОТАР-МЕДИА.,2013.- 800 с.
4. Сторожаков Г.И., Чукаева И.И., Александров А.А. Поликлиническая терапия: учебник. – 2 изд., перераб. и доп.-М.: ГЭОТАР-МЕДИА. 2013.- 640 с.
5. Клиническая фармакология и фармакотерапия в реальной врачебной практике: мастер класс: учебник./В.И. Петров.- М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2014.- 880 с
6. Пропедевтика внутренних болезней: учебник.Мухин Н.А., Моисеева В.С.2 изд.доп. и перер.2014.-848 с.
7. Клиническая фармакология: учебник./Кукес В.Г. и др.).под ред.Кукеса В.Д., Сычева Д.А.- 5 изд., испр. И доп.-М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2015.- 1024 с.



## Дополнительная литература

1. Дифференциальная диагностика основных клинических синдромов на догоспитальном этапе: учебное пособие/Под редакцией профессора В.А.Башкатова.- Благовещенск.2008.-158 с.
2. Избранные лекции по гастроэнтерологии / Под ред. В.Т.Ивашкина, А.А.Шептулина. – М., 2010. – С. 54-82.
3. Самсонов А.А. Современные алгоритмы диагностики и лечения хронических заболеваний. Consilium medicum. 2012.: 68-74.
4. Дасаева Л.А., Лопатина В.В.Диагностика язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и подбор эффективных схем лечения у больных разного возраста // РМЖ. Гастроэнтерология. 2013. №20 –С.1014-1016.
5. Кобалаева Ж.Д., Моисеев С.В., Моисеев В.С. Основы внутренней медицины.- М: Гэотар-Медиа.,2014.- 888 с.
6. Панкреатит: монография/ Н.В.Мерзликин., Н.А. Бражникова и др. под редакцией Н.В. Мерзликина.- М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2014. 528 с.
- 7.Бурков С.Г., Касимцева Е.В., Агафонова Л.Ю. Изменения толстой кишки и рациональный выбор препарата для лечения хронического запора у пациентов старческого возраста. РЖГГК.№1.2015.с.23.

## **Литература**

### **Основная литература**

- 1.. Внутренние болезни по Дэвидсону. Гастроэнтерология. Гепатология. Ред. В.Т. Ивашкин. М. Рид Элсивер, 2009, с. 192.
2. Мухин Н.А., Моисеев В.С., Мартынов А.И. Внутренние болезни: учебник в 2-х т. – М., 2009. – Т.1 – 582 с.
3. Гастроэнтерология: руководство. Циммерман Я.С.-М: ГЭОТАР-МЕДИА.,2013.- 800 с.
4. Сторожаков Г.И., Чукаева И.И., Александров А.А. Поликлиническая терапия: учебник. – 2 изд., перераб. и доп.-М.: ГЭОТАР-МЕДИА. 2013.- 640 с.
5. Клиническая фармакология и фармакотерапия в реальной врачебной практике: мастер класс: учебник./В.И. Петров.- М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2014.- 880 с
6. Пропедевтика внутренних болезней: учебник.Мухин Н.А., Моисеева В.С.2 изд.доп. и перер.2014.-848 с.
7. Клиническая фармакология: учебник./Кукес В.Г. и др.).под ред.Кукеса В.Д., Сычева Д.А.- 5 изд., испр. И доп.-М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2015.- 1024 с.

### **Дополнительная литература**

1. Дифференциальная диагностика основных клинических синдромов на догоспитальном этапе: учебное пособие/Под редакцией профессора В.А.Башкатова.- Благовещенск.2008.-158 с.

2. Избранные лекции по гастроэнтерологии / Под ред. В.Т. Ивашкина, А.А. Шептулина. – М., 2010. – С. 54-82.
3. Самсонов А.А. Современные алгоритмы диагностики и лечения хронических заболеваний. *Consilium medicum*. 2012.: 68-74.
4. Дасаева Л.А., Лопатина В.В. Диагностика язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и подбор эффективных схем лечения у больных разного возраста // *РМЖ. Гастроэнтерология*. 2013. №20 –С.1014-1016.
5. Кобалаева Ж.Д., Моисеев С.В., Моисеев В.С. Основы внутренней медицины.- М: Гэотар-Медиа.,2014.- 888 с.
6. Панкреатит: монография/ Н.В.Мерзликин., Н.А. Бражникова и др. под редакцией Н.В. Мерзликина.- М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2014. 528 с.
- 7.Бурков С.Г., Касимцева Е.В., Агафонова Л.Ю. Изменения толстой кишки и рациональный выбор препарата для лечения хронического запора у пациентов старческого возраста. *РЖГГК.№1.2015.с.23*.
- 8.Ивашкин В.Т.,Полуэктова Е.А.,Ляшенко О.С и др. Лечение пациентов с синдромом раздраженного кишечника: прошлое, настоящее,будущее. *РЖГГК. №1.2015.с.17*.

