Министерство здравоохранения Российской Федерации

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
"Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И.Мечникова"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО СЗГМУ им.И.И.Мечникова Минздрава России)

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебной работе, профессор

_____ / А.М. Лила /

«01» 02 2017 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

основной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры
по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология

Трудоемкость: 3 зе

Санкт-Петербург
2017 г.

Программа государственной итоговой аттестации разработана в соответствии с:

1) Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25.08.2014 года № 1070.
2) приказом Министерства образования и науки Российской Федерации «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки» от 18.03.2016 г. № 227.

СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ И КОНСУЛЬТАНТОВ
по разработке программы государственной итоговой аттестации по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология

№ п/п.	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Должность	Место работы
1.	Бакулин Игорь Геннадьевич	Доктор медицинских наук, профессор	Заведующий кафедрой	ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова
2.	Орешко Людмила Саварбековна	Доктор медицинских наук, звание	Профессор	ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова
3.	Авалуева Елена Борисовна	Доктор медицинских наук, звание	Профессор	ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова
По методическим вопросам				
4.	Оганезова Инна Андреевна	Доктор медицинских наук, профессор	Профессор	ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова
5.	Назаренко Людмила Ивановна	Доктор медицинских наук, звание	Профессор	ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова

ГИА по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология обсуждена на заседании кафедры пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии «10»января 2017 г., протокол № 8 .

Заведующий кафедрой, проф. _____ / Бакулин Игорь Геннадьевич/
(подпись) (ФИО)

Одобрено методическим советом лечебного факультета
«20» января 2017 г.

Председатель, проф. _____ / Радченко В.Г. /
(подпись) (ФИО)

СОГЛАСОВАНО:

Начальник учебного управления С.Л.Плавинский

Начальник центра подготовки КВК и ДПО О.Т.Гончаренко

Заведующий отделом образовательных стандартов и программ О.А.Михайлова

1. Общие положения

Государственная итоговая аттестация по основной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология (далее – ГИА) проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология (далее – Программа) требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология (далее – ФГОС ВО). ГИА относится к Блоку 3 ФГОС ВО и включает в себя подготовку и сдачу государственного экзамена.

К ГИА допускаются обучающиеся, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план по Программе.

ГИА обучающихся, освоивших Программу, осуществляет государственная экзаменационная комиссия.

При успешном прохождении ГИА обучающемуся выдается документ о высшем образовании и о квалификации образца, установленного Министерством здравоохранения Российской Федерации (приказ Минздрава России от 6 сентября 2013 г. № 634н):

- диплом об окончании ординатуры.

2. Результаты обучения, оцениваемые на государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

- Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительской власти, осуществляющем функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Профессиональные компетенции (ПК):

- профилактическая деятельность:
- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);

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

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

– диагностическая деятельность:

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

– лечебная деятельность:

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

– готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

– реабилитационная деятельность:

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

– психолого-педагогическая деятельность:

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

– организационно-управленческая деятельность:

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

– готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

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

3. Порядок проведения государственной итоговой аттестации

На ГИА отводится 108 часов (3 зе), из которых 6 часов - государственный экзамен, 48 часов - консультации и 54 часа - самостоятельная работа.

ГИА проводится в форме государственного экзамена.

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по Программе. Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в устной форме с использованием экзаменационных билетов.

Продолжительность подготовки обучающегося к ответу составляет не более 45 минут.

Продолжительность сдачи государственного экзамена обучающимся составляет не более 15 минут.

Уровень знаний обучающегося оценивается на «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Критерии оценок результатов государственного экзамена:

- знание теоретического материала по предметной области;

- глубина изучения дополнительной литературы;
- глубина и полнота ответов на вопросы.

Ответ оценивается на «отлично», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

– ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов;

– демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Ответ оценивается на «хорошо», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

– ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах.

– имеются незначительные упущения в ответах.

Ответ оценивается на «удовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

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

Ответ оценивается «неудовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение государственной итоговой аттестации.

4. Порядок подведения итогов государственной итоговой аттестации

На каждого обучающегося заполняется протокол заседания ГЭК по приему ГИА, в котором отражается перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов ГЭК о выявленном в ходе государственного аттестационного испытания уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося. Протокол заседания ГЭК подписывается председателем и секретарем ГЭК. Протоколы заседаний ГЭК сшиваются в книги и хранятся в архиве Университета.

Результаты ГИА объявляются в день ее проведения.

Решения ГЭК принимаются простым большинством голосов членов комиссии, участвовавших в заседании. Заедание ГЭК проводится председателем ГЭК. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса.

5. Программа государственного экзамена

5.1. Рекомендации по подготовке к государственному экзамену

- подготовка к итоговой государственной аттестации должна осуществляться в соответствии с программой государственного экзамена по вопроса, которые выносятся на итоговую государственную аттестацию;
- в процессе подготовки к экзамену следует ориентироваться на рекомендуемую научную и учебную литературу;
- для систематизации знаний необходимо посещение ординаторов консультаций по вопросам включенных в программу государственного итогового экзамена;

- содержание ответов ординаторов на государственном экзамене должно соответствовать требованиям ФГОС ВО по специальностям 31.08.28 Гастроэнтерология;
- ординатор должен продемонстрировать уровень сформированности универсальной и профессиональной компетенций, необходимых для решения профессиональных задач различной степени сложности;
- в процессе подготовки рекомендуется составить расширенный план ответов по каждому вопросу; материал по раскрываемому вопросу необходимо излагать структурировано и логично по своей форме ответа; ответ должен быть уверенным и четким;
- необходимо следить за культурой речи и не допускать ошибок в произношении терминов

5.2. Вопросы, выносимые на государственный экзамен

1. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
2. Дифференциальная диагностика наследственных гипербилирубинемий.
3. Неотложная терапия при симптомокомплексе острого живота.
4. Гастро-эзофагеальная рефлюксная болезнь. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
5. Принципы противовирусной терапии хронического гепатита В.
6. Неотложная терапия при кишечных кровотечениях.
7. Хронические гастриты. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
8. Дифференциальная диагностика при желтухе.
9. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Осложнения.
10. Принципы диагностики дисахаридазной недостаточности и других видов энтеропатий.
11. Лечение гепаторенального синдрома.
12. Симптоматические язвы желудка. Виды. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
13. Диагностика болезни Уиппла.
14. Принципы проведения парентерального питания.
15. Постгастрорезекционные синдромы. Классификация. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
16. Дифференциальная диагностика при асците.
17. Неотложная терапия желчной колики.
18. Болезнь Крона. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Осложнения. Прогноз.
19. Принципы назначения ферментных препаратов.
20. Неотложная терапия при печеночной коме.
21. Язвенный колит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Осложнения. Прогноз.
22. Лечение портальной гипертензии.
23. Неотложная терапия при эксикозе.
24. Дивертикулярная болезнь кишечника. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Осложнения.
25. Дифференциальная диагностика при синдроме дисфагии.
26. Неотложная терапия при инфекционно-токсическом шоке.
27. Целиакия. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Атипичные формы. Диагностика. Лечение. Осложнения. Прогноз.
28. Дифференциальная диагностика при симптомокомплексе «острого живота».
29. Лечебная тактика при остром алкогольном гепатите.

30. Синдром раздраженной кишки. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Критерии. Диагностика. Лечение.
31. Принципы диагностики и лечения спонтанного бактериального перитонита.
32. Тактика при осложнениях язвенной болезни.
33. Хронические панкреатиты. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
34. Дифференциальная диагностика полипозов кишечника.
35. Противозудная терапия при холестазе.
36. Дисфункции желчевыводящих путей. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
37. Серологическая диагностика хронических вирусных гепатитов.
38. Неотложная терапия острого панкреатита.
39. Желчнокаменная болезнь. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Осложнения.
40. Принципы диагностики гормон-продуцирующих опухолей желудочно-кишечного тракта.
41. Неотложная терапия при гастродуоденальных кровотечениях.
42. Холангиты. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
43. Принципы лечения дисбиоза кишечника.
44. Неотложная терапия при кровотечениях из пищевода.
45. Алкогольная болезнь печени. Этиология. Патогенез. Формы. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Прогноз.
46. Принципы диагностики туберкулеза желудочно-кишечного тракта.
47. Диетотерапия при диарее.
48. Постхолецистэктомический синдром. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
49. Принципы диагностики амилоидоза желудочно-кишечного тракта.
50. Лечебная тактика при фульминантной печеночной недостаточности.
51. Аутоиммунный гепатит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Прогноз.
52. Патогенез и лечение железодефицитных анемий при заболеваниях желудочно-кишечного тракта.
53. Диетотерапия при запоре.
54. Первичный билиарный цирроз. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Прогноз.
55. Профилактика и лечение НПВП-гастропатий.
56. Неотложная терапия при кишечных кровотечениях.
57. Первичный склерозирующий холангит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Прогноз.
58. Лечение проксимального и дистального синдрома короткой кишки.
59. Неотложная терапия при острых аллергических реакциях.
60. Хронический гепатит В. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Профилактика. Прогноз.
61. Патогенез и лечение мегалобластных анемий при заболеваниях желудочно-кишечного тракта.
62. Неотложная терапия при инфекционно-токсическом шоке.
63. Хронический гепатит С. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Профилактика. Прогноз.
64. Принципы терапии при кандидомикозе желудочно-кишечного тракта.
65. Неотложная терапия при эксикозе.
66. Лекарственные поражения печени. Этиология. Патогенез. Формы. Диагностика. Лечение. Профилактика. Прогноз.

67. Принципы антисекреторной терапии.
68. Лечебная тактика при остром гастростазе.
69. Болезнь Вильсона. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Прогноз.
70. Оценка нутрициионного статуса.
71. Неотложная терапия желчной колики.
72. Наследственный гемохроматоз. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Прогноз.
73. Лечебная тактика при острых кишечных инфекциях.
74. Неотложная терапия острого панкреатита.
75. Неалкогольная жировая болезнь печени. Принципы классификации. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Прогноз.
76. Лечение хронических нарушений висцерального кровотока.
77. Лечебная тактика при инородных телах пищевода и желудка.
78. Циррозы печени. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Прогноз.
79. Принципы литолитической терапии при желчнокаменной болезни.
80. Диетотерапия при диарее.
81. Доброкачественные опухоли печени. Классификация. Диагностика. Принципы лечения.
82. Принципы терапии кислотозависимых заболеваний.
83. Неотложная терапия при симптомокомплексе острого живота.
84. Доброкачественные опухоли желудка. Классификация. Диагностика. Принципы лечения.
85. Принципы противовирусной терапии хронического гепатита С.
86. Неотложная терапия при гастродуоденальных кровотечениях.
87. Доброкачественные опухоли пищевода. Классификация. Диагностика. Принципы лечения.
88. Принципы иммуносупрессивной терапии при заболеваниях желудочно-кишечного тракта.
89. Диетотерапия при дисфункциях желчевыводящих путей.
90. Доброкачественные опухоли тонкой кишки. Классификация. Диагностика. Принципы лечения.
91. Принципы назначения желчегонных препаратов.
92. Диетотерапия при циррозе печени.
93. Доброкачественные опухоли толстой кишки. Классификация. Диагностика. Принципы лечения.
94. Принципы гепатопротективной терапии.
95. Неотложная терапия при кровотечениях из пищевода.
96. Доброкачественные опухоли поджелудочной железы. Классификация. Диагностика. Принципы лечения.
97. Принципы лечения демпинг-синдромов.
98. Лечебная тактика при остром алкогольном гепатите.
99. Злокачественные опухоли печени. Классификация. Факторы риска. Диагностика. Принципы лечения.
100. Особые формы гастритов.

Задача Г-1

Больной П., 38 л. жалуется на жгучие боли в нижней части грудины, через 30мин после еды, ежедневные, отрыжку кислым, затруднение глотания жидкой пищи.
Более 5 лет отмечает изжогу, жгучие загрудинные боли, усиливающиеся в горизонтальном положении, после обильной еды. В течение 6 месяцев – затруднение при глотании, частые

запоры.
Из анамнеза жизни: курит, часто употребляет острую пищу.
Объективно: состояние удовлетворительное. Больной повышенного питания. Язык влажный, обложен у корня. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии при наклоне вперед. По остальным органам – без особенностей.
Вопросы:
1.Предварительный диагноз
2.Перечислите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз
3.Лечебная тактика

Задача Г-2

Больной Р., 65 л. жалуется на тупые боли в эпигастральной области через 20 мин. после еды, отрыжку воздухом, пищей, снижение аппетита, вздутия в животе, неустойчивый стул.
С молодых лет отмечал периодические ноющие боли в эпигастрии, через 2 ч после еды, ночные, натощаковые, изжогу, отрыжку кислым. Самостоятельно принимал соду, альмагель. В течение последних 3 л. появилась тяжесть в эпигастральной области сразу после еды, вздутия в животе, неустойчивый стул, усиливающиеся после погрешностей в диете. При ФГДС: бледность и истончение слизистой тела и антрального отдела желудка, повышенная ранимость, гипотония. НР++
Из анамнеза жизни: курит, питается нерегулярно, часто всухомятку.
Объективно: состояние удовлетворительное, пониженного питания. Язык густо обложен. Живот умеренно болезненный в эпигастральной области, урчит при пальпации толстой кишки. В остальном – без особенностей.
Вопросы:
1.Предварительный диагноз
2.Какие еще обследования необходимо провести?
3.План лечения

Задача Г-3

Больной С., 49л., жалуется на ноющие боли в эпигастральной области (больше слева), через 20 мин. после еды, отрыжку кислым, изжогу, проходящие после приема альмагеля.
Год назад отмечались подобные жалобы после погрешностей в диете, самостоятельно принимал маалокс, фамотидин.
Из анамнеза жизни: курит, часто употребляет алкоголь, питание нерегулярное, всухомятку.
Объективно: Состояние удовлетворительное, нормостеник. Язык обложен у корня. Живот мягкий, болезненный в эпигастральной области слева. Там же – положительный симптом Менделя. По остальным органам – без особенностей.
Вопросы:
1.Предварительный диагноз
2.План обследования
3.План лечения

Задача Г-4

Больной Е., 30 л., жалуется на ноющие, режущие боли в эпигастральной области через 1,5 ч после еды, часто по ночам, натощак, изжогу, отрыжку кислым, запоры, слабость, утомляемость
В течение 3 лет, в осенний период, отмечает появление ноющих болей в эпигастрии, изжогу. Самостоятельно принимает альмагель, циметидин.
Из анамнеза жизни: питается нерегулярно, работа связана с частыми командировками, курит.
Объективно: Состояние удовлетворительное. Астеник. Гипергидроз дистальных отделов конечностей. Пульс – 56 в мин. АД 100/60 мм рт.ст. Язык влажный, обложен у корня. Живот мягкий, выраженная болезненность в эпигастрии справа. Там же – положительный симптом

Менделя.

Вопросы:

1.Предварительный диагноз
2.План обследования
3.План лечения

Задача Г-5

Больная Ж., 50 л., жалуется на резкую боль в правом подреберье, эпигастрии, иррадиирующую в правую половину спины, правое плечо, правую половину шеи, горечь во рту, тошноту, однократную рвоту желчью, не принесшую облегчения, возникшие после употребления жирной жареной пищи.

В анамнезе более 5 л. отмечает тупые ноющие боли в правом подреберье, возникающие после погрешностей в диете, тряской езды, иррадиирующие в правое плечо; горечь во рту, неустойчивый стул, повышенную утомляемость. Самостоятельно принимала но-шпу. Сегодня впервые возник интенсивный приступ болей в парвом подреберье, не проходящий после приема но-шпы более 2 часов.

Объективно: состояние средней тяжести. Больная повышенного питания. Язык сухой, обложен. Живот вздут, выраженно болезненный в правом подреберье. Положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси.

Вопросы:

1.Предварительный диагноз
2.План обследования
3.Лечебная тактика

Задача Г-6.

Больной П., 35 л. жалуется на опоясывающие боли в верхней половине живота после приема жирной, жареной, острой, обильной пищи; алкоголя; с иррадиацией в левую половину грудной клетки, усиливающиеся к вечеру, уменьшающиеся при наклоне вперед, отрыжку воздухом, тошноту, вздутие живота, похудание на 5 кг за последний год, учащенный кашицеобразный стул.

В течение 5 лет отмечает периодические приступы интенсивных опоясывающих болей после погрешностей в диете, тошноту, отрыжку, неустойчивый стул. Подобные обострения бывают до 3 раз в год.

Из анамнеза жизни: питание нерегулярное, злоупотребляет алкоголем.

Объективно: Состояние средней тяжести. Питание пониженное. Кожные покровы сухие, ломкость ногтей, заеды в углах рта. Язык обложен у корня. Живот вздут, болезненный в эпигастральной области, в зоне Шоффара и точке Дежардена. Положительный симптом Мейо-Робсона.

Вопросы:

1.Предварительный диагноз
2.План обследования
3.План лечения

Задача Г-7.

Больной Т., 58л, жалуется на учащенный (3 раза в сутки), кашицеобразный, обильный стул, вздутие в животе, урчание, усиливающиеся во вторую половину дня и ночи; периодические распирающие боли в области пупка, слабость, утомляемость, судороги в икроножных мышцах, похудание более 5 кг за последние полгода.

Болеет более полугода, когда после перенесенной острой кишечной инфекции стал отмечать неустойчивый обильный стул, вздутия в животе, постепенное похудание, слабость. В течение месяца беспокоят судороги ног.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, сухие, ломкость ногтей,

заеды в углах рта. Язык с отпечатками зубов, малиново-красный, атрофия сосочков, обложен серовато-белым налетом у корня. Живот вздут, болезненный в околопупочной области отмечается урчание при пальпации слепой кишки (шум плеска).

Вопросы:
1.Предварительный диагноз
2.План обследования
3.План лечения

Задача Г-8

Больной К., 40л. жалуется на ноющие, иногда схваткообразные боли в нижних и боковых отделах живота, уменьшающиеся после отхождения газов, периодические поносы, преимущественно в утренние часы или сразу после еды (стул скудный, до 7 раз в день, водянистый со слизью), чувство неполного опорожнения кишечника, вздутие живота, урчание, переливание после приема углеводов, молока, слабость, утомляемость.
Болеет более года, когда после длительного приема антибиотиков (по поводу затяжной пневмонии) появились расстройства стула, боли в нижне-боковых отделах живота.
Объективно: состояние отн. удовлетворительное. Нормостеник. Язык влажный, обложен у корня. Живот мягкий, отмечается болезненность и уплотнения по ходу толстой кишки. В остальном – без особенностей.

Вопросы:
1.План обследования
2.С какими заболеваниям надо проводить дифференциальный диагноз?
3.Лечебная тактика

Задача Г-9

Больная Т., 25л. жалуется на частый (до 6 раз в сутки) жидкий стул с примесью крови, слизи, гноя, схваткообразные боли в левой половине живота, уменьшающиеся после стула, повышение температуры до 37,6, ноющие боли в коленных суставах
Болеет в течение 3 месяцев, когда появился жидкий стул с примесью крови, слизи, субфебрилитет, артралгии. При колоноскопии: отек, воспалительная инфильтрация, контактные кровотечения, множественные несливающиеся поверхностные язвы, покрытые слизью, фибрином, гноем в ректо-сигмоидном отделе.
Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, сухие. Узловатая эритема в области голеней. Живот мягкий, выраженно болезненный в области сигмовидной и поперечно-ободочной кишки

Вопросы:
1.Предварительный диагноз
2.Какие необходимо провести исследования?
3.Лечебная тактика

Задача Г-10.

Больная с., 35л. жалуется на тупые, распирающие боли внизу живота, уменьшающиеся после дефекации или отхождения газов, периодически полуоформленный стул со слизью после еды, запоры, вздутие в животе.
В течение 5 лет на фоне психо-эмоциональных стрессов отмечает дискомфорт в животе, уменьшающийся после отхождения газов или стула, периодически учащение стула до 3р/сут, запоры, чувство неполного опорожнения, вздутия в животе
Объективно: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычного цвета. Язык

влажный, обложен у корня. Живот мягкий, болезненный по ходу сигмовидной кишки. В остальном – без особенностей.

Вопросы:

1.Предварительный диагноз
2.План обследования
3.Лечебная тактика

Задача Г-11

Больной Т, 16 л., жалуется на периодическое появление желтушного окрашивания склер, кожи, возникающие после тяжелой ФН, утомляемость.

Данное состояние отмечает с детства.

При объективном осмотре патологических изменений не выявлено.

Вопросы:

1.Предварительный диагноз
2.План обследования
3.Лечебная тактика

Задача Г-12

Больной Д., 40 л., жалуется на рвоту темно-коричневого цвета, нарастающую слабость.

В анамнезе более 3 лет в весенне-осенний период отмечались ноющие боли в эпигастральной области через 1,5 ч после еды, иногда по ночам. Лечился самостоятельно фамотидином.

Данное ухудшение в течение суток: появилась дважды рвота, головогружение, слабость.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Язык сухой, обложен у корня. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии больше справа. ЧСС 96 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Дыхание везикулярное.

Вопросы:

1.Предварительный диагноз
2. Программа обследования
3.Лечебная тактика

Задача Г-13.

Больная Т., 20 л.. жалуется на слабость, повышение температуры до 37,6, похудание за 3 мес. На 4 кг., тупые боли в правой подвздошной области, жидкий стул до 4 раз в сутки с примесью слизи, крови, вздутие живота.

Больна в течение полугода, когда появились вышеперечисленные жалобы

При объективном осмотре выявляется болезненность в правой подвздошной области.

При колоноскопии – неравномерное утолщение слизистой, продольные язвы-трещины по типу «булыжной мостовой»

Вопросы:

1.Предварительный диагноз
2.План обследования
3.Дифференциальный диагноз (перечислить заболевания)

Задача Г-14.

Больной Б., 23 л., жалуется на снижение аппетита, чувство тяжести в правом подреберье после еды, горечь во рту, неустойчивый стул, слабость.

Болен в течение 3 мес., когда появились ноющие боли в правом подреберье, эпизод потемнения мочи, слабость, повышенная утомляемость.

При объективном осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычного цвета, субиктеричность склер. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см ниже края правой реберной дуги по средне-ключичной линии. В

остальном- без особенностей.
При лабораторном обследовании выявлен HbsAg +.
Вопросы:
1.Предварительный диагноз
2.Программа обследования
3.Группы препаратов, используемые при лечении

Задача Г-15

Больной Н., 43 л., жалуется на увеличение в объеме живота, отеки ног, вздутия в животе, тяжесть в правом подреберье после еды, тошноту, неустойчивый стул, наклонность к носовым кровотечениям, слабость.
В анамнезе более 7 лет отмечает тяжесть в правом подреберье, вздутия в животе, неустойчивый стул, горечь во рту. В течение последних 3 мес. Стал увеличиваться живот, появились отеки в области голеней, стоп.
Из анамнеза жизни: в возрасте 30 л. был выявлен HBsAg+.
Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, сухие, телеангиэктазии в области верхней половины туловища, пальмарная эритема.
Язык влажный, отечный, малинового цвета. Живот увеличен за счет асцита, умеренная болезненность в правом подреберье. Селезенка не пальпируется. Отмечается положительный симптом Рагозы. Отеки голеней и стоп.
Вопросы:
1.Предварительный диагноз
2.План обследования
3.Лечебная тактика

Задача Г-16

Больная М., 58 л., жалуется на периодические приступы ноющих болей в правом подреберье, эпигастральной области, иррадирующие в правую лопатку, возникающие после еды, тошноту, горечь во рту, вздутия в животе, неустойчивый стул.
В анамнезе в 2005г. – холецистэктомия по поводу ЖКБ.
Объективно: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычного цвета. Язык влажный, обложен у корня. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. В остальном – без особенностей.
Вопросы:
1.Предварительный диагноз
2.План обследования
3.Лечебная тактика.

ЗАДАЧА Г-17

Больной Ф., 56 лет, поступил с жалобами на увеличение шейных, подмышечных, паховых лимфатических узлов, потливость. Заболел около 3 месяцев назад, когда появились одышка, слабость и потливость. Через месяц заметил увеличение лимфатических узлов в области шеи слева.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, подчелюстные, шейные, подмышечные, паховые лимфатические узлы увеличены в диаметре до 3—4 см, безболезненные, малоподвижные, тестоватой консистенции. Увеличенная селезенка выступает из-под края реберной дуги на 8 см, печень— на 3 см.

Анализ крови: эр. $4{,}6 \times 10^{12}$/л, Нв 136 г/л, ц. п. 0,9, ретикулоциты 0,3, тромбоц. 324×10^{9}, лейкоциты 28×10^{9}/л, э. 1, п. 1, с. 26, лимф. 70; мон. 2, СОЭ—5 мм/час. Клетки Боткина-Гумпрехта 1—2 в п/зр.

Вопросы

1. Выделите ведущий синдром.
2. Перечислите дифференциально-диагностический ряд.
3. Назовите предварительный диагноз.
4. Перечислите лабораторные исследования, необходимые для постановки окончательного диагноза.
5. Сформулируйте окончательный диагноз.
6. Укажите тактику лечения по степени важности, основываясь на окончательный диагноз.

ЗАДАЧА Г-18

Больной Т., 68 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на слабость, потливость, ощущение тяжести и боли в левом подреберье. Считает себя больным около 2-х лет, регулярно принимал миелосан, ни в течение предшествующего месяца самостоятельно прекратил его прием. При осмотре: на коже и слизистых множественные геморрагии. Периферические лимфоузлы увеличены до 2-х см в диаметре. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены. Печень выступает из-под края реберной дуги на 8 см, селезенка больших размеров 19—12—31 см по Курлову.

Анализ крови: эр.—2,6х10^{12}/л, Нв—75 г/л, ц. п.—0,85, тромб.—10,4х10^{9}/л, л.—42Х10^{9}/л, бласты—68, миелоциты—5, метамиелоциты—2, б.—1, э.—2, п.—2, с.—14, мон.—2, лимф. —4, СОЭ—38 мм/час.

В миелограмме почти тотальная метаплазия бластными клетками.

Вопросы

1. Выделите ведущие синдромы.
2. Перечислите дифференциально-диагностический ряд.
3. Назовите предварительный диагноз.
4. Какие лабораторные исследования необходимо выполнить для постановки окончательного диагноза?
5. Сформулируйте окончательный диагноз.
6. Укажите тактику лечения но степени важности, основываясь на окончательный диагноз.

ЗАДАЧА Г-19

Больной К., 64 лет поступил с жалобами на слабость, шум в ушах, быстро прогрессирующее в течение последних 2-х недель ухудшение слуха. Объективно: бледность кожных покровов, периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены. АД—140/90 мм рт. ст., пульс — 72 в 1мин. ритмичный. Печень на 7 см ниже края реберной дуги, селезенка — на 12 см.

Анализ крови: эр.—3х10^{12}л, Нв—110 г/л, тромбон,.—780х10^{9}л, л.—46х10^{9}, миелобл. — 4, промиелоц—6, миелоц.—16, метамиелоц.—12, б.—6, э.—1, п.—17, с.—33, мон.—2, лимф. — 3, СОЭ—30 мм/час.

Миелограмма: бласты 1,2%, промиелоц.—3,8%, миелоц— 30,2%, метамиелоц-11,4%, п.— 17,6%, с.—23,2%, моноц — 0,6%,б.—0,8%, э.—1,8%, лимф,—2%, эритрокариоц. — 7,4%, мегакариоц. — единичные в препарате. Клеточность пунктата хорошо выражена.

Вопросы

1. Выделите ведущий синдром.
2. Перечислите дифференциально-диагностический ряд.
3. Назовите предварительный диагноз.
4. Какое лечение вы назначите до выяснения окончательного диагноза?
5. Перечислите лабораторные исследования, необходимые для постановки окончательного диагноза.
6. Сформулируйте окончательный диагноз.

7.Укажите тактику лечения по степени важности, основываясь на окончательном диагнозе.

ЗАДАЧА Г-20

Больная 45 лет поступила в терапевтическое отделение с жалобами на резкую слабость, головокружения, шум в ушах, одышку при малейшей физической нагрузке, отсутствие аппетита, жидкий стул. Больной себя считает 3 года с момента, когда появились слабость, повышенная утомляемость. В то время к врачам не обращалась. Последние 2 месяца присоединились головная боль, шум в ушах, прогрессивно нарастала одышка, чувство тяжести в подложечной области, жидкий стул.

Объективно: немного повышенного питания, кожные покровы бледные с лимонно-желтым оттенком. Склеры субиктеричны. Язык ярко-красный с трещинами и аортами. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Сердце расширено влево на 1 см систолический шум на верхушке, шум полчка па яремных венах. ЧСС—100 в мин. АД—100/70 мм рт. ст. Печень увеличена (размеры по Курлову: 14:11:9 см), болезненная, мягкая. Селезенка не пальпируется (длинник 9см). Живот болезненный в эпигастральпой области.

В мазке крови: резко выраженный макроанизоцитоз, пойкилоцитоз, эритроциты с ядерными дериватами и базофильной пунктацией, полисегментированные нейтрофилы. Мегалобластический тип кроветворения.

Вопросы

1. Выделить ведущий синдром.
2.Какие заболевания необходимо дифференцировать?
3.Сформулируйте окончательный диагноз.
4.Укажите тактику лечения, основываясь на окончательном диагнозе.
5. Укажите критерии ремиссии заболевания на фоне проводимой тарапии.
6. Назначьте медикаментозное лечение соответствующее окончательному диагнозу.

ЗАДАЧА Г-21

Больная К., 44 лет, поступила в клинику с жалобами на императивные позывы на мочеиспускание, неспособность удержать мочу при кашле, смехе, общую слабость, снижение работоспособности, одышку при подъеме по лестнице, сердцебиение.

Описанные жалобы беспокоят более года. Обращалась за медицинской помощью к невропатологу но поводу астеноневротического синдрома, принимала седативные средства, однако, состояние не улучшилось. В общем анализе крови выявлены изменения. Для обследования и лечения госпитализирована в клинику. Из анамнеза жизни дополнительных данных не получено.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, сухие, ногти имеют вогнутую форму, ломкие. В углах рта трещины. Отеков нет. Лимфоузлы не пальпируются. Система дыхания без патологии. Сердечный ритм правильный. Пульс — 88 в мин. АД — 110/70 мм рт. ст. 'Язык влажный, сосочки сглажены. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный.

Вопросы

1. Выделите ведущие синдромы.
2.Какой предварительный диагноз вы считаете вероятным.
3. Какие лабораторные исследования необходимо выполнить для постановки окончательного диагноза?
4. Какие при этом характерные для окончательного диагноза данные могут быть получены?
5. Какие изменения можно ожидать в миелограмме при проведении стернальной пункции?
6.Сформулируйте окончательный диагноз.
7.Укажите принципы лечения, основываясь на окончательном диагнозе.

ЗАДАЧА Г-22

Больная М. 38 лег, наступила с жалобами на слабость, снижение работоспособности, отсутствие аппетита, тошноту, усиливающуюся после еды, постоянные, ноющие боли в правом подреберье сонливость, кровоточивость десен.

Три года назад перенесла сывороточный гепатит. В течение последнего месяца появилась общая слабость, постоянная мучительная тошнота. За два дня до поступления возникла желтушность кожных покровов, сонливость и кровоточивость десен.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые субъиктеричны. На коже лица, шеи, груди «сосудистые звездочки», отмечается пальмарная эритема. Со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем патологических изменений не выявлено. Язык несколько суховат, обложен белым налетом. Печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см., поверхность се гладкая, край заостренный плотной консистенции. Селезенка не пальпируется.

Вопросы

1. Выделите ведущие синдромы (синдром).
2. Укажите дифференциально-диагностический ряд с учетом ведущих синдромов.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Составьте план обследования.
5. Укажите ожидаемые результаты параклинических исследований (лабораторные и инструментальные данные).
6. Ожидаемые заключения консультантов.
7. Составьте план лечения, указав режим, диету, медикаментозное (группы препаратов с указанием конкретны лекарственных средств) и другие методы лечения.

ЗАДАЧА Г-23

Больной А., 37 лет, поступил с жалобами на тяжесть в правом подреберье, плохой аппетит, повышение температуры тела до 37,4°С, кровоточивость десен, вялость, сонливость, общую слабость.

Болен около двух лет, когда впервые появилась желтуха, общая слабость, снижение аппетита. При обследовании в инфекционной больнице диагностирован острый гепатит. После выписки из больницы оставалась общая слабость, беспокоила тяжесть в правом подреберья, изредка носовые кровотечения. В последние 2 недели отмечалось ухудшение самочувствия: снизился аппетит, появилась сонливость, общая слабость, желтуха, кровоточивость десен, кровотечения из носа.

Объективно: общее состояние тяжелое. Сонлив. Апатичен. Изо рта печеночный запах. Кожные покровы и слизистые оболочки желтушны. На коже груди, спины, верхних конечностей «сосудистые звездочки». «Печеночные» ладони. Живот несколько вздух, при перкуссии в отлогих частях живота определяется жидкость. Печень выступает из подреберья на 4 см безболезненная, плотная, бугристая с острым краем. Селезенка выступает на 3 см, плотно-эластической консистенции, безболезненная.

При сканировании печени с радиоактивным золотом отмечено диффузное снижение поглощения изотопа и неравно мерное накопление его в печени, повышенная радиоактивность селезенки.

Вопросы

1. Выделите ведущие синдромы (синдром).
2. Укажите дифференциально-диагностический ряд с учетом ведущих синдромов.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Составьте план обследования.
5. Укажите ожидаемые результаты параклинических исследований (лабораторные и

инструментальные).

6.В консультациях каких специалистов нуждается пациент?

7.Составьте план лечения с учетом окончательного диагноза, УКАжите режим, диету, медикаментозное (группы препаратов с указанием конкретного лекарственного средства) и др. метод

ЗАДАЧА Г-24

Больной С., 47 лет, жалуется на периодически возникающую слабость, потливость, сердцебиение, чувство жара и дрожание конечностей, тяжесть в эпигастральной области, головокружение, иногда обмороки. Приступы появляются через 15—20 мин. после еды, особенно после приема сладких или молочных продуктов и сопровождаются тошнотой, поносом, неприятными ощущениями в области сердца. Такие приступы длятся около 20—30 минут. Впервые язвенная болезнь желудка диагностирована около 12 лет. Заболевание протекало с частыми обострениями, особенно в осенне-зимний период. Три года назад заболевание осложнилось гастродуоденальным кровотечением, в связи с чем была произведена резекция желудка по Бильрот II. После операции в течение года чувствовал себя удовлетворительно, затем появились вышеописанные приступы. Больной похудел на 9 кг. Обращает на себя внимание повышенная раздражительность, вспыльчивость. Кожные покровы бледные, кожа сухая, тургор ее снижен. Легкие и сердце не изменены. Пульс—78 уд/мин., АД —120/70 мм. рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации слегка болезненный в эпигастрии. Печень у края реберной дуги.

Вопросы

1. Выделите ведущие синдромы (синдром).
2. Укажите дифференциально-диагностический ряд с учетом ведущих синдромов.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Составьте план обследования.
5. Укажите ожидаемые результаты параклинических исследований.
6. В консультациях каких специалистов нуждается пациент?
7. Составьте план лечения, указав режим, диету, медикаментозное лечение (группы препаратов с указанием конкретных лекарственных средств), физиотерапевтического и др. методы лечения.

ЗАДАЧА Г-25

Больная С, 49 лет, поступила в клинику с жалобами на резкие, постоянные, интенсивные боли, режущего и колющего характера в правом подреберье и эпигастральной области с иррадиацией в правую лопатку и в правую подключичную область. Боли возникли внезапно после приема жирной и острой пищи, сопровождались тошнотой и многократной рвотой с примесью желчи, не приносящей облегчения, имели волнообразный характер. Подобные приступы наблюдались ранее, продолжались по 2—3 часа, купировались баралгином.

Объективно: общее состояние тяжелое, больная беспокойная, стонет, мечется в кровати, температура тела 37,2°С. Кожные покровы обычной окраски. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс—100 в 1 мин. АД—140/90 мм. рт. ст. Язык влажный, обложен беловато-желтым налетом. Отмечается резкая болезненность в правом подреберье, в месте проекции желчного пузыря, напряжение мышц передней брюшной стенки в правом подреберье. Симптомы Ортнера и Мюсси-Георгиевского положительны. Симптомов раздражения брюшины нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Вопросы

1. Выделите ведущие синдромы.

2. Укажите дифференциально-диагностический ряд с учетом ведущих синдромов.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Составьте план обследования.
5. Укажите ожидаемые результаты лабораторных и инструментальных исследований.
6.Ожидаемые заключения консультантов.
7. Составьте план лечения, указав режим, диету, медикаментозное лечение в соответствии с описанной клинической ситуацией (группы препаратов без указания конкретного лекарственного средства).

ЗАДАЧА Г-26

Больная К., 29 лет, поступила в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на частый (до 20 раз в сутки) жидкий стул, наличие в нем крови и слизи; боли в животе, больше левой подвздошной области, схваткообразного характера, усиливающиеся после приема пищи и перед дефекацией, уменьшающиеся после опорожнения кишечника, тенезмы; выраженную общую слабость, повышение температуры тела до 38,8°С.

Из анамнеза заболевания выяснено, что заболела за неделю до поступления, когда появились боли в животе, частый жидкий стул. Самостоятельно принимала антибиотики, однако состояние ухудшилось: повысилась температура тела, усилились боли в животе, в кале появилась примесь крови и слизи.

Состояние тяжелое. Правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые бледноваты, сухие. Тургор кожи снижен. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца в пределах нормы, тоны ясные, на верхушке выслушивается дующий систолический шум, никуда не проводится. Ритм сердечной деятельности правильный. Пульс — 110 в 1 мин. АД — 90/60 мм рт. ст. Язык сухой обложен белым налетом. Живот несколько вздут (метеоризм), при пальпации болезненный во всех отделах, больше в левой подвздошной области; при глубокой пальпации определяется болезненная урчащая сигмовидная кишка с уплотненными стенками. Печень не увеличена.

Вопросы

1. Выделите ведущие синдромы.
2. Укажите дифференциально-диагностический ряд по ведущим синдромам.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Составьте план обследования.
5. Укажите ожидаемые результаты параклинических методов исследования.
6. Составьте план лечения, указав режим, диету, группы препаратов (без указания конкретных лекарственных средств).

ЗАДАЧА Г-27

Больная Н., 50 лет, предъявляет жалобы на боли схваткообразного характера внизу живота, в правой и левой подвздошной области, усиливающиеся после употребления в пищу сырых овощей, молока, уменьшающиеся после опорожнения кишечника и отхождения газов, частый (до 8 раз в сутки) жидкий стул в небольшом количестве с примесью слизи, кашицеобразный, желтого цвета; метеоризм, слабость, повышенную утомляемость, раздражительность.

Больна в течение 3-х лет, когда впервые появились вышеуказанные симптомы. Неоднократно лечилась в стационаре, после чего состояние улучшалось. За последнее время стала более раздражительной, ухудшился сон.

Общее состояние удовлетворительное. Эмоционально лабильна. Оценивает свое состояние, как тяжелое. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пульс 74 в 1 мин. АД — 140/80 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот

мягкий, при пальпации болезненный в правой и левой подвздошной области; пальпируется болезненная спазмированная сигмовидная кишка с плотными стенками. Печень не увеличена.

Вопросы

1. Выделите ведущие синдромы.
2. Укажите дифференциально-диагностический ряд по ведущим синдромам.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Составьте план лечения.
5. Укажите ожидаемые результаты параклинических исследований (лабораторных и инструментальных).
6. Составьте план лечения, указав режим, диету, медикаментозное лечение (группы препаратов с указанием конкретного лекарственного средства), другие методы лечения.
7. Выпишите 2 рецепта.

ЗАДАЧА Г-28

Больная Д., 44 лет, предъявляет жалобы на интенсивные боли в правом подреберье, схваткообразного характера, длительностью 5—10 минут, появляющиеся после нервно-психической нагрузки или погрешности в диете (жирная, жареная пища).

Общее состояние удовлетворительное. Положение тела активное. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычной окраски. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритм правильный, пульс — 74 в 1 мин., АД 130/80 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, при глубокой пальпации болезненный в правом подреберье. Печень не увеличена. Пузырные симптомы отрицательные.

Дуоденальное зондирование: увеличено время выделения порции А, уменьшено время выделения порции В. Количество желчи в порциях в пределах нормы, воспалительных элементов не выявлено.

Вопросы

1. Выделите ведущие синдромы.
2. Укажите дифференциально-диагностический ряд по ведущим синдромам.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Составьте план обследования.
5. Укажите ожидаемые результаты параклинических методов исследования (лабораторные, инструментальные).
6. Составьте план лечения, указав режим, диету, медикаментозное лечение (группы препаратов с указанием конкретных лекарственных средств). Выпишите 2 рецепта.

ЗАДАЧА Г-29

Больная Т., 58 лет, предъявляет жалобы на боли внизу живота и левой подвздошной области, постоянные, тупые, иногда боли схваткообразного характера, усиливающиеся после погрешности в диете (обильное количество пищи), запоры (стул 1 раз в 4 дня), сменяющиеся поносами, слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, раздражительность.

Больна 5 лет, обострения заболевания 3—5 раз в год. Состояние удовлетворительное, эмоционально лабильна, красочно описывает свои жалобы. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пульс 74 в 1 мин. АД — 130/80 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом, живот мягкий, при глубокой пальпации болезненный в левой подвздошной области, сигмовидная кишка спазмирована, с уплотненными стенками.

Печень не пальпируется.

Копрограмма: кал кашицеобразный, темно-коричневый, с щелочной реакцией, гнилостным запахом, имеет значительное количество перевариваемой клетчатки.

Вопросы

1. Выделите ведущие синдромы.
2. Укажите дифференциально-диагностический ряд по ведущим синдромам.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Составьте план лечения.
5. Укажите ожидаемые результаты параклинических исследований (лабораторных и инструментальных).
6. Составьте план лечения, указав режим, диету, медикаментозное лечение (группы препаратов с указанием конкретного лекарственного средства), др. методы лечения. Выпишите 2 рецепта.

ЗАДАЧА Г-30

Больная Н., 50 лет, предъявляет жалобы на постоянные ноющие боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую лопатку, правую ключицу, усиливающиеся после погрешности в диете (прием обильного количества пищи, жирной, жареной); сухость, горечь во рту, отрыжку воздухом, чередование поносов и запоров, повышение температуры тела до субфебрильных цифр.

Общее состояние удовлетворительное, правильного телосложения, повышенного питания (рост — 160 см, вес — 92 кг). Кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычной окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердечной тупости не изменены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пульс 72 в 1 мин., АД — 130/80 мм рт. ст. Язык влажный, обложен желтоватым налетом. Живот мягкий, при глубокой пальпации болезненный в правом подреберье. Определяются положительные симптомы Кера, Ортнера, Мюсси-Георгиевского.

Вопросы

1. Выделите ведущие синдромы.
2. Укажите дифференциально-диагностический ряд по ведущим синдромам.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Составьте план обследования.
5. Укажите ожидаемые результаты параклинических методов исследования (лабораторные, инструментальные).
6. Составьте: план лечения, указав, режим, диету; медикаментозное лечение (группы препаратов с указанием конкретных лекарственных средств). Выпишите 2 рецепта.

ЗАДАЧА Г-31

Больная Н., 58 лет, предъявляет жалобы на боли в животе, локализующиеся в околопупочной области, тупые, без иррадиации, появляющиеся через 3—4 часа после приема пищи, сопровождающиеся вздутием, чувством распирания, уменьшающиеся после применения тепла; стул 3--4 раза в день, обильный, кал желтого цвета, неоформленный; дефекация безболезненная, позывы к дефекации возникают через 20—30 мин. после приема пищи, сопровождаются сильным урчанием; выраженную слабость, утомляемость, раздражительность, бессонницу.

Впервые вышеуказанные симптомы появились около 6 лет назад и полностью купировались; за время заболевания отмечает частые ухудшения состояния, последние 2 года стала более раздражительной, нарушился сон, похудела на 8 кг.

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Больная красочно описывает

жалобы, плаксива. Положение тела активное. Правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы обычной окраски, кожа сухая, тургор ее снижен, отмечается шелушение. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пульс 84 в 1 мин. АД 135/75 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, при глубокой пальпации определяется болезненность в околопупочной области и по ходу толстого кишечника. При пальпации слепой и сигмовидной кишки определяется шум плеска. Печень не увеличена.

Вопросы

1. Выделите ведущие синдромы.
2. Укажите дифференциально-диагностический ряд по ведущим синдромам.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Составьте план обследования.
5. Укажите ожидаемые результаты параклинических методов исследования (лабораторные, инструментальные).
6. Составьте план лечения, указав режим, диету, медикаментозное лечение (группы препаратов с указанием конкретных лекарственных средств). Выпишите 2 рецепта

ЗАДАЧА Г-32

Больная В., 38 лет, предъявляет жалобы на частый (до 20 раз в сутки) жидкий стул с примесью крови и слизи; схваткообразные боли в левой подвздошной области, усиливающиеся после приема пищи и перед дефекацией, тенезмы, общую слабость, снижение веса; чувство песка в глазах, сухость и ломкость волос, ногтей.

Считает себя больной около 5 лет, когда впервые появились вышеуказанные симптомы. С подозрением на дизентерию была доставлена в инфекционную больницу, где после обследования диагноз был отвергнут. В дальнейшем лечилась в гастроэнтерологическом отделении. После лечения состояние улучшалось, прекращались боли; понос, но стул оставался кашицеобразным, 2—3 раза в сутки. За время заболевания отмечает похудение (на 10 кг), последние 2 года — сухость и ломкость волос, ногтей.

Состояние средней степени тяжести. Положение тела активное. Правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. Кожа сухая тургор ее снижен. Дыхание везикулярное. Границы сердечной тупости не изменены. Топы сердца ясные, на верхушке выслушивается дующий систолический шум, никуда не проводится. Ритм сердечной деятельности правильный. Р8—100 в 1 мин. АД — 100/60 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный во всех отделах. При глубокой пальпации определяется урчание, сигмовидная кишка спазмирована, плотная, болезненная. Печень не увеличена.

Копрологическое исследование: испражнения типа малинового желе, скопления эритроцитов, лейкоцитов, клеток кишечного эпителия.

Вопросы

1. Выделите ведущие синдромы.
2. Укажите дифференциально-диагностический ряд по ведущим синдромам.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Составьте план обследования.
5. Укажите ожидаемые результаты параклинических методов обследования
6. Ожидаемые заключения консультантов.
7. Составьте план лечения, указав режим, диету, медикаментозное лечение (группы препаратов с указанием конкретного лекарственного средства), физиотерапию и др. методы лечения.

ЗАДАЧА Г-33

Больной 48 лет в течение полугода жалуется на неприятные ощущения, давящие боли в левой половине грудной клетки. В течение этого времени наблюдается у кардиолога по поводу ишемической болезни сердца, стабильной стенокардии напряжения II функционального класса. Эффект от приема нитратов неопределенный. Электрокардиограмма, записанная в покое, без патологии. При очередном обращении отметил учащение болей в грудной клетке, появление дисфагии. При расспросе выявлены жалобы на повышенную утомляемость, снижение аппетита, тошноту после приема пищи, отвращение к мясной пище. За 6 месяцев похудел на 8 кг. При осмотре — бледность кожных покровов. Физикальное исследование патологии со стороны внутренних органов не выявило. На ЭКГ патологических изменений вновь не обнаружено. В анализе крови — анемия (эритроциты 3,2х10 л, гемоглобин 102г/л), увеличение СОЭ до 22 мм/час.

Вопросы

1. Выделите ведущие синдромы.
2. Укажите дифференциально-диагностический ряд по ведущим синдромам.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Составьте план обследования больного, включая консультации специалистов.
5. Ожидаемые результаты параклинических методов исследования.
6. Ожидаемые результаты консультации специалистов.
7. Выберите лечебную тактику.

ЗАДАЧА Г-34

У больного 37 лет после алкогольного эксцесса появились опоясывающие боли в эпигастрии, тошнота, рвота, понос, желтуха, моча цвета пива. Боли в эпигастрии беспокоят около 10 лет, появляются после приема острой, жирной пищи, алкоголя. В течение последнего года наблюдаются поносы, похудание.

Объективно: больной пониженного питания, кожные покровы и видимые слизистые иктеричны, сухие, шелушащиеся. В легких дыхание жесткое, тоны сердца ритмичные, ослаблены, число сердечных сокращений 100 в 1 минуту. Язык обложен серо-желтым налетом, суховат. На коже живота «рубиновые капельки», живот при пальпации болезнен в эпигатральной области, где определяется опухолевидное образование. Размеры печени по Курлову 10—8—7 см, слабо положительны симптомы Калька, Кера. Общий билирубин 96,2 ммоль/л, прямой — 86 ммоль/л, непрямой — 10,2 ммоль/л, желчные пигменты в моче ++.

Вопросы

1. Выделите ведущие синдромы.
2. Составьте дифференциально-диагностический ряд по ведущим синдромам.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Составьте план обследования, включая консультации специалистов.
5. Ожидаемые результаты параклинических методов исследования.
6. Составьте план лечения с указанием режима, диеты, медикаментозных средств (группы препаратов с указанием кокретных лекарственных средств). Выпишите 2 рецепта.

ЗАДАЧА Г-35

У больного 62 лет в течение 2 дней отмечались слабость, преходящая тошнота, жажда. Затем слабость внезапно усилилась, появился шум в ушах, сердцебиение, головокружение до приезда бригады «Скорой помощи» дважды терял сознание. Болеет язвенной болезнью желудка в течение 30 лет.

Врач «Скорой помощи» констатировал бледность кожных покровов пациента, частый слабый пульс, понижение АД до 80/50 мм рт. ст., вздутие живота. В присутствии врача у больного была рвота, рвотные массы цвета «кофейной гущи».

Вопросы

1. Выделите ведущие синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите тактику врача «Скорой помощи».
4. Составьте план обследования.
5. Ожидаемые результаты обследования.
6. Составьте план лечения, указав режим, диету, медикаментозное лечение (группы препаратов **с** указанием конкретного лекарственного средства), другие мероприятия.
7. Ваше отношение к кардиотоническим средствам, вазопрессорам.

Выпишите 2 рецепта.

ЗАДАЧА Г-36

После употребления жирной пищи у больной 54 лет появились режущие боли в правом подреберье, иррадиирующие в спину (в область X—XI-грудных позвонков), усиливающиеся в положении лежа на спине, сопровождающиеся тошнотой, рвотой, вздутием живота. Аналогичные симптомы отмечает в течение 7 лет.

Состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы сухие, язык обложен белым налетом, влажный. Живот слегка вздут, мягкий, болезненный в эпигастральной области особенно в точке Дежардена. Положителен симптом Кача. Печень не увеличена. При лабораторном исследовании уровень амилазы крови 48г/ч-л.

Вопросы

1. Выделите ведущие синдромы.
2. Укажите дифференциально-диагностический ряд по ведущие синдромам.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Составьте план обследования.
5. Ожидаемые результаты параклинических методов исследования.
6. Составьте план лечения, указав режим, диету (в первые 3 дня), медикаментозное лечение (группы препаратов без указания конкретного лекарственного средства)

ЗАДАЧА Г-37

Больной 57 лет в течение 15 лет наблюдается участковым терапевтом по поводу гастрита с пониженной секреторной активностью. Последнее рентгенологическое исследование 2 года назад.

При очередном обращении пожаловался на отсутствие аппетита, понижение работоспособности, быструю утомляемость, слабость, плохой сон, постоянную тяжесть в подложечной области, тошноту, субфебрилитет, снижение веса тела на 7 кг за последние 2 месяца. При осмотре больного отмечен землистый оттенок бледности кожных покровов, понижение питания больного, болезненность при пальпации живота в эпигастральной области. Лечение больного в течение 2 недель не вызвало улучшения его состояния.

Вопросы

1. Укажите ведущие синдромы.
2. Составьте дифференциально-диагностический ряд по ведущим синдромам.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Составьте план обследования.
5. Ожидаемые результаты параклинических исследований.
6. Выберите лечебную тактику.

ЗАДАЧА Г-38

Больной 19 лет доставлен в клинику бригадой «Скорой помощи» в связи с внезапно появившимися интенсивными режущими болями в правом подреберье и правой подвздошной области (больной сравнивал их с ударами кинжала). Интенсивные боли удерживались в течение 20—25 минут, затем уменьшились, но не прекратились. Рвоты не было. Состоит на диспансерном учете по поводу язвенной болезни 12-перстгго11 кишки.

При осмотре: положение тела вынужденное — лежа на боку с приведенными к животу ногами. Бледность кожных покровов. Со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем патологических изменений не определяется. Пульс 60 в 1 мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. АЛ 100/70 мм рт. ст. Язык суховат, обложен белым налетом. Выраженное напряжение мышц правой половины брюшной стенки, здесь же определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга. В правом подреберье — тимпанит.

Вопросы

1. Выделите ведущие синдромы.
2. О каком осложнении язвенной болезни можно думать?
3. Определите место госпитализации.
4. Назначьте необходимое обследование.
5. Определите результаты параклинических исследований.
6. Выберите оптимальный вариант лечебных мероприятий

ЗАДАЧА Г-39

Больной 38 лет жалуется на чувство тяжести, полноты в подложечной области, усиливающиеся после приема пищи, неприятный привкус во рту, пониженный аппетит, отрыжку воздухом, ощущение урчания и переливания в животе после еды, быструю утомляемость, общую слабость, снижение веса тела. Подобные симптомы отмечает периодически в течение 6—7 лет. Больной курит в течение 20 лет, питается нерегулярно (работа связана с частыми командировками). Объективно состояние больного удовлетворительное. Телосложение нормостеническое, больной умеренного питания, кожные покровы сухие, на коже пальцев рук трещины. Отмечается мышечная гипотония. Со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем патологических отклонений не выявлено. Язык обложен густым белым налетом, влажный, сосочки его сглажены. Живот участвует в дыхании, несколько вздут в подложечной области, где отмечается перезкая диффузная болезненность при пальпации. Печень не увеличена.

Вопросы

1. Выделите ведущие синдромы.
2. Назовите дифференциально-диагностический ряд по ведущим синдромам.
3. Поставьте предварительный диагноз.
4. Составьте план обследования.
5. Укажите ожидаемые результаты параклинических исследований.
6. Составьте план лечения с указанием режима, диеты, групп препаратов, других методов.

ЗАДАЧА Г-40

Больной 47 лет, в течение 23 лет наблюдается в поликлинике по поводу язвенной болезни желудка. Неоднократно, чаще всего весной и осенью лечился в стационаре с типичным болевым синдромом. В течение' 3 месяцев перед последней госпитализацией характер болевого синдрома изменился: боли стали интенсивнее, исчезла их периодичность, появилась иррадиация в спину, отсутствовал эффект от приема антацидов. Периодически появляются тошнота и рвота которая не облегчает боль, иногда — повышение температуры тел.'1 до субфебрильных цифр. При объективном исследовании выявлена выраженная

болезненность при пальпации живота в подложечной области, а также тел и остистых отростков VIII—XII грудных позвонков, положительный симптом Мейо-Робсона слева. Остальные данные без отклонений от нормы.

Вопросы

1. Выделите ведущие синдромы.
2. С развитием каких осложнений может быть связано изменение течения язвенной болезни?
3. Составьте план обследования для уточнения диагноза (включая консультации специалистов).
4. Укажите ожидаемые результаты параклиничегких исследований и консультаций специалистов.
5. Сформулируйте предварительный диагноз.
6. Определите тактику лечения.
7. Составьте план лечения с указанием режима, диеты, медикаментозных средств (указать группы препаратов) и других методов.

ЗАДАЧА Г- 41

Больной К. 30 лет поступил с жалобами на затруднение при глотании твердой пищи, рвоту непереваренной пищей, похудание. В анамнезе отравление щелочами. При осмотре - бледность кожных покровов, истощение.

Вопросы

1. О поражении какого органа можно думать?
2. Как называется симптом затруднения глотания пищи?
3. Какой природы данное явление, органическое или функциональное?
4. Может ли рвота, в данном случае, сопровождаться явлениями тошноты?
5. Какова причина истощения больного?

ЗАДАЧА Г- 42

Больной К. 30 лет поступил с жалобами на боль и затруднение при глотании твердой пищи, рвоту непереваренной пищей, похудание. В анамнезе отравление едкими щелочами. При осмотре - бледность кожных покровов, истощение.

Вопросы

1. Сочетание каких симптомов наблюдается у больного?
2. В чем отличие одинофагии от дисфагии?
3. Какой характер имеет дисфагия у больного?
4. Какую реакцию имеют рвотные массы?
5. В чем причина болевых ощущений, испытываемых больным, механизм?

ЗАДАЧА Г- 43

Больная Н. 40 лет. Беспокоят: слабость, изжога, тошнота и тяжесть в эпигастрии возникающие сразу после еды, черный дегтеобразный стул в течение 2 дней. В анамнезе язвенная болезнь. При осмотре бледность кожных покровов.

Вопросы

1. О поражении какого органа можно думать?
2. Какая причина дегтеобразного стула?

3. Как называется синдром, включающий жалобы на тошноту, изжогу и тяжесть в эпигастрии?
4. В чем причина симптома тяжести в эпигастрии?
5. Какие лабораторные показатели крови необходимо срочно исследовать у больного?

ЗАДАЧА Г- 44

При осмотре больного отмечается увеличение живота, который принимает лягушачью форму, выпячивание пупка, выраженный рисунок подкожных вен в области пупка. При перкуссии определяется изменение тимпанического звука на тупой в боковых поверхностях живота, изменение границы тупости в зависимости от положения больного.

Вопросы

1. Какова причина увеличения живота?
2. О поражении какого органа можно думать?
3. Какой синдром имеет место у больного?
4. О каком характере поражения органа можно думать?
5. Как называется симптом расширенных вен в области пупка?

ЗАДАЧА Г- 45

Больного В. 60 лет, беспокоит постоянная ноющая боль в подложечной области с иррадиацией в спину, тяжесть, отвращение к мясу, рвота пищей, съеденной накануне, периодически наблюдается рвота цвета кофейной гущи, похудание. При осмотре: бледность кожных покровов, пальпируется бобовидное образование в надключичной области слева. При осмотре живота асимметрия обеих половин, выбухание брюшной стенки в подложечной области.

Вопросы

1. О поражении какого органа можно думать?
2. О каком характере поражения можно думать?
3. Какой вид болевого синдрома имеется у больного?
4. О чем говорит рвота пищей съеденной накануне?
5. Как называется пальпируемое в области шеи образование и с чем связано его появление?

ЗАДАЧА Г- 46

У больного И. 45 лет, жалобы на поносы, в течение дня до 4 раз в сутки, обильные, боли опоясывающего характера в эпигастрии, субфебрильная температура. В анамнезе - за день до заболевания принимал алкоголь, ел, возможно, недоброкачественные консервы. При осмотре языка - обложен белым сухим налетом, живот вздут, болезненность при поверхностной пальпации по всему животу, больше в левом подреберье. При глубокой пальпации сигмовидная кишка болезненна, спастически сокращена, урчит.

Вопросы

1. О поражении какого органа, можно думать?
2. Какие симптомы патогномоничны для данного поражения?
3. Какие данные копрограммы подтвердят ваши предположения?
4. С чем связаны копрологические изменения?
5. Какие биохимические анализы необходимо срочно сделать больному?

ЗАДАЧА Г- 47

Больной С., 30 лет, поступил в клинику с жалобами на резкие боли в эпигастральной области, возникающие через 1,5-2 часа после еды, ночные, голодные, купирующиеся приемом молочной пищи, после применения теплой грелки; кислую отрыжку, изжогу, наклонность к запорам.

Вопросы

1. Какой орган поражен, характер поражения?
2. Дайте характеристику данного болевого синдрома;
3. Как называется синдром, включающий такие симптомы как отрыжка, изжога, запоры?
4. Какой тип кривой желудочной секреции можно обнаружить у больного при зондировании тонким зондом?
5. Какой возможный характер ощелачивания будет обнаружен при исследовании pH желудка?

ЗАДАЧА Г- 48

Больной г., 37 лет поступил с жалобами на острую, «кинжальную» боль в эпигастрии, возникшую внезапно после употребления алкоголя, однократную рвоту содержимым желудка, не принес шей облегчения. При осмотре: больной лежит на боку с поджатыми к груди коленями, живот резко болезненный при пальпации в эпигастральной области и в пилородуоденальной зоне.

Вопросы

1. Какой орган поражен?
2. О какой патологии можно думать?
3. Что кроме болезненности можно обнаружить при поверхностной пальпации живота у данного больного?
4. Как называется данное положение больного?
5. Какие дополнительные исследования необходимо срочно провести больному?

ЗАДАЧА Г- 49

Больная А., 62 лет, поступила с жалобами на общую слабость, похудание за 6 мес. на 10 кг, отсутствие аппетита, отрыжку пищей, чувство тяжести в эпигастральной области. Кожные покровы бледные, пониженного питания, тургор и эластичность кожи снижены. Язык густо обложен белым налетом, живот несколько болезненный в эпигастральной области. Рост 160 см, вес 52 кг. Фракционное исследование желудочного содержимого: натощак получено немного слизи, 20 мл содержимого, свободная соляная кислота - «0», общая кислотность 4-8 ТЕ. Подкожно введено 0,5 мл гистамина, "часовое напряжение" после введения раздражителя 28 мл, свободная соляная кислота 0, общая 2-4 ТЕ. Положительная реакция на молочную кислоту. Ацидограмма: в начале исследования pH - 7,2, после введения раздражителя -7,8.

Вопросы

1. Какой орган поражен?
2. Как называется синдром, включающий отрыжку, снижение аппетита, тяжесть в эпигастрии?
3. В чем причина симптома тяжести в эпигастрии?

4. Какой характер имеет поражение, на основании каких представленных данных вы сделали это предположение?
5. Как называется тип желудочной секреции у данной больной?

ЗАДАЧА Г- 50

Больная А., 34 лет, поступила с жалобами на боли в эпигастральной области справа от срединной линии живота, возникающие натощак, через 2-3 часа после приема пищи, иногда в ночное время. Также беспокоила отрыжка кислым, иногда горьким, постоянная изжога, в последнее время ощущает болезненность и затруднение при проглатывании острой, горячей пищи алкоголя. Больна в течение 4 лет. Начало заболевания связывает с нервным перенапряжением, питанием всухомятку. Ухудшение самочувствия в весенне-осенний период. При осмотре язык обложен серо-коричневым налетом. При поверхностной ориентировочной пальпации живота определяется болезненность и напряжение в эпигастральной области правее срединной линии.

Произведено фракционное исследование желудочного сока: выявлен возбудимый тип желудочной секреции.

Вопросы

1. О поражении какого органа или органов можно думать, укажите механизм поражения?
2. Как называется имеющийся у больной болевой синдром?
3. Какова причина отрыжки горьким?
4. Как называется симптом, связанный с затруднением проглатывания пищи?
5. Какое дополнительное инструментальное исследование необходимо сделать?

5.3. Рекомендуемая литература

1. Болезни поджелудочной железы: практическое руководство / И.В. Маев, Ю.А. Кучерявый. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 730с.
2. Бондаренко В.М., Мацулевич Т.В. Дисбактериоз кишечника как клинико-лабораторный синдром. Современное состояние проблемы / В. М. Бондаренко, Т. В Мацулевич / М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2007.– 304 с.
3. Гастроэнтерология. Национальное руководство / под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л.Лапиной — М.- 2008. – 704 с.
4. Гастроэнтерология. Гепатология / ред. Н. А. Бун, В. Т. Ивашкин (Внутренние болезни по Дэвидсону). М.: Рид Элсивер.– 2009
5. Национальное руководство. Онкология / Ред. В.И. Чиссов, Ред. М.И. Давыдов, Науч. ред. Г.А. Франк, Науч. ред. С.Л. Дарьялова. М.: ГЭОТАР-Медиа
6. Национальное руководство. Основы лучевой диагностики и терапии/ Ред. С.К. Терновой М.: ГЭОТАР-Медиа 2012
7. Барановский, А. Ю. Лечебное питание больных после операций на органах пищеварения : учебное пособие / А. Ю. Барановский, Э. А. Кондрашина. - 2-е изд., испр. и доп. - СПб. : Изд-во СПбМАПО, 2011. - 130 с.
8. Заболевания панкреатобилиарной системы. Практикум по гастроэнтерологии : учебное пособие / В. Г. Радченко [и др.]. - СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2013. - 56 с.
9. Заболевания кишечника. Практикум по гастроэнтерологии : учебное пособие / В. Г. Радченко [и др.]. - СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2013. - 60 с.
10. Холестаз : учебное пособие [для системы послевуз. проф. образования врачей] / К. Л. Райхельсон, А. Ю.Барановский, Н. В.Семенов — СПб: Изд-во Alex4studio, 2013. — 72 с.

Дополнительная литература:

1. Балалыкин, Д. А. Российские научные приоритеты в исследовании физиологии и экспериментальной хирургии желудка в XIX - начале XX в. : монография / Д. А. Балалыкин. - 2-е изд. - М. : ГЭОТАР-МЕД, 2013. - 224 с.
2. Барановский, А. Ю. Болезни оперированного желудка (профилактика и лечение: совместная позиция терапевта и хирурга) : руководство / А. Ю. Барановский, К. В. Логунов, О. Б. Протопопова. - СПб. : Издательский дом СПбМАПО, 2010. - 382 с.
3. Вирусные гепатиты. Клиника, диагностика, лечение / Н. Д. Ющук [и др.]. - М. : ГЭОТАР-МЕД, 2012. - 160 с. - (Серия "Библиотека врача-специалиста").
4. Внутренние болезни. Система пищеварения: учебное пособие / Г. Е. Ройтберг, А. В. Струтынский. – М.: Медпресс-информ, 2007. – 556 с.
5. Денисов, М. Ю. Практические основы реабилитации детей с заболеваниями кишечника : руководство / М. Ю. Денисов. - М. : БИНОМ, 2010. - 192 с. : ил.
6. Жировое перерождение печени и ишемическая болезнь сердца. Гериатрические аспекты : монография / ред. Л. П. Хорошинина. - М : ООО "Концепт Дизайн", 2014. - 346 с. : ил.
7. Клиническая гастроэнтерология / Я.С. Циммерман. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 413 с.
8. Клинические рекомендации. Гастроэнтерология / под ред. В.Т. Ивашкина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 182 с.
9. Лучевая диагностика заболеваний желчевыводящих путей руководство / Г. Е. Труфанов [и др.]. - СПб. : ЭЛБИ-СПб, 2011. - 224 с. - (Серия "Конспект лучевого диагноста").
10. Лучевая диагностика заболеваний пищевода : руководство / Г. Е. Труфанов [и др.]. - СПб. : ЭЛБИ-СПб, 2011. - 192 с. - (Серия "Конспект лучевого диагноста").
11. Маев И. В. Болезни двенадцатиперстной кишки: руководство / И. В. Маев, А. А. Самсонов. - М. : МЕДпресс-информ, 2005. - 512 с. : ил.
12. Маев И. В. Язвенная болезнь: монография / И. В. Маев, А. А. Самсонов. - М. : Миклош, 2009. - 428 с. : ил.
13. Нечипай, А. М. ЭУСбука: Руководство по эндоскопической ультрасонографии / А. М. Нечипай, С. Ю. Орлов, Е. Д. Федоров. - М. : Практическая медицина, 2013. - 400 с. : ил.
14. Орешко Л.С. Исторические и клинические аспекты целиакии: монография / Л.С. Орешко.- СПб.: Северо-Западный гос. мед. ун-т им. И.И. Мечникова, 2011. – 108 с.
15. Синдром мальабсобции (учебное пособие) / СПб.: Л.С. Орешко, С.И. Ситкин, П.В. Сельверстов и др.–. Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2016. – 80 с.
16. Язвенный колит и болезнь Крона: этиология, диагностика, лечение (учебное пособие) / С.И. Ситкин, Т.Н. Жигалова, Л.С. Орешко, СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2016. – 52 с.
17. Психосоматозы. Психосоматические заболевания желудочно-кишечного тракта / В.В. Марилов. – М.: Миклош, 2007. – 152 с.
18. Пыков, М. И. Рентгеноультразвуковая диагностика аномалий развития и заболеваний панкреатобилиарной системы у детей : монография / М. И. Пыков, Ю. Ю. Соколов, И. С. Никулина. - М. : Издательский дом Видар-М, 2009. - 136 с. : ил.
19. Рак толстой кишки : пер. с англ. / ред. : Дж. Мейерхардт, М. Сандерз, А. Т. Скарин. - М. : Рид Элсивер, 2009. - 186 с. : ил.
20. Рапопорт, С. И. Гастриты: пособие для врачей / С. И. Рапопорт. - М. : Медпрактика-М, 2010. - 20 с
21. Рациональная фармакотерапия в гепатологии : руководство для врачей / ред. : В. Т. Ивашкин, А. О. Буеверов. - М. : Литтерра, 2009. - 296 с. - (Серия "Руководства для практикующих врачей" Т.19).
22. Редкие болезни, клинические синдромы и симптомы заболеваний органов пищеварения / В. А. Максимов, К. К. Далидович, А.Л. Федорук [и др.] — М.: ИТ «Адамантъ», 2007.- 384 с.
23. Ривкин, В. Л. Колопроктология : руководство для врачей / В. Л. Ривкин, Л. Л. Капуллер, Е. А. Белоусова. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2011. - 368 с. : ил. - (Серия "Библиотека врача-специалиста").
24. Ройтберг, Г. Е. Внутренние болезни. Система органов пищеварения : учебное пособие / Г. Е. Ройтберг, А. В. Струтынский. - 2-е изд. - М. : МЕДпресс-информ, 2011. - 560 с. : ил

25. Смирнова, Г. О. Периферическая электрогастроэнтерография в клинической практике : пособие для врачей / Г. О. Смирнова, С. В. Силуянов ; ред. : В. А. Ступин. - М. : Медпрактика-М, 2009. - 20 с.
26. Ступин, В. А. Функциональная гастроэнтерология. Инструментальные методы исследования: пособие для врачей / В. А. Ступин. - М. : Медпрактика-М, 2009. - 28 с.
27. Труфанов, Г. Е. Лучевая диагностика заболеваний печени : руководство / Г. Е. Труфанов, С. С. Багненко, С. Д. Рудь. - СПб. : ЭЛБИ-СПб, 2011. - 416 с. - (Серия "Конспект лучевого диагноста").
28. Уилкокс, М. Ч. Атлас клинической гастроинтестинальной эндоскопии : пер. с англ. / М. Ч. Уилкокс, М. Муньон-Навас, Дж. Дж. Й. Санг ; ред. : Е. Д. Федоров. - М. : Рид Элсивер, 2010. - 483 с. : ил.
29. Франк,У. Антибактериальная терапия в клинической практике: пер. с нем. / У. Франк. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2010. – 444 с.
30. Хендерсон, Д. М. Патофизиология органов пищеварения : пер. с англ. / Д. М. Хендерсон ; ред. : Ю. В. Наточкин. - М. : БИНОМ, 2010. - 272 с. : ил.
31. Циммерман, Я. С. Клиническая гастроэнтерология: избранные разделы: руководство / Я. С. Циммерман. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2009. - 416 с. : ил. - (Серия "Библиотека врача-специалиста").

Методические рекомендации и пособия по изучению программы:
Методические рекомендации и указания по изучению дистанционной части, размещенные в http://moodle.szgmu.ru

Программное обеспечение:
MOODLE, Microsoft office

Базы данных, информационно справочные системы:

1. http://www.rosminzdrav.ru/
2. http://www.sovetnmo.ru
3. http://www.gastro.ru/
4. http://elibrary.ru/
5. http://livertox.nih.gov
6. http://www. medline. com
7. http://www.rosmedlib.ru/
8. http://www.consilium-medicum.com
9. http://www.cochrane.org
10. http://www .booksmed.com
11. http://www.mednavigator.net
12. http://www.medicinform.net
13. http://medlinks.ru/
14. http://www.medtex.ru
15. http://www.librainitiative.com
16. http://www.rmj.ru
17. http://www.sky-net-eye.com
18. http://trial.epnet.com