

1. **ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА**

1.1. Актуальность и предпосылки создания программы

В соответствии с законом РФ об образовании, национальным проектом в области образования и другими нормативными документами создаются образовательные программы. В основе их создания в области последипломного медицинского образования находятся Государственные образовательные стандарты и унифицированные рабочие программы по отдельным специальностям. Потребность в создании данной рабочей программы связана с появление как новых нормативных актов в области здравоохранения и образования, так и с появлением новых стандартов ведения больных по различным нозологиям.

Настоящая учебная программа составлена нормативным документам:

1. Постановления Государственного комитета РФ по высшему образованию № 13 от 27.12.95г. "Об утверждении требований к содержанию дополнительных профессиональных образовательных программ".

2. Унифицированная программа последипломного обучения врачей по гастроэнтерологии (2005 г.).

3. "Методических указаний по составлению программ и проведению итоговой аттестации после вузовского профессионального образования" (г. Москва, 1998).

4. Приказ МЗ РФ № 314 от 09.08.01 г. «О порядке получения квалификационных категорий специалистами, работающими в системе ЗО РФ».

5. Государственный стандарт послевузовской профессиональной подготовки специалистов с высшим медицинским образованием по специальности 040122.01 «Гастроэнтерология» (Москва, 2005 г.)

6. Приказ Министерства высшего и профессионального образования Российской Федерации №1221 от 18.07.97г. « Об утверждении требований к содержанию дополнительных профессиональных программ".

7. Методические рекомендации МЗ и СР РФ «Разработка образовательных программ дополнительного профессионального медицинского образования», М, 2005.

1.2. Цель изучения дисциплины

Углубление теоретических знаний, совершенствование практической подготовки врача-гастроэнтеролога, необходимых для оказания высококвалифицированной помощи больным с заболеваниями желудочно-кишечного тракта в соответствии с занимаемой должностью и местом работы.

1.2. Задачи изучения дисциплины

Выявление базисных знаний и навыков курсантов перед началом обучения. Изложение содержания программы согласно плана. В результате изучения дисциплины курсанты должны овладеть всем объемом современных знаний, изложенных в программе, освоить новые практические навыки, необходимые врачу-специалисту гастроэнтерологу для проведения самостоятельной работы в соответствии с современными должностными требованиями, стандартами оказаниями медицинской помощи, утвержденными МЗ и СР РФ.

2. Квалификационная характеристика.

Общие положения

В соответствии с номенклатурой (приказ МЗ РФ N337 от 27.08.99 “О номенклатуре специальностей в учреждения здравоохранения Российской Федерации”) гастроэнтерология выделена как специальность, требующая углубленной подготовки, и имеет код 040122. Согласно Приложению 2 приказа МЗ РФ N337 от 27.08.99 эта специальность соответствует должности врача-гастроэнтеролога лечебно-профилактического учреждения, гастроэнтерологического отделения или кабинета.

Обязательные квалификационные требования к врачу-гастроэнтерологу подразумевают овладение им навыками и манипуляциями, перечисленными ниже, а также овладение алгоритмом постановки диагноза и современными методами лечения заболеваний органов пищеварения, основами фундаментальных дисциплин и организации здравоохранения по программе.

Обязанности врача-гастроэнтеролога

Врач специалист - гастроэнтеролог обязан:

- осуществлять эффективное и адекватное лечение больных с заболеваниями органов пищеварения и их осложнений;

- свободно владеть методами экстренной и неотложной гастроэнтерологической помощи, выполнением диагностических и лечебных процедур в гастроэнтерологии;

- знать новейшие методы профилактики, диагностики, лечения, реабилитации больных с гастроэнтерологической патологией и перспективы развития гастроэнтерологии;

- владеть планированием и анализом работы медицинских гастроэнтерологических служб, принципами сотрудничества с другими специалистами и службами, страховыми компаниями, ассоциациями врачей;

- свободно ориентироваться в вопросах организации гастроэнтерологической помощи и здравоохранения в целом, знать законы по охране здоровья населения, права, обязанности и ответственность врача.

Права врача-гастроэнтеролога.

Врач специалист-гастроэнтеролог имеет право

* вносить предложения администрации по вопросам улучшения деятельности подразделения, организации и условий труда;
* организовывать практические конференции и участвовать в совещаниях, конференциях по вопросам, связанным с фармакотерапией и лекарственным обеспечением.

3. Ответственность врача специалиста-гастроэнтеролога.

Врач-гастроэнтеролог несет в соответствии с действующим законодательством и другими нормативными документами юридическую и дисциплинарную ответственность за лечебную, организационную деятельность и соблюдение правил внутреннего трудового распорядка.

3.1. Общие знания

* общие вопросы организации лечебно-профилактической помощи и обеспечения лекарственными препаратами различных групп населения, в том числе больных, в соответствии с нозологическими формами;
* клиническую симптоматику, особенности течения, прогноз основных заболеваний внутренних органов;
* принципы проведения фармакотерапии, физиотерапии, лечебного питания, показания и противопоказания к хирургическому лечению заболеваний внутренних органов;
* диагностическую значимость, условия проведения, показания и противопоказания клинических лабораторных, биохимических, эндоскопических, рентгенологических, ультразвуковых, электрофизиологических и других методов исследования;
* основные вопросы патогенеза заболеваний внутренних органов;
* основные вопросы нормальной и патологической анатомии и физиологии, биологии и генетики, медицинской химии и физики, фармакологии;
* основы законодательства здравоохранения и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;
* основные принципы проведению клинических и фармакологических исследований;
* принципы медицинской этики и деонтологии;
* формы и методы просветительской работы с населением.

3.2. Общие умения

* Уметь проводить расспрос больного (жалобы, анамнез), применять методы объективного обследования (по всем органам и системам) и трактовать его результаты;
* Уметь формулировать диагноз;
* Уметь оказать первую врачебную помощь (при обмороке, гипертоническом кризе, инфаркте миокарда, отеке легких, приступе бронхиальной астмы, различных видах шока, различных видах комы, внутренних и наружных кровотечениях, почечной колике, эпилептическом статусе, отравлениях и интоксикациях );
* Уметь трактовать результаты клинических лабораторных, биохимических, эндоскопических, рентгенологических, ультразвуковых, электрофизиологических и других методов исследования;
* Уметь проводить лечебные и диагностические процедуры (подкожные, внутривенные инъекции, струйные и капельные вливания, определение группы крови и резус-фактора, переливание крови и кровезаменителей, плевральную, стернальную и спинальную пункцию, интубацию трахеи, трахеостомию, временную остановку кровотечения, наложение транспортных и импровизированных шин, закрытый массаж сердца, искусственная вентиляция легких);
* Уметь проводить противоэпидемические мероприятия в очаге инфекций и при подозрении на особо опасную инфекцию;
* Уметь проводить экспертизу трудоспособности;
* Уметь оформлять медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению.

3.3. Знания по специальности

Врач-гастроэнтеролог должен знать

* вопросы организации лечебно-профилактической помощи и обеспечения лекарственными препаратами различных групп больных с гастроэнтерологическими заболевания;
* клиническую симптоматику, особенности течения, прогноз заболеваний органов желудочно-кишечного тракта, поджелудочной железы и печени;
* принципы проведения фармакотерапии, физиотерапии, лечебного питания, показания и противопоказания к хирургическому лечению заболеваний органов желудочно-кишечного тракта, поджелудочной железы и печени;
* диагностическую значимость, условия проведения, показания и противопоказания лабораторных, биохимических, эндоскопических, рентгенологических, ультразвуковых, электрофизиологических и других методов исследования применительно к диагностике и ведению больных с заболеваниями органов желудочно-кишечного тракта, поджелудочной железы и печени
* патогенез заболеваний органов желудочно-кишечного тракта, поджелудочной железы и печени;
* патологическую анатомию, генетику, биохимию заболеваний органов желудочно-кишечного тракта, поджелудочной железы и печени;
* клиническую фармакологию лекарственных средств, регулирующих секреторную и моторную функцию желудочно-кишечного тракта и печени, антимикробных и противовоспалительных лекарственных средств.

3.4. Специальные умения

* Уметь проводить расспрос больного с заболеваниями желудочно-кишечного тракта и печени (жалобы, анамнез), применять методы объективного обследования (по всем органам и системам) и трактовать его результаты;
* Уметь проводить дифференциальный диагноз заболеваний желудочно-кишечного тракта и печени;
* Уметь оказать первую врачебную помощь (при кровотечениях из желудочно-кишечного, при острой печеночной недостаточности, прободной язве, ущемленной грыже, калькулезном холецистите, панкреатите, аппендиците, острой кишечной непроходимости);
* Уметь проводить регидратацию (пероральную и внутривенную) и реминирализацию;
* Уметь трактовать результаты клинических лабораторных, биохимических, электрофизиологических и других методов исследования при заболеваниях желудочно-кишечного тракта и печени;
* Уметь трактовать результаты эзофагогастродуоденоскопии, колоноскопии, ректоскопии, лапароскопии;
* Уметь трактовать результаты рентгенологических методов исследования пищевода, желудка, тонкой и толстой кишки, желчного пузыря, компьютерной томографии органов брюшной полости;
* Уметь трактовать результаты ультразвукового исследования органов брюшной полости;
* Уметь проводить лечебные и диагностические процедуры(зондирование и промывание желудка, дуоденальное зондирование, абдоминальная пункция, очистительные, сифонные и лечебные клизмы, пальцевое исследование прямой кишки);
* Уметь проводить информационный поиск по вопросам гастроэнтерологии с использованием современных компьютерных систем.

3.5. Перечень общеврачебных навыков и навыков по специальности.

Приведенный перечень навыков предусматривает три уровня усвоения:

1-й уровень (+) - профессионально ориентироваться, знать показания к проведению;

2-й уровень (++) - принимать участие, знать, оценить;

3-й уровень (+++) - воспроизводить, выполнять самостоятельно.

| N | НАВЫКИ И УМЕНИЯ | УРОВЕНЬ УСВОЕНИЯ | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 1 | 2 | 3 |
| **11.** | **Общеврачебные диагностические навыки и умения и лечебные манипуляции** |  |  |  |
| 11.1. | Методы обследования больных ( сбор жалоб и анамнеза, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) |  |  | +++ |
| 11.2. | Ведение медицинской документации ( в стационаре, поликлинике, на врачебном участке) |  |  | +++ |
| 11.3. | Правила и техника переливания крови, препаратов крови, кровезаменителей |  |  | +++ |
| 11.4. | Забор крови, в том числе для бактериологических исследований |  |  | +++ |
| 51.5 | Оценка клинических анализов крови, мочи, кала, мокроты, плевральной и асцитической жидкости, биохимических анализов крови |  |  | +++ |
| 11.6. | Регистрация электрокардиограммы и ее клинический анализ |  |  | +++ |
| **22.** | **Экстренная помощь при неотложных состояниях** |  |  |  |
| 22.1. | Острая дыхательная недостаточность, гипоксическая кома, тромбоэмболия легочной артерии |  | ++ |  |
| 22.2. | Астматический статус при бронхиальной астме |  | ++ |  |
| 22.3. | Острая сердечно-сосудистая недостаточность, обморок, сердечная астма, отек легких |  | ++ |  |
| 22.4. | Гипертонический криз и острое нарушение мозгового кровообращения |  | ++ |  |
| 22.5. | Острые аллергические состояния, в том числе анафилактический шок |  | ++ |  |
| 22.6. | Острая почечная недостаточность, почечная колика |  | ++ |  |
| 22.7 | Кома (диабетическая, гипогликемическая, гиперосмолярная) |  | ++ |  |
| 22.8. | Острые отравления ( снотворными, алкоголем, грибами и др.) |  | ++ |  |
| 22.9. | Ожоги, отморожения, электрошок, удар молнией, тепловой и солнечный удар, утопление. |  | ++ |  |
| 22.10. | Внезапная смерть, в том числе проведение трахеостомии |  | ++ |  |
| **33.** | **Диагностические навыки и умения и лечебные манипуляции по специальности** |  |  |  |
| 33.1 | Интерпретация иммунологических анализов, в том числе при инфекции вирусами гепатита. |  |  | +++ |
| 33.2. | Пневмокардиодилятация | + |  |  |
| 33.3 | Фракционное исследование желудочной секреции тонким зондом. Расчет и оценка результатов. |  | ++ |  |
| 33.4. | Минутированное дуоденальное зондирование |  | ++ |  |
| 33.5. | Внутриполостная рН-метрия |  | ++ |  |
| 33.6. | Определение скрытой крови в кале с помощью бензидиновой пробы, пробы Вебера и экспресс-методом |  | ++ |  |
| 33.7. | Эндоскопические методы исследования органов пищеварения | + |  |  |
| 33.8. | Ультразвуковое исследование органов пищеварения | + |  |  |
| 33.9. | Компъютерное исследование органов пищеварения | + |  |  |
| 33.10. | Пальцевое исследование толстой кишки |  |  | +++ |
| 33.11. | Ректоскопия | + |  |  |
| 33.12. | Пункционная биапсия печени. Показания и противопоказания. Подготовка больных, осложнения, ведение после исследования. Интерпретация морфологических данных. |  | ++ |  |
| 33.13 | Диагностическая лапароскопия. Показания и противопоказания. Подготовка. Осложнения. Клиническая интерпретация. | + |  |  |
| 33.14 | Работа заведующего гастроэнтерологическим отделением. Составление годового отчета о работе отделения. |  | ++ |  |
| 33.15 | Подготовка документов и представление гастроэнтерологичсеких больных во ВТЭК. Экспертиза трудоспособности больных с заболеваниями органов пищеварения. |  |  | +++ |
| **44** | **Экстренная гастроэнтерологическая помощь.** |  |  |  |
| 44.1. | Промывание желудка. |  |  | +++ |
| 44.2. | Пункция брюшной полости. |  |  | +++ |
| 44.3. | Печеночная недостаточность. Медикаментозное лечение. |  |  | +++ |
| 44.4 | Печеночная кома  Медикаментозное лечение. |  |  | +++ |
| 44.5 | Желудочно-кишечное кровотечение. Оказание неотложной помощи, в том числе переливание рови и кровезаменителей. |  |  | +++ |
| 44.6 | Острый панкреатит. Медикаментозное лечение. |  |  | +++ |
| 44.7 | Печеночная колика. Медикаментозное лечение. |  |  | +++ |
| 44.8 | Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода. Оказание неотоложной поомщи, в том числе установка зонда Блэкмора. |  | ++ |  |
| 44.9 | Острый аппендицит. Диагностика, помощь на дохирургическом этапе. |  |  | +++ |
| 44.10. | Острый мезентериальный тромбоз. Диагностика, помощь на дохирургическом этапе. |  |  | +++ |
| 44.11 | Острая кишечная непроходимость. Диагностика, помощь на дохирургическом этапе. |  |  | +++ |
| 44.12 | Острая диарея. Купирование диареи. Диагностика и коррекция водно-электролитных нарушений. |  |  | +++ |

4. СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ

**4.1. СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ**

**МОДУЛЬ 1.Основы социальной гигиены и организации гастроэнтерологической помощи населению**

|  |  |
| --- | --- |
| Индекс | Наименование тем, элементов и т.д. |
|  | **Раздел 1. ОСНОВЫ СОЦИАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ**  **ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ** |
| **1.1.** | **Тема 1: Общественное здоровье – показатель экономического и социального развития государства** |
| 1.1.1. | Здоровье человека как социальная ценность и общественная категория |
| 1.1.1.1. | Биосоциальные аспекты здоровья, предболезни и болезни |
| 1.1.1.2. | Влияние внешних факторов на формирование заболеваний желудочно-кишечного тракта |
| 1.1.2. | Здравоохранение – одна из основ социальной защиты |
| 1.1.2.1. | Национальная система социальной защиты граждан. Определение. Содержание |
| 1.1.2.2. | Государственные и ведомственные организации, участвующие в системе социальной защиты |
| 1.1.2.3. | Координирующая роль органов государственного управления здравоохранением в реализации программы социальной защиты |
| 1.1.2.4. | Роль страховых организаций в реализации систем социальной защиты |
| 1.1.3. | Законодательная и правовая база медицинского страхования |
| 1.1.3.1. | Конституционная обусловленность здравоохранения и медицинского страхования |
| 1.1.3.2. | Закон РФ «О медицинском страховании граждан в РФ» и механизмы его реализации |
| **1.2.** | **Тема 2: Организация гастроэнтерологической помощи населению** |
|  | Современное состояние гастроэнтерологической помощи населению и пути ее дальнейшего совершенствования |
| 1.2.1.1. | Основные принципы организации гастроэнтерологической помощи населению |
| 1.2.1.2. | Директивные документы МЗ России о развитии гастроэнтерологической помощи населению |
| 1.2.2. | Структура (схема) медицинской помощи больным с заболеваниями органов пищеварения |
| 1.2.2.1. | Видыучреждений |
| 1.2.2.2. | Коечнаясеть |
| 1.2.3. | Гастроэнтерологическая помощь населению в городской поликлинике |
| 1.2.3.1. | Роль и задачи отделения (кабинета) городской поликлиники |
| 1.2.3.1.1. | Организация |
| 1.2.3.1.2. | Оснащение |
| 1.2.3.1.3. | Расчетныенормыобслуживания |
| 1.2.3.1.4. | Обязательныелабораторныеисследования |
| 1.2.3.1.5. | Преемственность в работе между гастроэнтерологическим отделением (кабинетом) и стационаром, скорой неотложной помощью |
| 1.2.3.1.6. | Преемственность с санаторнойслужбой |
| 1.2.3.2. | Роль и задачи специализированных отделений (кабинетов) гастроэнтерологии консультативно-диагностичес-ких центров |
| 1.2.3.3. | Организация медицинской помощи гастроэнтерологическим больным в медико-санитарных частях |
| 1.2.4. | Гастроэнтерологическая помощь в условиях стационара |
| 1.2.4.1. | Видыстационаров |
| 1.2.4.1.1. | Организация |
| 1.2.4.1.2. | Оснащение |
| 1.2.4.1.3. | Кадровоеобеспечение |
| 1.2.4.1.4. | Режимработы |
| 1.2.4.1.5. | Организацияреабилитациибольных |
| 1.2.4.1.6. | Связь с санаторнойслужбой |
| **1.3.** | **Тема 3: Вопросы управления, экономики и планирования в гастроэнтерологической службе** |
| 1.3.1. | Научные основы управления здравоохранением и НОТ |
| 1.3.1.1. | НОТ в гастроэнтерологическойслужбе |
| 1.3.1.2. | Роль и задачи в работе главных внештатных городских и районных гастроэнтерологов |
| 1.3.2. | Планирование, экономика и финансирование гастроэнтерологической службы |
| 1.3.2.1. | Методы определения дифференцированных нормативов потребности населения в гастроэнтерологической помощи |
| 1.3.2.2. | Планирование амбулаторной помощи гастроэнтерологическим больным |
| 1.3.2.3. | Планированиестационарнойпомощи |
| 1.3.2.4. | Экономическая эффективность использования коечного стационара |
| 1.3.2.5. | Экономические аспекты деятельности поликлинической службы |
| 1.3.2.6. | Социально-экономическое значение ранней диагностики желудочно-кишечных заболеваний |
| 1.3.2.7. | Организация и планирование реабилитации гастроэнтерологических больных |
| **1.4.** | **Тема 4: Вопросы санитарной статистики в гастроэнтерологической службе** |
| 1.4.1. | Теоретическиеосновысанитарнойстатистики |
| 1.4.1.1. | Основные показатели, методика, расчет, оценка |
| 1.4.1.2. | Средниевеличины |
| 1.4.1.3 | Оценкадостоверностипоказателей |
| 1.4.1.4. | Графическаястатистика |
| 1.4.2. | Демографическаястатистика |
| 1.4.2.1. | Основные демографические показатели, характеризующие здоровье населения |
| 1.4.2.2. | Использование демографических показателей в гастроэнтерологической службе |
| 1.4.3. | Статистиказдравоохранения |
| 1.4.3.1. | Анализ деятельности поликлинического гастроэнтерологического отделения (кабинета) |
| 1.4.3.2. | Анализдеятельностигастроэнтерологическогостационара |
| 1.4.3.3. | Анализэффективностикурортноголечения |
| **1.5.** | **Тема 5: Основы медико-социальной экспертизы** |
| 1.5.1. | Современное состояние и задачи медико-социальной экспертизы |
| 1.5.1.1. | Значение медицинского и социального факторов при определении трудоспособности больных |
| 1.5.2. | Временнаяутрататрудоспособности |
| 1.5.2.1. | Экспертиза временной нетрудоспособности.Порядок установления и определения временной нетрудоспособности |
| 1.5.2.2. | Основные правовые акты по вопросам и оформлению документов, подтверждающие временную нетрудоспособность |
| 1.5.2.3. | Основные документы, подтверждающие временную нетрудоспособность, правила их выдачи и заполнения |
| 1.5.2.4. | Организация экспертизы временной нетрудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях |
| 1.5.2.5. | Права и обязанности медицинских работников при проведении экспертизы временной нетрудоспособности |
| 1.5.2.6. | Взаимосвязь в работе учреждений здравоохранения и МСЭК |
| 1.5.3. | Стойкаяутрататрудоспособности |
| 1.5.3.1. | Экспертизастойкойутратытрудоспособности |
| 1.5.3.2. | Критерии и определение группы инвалидности |
| 1.5.3.3. | Показания и порядок направления больных на МСЭК |
| 1.5.4. | Организация работы и порядок проведения МСЭК |
| 1.5.4.1. | Медицинскаяреабилитациягастроэнтерологическихбольных |
| 1.5.4.2. | Вопросы преемственности КЭК и МСЭК |
| **1.6.** | **Тема 6: Этика и деонтология в профессиональной деятельности врача-гастроэнтеролога** |
| 1.6.1. | Медицинская деонтология как единство правовых и нравственных норм медицинской деятельности |
| 1.6.1.1. | Диалектическая взаимосвязь между деонтологией и психотерапией |
| 1.6.1.2. | Применение требований врачебной этики и деонтологии в практике врача-гастроэнтеролога |
| 1.6.1.3. | Этика взаимоотношений врача и больного |
| 1.6.1.4. | Этика взаимоотношений в медицинском коллективе |
| 1.6.1.5. | Врачебнаятайна |
| 1.6.1.6. | Врачебныеошибки |
| **1.7.** | **Тема 7: Правовыеосновыздравоохранения** |
| 1.7.1. | Законодательство о здравоохранении и его задачи |
| 1.7.1.1. | Основные профессиональные обязанности и права медицинских работников |
| 1.7.1.2. | Право граждан на охрану здоровья и его гарантии |
| 1.7.2. | Основытрудовогоправа |
| 1.7.2.1. | Трудовой договор с работниками здравоохранения. Порядок приема на работу и увольнения, перевод на другую работу и перемещения |
| 1.7.2.2. | Совместительство. Заместительство. Совмещениепрофессий |
| 1.7.2.3. | Рабочее время работников учреждений здравоохранения и время отдыха |
| 1.7.2.4. | Дисциплинатруда |
| 1.7.3. | Основыуголовногоправа |
| 1.7.3.1. | Понятие преступления и его состав |
| 1.7.3.2. | Классификация профессиональных правонарушений медицинских работников, уголовная ответственность за их совершение |

Литература: 14, 15,22,24Законодательные и нормативно-правовые документы: 1-13

**МОДУЛЬ 2. Теоретические основы клинической гастроэнтерологии**

|  |  |
| --- | --- |
| Код | Наименование тем, элементов и т.д. |
| 1 | 2 |
| 2 | **РАЗДЕЛ 2. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ** |
| **2.1.** | **Тема 1: Генетические основы патологии в клинической гастроэнтерологии** |
| 2.1.1. | Место наследственной патологии в современной структуре заболеваемости и смертности населения |
| 2.1.2. | Предмет и задачи медицинской генетики |
| 2.1.3. | Молекулярныеосновынаследственности |
| 2.1.3.1. | Роль нуклеиновых кислот в хранении и передаче наследственной информации |
| 2.1.4. | Понятие о мутациях и причинах, их вызывающих |
| 2.1.5. | Цитологическиеосновынаследственности |
| 2.1.6. | Закономерности передачи наследственных признаков (генетический анализ) |
| 2.1.6.1. | Типы наследственной передачи: доминантный, рецессивный, сцепленный с полом |
| 2.1.7. | Главный комплекс гистосовместимости человека (HLA-система) |
| 2.1.8. | Методымедицинскойгенетики |
| 2.1.9. | Понятие о наследственных болезнях и наследственных предрасположениях |
| 2.1.9.1. | Классификациянаследственныхболезней |
| 2.1.10. | Наследственные болезни в гастроэнтерологической клинике |
| 2.1.10.1. | Наследственныеэнзимопатии |
| 2.1.10.2. | HLA-система и болезни |
| 2.1.11. | Методы лечения и профилактики наследственных болезней |
| **2.2.** | **Тема 2: Задачи и принципы организации медико-генетической службы в России** |
| **2.3.** | **Тема 3: Основы учения о реактивности организма** |
| 2.3.1. | Учение о конституции и ее значение в патологии |
| 2.3.2. | Видыреактивности |
| **2.4.** | **Тема 4: Аллергическаяреактивность** |
| 2.4.1. | Понятие об аллергии |
| 2.4.2. | Распространение аллергических заболеваний и причины их роста |
| 2.4.3. | Аллергены, классификация, свойства |
| 2.4.4. | Форма аллергических реакций |
| 2.4.5. | Аллергические реакции немедленной гиперчувствительности |
| 2.4.5.1. | Клетки-мишени аллергии и биологически-активные вещества |
| 2.4.6. | Понятие об истинных и псевдо-аллергических реакциях |
| 2.4.7. | Цитотоксические аллергические реакции |
| 2.4.8. | Реакции иммунных комплексов |
| 2.4.9. | Аллергические реакции клеточного типа |
| **2.5.** | Тема 5: Иммунологические основы патологии в гастроэнтерологии |
| 2.5.1. | Понятие об иммунитете и иммунной системе организма |
| 2.5.2. | Стволовые клетки, их функции; перспективы применения |
| 2.5.3. | Гуморальные факторы иммунитета, В-лимфоциты, типы иммуноглобулинов |
| 2.5.4. | Клеточные факторы иммунитета, субпопуляции Т-лимфоцитов и их функции |
| 2.5.5. | Цитокины и интерлейкины, их характеристика, перспективы применения |
| 2.5.6. | Оценка иммунного статуса |
| 2.5.7. | Иммунологические нарушения при заболеваниях органов пищеварения |
| **2.6.** | Тема 6: Общие вопросы геронтологии и гериатрии |
| 2.6.1. | Понятия «геронтология» и «гериатрия» |
| 2.6.1.1. | Общие закономерности регуляции обмена веществ при старении |
| 2.6.1.2. | Возрастные особенности реактивности организма |
| 2.6.2. | Особенности действия лекарственных веществ в стареющем организме |
| 2.6.2.1. | Принципы медикаментозной терапии пожилых и старых людей |
| 2.6.3. | Особенности питания лиц пожилого и старческого возраста |
| 2.6.4. | Принципы направления пожилых и старых людей на курортное лечение |
| **2.7.** | Тема 7: Патофизиология пищеварения |
| 2.7.1. | Патофизиология обмена белков |
| 2.7.2. | Патофизиология жирового обмена |
| 2.7.3. | Патофизиология обмена углеводов |
| 2.7.4. | Патофизиология водно-электролитного обмена |
| 2.7.5. | Роль нарушения функции коры головного мозга и вегетативной нервной системы в развитии расстройств пищеварения |
| 2.7.6. | Гормональная регуляция процессов пищеварения |
| 2.7.6.1. | Гормоны (пептиды) пищеварительного тракта. Типы эндокринных клеток. Понятие об APUD-системе |
| 2.7.6.2. | Нарушения гормональной регуляции пищеварения |
| **2.8.** | Тема 8: Клиническая морфология при заболеваниях органов пищеварения |
| 2.8.1. | Оценка прижизненного состояния тканей по данным биопсийных материалов |
| 2.8.2. | Результаты морфологического изучения операционного материала |
| 2.8.3. | Морфологическое изучение данных секции |
| 2.8.4. | Перспективы применения различных морфологических методов исследования в гастроэнтерологии |
| 2.8.4.1. | Гистология и морфометрия |
| 2.8.4.2. | Плоидометрия |
| 2.8.4.3. | Иммуноморфология |
| 2.8.4.4. | Электронная микроскопия |

Литература: 14, 15,22,24

Законодательные и нормативно-правовые документы: 1-13

**МОДУЛЬ 3. Методы исследования органов пищеварения**

|  |  |
| --- | --- |
| Код | Наименование тем, элементов и т.д. |
| 1 | 2 |
| **3** | **Раздел 3: МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ** |
| **3.1.** | **Тема 1: Значение врачебного обследования в диагностике гастроэнтерологических заболеваний** |
| 3.1.1. | Клинические методы исследования |
| 3.1.1.1. | Анамнез |
| 3.1.1.2. | Общие симптомы |
| 3.1.1.3. | Локальные симптомы |
| 3.1.1.4. | Осмотр |
| 3.1.1.5. | Перкуссия |
| 3.1.1.6. | Аускультация |
| 3.1.1.7. | Пальпация |
| **3.2.** | Тема 2: Лабораторные методы исследования |
| 3.2.1. | Клинический анализ крови |
| 3.2.2. | Биохимический анализ крови при заболеваниях поджелудочной железы |
| 3.2.2.1. | Состояние функции внешней секреции поджелудочной железы по уровню активности ферментов крови (амилазы, липазы, трипсина, эластазы 1) |
| 3.2.2.2. | Оценка уровня ингибитора трипсина в крови |
| 3.2.3. | Биохимический анализ крови при заболеваниях печени и желчных путей |
| 3.2.3.1. | Исследование пигментного обмена |
| 3.2.3.1.1. | Определение фракций билирубина в сыворотке крови |
| 3.2.3.2. | Оценка исследования уровня ферментов (АлАТ, АсАТ, ЛДГ, ЛАП, ХЭ, ГГТП, ЩФ, 5-нуклеотидазы) |
| 3.2.3.3. | Исследование белкового обмена |
| 3.2.3.3.1. | Общий белок и белковые фракции |
| 3.2.3.3.2. | Липопротеиды сыворотки крови |
| 3.2.3.3.3. | Гликопротеиды сыворотки крови |
| 3.2.3.3.4. | Осадочные пробы (сулемовая, тимоловая) |
| 3.2.3.4. | Оценка тестов иммунитета |
| 3.2.3.4.1. | Оценка клеточного феномена спонтанного розеткообразования |
| 3.2.3.4.2. | Оценка реакции бласттрансформации лимфоцитов |
| 3.2.3.4.3. | Оценка реакции торможения миграции лимфоцитов |
| 3.2.3.4.4. | Оценка гуморального иммунитета (классы иммуноглобулинов, реакции антигена с антителом, серологические тесты на вирусные гепатиты) |
| 3.2.3.4.5. | Серологические методы определения Нр (иммунологический, иммуноферментный) |
| 3.2.3.5. | Исследование липидного обмена |
| 3.2.3.5.1. | Определение общего содержания липидов в сыворотке крови |
| 3.2.3.5.2. | Определение общего холестерина, свободного холестерина, его эфиров |
| 3.2.3.6. | Определение содержания желчных кислот в сыворотке крови |
| 3.2.3.7. | Исследование углеводного обмена |
| 3.2.3.7.1. | Проба с нагрузкой галактозой (проба Бауэра) |
| 3.2.3.8. | Исследование поглотительно-выделительной функции печени |
| 3.2.3.9. | Исследование обезвреживающей функции печени |
| 3.2.3.9.1. | Исследование глюкуронидизационной функции |
| 3.2.3.10. | Исследование обмена микроэлементов |
| 3.2.3.10.1. | Определение железа в сыворотке крови |
| 3.2.3.10.2. | Определение меди в сыворотке крови |
| 3.2.3.10.3. | Определение церулоплазмина в сыворотке крови |
| 3.2.3.10.4. | Уровень электролитов в крови (K,Na,Cl,Ca,P) |
| 3.2.3.11. | Оценка процессов гемокоагуляции |
| 3.2.3.11.1. | Определение факторов свертывания крови (II, V,VI, VII, IX, X факторов) |
| 3.2.3.11.2. | Определение антикоагулянтной и фибринолитической активности крови |
| 3.2.3.11.3. | Определение количества тромбоцитов и динамических свойств тромбоцитов |
| 3.2.3.12. | Оценка порфиринового обмена |
| 3.2.3.12.1. | Определение уропорфирина крови |
| 3.2.3.12.2. | Определение копропорфиринов |
| 3.2.3.12.3. | Определение порфобилирубиногена |
| 3.2.3.13. | Определение дельта-аминолевули-новой кислоты |
| 3.2.3.14. | Определение альфа-фетопротеина, других онкомаркеров |
| 3.2.3.15. | Оценка функциональных свойств печени по синдромам |
| 3.2.3.15.1. | Синдром цитолиза |
| 3.2.3.15.2. | Синдром холестаза |
| 3.2.3.15.3 | Мезенхимально-воспалительный синдром |
| 3.2.3.16. | Определение ПЦР |
| 3.2.4. | Исследование мочи |
| 3.2.4.1. | Общий анализ мочи |
| 3.2.4.2. | Исследование мочи на сахар |
| 3.2.4.3. | Исследование мочи на амилазу и другие ферменты |
| 3.2.4.4. | Исследование мочи на желчные пигменты и уробилин |
| 3.2.5. | Исследование кала |
| 3.2.5.1. | Копрограмма |
| 3.2.5.2. | Анализ кала на скрытую кровь |
| 3.2.5.3. | Определение стеркобилина |
| 3.2.5.4. | Оценка состояния функции внешней секреции поджелудочной |
|  | железы по данным копрологического исследования и уровня эластазы 1 |
| 3.2.5.5. | Оценка состояния всасывания в тонкой кишке |
| 3.2.5.5.1. | Копрограмма |
| 3.2.5.5.2. | Тесты для оценки всасывания пищевых нутриентов (белков, жиров, углеводов, витаминов, микроэлементов) |
| 3.2.5.5.3. | Определение дисахаридаз в биоптатах тонкой кишки |
| 3.2.5.5.4. | Дыхательные тесты |
| 3.2.5.5.5. | Определения проницаемости кишечного барьера иммуноферментным методом при нагрузке овальбумином |
| 3.2.5.6. | Оценка состояния микрофлоры кишечника |
| 3.2.5.6.1. | Посев кала на дисбактериоз |
| 3.2.5.6.2. | Посев содержимого и биопсийного материала из тонкой и толстой кишки |
| 3.2.5.6.3. | Газожидкостная хроматография (метаболитный паспорт кишечной микрофлоры) |
| 3.2.5.7. | ПЦР-диагностика Нр |
| 3.2.5.8. | Методы исследования гастроинтестинальных гормонов |
| 3.3. | Тема 3: Методы исследования желудочной секреции |
| 3.3.1. | Методы зондового исследования с применением: |
| 3.3.1.1. | Слабой и средней силы стимуляторов желудочной секреции |
| 3.3.1.2. | Субмаксимальной стимуляции желудочной секреции |
| 3.3.1.2.1. | Простого гистаминового теста, стимуляции пентагастрином |
| 3.3.1.2.2. | Метода Лямблена |
| 3.3.1.2.3. | Двойного гистаминового теста |
| 3.3.1.2.4. | Двойного инсулино-гистаминового теста |
| 3.3.1.3. | Максимальной стимуляции желудочной секреции |
| 3.3.1.3.1. | Максимального гистаминового теста |
| 3.3.1.3.2. | Максимального инсулинового теста |
| 3.3.1.4. | Критерии выбора метода зондового исследования желудочной секреции |
| 3.3.1.5. | Оценка клинических показателей желудочной секреции |
| 3.3.1.5.1. | Понятие о часовом напряжении |
| 3.3.1.5.2. | Кислотность желудочного содержимого |
| 3.3.1.5.3. | Дебит соляной кислоты |
| 3.3.1.5.4. | Кислый и щелочной компоненты желудочной секреции |
| 3.3.1.5.5. | Методы определения пепсина |
| 3.3.1.5.6. | Гастромукопротеины желудочного сока |
| 3.3.1.5.7. | Определение белков желудочного сока методом электрофореза |
| 3.3.1.5.8. | Оценка содержимого желудка натощак |
| 3.3.1.5.9. | Оценка показателей базальной секреции (БАО) |
| 3.3.1.5.10. | Оценка секреторной реакции желудка на пищевые раздражители |
| 3.3.1.5.11. | Оценка секреторной реакции желудка на субмаксимальную стимуляцию |
| 3.3.1.5.12. | Секреторная реакция желудка на максимальную стимуляцию (МАО) |
| 3.3.1.5.13. | Типологические особенности желудочной секреции |
| 3.3.2. | Беззондовые методы исследования желудочной секреции |
| 3.3.2.1. | Десмоидная проба |
| 3.3.2.2. | Определение кислотности желудочного сока с помощью ионнообменных смол |
| 3.3.2.3. | Исследование уропепсина в моче и крови |
| 3.3.3. | Методы исследования экскреторной функции желудка |
| 3.3.3.1. | Хромоскопия |
| 3.3.3.2. | Радиоизотопная диагностика экскреторной функции желудка (сканирование желудка) |
| 3.3.4. | Определение микрофлоры содержимого желудка (бактериологический метод) |
| **3.4.** | Тема 4: Методы исследования дуоденального содержимого |
| 3.4.1. | Методика классического дуоденального зондирования |
| 3.4.2. | Методика фракционного дуоденального зондирования |
| 3.4.3. | Методика хроматического дуоденального зондирования |
| 3.4.4. | Оценка результатов дуоденального зондирования |
| 3.4.4.1. | Времени выделения желчи, объема, удельного веса, рН |
| 3.4.4.2. | Микроскопии желчи (цитологическое исследование) |
| 3.4.4.3. | Бактериологического и паразитарного исследования желчи |
| 3.4.4.4. | Биохимии желчи |
| 3.4.4.4.1. | Липидного комплекса |
| 3.4.4.4.2. | Желчных кислот, холестерина, фосфолипидов, билирубина, холатохолестеринового коэффициента, С-реактивного белка |
| 3.4.5. | Методика двойного зонда, 3-канального зонда |
| 3.4.5.1. | Определение ферментов в дуоденальном содержимом (трипсина, химотрипсина, липазы, амилазы, коллагеназы, эластазы и др.) |
| 3.4.5.2. | Оценка состояния внешнесекреторной функции поджелудочной железы по уровню содержания ферментов в дуоденальном содержимом |
| 3.4.5.3. | Оценка состояния внешнесекреторной функции поджелудочной железы по уровню бикарбонатов, белка, и электролитов в дуоденальном содержимом |
| 3.4.5.4. | Оценка состояния полостного пищеварения по уровню ферментов в кишечном химусе |
| **3.5.** | Тема 5: Инструментальные и аппаратные методы исследования |
| 3.5.1. | Рентгенологические |
| 3.5.1.1. | Рентгеноскопия |
| 3.5.1.2. | Рентгенография |
| 3.5.1.3. | Рентгенотомография |
| 3.5.1.4. | Рентгеноангиография |
| 3.5.1.5. | Дуоденография, релаксационная дуоденография |
| 3.5.1.6. | Ирригоскопия |
| 3.5.1.7. | Рентгеноконтрастные методы исследования желчевыводящих путей |
| 3.5.1.7.1. | Холецистография |
| 3.5.1.7.2. | Холангиография |
| 3.5.2. | Эндоскопические методы |
| 3.5.2.1. | Эзофагогастродуоденоскопия |
| 3.5.2.2. | Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография |
| 3.5.2.3. | Колоноскопия |
| 3.5.3. | Ректороманоскопия |
| 3.5.4. | Лапароскопия |
| 3.5.5. | Радиоизотопные методы (сцинтиграфические методы) |
| 3.5.5.1. | Гепатобилисцинтиграфия |
| 3.5.5.2. | Гастродуоденосцинтиграфия |
| 3.5.5.3. | Радиоизотопное исследование моторной функции тонкой и толстой кишки |
| 3.5.6. | Компьютерная томография |
| 3.5.7. | Ультразвуковое исследование |
| 3.5.8. | Электрогастрография, баллонно-кимография |
| 3.5.9. | рН-метрия |
| 3.5.10. | Уреазный дыхательный тест |
| 3.5.11. | Уреазный тест в биоптатахСО желудка и 12 п.к. |
| 3.5.12. | Пункционная биопсия печени, биопсия печени и поджелудочной железы под контролем УЗИ |
| 3.5.13. | Морфологические методы исследования (гистологический, иммуногистохимический, ПЦР) |
| 3.5.14. | Цитологические методы исследования |
| 3.5.15. | Хирургические методы (лапароскопия, лапаротомия, операционная холецистохолангиография) |
| 3.5.16. | Манометрический метод |
| 3.5.16.1. | Ионо-манометрический метод |
| 3.5.17. | Ядерномагнитный резонанс |

Литература: 4,12, 14, 15,22,24, 26,32

Законодательные и нормативно-правовые документы: 1-13

**МОДУЛЬ 4. Болезни пищевода**

|  |  |
| --- | --- |
| Код | Наименование тем, элементов и т.д. |
| 4. | **Раздел 4: Болезнипищевода** |
| **4.1.** | Тема 1: Анатомия и физиология пищевода |
| 4.1.1. | Топографическая анатомия пищевода |
| 4.1.1.1. | Строение стенок пищевода |
| 4.1.1.2. | Кровоснабжение |
| 4.1.1.3. | Иннервация |
| 4.1.1.4. | Лимфатическая система пищевода |
| 4.1.1.5. | Фиксация пищевода в пищеводном отверстии диафрагмы |
| 4.1.1.6. | Анатомия пищеводного отверстия диафрагмы |
| 4.1.2. | Физиология пищевода |
| 4.1.2.1. | Участие пищевода в акте глотания |
| 4.1.2.2. | Замыкательный механизм кардии |
| **4.2.** | Тема 2: Функциональные расстройства пищевода |
| 4.2.1. | Этиология дискинезий пищевода |
| 4.2.2. | Патогенез |
| 4.2.3. | Классификация |
| 4.2.3.1. | Гиперкинетическая форма (первичная, вторичная) |
| 4.2.3.2. | Гипокинетическая форма (гипотония, атония, парез, паралич, халазиякардии) |
| 4.2.4. | Клиника |
| 4.2.5. | Диагностика |
| 4.2.5.1. | Дифференциальный диагноз |
| 4.2.6. | Лечение |
| 4.2.6.1. | Диетотерапия |
| 4.2.6.2. | Лекарственная терапия |
| 4.2.6.3. | Психотерапия |
| 4.2.7. | Нарушение функции сфинктеров |
| 4.2.7.1. | Гипотония нижнего сфинктера пищевода – кардиоэзофагеальная недостаточность (халазиякардии) |
| 4.2.7.2. | Этиология |
| 4.2.7.3. | Клиника |
| 4.2.7.4. | Диагностика |
| 4.2.7.5. | Дифференциальная диагностика |
| 4.2.7.6. | Лечение |
| **4.3.** | Тема 3: Гастроэзофагеальнаярефлюксная болезнь |
| 4.3.1. | Общие вопросы и классификация |
| 4.3.2. | Этиология и патогенез |
| 4.3.3. | Клиника |
| 4.3.4. | Клинические «маски» заболевания |
| 4.3.4.1. | Псевдокоронарная |
| 4.3.4.2. | Стенокардическая |
| 4.3.4.3. | Аритмическая |
| 4.3.4.4. | Анемическая |
| 4.3.4.5. | Бронхопищеводная |
| 4.3.4.6. | Ларингологическая |
| 4.3.4.7. | Особенности клинического течения в пожилом возрасте |
| 4.3.5. | Осложнения |
| 4.3.6. | Диагноз, дифференциальный диагноз |
| 4.3.7. | Лечение |
| 4.3.7.1. | Диетотерапия |
| 4.3.7.2. | Лекарственная терапия |
| 4.3.8. | Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы |
| 4.3.8.1. | Классификация |
| 4.3.8.2. | Механизмы развития ГПОД: аксиальных, параэзофагеальных, короткого пищевода |
| 4.3.8.3. | Клиника, клинические «маски», осложнения |
| 4.3.8.4. | Диагноз |
| 4.3.8.5. | Лечение, показания к оперативному лечению |
| **4.4.** | Тема 4: Эзофагиты |
| 4.4.1. | Острые эзофагиты |
| 4.4.1.1. | Общие вопросы и классификация |
| 4.4.1.2. | Этиология, патогенез |
| 4.4.1.3. | Клинико-морфологические формы: катаральный, эрозивный, геморрагический, фибринозный, мембранозный, некротический, септический и другие эзофагиты |
| 4.4.1.4. | Осложнения |
| 4.4.1.5. | Диагноз, дифференциальный диагноз |
| 4.4.1.6. | Лечение: диетотерапия, лекарственная терапия |
| 4.4.1.7. | Показания к хирургическому лечению |
| 4.4.1.8. | Профилактика |
| 4.4.1.9. | Ведение больных в амбулаторных условиях, показания к госпитализации |
| 4.4.1.10. | Диспансеризация |
| 4.4.1.11. | Медико-социальная экспертиза и реабилитация |
| 4.4.2. | Хронические эзофагиты |
| 4.4.2.1. | Общие вопросы и классификация |
| 4.4.2.2. | Этиология и патогенез |
| 4.4.2.3. | Клинико-морфологическая картина |
| 4.4.2.4. | Осложнения |
| 4.4.2.5. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 4.4.2.6. | Лечение: диетотерапия, лекарственная терапия, фитотерапия, психотерапия |
| 4.4.2.7. | Профилактика |
| 4.4.2.8. | Диспансеризация |
| 4.4.2.9. | Медико-социальная экспертиза и реабилитация |
| 4.4.3. | Рефлюкс-эзофагит |
| 4.4.3.1. | Общие вопросы и классификация |
| 4.4.3.2. | Этиология и патогенез |
| 4.4.3.3. | Клинические формы: латентная, альгическая, диспептичесакя, кардиалгическая, анемическая и другие |
| 4.4.3.4. | Осложнения |
| 4.4.3.5. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 4.4.3.6. | Лечение: диетотерапия, лекарственная терапия, психотерапия |
| 4.4.3.7. | Показания к хирургическому лечению |
| 4.4.3.8. | Профилактика |
| 4.4.3.9. | Ведение больных в амбулаторных условиях, показания кгоспитализац. |
| 4.4.3.10. | Диспансеризация |
| 4.4.3.11. | Медико-социальная экспертиза и реабилитация |
| **4.5.** | Тема 5: Пептическая язва пищевода |
| 4.5.1. | Частота и распространение |
| 4.5.2. | Этиология и патогенез |
| 4.5.3. | Патанатомические признаки |
| 4.5.4 | Клиника, клинические формы: болевая, диспепсическая, псевдокоронарная, геморрагическая, дисфагическая |
| 4.5.5. | Осложнения, течение заболевания |
| 4.5.6. | Диагностика |
| 4.5.6.1. | Рентгенодиагностика |
| 4.5.6.2. | Эндоскопическая диагностика |
| 4.5.6.3. | рН-метрия |
| 4.5.7. | Дифференциальный диагноз |
| 4.5.8. | Лечение |
| 4.5.8.1. | Диетотерапия |
| 4.5.8.2. | Лекарственная терапия |
| 4.5.8.3. | Эндоскопическое местное лечение |
| 4.5.8.4. | Лазеротерапия |
| 4.5.8.5. | Хирургическое лечение |
| 4.5.9. | Профилактика |
| 4.5.10. | Диспансеризация |
| 4.5.11. | Медико-социальная экспертиза и реабилитация |
| **4.6.** | Тема 6: Дивертикулы пищевода |
| 4.6.1. | Распространение, классификация |
| 4.6.2. | Этиология, патогенез |
| 4.6.3. | Особенности клиники в зависимости от локализации |
| 4.6.3.1. | Клиника глоточно-пищеводных дивертикулов |
| 4.6.3.2. | Клиника бифуркационных дивертикулов |
| 4.6.3.3. | Клиника эпифренальных дивертикулов |
| 4.6.4. | Осложнения |
| 4.6.5. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 4.6.6. | Лечение |
| 4.6.6.1. | Диетотерапия |
| 4.6.6.2. | Лекарственная терапия |
| 4.6.6.3. | Хирургическое лечение |
| 4.6.7. | Профилактика |
| 4.6.8. | Диспансеризация |
| 4.6.9. | Медико-социальная экспертиза и реабилитация |
| 4.7. | Тема 7: Ахалазиякардии |
| 4.7.1. | Терминология и классификация |
| 4.7.2. | Этиология и патогенез |
| 4.7.3. | Патологическая анатомия |
| 4.7.4. | Клиника, варианты течения |
| 4.7.5. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 4.7.6. | Лечение |
| 4.7.6.1. | Консервативная терапия |
| 4.7.6.2. | Кардиодилатация, эндоскопическая кардиодилатация |
| 4.7.6.3. | Хирургическое лечение |
| 4.7.7. | Диспансеризация |
| 4.7.8. | Медико-социальная экспертиза и реабилитация |
| **4.8.** | Тема 8: Стенозы пищевода |
| 4.8.1. | Общие вопросы и классификация |
| 4.8.2. | Этиология и патогенез |
| 4.8.3. | Клиника |
| 4.8.4. | Осложнения |
| 4.8.5. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 4.8.6. | Лечение |
| 4.8.6.1 | Показания к хирургическому лечению |
| 4.8.7. | Профилактика |
| 4.8.8. | Диспансеризация |
| 4.8.9. | Медико-социальная экспертиза и реабилитация |
| **4.9.** | Тема 9: Специфические поражения пищевода |
| 4.9.1. | Аллергические поражения пищевода |
| 4.9.1.1. | Этиология |
| 4.9.1.2. | Патогенез |
| 4.9.1.3. | Клиника |
| 4.9.1.4. | Диагностика |
| 4.9.1.5. | Дифференциальный диагноз |
| 4.9.1.6. | Лечение |
| 4.9.1.7. | Диспансеризация |
| 4.9.2. | Туберкулез пищевода |
| 4.9.2.1. | Распространенность заболевания |
| 4.9.2.2. | Патогенез |
| 4.9.2.3. | Патологоанатомические формы: язвенная, склерозирующая и гранулематозная |
| 4.9.2.4. | Клиника |
| 4.9.2.5. | Диагностика |
| 4.9.2.6. | Осложнения |
| 4.9.2.7. | Лечение |
| 4.9.3. | Сифилис пищевода |
| 4.9.3.1. | Частота распространения |
| 4.9.3.2. | Патологоанатомические формы |
| 4.9.3.3. | Клиника |
| 4.9.3.4. | Диагностика |
| 4.9.3.5. | Лечение |
| 4.9.4. | Микозы пищевода: кандидамикоз, актиномикоз |
| 4.9.4.1. | Этиология |
| 4.9.4.2. | Патогенез |
| 4.9.4.3. | Клиника |
| 4.9.4.4. | Диагностика |
| 4.9.4.5. | Лечение |
| 4.9.5. | Склеродермия пищевода |
| 4.9.5.1. | Общие вопросы |
| 4.9.5.2. | Патологическая анатомия |
| 4.9.5.3. | Клиника |
| 4.9.5.4. | Диагноз |
| 4.9.5.5. | Дифференциальный диагноз |
| 4.9.5.6. | Лечение |

Литература: 6,9,11,12,14, 22, 24 Законодательные и нормативно-правовые документы: 1-13

**МОДУЛЬ 5. Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки**

|  |  |
| --- | --- |
| Код | Наименование тем, элементов и т.д. |
| 1 | 2 |
| 5. | **Раздел 5: Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки** |
| **5.1.** | Тема 1: Анатомия и физиология желудка и двенадцатиперстной кишки |
| 5.1.1. | Строение стенки желудка и двенадцатиперстной кишки |
| 5.1.2. | Кровоснабжение |
| 5.1.3. | Иннервация |
| 5.1.4. | Лимфообращение |
| 5.1.5. | Секреторная функция желудка (механизм желудочной секреции) |
| 5.1.6. | Пищеварительные гормоны в регуляции желудочной секреции (гастрин, гистамин, серотонин и др.) |
| 5.1.7. | Типы желудочной секреции |
| 5.1.8. | Экскреторная функция желудка |
| 5.1.9. | Роль желудка в кроветворении |
| 5.1.10. | Секреторная функция двенадцатиперстной кишки |
| 5.1.11. | Гормональная функция двенадцатиперстной кишки |
| 5.1.12. | Роль желудка и двенадцатиперстной кишки в пищеварении |
| 5.1.13. | Всасывательная функция желудка и двенадцатиперстной кишки |
| 5.1.14. | Моторно-эвакуаторная функция желудка и двенадцатиперстной кишки |
| 5.1.14.1. | Механизмы регуляции моторно-эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки |
| **5.2.** | Тема 2: Функциональные расстройства желудка |
| 5.2.1. | Классификация, Римские критерии |
| 5.2.1.1. | По происхождению (первичные, вторичные) |
| 5.2.1.2. | По типу нарушения (гиперстенические, нормостенические, гипостенические, астенические) |
| 5.2.1.3. | По форме (болевые, диспепсические, смешанные) |
| 5.2.2. | Этиология и патогенез |
| 5.2.2.1. | Нарушения в питании |
| 5.2.2.2. | Заболевания внутренних органов |
| 5.2.2.3. | Профвредности |
| 5.2.2.4 | Нервно-эмоциональные перенапряжения |
| 5.2.3. | Клиника |
| 5.2.3.1. | Язвенноподобный вариант диспепсии |
| 5.2.3.2. | Дискинетический вариант диспепсии |
| 5.2.3.3. | Неспецифический вариант диспепсии |
| 5.2.4. | Отдельные формы функциональных расстройств |
| 5.2.4.1. | Кардиоспазм |
| 5.2.4.2. | Пилороспазм |
| 5.2.4.3. | Острое расширение желудка |
| 5.2.4.4. | Аэрофагия |
| 5.2.4.5. | Привычная рвота |
| 5.2.5. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 5.2.6. | Лечение |
| 5.2.6.1. | Диетотерапия |
| 5.2.6.2. | Витаминотерапия |
| 5.2.6.3. | Лекарственное лечение |
| 5.2.6.4. | Физиотерапевтическое лечение |
| 5.2.6.5. | Психотерапевтическое лечение |
| 5.2.6.6. | Санаторно-курортное лечение |
| 5.2.7. | Профилактика |
| **5.3.** | Тема 3: Острые гастриты |
| 5.3.1. | Общие вопросы и классификация |
| 5.3.2. | Этиология и патогенез |
| 5.3.3. | Клиника |
| 5.3.4. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 5.3.5. | Лечение |
| 5.3.6. | Прогноз |
| 5.3.7. | Профилактика |
| 5.3.8. | Медико-социальная экспертиза и реабилитация |
| **5.4.** | Тема 4: Хронические гастриты |
| 5.4.1. | Общие вопросы и классификация. Сиднейская система, Хьюстонская классификация |
| 5.4.2. | Этиология и патогенез, роль Нр |
| 5.4.3. | Клиника хронического гастрита |
| 5.4.3.1. | Атрофического фундального |
| 5.4.3.2. | Аутоиммунного |
| 5.4.3.3. | Антрального, ассоциированного с Нр |
| 5.4.3.4. | Рефлюкс-гастрита |
| 5.4.4. | Особые формы гастрита |
| 5.4.4.1. | Гранулематозный гастрит |
| 5.4.4.2. | Лимфоцитарный гастрит |
| 5.4.4.3. | Инфекционный гастрит (не связанный с Нр) |
| 5.4.4.4. | Эозинофильный (аллергический) гастрит |
| 5.4.4.5. | Геморрагический гастрит |
| 5.4.4.6. | Гигантский гипертрофический гастрит (болезнь Менетрие) |
| 5.4.5 | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 5.4.6. | Лечение |
| 5.4.6.1. | Диетотерапия |
| 5.4.6.2. | Медикаментозное |
| 5.4.6.3. | Фитотерапия |
| 5.4.6.4. | Санаторно-курортное |
| 5.4.7. | Профилактика |
| 5.4.8. | Диспансеризация |
| 5.4.9. | Медико-социальная экспертиза и реабилитация |
| **5.5.** | Тема 5: Язвенная болезнь с локализацией процесса в желудке и двенадцатиперстной кишке |
| 5.5.1. | Общие вопросы и классификация |
| 5.5.2. | Предъязвенное состояние – хронический гастродуоденит |
| 5.5.3. | Этиология, патогенез, роль Нр |
| 5.5.3.1. | Особенности патогенеза у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки |
| 5.5.3.2. | Особенности патогенеза у больных язвенной болезнью желудка |
| 5.5.4. | Клиника, особенности клинического течения у различных возрастных групп: в старческом и подростковом возрасте |
| 5.5.4.1. | Варианты клинического течения (часто рецидивирующая, непрерывно рецидивирующая язвенная болезнь и др.) |
| 5.5.4.2. | Особенности течения при локализации в постбульбарной зоне |
| 5.5.5. | Осложнения |
| 5.5.6. | Диагностика и дифференциальный диагноз |
| 5.5.7. | Лечение |
| 5.5.7.1. | Диетотерапия |
| 5.5.7.2. | Антацидные и антипептические препараты, адсорбенты |
| 5.5.7.3. | Холинолитики, прокинетики |
| 5.5.7.4. | Н2-гистаминрецепторные блокаторы |
| 5.5.7.5. | Блокаторы протонной помпы |
| 5.5.7.6. | Препараты, усиливающие репаративные процессы |
| 5.5.7.7. | Антибактериальные препараты |
| 5.5.7.8. | Седативные средства |
| 5.5.7.9. | Антихеликобактерные курсы (схемы) |
| 5.5.7.10. | Витаминотерапия |
| 5.5.7.11. | Фитотерапия |
| 5.5.7.12. | Местное лечение язв различной локализации |
| 5.5.7.13. | Физиотерапия, рефлексотерапия |
| 5.5.7.14. | Санаторно-курортное лечение |
| 5.5.7.14.1. | Показания, противопоказания и выбор курорта |
| 5.5.7.15. | Показания к хирургическому лечению |
| 5.5.8. | Диспансеризация, противорецидивное лечение |
| 5.5.9. | Медико-социальная экспертиза и реабилитация |
| 5.5.10. | Симптоматические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки |
| 5.5.10.1. | Язвы при сердечно-сосудистой патологии |
| 5.5.10.2. | Язвы при хронических поражениях легких |
| 5.5.10.3. | Язвы при гепатитах и циррозах |
| 5.5.10.4. | Эндокринные язвы: при гиперпаратиреозе, при тиреотоксикозе, ульцерогенной аденоме поджелудочной железы – синдроме Золлингера-Эллисона (см курс 10) |
| 5.5.10.5. | Язвы при заболеваниях крови |
| 5.5.10.6 | Язвы при коллагенозах |
| 5.5.10.7. | Язвы при заболеваниях почек |
| 5.5.11. | Лекарственные язвы |
| 5.5.11.1. | Стероидные язвы |
| 5.5.11.2. | Аспириновые язвы |
| 5.5.11.3. | Язвы при использовании нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) |
| 5.5.12. | Стрессовые язвы |
| 5.5.12.1. | На фоне ожоговой болезни (язвы Керлинга) |
| 5.5.12.2. | На фоне лучевой болезни |
| 5.5.12.3. | При нарушениях мозгового кровообращения и травмах центральной нервной системы (язвы Кушинга) |
| 5.5.12.4. | При острых инфарктах миокарда и кардиогенном шоке |
| 5.5.12.5. | Язвы после хирургических вмешательств (послеоперационные острые язвы) |
| **5.6.** | Тема 6: Болезни оперированного желудка (постгастрорезекционные расстройства) |
| 5.6.1. | Общие вопросы, характеристика наиболее распространенных методов резекции желудка |
| 5.6.2. | Классификация |
| 5.6.3. | Функциональные постгастрорезекционные расстройства |
| 5.6.3.1. | Демпинг-синдром |
| 5.6.3.2. | Функциональный синдром приводящей петли |
| 5.6.3.3. | Гипогликемический синдром |
| 5.6.3.4. | Постгастрорезекционная астения |
| 5.6.4. | Органические постгастрорезекционные расстройства |
| 5.6.4.1. | Расстройства, связанные с механическими причинами: механический синдром приводящей петли, нарушение функции межкишечного соустья |
| 5.6.4.2. | Расстройства, связанные с воспалительно-дистрофическим процессом: гастрит культи желудка, анастомозиты, пептические язвы культи желудка, анастомоза тонкой кишки, холециститы, панкреатиты |
| 5.6.4.3. | Постгастрорезекционная дистрофия |
| 5.6.5. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 5.6.6. | Лечение |
| 5.6.6.1. | Диетотерапия |
| 5.6.6.2. | Медикаментозная терапия |
| 5.6.6.3. | Показания к оперативному лечению |
| 5.6.7. | Диспансеризация |
| 5.6.8. | Профилактика постгастрорезекционных расстройств |
| 5.6.9. | Медико-социальная экспертиза и реабилитация |
| **5.7.** | Тема 7: Постваготомические расстройства |
| 5.7.1. | Общие вопросы, показания к операции селективной проксимальной ваготомии (СПВ) |
| 5.7.2. | Функциональные постваготомические расстройства |
| 5.7.2.1. | Демпинг-синдром |
| 5.7.2.2. | Гастро- и дуоденостазы |
| 5.7.2.3. | Нарушение моторики тонкой и толстой кишки (дискинезии) |
| 5.7.3. | Органические постваготомические расстройства |
| 5.7.3.1. | Рецидивы язв в гастродуоденальной зоне |
| 5.7.3.2. | Рефлюкс-эзофагиты, рефлюкс-гастриты |
| 5.7.3.3. | Желчнокаменная болезнь |
| 5.7.4. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 5.7.5. | Лечение |
| 5.7.5.1. | Диетотерапия |
| 5.7.5.2. | Медикаментозная терапия |
| 5.7.5.3. | Показания к операции |
| 5.7.6. | Диспансеризация |
| 5.7.7. | Медико-социальная экспертиза и реабилитация |
| **5.8.** | Тема 8: Хронические дуодениты |
| 5.8.1. | Классификация |
| 5.8.2. | Этиология |
| 5.8.3. | Патогенез |
| 5.8.4. | Морфологическая картина |
| 5.8.4.1. | Поверхностный дуоденит |
| 5.8.4.2. | Эрозивный дуоденит |
| 5.8.4.3. | Атрофический дуоденит |
| 5.8.5. | Клиника |
| 5.8.6. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 5.8.7. | Лечение |
| 5.8.8. | Профилактика |
| 5.8.9. | Медико-социальная экспертиза и реабилитация |
| **5.9.** | Тема 9: Хронические папиллиты, оддиты |
| 5.9.1. | Этиология |
| 5.9.2. | Патогенез |
| 5.9.3. | Клиника |
| 5.9.4. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 5.9.5. | Лечение |
| 5.9.6. | Профилактика |
| 5.9.7. | Медико-социальная экспертиза и реабилитация |
| **5.10.** | Тема 10: Дивертикулы двенадцатиперстной кишки |
| 5.10.1. | Классификация |
| 5.10.2. | Этиология |
| 5.10.3. | Патогенез |
| 5.10.4. | Клиника |
| 5.10.5. | Осложнения |
| 5.10.5.1. | Дивертикулиты, перидивертикулиты |
| 5.10.5.2. | Кровотечения |
| 5.10.5.3. | Новообразования в дивертикулах |
| 5.10.5.4. | Перфорация, пенетрация |
| 5.10.6. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 5.10.7. | Лечение |
| 5.10.8. | Диспансеризация |
| 5.10.9. | Медико-социальная экспертиза и реабилитация |
| **5.11.** | Тема 11: Хроническое нарушение проходимости двенадцатиперстной кишки – дуоденостаз |
| 5.11.1. | Классификация |
| 5.11.2. | Этиология, патогенез |
| 5.11.2.1. | Первичный дуоденостаз |
| 5.11.2.2. | Вторичный дуоденостаз |
| 5.11.3. | Клиника, течение болезни |
| 5.11.4. | Осложнения |
| 5.11.5. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 5.11.6. | Консервативное лечение |
| 5.11.7. | Показания к операции |
| 5.11.8. | Профилактика |
| 5.11.9. | Диспансеризация |
| 5.11.10. | Медико-социальная экспертиза и реабилитация |
| **5.12.** | Тема 12: Редкие (труднодиагностируемые) заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки |
| 5.12.1. | Туберкулез желудка и двенадцатиперстной кишки |
| 5.12.2. | Сифилитическое поражение желудка и двенадцатиперстной кишки |
| 5.12.3. | Актиномикоз желудка и двенадцатиперстной кишки |
| 5.12.4. | Болезнь Крона с поражением желудка и двенадцатиперстной кишки |
| 01 5.12.5. | Саркоидоз желудка |
| 5.12.6. | Амилоидоз желудка и двенадцатиперстной кишки |
| 5.12.7. | Лимфогранулематоз желудка |

Литература: 1, 6, 8,12, 13, 14, 22, 24, 37, 42

Законодательные и нормативно-правовые документы: 1-13

**МОДУЛЬ 6. Болезни печени**

|  |  |
| --- | --- |
| Код | Наименование тем, элементов и т.д. |
| 1 | 2 |
| 6. | **Раздел 6: Болезнипечени** |
| 6.1. | Тема 1: Анатомия и физиология печени |
| 6.1.1. | Анатомия печени |
| 6.1.2. | Функциональная морфология печени |
| 6.1.3. | Физиология печени |
| 6.1.3.1. | Участие в обмене веществ |
| 6.1.3.2. | Желчеобразование и желчевыделение |
| 6.1.3.3. | Барьерная функция |
| 6.1.3.4. | Обмен гормонов и ферментов |
| **6.2.** | Тема 2: Основные гепатологические синдромы |
| 6.2.1. | Желтуха |
| 6.2.1.1. | Дифференциальный диагноз желтух |
| 6.2.2. | Холестаз |
| 6.2.3. | Портальная гипертензия |
| 6.2.4. | Асцит |
| 6.2.5. | Печеночная недостаточность |
| **6.3.** | Тема 3: Хронические гепатиты |
| 6.3.1. | Определение |
| 6.3.2. | Распространение |
| 6.3.3. | Этиология, патогенез |
| 6.3.4. | Морфологические особенности |
| 6.3.5. | Классификация |
| 6.3.6. | Хронический гепатит В |
| 6.3.6.1. | Маркеры гепатита В |
| 6.3.6.2. | Стадии HBV-инфекции |
| 6.3.6.3. | Механизмы хронизации |
| 6.3.6.4. | Клинические проявления |
| 6.3.7. | Хронический гепатит С |
| 6.3.7.1. | Маркеры гепатита С |
| 6.3.7.2. | Клинические проявления |
| 6.3.7.3. | Внепеченочные проявления |
| 6.3.8. | Хронический гепатит Д |
| 6.3.8.1. | Особенности течения |
| 6.3.9. | Хронический аутоиммунный гепатит |
| 6.3.9.1. | Иммунные механизмы и аутоантитела |
| 6.3.9.2. | Морфологические особенности |
| 6.3.9.3. | Клинические проявления |
| 6.3.9.4. | Внепеченочные проявления |
| 6.3.10. | Хронический лекарственный гепатит |
| 6.3.11. | Криптогенный гепатит |
| 6.3.12. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 6.3.13. | Общие принципы лечения |
| 6.3.13.1. | Диета и режим |
| 6.3.13.2. | Гепатопротекторы |
| 6.3.13.3. | Аминокислоты и гидролизаты белка |
| 6.3.13.4. | Глюкокортикостероиды |
| 6.3.13.5. | Иммунодепрессивные препараты |
| 6.3.13.6. | Иммуномодуляторы |
| 6.3.13.7. | Противовирусные препараты |
| 6.3.13.8. | Фитотерапия |
| 6.3.13.9. | Гипербарическая оксигенация |
| 6.3.13.10. | Трансплантация печени |
| 6.3.13.11. | Санаторно-курортная терапия |
| 6.3.14. | Прогноз и исходы |
| 6.3.15. | Медико-социальная экспертиза и реабилитация |
| 6.3.16. | Диспансеризация |
| **6.4.** | Тема 4: Циррозы печени |
| 6.4.1. | Определение и распространение |
| 6.4.2. | Этиология и патогенез |
| 6.4.3. | Морфогенез |
| 6.4.4. | Классификация, активность и компенсация |
| 6.4.5. | Основные клинические синдромы |
| 6.4.5.1. | Печеночная недостаточность |
| 6.4.5.2. | Портальная гипертензия |
| 6.4.5.3. | Спленомегалия и синдром гиперспленизма |
| 6.4.5.4. | Асцит |
| 6.4.5.5. | Геморрагический синдром |
| 6.4.5.6. | Системные поражения |
| 6.4.6. | Осложнения |
| 6.4.6.1. | Кровотечение из варикозно расширенных вен желудка и пищевода |
| 6.4.6.2. | Гепаторенальный синдром |
| 6.4.6.3. | Печеночная энцефалопатия и кома |
| 6.4.6.4. | Спонтанный бактериальный перитонит |
| 6.4.7. | Исходы |
| 6.4.8. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 6.4.9. | Общие принципы лечения |
| 6.4.9.1. | Диета и режим |
| 6.4.9.2. | Аминокислоты, гидролизаты белков и препараты крови |
| 6.4.9.3. | Антибиотики |
| 6.4.9.4. | Противовируснае препараты |
| 6.4.9.5. | Гепатопротективные средства |
| 6.4.9.6. | Глюкокортикостероиды |
| 6.4.9.7. | Иммунодепрессанты |
| 6.4.9.8. | Диуретические средства |
| 6.4.9.9. | Симптоматическая терапия |
| 6.4.9.10. | Лечение печеночной недостаточности |
| 6.4.9.11. | Лечение портальной гипертензии |
| 6.4.9.12. | Лечение геморрагического синдрома |
| 6.4.9.13. | Гипербарическая оксигенация |
| 6.4.9.14. | Гемосорбция |
| 6.4.9.15. | Показания к трансплантации печени |
| 6.4.10. | Медико-социальная экспертиза и реабилитация |
| 6.4.11. | Диспансеризация |
| **6.5.** | Тема 5: Билиарный цирроз печени |
| 6.5.1. | Определение и классификация |
| 6.5.2. | Этиология и патогенез |
| 6.5.3. | Морфологические особенности |
| 6.5.4. | Особенности клинических проявлений при первичном и вторичном билиарном циррозе |
| 6.5.5. | Дифференциальный диагноз при холестазе |
| 6.5.6. | Исходы |
| 6.5.7. | Общие принципы лечения |
| 6.5.7.1. | Режим и диета |
| 6.5.7.2. | Дезинтоксикационная и метаболическая терапия |
| 6.5.7.3. | Жирорастворимые витамины |
| 6.5.7.4. | Глюкокортикоиды |
| 6.5.7.5. | Иммунодепрессанты |
| 6.5.7.6. | Препараты, способствующие выведению меди (Д-пеницилламин) |
| 6.5.7.7. | Невсасывающиеся полимеры (холестрол, вазозан и др.) |
| 6.5.7.8. | Урсодезоксихолевая кислота, гептрал |
| 6.5.7.9. | Гемо- и лимфосорбция |
| 6.5.7.10. | Хирургическое лечение |
| **6.6.** | Тема 6: Болезни накопления и энзимопатии |
| 6.6.1. | Определение и классификация |
| 6.6.2. | Частота и распространение |
| 6.6.3. | Этиология и патогенез |
| 6.6.4. | Морфологические особенности |
| 6.6.5. | Клинические проявления |
| 6.6.5.1. | Особенности отдельных морфологических форм (гемохроматоза, наследственных пигментных гепатозов, порфирий, амилоидоза и жирового гепатоза, гепатоцеребральной дистрофии и др.) |
| 6.6.6. | Осложнения |
| 6.6.7. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 6.6.8. | Исходы |
| 6.6.9. | Общие принципы лечения отдельных нозологических форм |
| 6.6.10. | Медико-социальная экспертиза и реабилитация |
| 6.6.11. | Диспансеризация |
| **6.7.** | Тема 7: Заболевания сосудов печени |
| 6.7.1. | Частота и распространение |
| 6.7.2. | Этиология и патогенез |
| 6.7.3. | Морфология |
| 6.7.4. | Классификация |
| 6.7.4.1. | Заболевания печеночной артерии |
| 6.7.4.2. | Заболевания воротной вены |
| 6.7.4.3. | Заболевания печеночных вен |
| 6.7.5. | Особенности течения отдельных клинических форм |
| 6.7.6. | Осложнения |
| 6.7.7. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 6.7.8. | Исходы |
| 6.7.9. | Общие принципы консервативной терапии |
| 6.7.10. | Хирургическое лечение |
| 6.7.11. | Медико-социальная экспертиза и реабилитация |
| **6.8.** | Тема 8: Алкогольные поражения печени |
| 6.8.1. | Частота и распространение |
| 6.8.2. | Факторы риска |
| 6.8.2.1. | Метаболизм этанола в печени |
| 6.8.3. | Особенности морфологических проявлений и клиники отдельных форм |
| 6.8.3.1. | Алкогольная гепатомегалия |
| 6.8.3.2. | Жировой гепатоз |
| 6.8.3.3. | Острый алкогольный гепатит |
| 6.8.3.4. | Хронический алкогольный гепатит |
| 6.8.3.5. | Фиброз и цирроз печени |
| 6.8.3.6. | Гепатоцеллюлярная карцинома |
| 6.8.4. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 6.8.5. | Прогноз |
| 6.8.6. | Лечение |
| 6.8.7. | Трансплантация печени |
| **6.9.** | Тема 9: Поражения печени при болезнях внутренних органов |
| 6.9.1. | Поражение печени при хронической недостаточности кровообращения |
| 6.9.2. | Поражение печени при системных заболеваниях |
| 6.9.3. | Поражение печени при заболеваниях органов пищеварения |
| 6.9.4. | Поражение печени при заболеваниях органов кроветворения |
| 6.9.5. | Поражение печени при эндокринных расстройствах |
| 6.9.6. | Поражение печени при септических состояниях |
| 6.9.7. | Печень при беременности |

Литература: 2, 5, 12, 14, 16, 19, 22, 23, 24, 27, 35, 39, 40

Законодательные и нормативно-правовые документы: 1-13

**МОДУЛЬ 7. Болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей**

|  |  |
| --- | --- |
| Код | Наименование тем, элементов и т.д. |
| 1 | 2 |
| 7 | **Раздел 7: БОЛЕЗНИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ** |
| **7.1.** | Тема 1: Анатомия и физиология желчного пузыря и желчевыводящих путей |
| 7.2. | Тема 2: Дискинезии желчного пузыря и желчевыводящих путей |
| 7.2.1. | Определение |
| 7.2.2. | Распространение |
| 7.2.3. | Этиология и патогенез |
| 7.2.4. | Классификация. Римские критерии |
| 7.2.5. | Особенности клинических проявлений |
| 7.2.6. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 7.2.7. | Лечение |
| 7.2.7.1. | Общие принципы консервативной терапии |
| 7.2.7.2. | Психотерапия |
| 7.2.7.3. | Фитотерапия |
| 7.2.7.4. | Курортное лечение |
| 7.2.7.5. | Физиотерапия и ЛФК |
| 7.2.8. | Профилактика |
| 7.2.9. | Медико-социальная экспертиза и реабилитация |
| **7.3.** | Тема 3: Холециститы |
| 7.3.1. | Определение |
| 7.3.2. | Распространение |
| 7.3.3. | Этиология и патогенез |
| 7.3.4. | Морфология |
| 7.3.5. | Классификация |
| 7.3.6. | Особенности течения острых холециститов (см. курс 11) |
| 7.3.7. | Особенности течения хронических холециститов |
| 7.3.8. | Осложнения |
| 7.3.9. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 7.3.10. | Исходы |
| 7.3.11. | Общие принципы лечения |
| 7.3.11.1. | Режим |
| 7.3.11.2. | Диетотерапия |
| 7.3.11.3. | Спазмолитики, анальгетики, прокинетики |
| 7.3.11.4. | Антибиотики, противовоспалительная терапия |
| 7.3.11.5. | Желчегонные и желчесекреторные средства |
| 7.3.11.6. | Фитотерапия |
| 7.3.11.7. | Физиотерапия |
| 7.3.11.8. | Психотерапия |
| 7.3.11.9. | Санаторно-курортное лечение |
| 7.3.11.10. | Хирургическое лечение |
| 7.3.12. | Медико-социальная экспертиза и реабилитация |
| 7.3.13. | Диспансеризация |
| 7.4. | Тема 4: Желчнокаменная болезнь |
| 7.4.1. | Определения |
| 7.4.2. | Частота и распространение |
| 7.4.3. | Этиология и патогенез |
| 7.4.3.1. | Механизмы образования желчных камней |
| 7.4.4. | Морфология |
| 7.4.5. | Клиника |
| 7.4.5.1. | Желчная колика |
| 7.4.5.2. | Особенности клиники при локализации камня в протоке |
| 7.4.5.3. | Особенности клиники при холедохолитеазе |
| 7.4.5.4. | Особенности клиники при локализации камня в печеночных протоках |
| 7.4.5.5. | Латентное течение |
| 7.4.6. | Осложнения |
| 7.4.7. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 7.4.8. | Исходы |
| 7.4.9. | Лечение |
| 7.4.9.1. | Общие принципы консервативной терапии |
| 7.4.9.2. | Диетотерапия |
| 7.4.9.3. | Медикаментозная литотрипсия. Показания, противопоказания |
| 7.4.9.4. | Ударноволновая экстракорпоральная литотрипсия |
| 7.4.9.5. | Эндоскопическая литотрипсия |
| 7.4.9.6. | Хирургическое лечение и показания к нему |
| 7.4.10. | Медико-социальная экспертиза и реабилитация |
| 7.4.11. | Диспансеризация |
| **7.5.** | Тема 5: Холангиты |
| 7.5.1. | Определение |
| 7.5.2. | Этиология и патогенез |
| 7.5.3. | Морфология |
| 7.5.4. | Классификация |
| 7.5.5. | Особенности клинических проявлений острых и хронических холангитов |
| 7.5.6. | Осложнения |
| 7.5.7. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 7.5.8. | Исходы |
| 7.5.9. | Консервативная терапия |
| 7.5.10. | Хирургическое лечение |
| 7.5.11. | Медико-социальная экспертиза и реабилитация |
| 7.5.12. | Диспансеризация |
| **7.6.** | Тема 6: Постхолецистэктомический синдром |
| 7.6.1. | Определения |
| 7.6.2. | Частота |
| 7.6.3. | Этиология и патогенез |
| 7.6.4. | Клиника |
| 7.6.4.1. | Особенности отдельных клинических форм |
| 7.6.5. | Осложнения |
| 7.6.6. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 7.6.7. | Исходы |
| 7.6.8. | Лечение |
| 7.6.8.1. | Общие принципы консервативной терапии |
| 7.6.8.2. | Хирургическое лечение |
| 7.6.9. | Медико-социальная экспертиза и реабилитация |
| 7.6.10. | Диспансеризация |
| 7.6.11. | Профилактика |

Литература: 14, 17, 18, 19, 22, 24, 36

Законодательные и нормативно-правовые документы: 1-13

**МОДУЛЬ 8. Болезни поджелудочной железы**

|  |  |
| --- | --- |
| Код | Наименование тем, элементов и т.д. |
| 1 | 2 |
| 8. | **Раздел 8: Болезниподжелудочнойжелезы** |
| **8.1.** | Тема 1: Анатомия и физиология поджелудочной железы |
| 8.1.1. | Размеры и масса поджелудочной железы |
| 8.1.2. | Функция внешней секреции |
| 8.1.3. | Функция внутренней секреции |
| **8.2.** | Тема 2: Пороки развития поджелудочной железы |
| 8.2.1. | Общие вопросы |
| 8.2.2. | Муковисцидоз |
| 8.2.2.1. | Частота и распространенность |
| 8.2.2.2. | Патоморфология |
| 8.2.2.3. | Варианты клинического течения |
| 8.2.2.4. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 8.2.2.5. | Общие принципы консервативного лечения |
| 8.2.2.6. | Медико-социальная экспертиза и реабилитация |
| 8.2.3. | Кольцевидная поджелудочная железа |
| 8.2.3.1. | Частота и распространенность |
| 8.2.3.2. | Клиника |
| 8.2.3.3. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 8.2.3.4. | Лечение |
| 8.2.3.5. | Медико-социальная экспертиза и реабилитация |
| 8.2.4. | Аберрантная поджелудочная железа |
| 8.2.4.1. | Частота и распространенность |
| 8.2.4.2. | Клинические варианты, обусловленные локализацией |
| 8.2.4.3. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 8.2.4.4. | Лечение |
| 8.2.4.5. | Медико-социальная экспертиза и реабилитация |
| 8.2.5. | Онтогенетические кисты поджелудочной железы |
| 8.2.5.1. | Общие вопросы |
| 8.2.5.2. | Патоморфология |
| 8.2.5.3. | Клиническое течение |
| 8.2.5.4. | Осложнения |
| 8.2.5.5. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 8.2.5.6. | Лечение |
| 8.2.5.7. | Медико-социальная экспертиза и реабилитация |
| 8.2.6. | Разделенная поджелудочная железа |
| 8.2.6.1. | Частота и распространение |
| 8.2.6.2. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 8.2.6.3. | Лечение |
| 8.2.6.4. | Медико-социальная экспертиза и реабилитация |
| **8.3.** | Тема 3: Панкреатиты (хронические) |
| 8.3.1. | Общие вопросы и классификация |
| 8.3.1.1. | Определение и распространенность |
| 8.3.1.2. | Этиология |
| 8.3.1.3. | Патогенез |
| 8.3.1.4. | Патоморфология |
| 8.3.2. | Клиника |
| 8.3.2.1. | Варианты клинического течения |
| 8.3.2.2. | Латентная (безболевая) форма хронического панкреатита |
| 8.3.2.3. | Болевая форма |
| 8.3.2.4. | Хронический рецидивирующий панкреатит |
| 8.3.2.5. | Псевдоопухолевая (гиперпластическая) форма |
| 8.3.2.6. | Клиника в фазе обострения |
| 8.3.2.7. | Клиника в фазе ремиссии |
| 8.3.2.8. | Клиника панкреатита, осложненного сахарным диабетом |
| 8.3.2.9. | Особенности течения панкреатита в подростковом возрасте |
| 8.3.2.10. | Особенности течения панкреатита в пожилом и старческом возрасте |
| 8.3.2.11. | Особенности течения панкреатита у беременных женщин |
| 8.3.3. | Осложнения |
| 8.3.4. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 8.3.5. | Лечение хронического панкреатита в фазе обострения |
| 8.3.5.1. | Купирование болевого синдрома |
| 8.3.5.2. | Борьба с шоком и коллапсом |
| 8.3.5.3. | Борьба с обезвоживанием организма |
| 8.3.5.4. | Борьба с нарушением электролитного состава крови |
| 8.3.5.5. | Создание физиологического покоя больному органу |
| 8.3.5.6. | Соматостатин, его синтетические аналоги |
| 8.3.5.7. | Ингибиторы панкреатических протеаз |
| 8.3.5.8. | Спазмолитики и анальгетики |
| 8.3.5.9. | Антациды |
| 8.3.5.10 | Блокаторы Н2-рецепторов гистамина и ингибиторы протоновой помпы |
| 8.3.5.11. | Антибактериальные препараты |
| 8.3.5.12. | Дезинтоксикационные средства и белковые препараты |
| 8.3.5.13. | Цитостатические средства (циклофосфан, 5-фторурацил) |
| 8.3.5.14. | Диетотерапия |
| 8.3.5.15. | Особенности лечения в подростковом возрасте |
| 8.3.5.16. | Особенности лечения в пожилом и старческом возрасте |
| 8.3.5.17. | Показания к хирургическому лечению |
| 8.3.6. | Лечение хронического панкреатита в фазе ремиссии |
| 8.3.6.1. | Диетотерапия |
| 8.3.6.2. | Ферментные препараты |
| 8.3.6.3. | Витаминотерапия |
| 8.3.6.4. | Фитотерапия |
| 8.3.6.5. | Физиотерапия |
| 8.3.6.6. | Показания к санаторно-курортному лечению |
| 8.3.5.7. | Особенности лечения в подростковом возрасте |
| 8.3.5.8. | Особенности лечения в пожилом и старческом возрасте |
| 8.3.7. | Профилактика |
| 8.3.8. | Диспансеризация |
| 8.3.9. | Медико-социальная экспертиза и реабилитация |
| **8.4.** | Тема 4: Камни поджелудочной железы |
| 8.4.1. | Общие вопросы |
| 8.4.1.1. | Этиология |
| 8.4.1.2. | Патогенез |
| 8.4.1.3. | Патоморфология |
| 8.4.1.4. | Варианты клинического течения |
| 8.4.1.5. | Осложнения |
| 8.4.2. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 8.4.3. | Лечение |
| 8.4.3.1. | Общие принципы консервативного лечения |
| 8.4.3.2. | Показания к хирургическому лечению |
| 8.4.4. | Медико-социальная экспертиза и реабилитация |

Литература: 7, 14, 22, 24, 28, 29

Законодательные и нормативно-правовые документы: 1-13

**МОДУЛЬ 9. Болезни кишечника**

|  |  |
| --- | --- |
| Код | Наименование тем, элементов и т.д. |
| 1 | 2 |
| 9. | **Раздел 9: Болезникишечника** |
| **9.1.** | Тема 1: Анатомия и физиология кишечника |
| 9.1.1. | Анатомия и гистология тонкой и толстой кишки |
| 9.1.2. | Физиология и нейрогуморальная регуляция кишечника |
| 9.1.3. | Пищеварительная функция кишечника (полостное, пристеночное пищеварение) |
| 9.1.4. | Всасывательная функция тонкой кишки |
| 9.1.5. | Двигательная функция тонкой кишки |
| 9.1.6. | Выделительная функция тонкой кишки |
| 9.1.7. | Гормональная функция тонкой кишки |
| 9.1.8. | Участие тонкой кишки в обменных процессах |
| 9.1.9. | Основные функции толстой кишки (пищеварительная, всасывательная, выделительная, двигательная, акт дефекации) |
| **9.2.** | Тема 2: Синдром мальабсорбции (нарушенного всасывания) |
| 9.2.1. | Этиология и патогенез |
| 9.2.2. | Клиническая картина |
| 9.2.2.1. | Виды диареи |
| 9.2.2.2. | Нарушения белкового обмена |
| 9.2.2.3. | Нарушения липидного и углеводного обмена |
| 9.2.2.4. | Нарушения водно-электролитного и витаминного обмена |
| 9.2.2.5. | Осложнения со стороны других органов и систем |
| 9.2.3. | Диагностика |
| 9.2.4. | Лечение |
| 9.2.4.1. | Базисная, элиминационные и элементные диеты |
| 9.2.4.2. | Парентеральное питание (белковое, углеводное, липидное) |
| 9.2.4.3. | Коррекция водно-электролитных нарушений |
| 9.2.4.4. | Витаминотерапия |
| 9.2.4.5. | Препараты ферментного действия |
| 9.2.4.6. | Антибактериальные препараты |
| 9.2.4.7. | Препараты для лечения анемии |
| 9.2.4.8. | Антидиарейные средства |
| 9.2.4.9. | Энтеросорбенты |
| 9.2.4.10. | Анаболические стероиды |
| 9.2.4.11. | Кортикостероиды |
| 9.2.4.12. | Аналоги соматостатина |
| 9.2.5. | Показания к стационарному лечению |
| 9.2.6. | Медико-социальная экспертиза и реабилитация |
| 9.2.7. | Диспансеризация |
| 9.2.8. | Мальабсорбция при патологии иммунной системы |
| **9.3.** | Тема 3: Интестинальные энзимопатии |
| 9.3.1. | Дефицит энтерокиназы (энтеропептидазы) |
| 9.3.1.1. | Этиология и патогенез |
| 9.3.1.2. | Особенности клинических проявлений |
| 9.3.1.3. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 9.3.1.4. | Лечение |
| 9.3.2. | Дисахаридазная недостаточность (лактазы, инвертазы, изомальтазы, трегалазы) |
| 9.3.2.1. | Этиология и патогенез |
| 9.3.2.2. | Клинические проявления |
| 9.3.2.3. | Диагностика |
| 9.3.2.4. | Лечение и профилактика |
| **9.4.** | Тема 4: Целиакия (глютеноваяэнтеропатия) |
| 9.4.1. | Этиология и патогенез |
| 9.4.2. | Патоморфология |
| 9.4.3. | Распространенность |
| 9.4.4. | Классификация |
| 9.4.5. | Клиническая картина |
| 9.4.6. | Осложнения |
| 9.4.7. | Диагностика |
| 9.4.7.1. | Морфологические критерии |
| 9.4.7.2. | Иммунологические методы (определение уровня антиглиадиновых, антиэндомизиальных антител) |
| 9.4.8. | Дифференциальный диагноз |
| 9.4.9. | Течение и прогноз |
| 9.4.10. | Лечение |
| 9.4.10.1. | Аглютеновая диета |
| 9.4.10.2. | Медикаментозная терапия |
| 9.4.11. | Медико-социальная экспертиза и реабилитация |
| **9.5.** | Тема 5: Тропическая спру |
| 9.5.1. | Этиология и патогенез |
| 9.5.2. | Клинические проявления |
| 9.5.3. | Диагностика |
| 9.5.4. | Течение и прогноз |
| 9.5.5. | Лечение |
| **9.6.** | Тема 6: Болезнь Уиппла |
| 9.6.1. | Частота и распространение |
| 9.6.2. | Этиология и патогенез |
| 9.6.3. | Патоморфология |
| 9.6.4. | Клиническая симптоматика |
| 9.6.5. | Осложнения |
| 9.6.6. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 9.6.7. | Течение и прогноз |
| 9.6.8. | Лечение |
| 9.6.8.1. | Лечебное питание |
| 9.6.8.2. | Антибактериальные препараты |
| 9.6.8.3. | Заместительная терапия |
| 9.6.9. | Медико-социальная экспертиза и реабилитация |
| **9.7.** | Тема 7: Заболевания тонкой кишки сосудистого происхождения |
| 9.7.1. | Абдоминальная пурпура |
| 9.7.7.1. | Этиология и патогенез |
| 9.7.1.2. | Патоморфология |
| 9.7.1.3. | Клиническая симптоматология |
| 9.7.1.4. | Лечение |
| 9.7.1.5. | Течение и прогноз |
| 9.7.2. | Брюшная жаба (интестинальная ишемия, брюшная ангина и т.д.) |
| 9.7.2.1. | Этиология и патогенез |
| 9.7.2.2. | Патоморфология |
| 9.7.2.3. | Клиническая симптоматология |
| 9.7.2.4. | Лечение |
| 9.7.2.5. | Течение и прогноз |
| **9.8.** | Тема 8: Функциональные болезни кишечника |
| 9.8.1. | Общие вопросы, классификация, Римские критерии |
| 9.8.2. | Этиология и патогенез |
| 9.8.3. | Синдром раздраженного кишечника |
| 9.8.3.1. | Определение, критерии, диагностика |
| 9.8.3.2. | Эпидемиология |
| 9.8.3.3. | Клинические варианты |
| 9.8.3.4. | Диагностика |
| 9.8.3.5. | Дифференциальный диагноз |
| 9.8.3.6. | Прогноз |
| 9.8.3.7. | Лечение |
| 9.8.3.7.1. | Диетотерапия |
| 9.8.3.7.2. | Медикаментозная терапия |
| 9.8.3.7.3. | Физиотерапия, ЛФК |
| 9.8.3.7.4. | Психотерапия |
| 9.8.3.7.5. | Санаторно-курортное лечение |
| 9.8.4. | Запор |
| 9.8.4.1. | Определение, классификация |
| 9.8.4.2. | Этиология и патогенез |
| 9.8.4.3. | Клиника |
| 9.8.4.4. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 9.8.4.5. | Лечение |
| 9.8.4.5.1. | Лечебное питание, роль пищевых волокон |
| 9.8.4.5.2. | Медикаментозная терапия |
| 9.8.4.5.3. | Физиотерапия, ЛФК |
| 9.8.4.5.4. | Санаторно-курортное лечение |
| 9.8.4.5.5. | Фитотерапия |
| 9.8.4.5.6. | Рефлексотерапия |
| 9.8.4.6. | Осложнения, прогноз |
| 9.8.5. | Функциональная диарея и метеоризм |
| 9.8.5.1. | Определение |
| 9.8.5.2. | Клиника |
| 9.8.5.3. | Диагностика |
| 9.8.5.4. | Лечебные мероприятия |
| **9.9.** | Тема 9: Аномалии развития толстой кишки |
| 9.9.1. | Мегаколон у взрослых, болезнь Гиршпрунга, долихосигма, идиопатический мегаколон |
| 9.9.1.1. | Общие вопросы, классификация |
| 9.9.1.2. | Этиология и патогенез |
| 9.9.1.3. | Особенности клиники |
| 9.9.1.4. | Осложнения |
| 9.9.1.5. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 9.9.1.6. | Консервативная терапия |
| 9.9.1.7. | Показания к хирургическому лечению |
| 9.9.1.8. | Медико-социальная экспертиза и реабилитация |
| 9.9.1.9. | Диспансеризация |
| 9.9.2. | Диффузныйполипоз толстой кишки |
| 9.9.2.1. | Частота, распространение, локализация |
| 9.9.2.2. | Патоморфология |
| 9.9.2.3. | Этиология и патогенез |
| 9.9.2.4. | Клиника |
| 9.9.2.5. | Осложнения |
| 9.9.2.6. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 9.9.2.7. | Консервативное лечение |
| 9.9.2.8. | Показания к хирургическому лечению |
| 9.9.2.9. | Особенности ведения больных в амбулаторных условиях |
| 9.9.2.10. | Диспансеризация |
| 9.9.2.11. | Медико-социальная экспертиза и реабилитация |
| **9.10.** | Тема 10: Язвенный колит |
| 9.10.1. | Общие вопросы |
| 9.10.1.1. | Этиология |
| 9.10.1.2. | Патогенез |
| 9.10.1.3. | Патоморфология |
| 9.10.1.4. | Распространенность заболевания |
| 9.10.2. | Клинические проявления |
| 9.10.2.1. | Особенности течения заболевания в подростковом возрасте |
| 9.10.2.2. | Особенности течения заболевания в пожилом возрасте |
| 9.10.3. | Классификация |
| 9.10.4. | Осложнения, внекишечные проявления |
| 9.10.5. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 9.10.6. | Течение и прогноз |
| 9.10.7. | Лечение |
| 9.10.7.1. | Диетотерапия |
| 9.10.7.2. | Парентеральное белковое питание, гемотрансфузии, переливание солевых растворов |
| 9.10.7.3. | Анаболические стероидные препараты |
| 9.10.7.4. | Препараты железа |
| 9.10.7.5. | Витаминотерапия |
| 9.10.7.6. | Азосоединения салициловой кислоты и сульфаниламидов |
| 9.10.7.7. | Препараты салициловой кислоты |
| 9.10.7.8. | Кортикостероидные препараты, показания к применению |
| 9.10.7.9. | Средства местного применения. Несистемные кортикостероиды |
| 9.10.7.10. | Иммуномодуляторы |
| 9.10.7.11. | Седативные препараты |
| 9.10.7.12. | Препараты ферментного действия |
| 9.10.7.13. | Лечение дисбактериоза кишечника |
| 9.10.7.14. | Перспективные методы лечения (препараты интерлейкинов, никотина и др.) |
| 9.10.7.15. | Немедикаментозные методы лечения |
| 9.10.7.16. | Хирургическое лечение. Показания к нему |
| 9.10.7.17. | Диспансеризация |
| 9.10.7.18. | Медико-социальная экспертиза и реабилитация |
| **9.11.** | Тема 11: Болезнь Крона |
| 9.11.1. | Частота и распространение |
| 9.11.2. | Этиология |
| 9.11.3. | Патогенез |
| 9.11.4. | Патологическая анатомия |
| 9.11.5. | Классификация |
| 9.11.6. | Особенности клинического течения болезни в зависимости от локализации процесса в различных отделах желудочно-кишечного тракта |
| 9.11.7. | Клиническая симптоматика поражения желудка |
| 9.11.8. | Клиническая симптоматика поражения тонкой кишки (регионарный илеит) |
| 9.11.9. | Клиническая симптоматика поражения толстой кишки (грануломатозный колит) |
| 9.11.10. | Клинические признаки поражения анальной области |
| 9.11.11. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 9.11.12. | Осложнения |
| 9.11.13. | Местные осложнения |
| 9.11.14. | Системные поражения |
| 9.11.15. | Течение и прогноз |
| 9.11.16. | Лечение |
| 9.11.16.1. | Лечебное питание |
| 9.11.16.2. | Парентеральное белковое питание, гемотрансфузии, переливание солевых растворов |
| 9.11.16.3. | Витаминотерапия |
| 9.11.16.4. | Антибактериальные препараты |
| 9.11.16.5. | Кортикостероидные препараты |
| 9.11.16.6. | Несистемные стероиды |
| 9.11.16.7. | Применение азосоединений салициловой кислоты с сульфаниламидами |
| 9.11.16.8. | Препараты салициловой кислоты |
| 9.11.16.9. | Цитостатики |
| 9.11.16.10. | Средства, регулирующие иммунные процессы |
| 9.11.16.11. | Седативные средства |
| 9.11.16.12. | Препараты ферментного действия |
| 9.11.16.13. | Биологические препараты |
| 9.11.16.14 | Препараты интерлейкинов, моноклональные антитела к фактору некроза опухоли |
| 9.11.17. | Особенности ведения больных в амбулаторных условиях |
| 9.11.18. | Показания к хирургическому лечению |
| 9.11.19. | Диспансеризация |
| 9.11.20. | Медико-социальная экспертиза и реабилитация |
| 9.11.21. | Недифференцированный колит |
| **9.12.** | Тема 12: Ишемический колит |
| 9.12.1. | Этиология и патогенез |
| 9.12.2. | Патоморфология |
| 9.12.3. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 9.12.4. | Течение и прогноз |
| 9.12.5. | Лечение |
| 9.12.6. | Консервативная терапия |
| 9.12.7. | Показания к хирургическому лечению |
| **9.13.** | Тема 13: Колиты |
| 9.13.1. | Псевдомембранозный колит |
| 9.13.1.1. | Этиология и патогенез |
| 9.13.1.2. | Клиника |
| 9.13.1.3. | Диагностика |
| 9.13.1.4. | Лечение |
| 9.13.2. | Коллагеновый колит |
| 9.13.2.1. | Особенности морфологических проявлений |
| 9.13.3. | Лимфоцитарный колит |
| 9.13.4. | Микроскопический колит |
| 9.13.5. | Радиационный колит (клиника, диагностика) |
| **9.14.** | Тема 14: Дисбактериоз кишечника |
| 9.14.1. | Общие вопросы, классификация |
| 9.14.1.1. | Нормальный состав микрофлоры тонкой и толстой кишки |
| 9.14.1.2. | Причины развития дисбактериоза кишечника |
| 9.14.2. | Особенности клинического течения дисбактериоза кишечника |
| 9.14.3. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 9.14.4. | Течение и прогноз |
| 9.14.5. | Принципы лечения дисбактериоза кишечника |
| 9.14.5.1. | Лечебное питание (функциональное) |
| 9.14.5.2. | Лечение основного заболевания |
| 9.14.5.3. | Принципы назначения антибактериальных препаратов |
| 9.14.5.4. | Витаминотерапия |
| 9.14.5.5. | Биологические препараты |
| 9.14.5.6. | Препараты десенсибилизирующего и иммуномодулирующего действия |
| 9.14.5.7. | Энтеросорбенты |
| 9.14.5.8. | Профилактика дисбактериоза кишечника |
| **9.15.** | Тема 15: Дивертикулез кишечника |
| 9.15.1. | Общие понятия о дивертикулах |
| 9.15.2. | Частота, распространение, классификация, локализация, (дивертикулы тонкой кишки, дивертикул Меккеля, дивертикулы толстой кишки) |
| 9.15.3. | Этиология и патогенез |
| 9.15.4. | Варианты клинического течения |
| 9.15.5. | Осложнения (дивертикулит, изъязвления, перфорация дивертикула, кровотечение, свищи) |
| 9.15.6. | Консервативное лечение |
| 9.15.7. | Показания к хирургическому лечению |
| 9.15.8. | Особенности лечения в пожилом и старческом возрасте |
| 9.15.9. | Особенности ведения больных в амбулаторных условиях |
| 9.15.10. | Показания к госпитализации |
| 9.15.11. | Диспансеризация |
| 9.15.12. | Медико-социальная экспертиза и реабилитация |
| **9.16.** | Тема 16: Пневматоз кишечника |
| 9.16.1. | Этиология и патогенез |
| 9.16.2. | Патоморфология |
| 9.16.3. | Пневматоз толстой кишки в сочетании с другими заболеваниями |
| 9.16.4. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 9.16.5. | Течение и прогноз |
| 9.16.6. | Основные принципы консервативного лечения |
| 9.16.7. | Показания к хирургическому лечению |
| **9.17.** | Тема 17: Амилоидоз кишечника |
| 9.17.1. | Классификация и распространение |
| 9.17.2. | Первичный генерализованный амилоидоз |
| 9.17.3. | Генетические варианты амилоидоза |
| 9.17.4. | Лабораторные показатели |
| 9.17.5. | Клиническая симптоматология амилоидоза кишечника |
| 9.17.6. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 9.17.7. | Лечение |
| 9.17.8. | Прогноз |
| **9.18.** | Тема 18: Специфические заболевания кишечника. Туберкулез кишечника |
| 9.18.1. | Первичный туберкулез кишечника |
| 9.18.2. | Вторичный туберкулез кишечника |
| 9.18.2.1. | Этиология и патогенез |
| 9.18.2.2. | Патоморфология |
| 9.18.2.3. | Клиническая симптоматология, диагностика |
| 9.18.2.4. | Течение и прогноз |
| 9.18.2.5. | Лечение |
| 9.18.3. | Сифилис кишечника |
| 9.18.3.1. | Общие вопросы и распространение |
| 9.18.3.2. | Этиология и патогенез |
| 9.18.3.3. | Патоморфология |
| 9.18.3.4. | Клиническая симптоматология |
| 9.18.3.5. | Лабораторные показатели |
| 9.18.3.6. | Лечение |
| 9.18.3.7. | Течение и прогноз |
| 9.18.4. | Актиномикоз кишечника |
| 9.18.4.1. | Этиология и патогенез |
| 9.18.4.2. | Патоморфология |
| 9.18.4.3. | Клиническая симптоматология, диагностика |
| 9.18.4.4. | Лечение |
| **9.19.** | Тема 19: Воспалительные и невоспалительные заболевания прямой кишки и заднего прохода |
| 9.19.1. | Хронический парапроктит (свищи прямой кишки) |
| 9.19.1.1. | Этиология |
| 9.19.1.2. | Патогенез |
| 9.19.1.3. | Классификация свищей |
| 9.19.1.4. | Клиническая симптоматология |
| 9.19.1.5. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 9.19.1.6. | Методы обследования |
| 9.19.1.7. | Осложнения |
| 9.19.1.8. | Лечение |
| 9.19.1.9. | Консервативная терапия |
| 9.19.1.10. | Показания к хирургическому лечению |
| 9.19.1.11. | Профилактика |
| 9.19.2. | Геморрой |
| 9.19.2.1. | Этиология |
| 9.19.2.2. | Патогенез |
| 9.19.2.3. | Классификация |
| 9.19.2.4. | Клиническая симптоматология |
| 9.19.2.5. | Диагноз |
| 9.19.2.6. | Методы обследования |
| 9.19.2.7. | Дифференциальный диагноз |
| 9.19.2.8. | Лечение |
| 9.19.2.9. | Консервативная терапия (в зависимости от формы, стадии, степени развития) |
| 9.19.2.10. | Показания к хирургическому лечению |
| 9.19.2.11. | Профилактика |
| 9.19.3. | Трещины заднего прохода |
| 9.19.3.1. | Этиология |
| 9.19.3.2. | Патогенез |
| 9.19.3.3. | Клиническая симптоматология |
| 9.19.3.4. | Диагноз |
| 9.19.3.5. | Дифференциальный диагноз |
| 9.19.3.6. | Методы обследования |
| 9.19.3.7. | Лечение |
| 9.19.3.8. | Консервативная терапия |
| 9.19.3.9. | Показания к хирургическому лечению |
| 9.19.3.10. | Профилактика |
| 9.19.4. | Зуд анального отверстия |
| 9.19.4.1. | Этиология |
| 9.19.4.2. | Патогенез |
| 9.19.4.3. | Клиническая симптоматология |
| 9.19.4.4. | Диагноз |
| 9.19.4.5. | Методы обследования |
| 9.19.4.6. | Дифференциальный диагноз |
| 9.19.4.7. | Консервативное лечение |
| 9.19.4.8. | Показания к хирургическому лечению |
| 9.19.4.9. | Профилактика |
| **9.20.** | Тема 20: Недостаточность анального жома. Выпадение прямой кишки.Стриктуры прямой кишки |
| 9.20.1. | Недостаточность анального жома |
| 9.20.1.1. | Этиология |
| 9.20.1.2. | Патогенез |
| 9.20.1.3. | Классификация |
| 9.20.1.4. | Клиническая симптоматология |
| 9.20.1.5. | Диагноз |
| 9.20.1.6. | Методы обследования |
| 9.20.1.7. | Дифференциальный диагноз различных форм недостаточности анального жома |
| 9.20.1.8. | Методы консервативной терапии |
| 9.20.1.9. | Показания к хирургическому лечению |
| 9.20.1.10. | Профилактика |
| 9.20.2. | Выпадение прямой кишки |
| 9.20.2.1. | Этиология |
| 9.20.2.2. | Патогенез |
| 9.20.2.3. | Классификация |
| 9.20.2.4. | Клиническая симптоматология |
| 9.20.2.5. | Диагноз |
| 9.20.2.6. | Методы обследования |
| 9.20.2.7. | Дифференциальный диагноз |
| 9.20.2.8. | Осложнения |
| 9.20.2.9. | Консервативное лечение |
| 9.20.2.10. | Показания к хирургическому лечению |
| 9.20.2.11. | Профилактика выпадения прямой кишки |
| 9.20.3. | Стриктуры прямой кишки |
| 9.20.3.1. | Этиология |
| 9.20.3.2. | Патогенез |
| 9.20.3.3. | Клиническая симптоматология |
| 9.20.3.4. | Диагноз |
| 9.20.3.5. | Методы обследования |
| 9.20.3.6. | Дифференциальный диагноз |
| 9.20.3.7. | Консервативное лечение |
| 9.20.3.8. | Показания к хирургическому лечению |
| 9.20.3.9. | Профилактика стриктур прямой кишки |

Литература: 14, 22,24, 33, 34, 38, 41, 44

Законодательные и нормативно-правовые документы: 1-13

**МОДУЛЬ 10. Опухолевые заболевания органов пищеварения**

|  |  |
| --- | --- |
| Код | Наименование тем, элементов и т.д. |
| 1 | 2 |
| 10. | **Раздел 10:ОПУХОЛЕВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ** |
| **10.1.** | Тема 1: Опухоли пищевода |
| 10.1.1. | Рак пищевода |
| 10.1.1.1. | Статистика, частота, распространение |
| 10.1.1.2. | Предрасполагающие факторы |
| 10.1.1.3. | Классификация |
| 10.1.1.4. | Макроскопические и гистологические формы рака пищевода |
| 10.1.1.5. | Клиника |
| 10.1.1.5.1. | Клинические особенности ранней стадии заболевания («ранний рак») |
| 10.1.1.5.2. | Клинические проявления поздних форм рака |
| 10.1.1.5.3. | Атипичные формы рака |
| 10.1.1.6. | Осложнения |
| 10.1.1.7. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 10.1.1.8. | Лечение |
| 10.1.1.8.1. | Хирургическое лечение |
| 10.1.1.8.2. | Лучевая терапия |
| 10.1.1.8.3. | Тактика ведения инокурабельных больных |
| 10.1.1.9. | Медико-социальная экспертиза и реабилитация |
| 10.1.1.10. | Поведение медицинского персонала с больным и родственниками больного |
| 10.1.2. | Неэпителиальные злокачественные опухоли пищевода |
| 10.1.2.1. | Саркома пищевода: лимфосаркома, ретикулосаркома, меланосаркома |
| 10.1.2.2. | Лимфогранулематоз пищевода |
| 10.1.2.3. | Частота распространения неэпителиальных злокачественных опухолей |
| 10.1.2.4. | Клинические проявления |
| 10.1.2.5. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 10.1.2.6. | Лечение |
| 10.1.2.6.1 | Хирургическое лечение |
| 10.1.2.6.2 | Лучевая терапия |
| 10.1.2.6.3 | Тактика ведения инокурабельных больных |
| 10.1.2.7. | Медико-социальная экспертиза и реабилитация |
| 10.1.2.8. | Поведение медицинского персонала с больным и родственниками больного |
| 10.1.3. | Доброкачественные опухоли пищевода |
| 10.1.3.1. | Частота распространения |
| 10.1.3.2. | Классификация (полипы, лейомиомы, мышечные дисэмбриомы) |
| 10.1.3.3. | Клиника |
| 10.1.3.4. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 10.1.3.5. | Лечение |
| 10.1.3.6. | Медико-социальная экспертиза и реабилитация |
| **10.2.** | Тема 2: Опухоли желудка |
| 10.2.1. | Рак желудка |
| 10.2.1.1. | Статистика и эпидемиология |
| 10.2.1.2. | Предопухолевые и предрасполагающие факторы |
| 10.2.1.3. | Классификация |
| 10.2.1.4. | Макроскопические и гистологические формы рака желудка |
| 10.2.1.5. | Классификация раннего рака желудка |
| 10.2.1.6. | Фазы развития первично-язвенной формы рака желудка |
| 10.2.1.7. | Клиническая картина |
| 10.2.1.8. | Клинические « маски» рака желудка |
| 10.2.1.9. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 10.2.1.10. | Осложнения |
| 10.2.1.11. | Лечение |
| 10.2.1.11.1. | Хирургическое лечение |
| 10.2.1.11.2. | Лучевая терапия |
| 10.2.1.11.3. | Химиотерапия |
| 10.2.1.12. | Тактика ведения инокурабельных больных |
| 10.2.1.13. | Медико-социальная экспертиза и реабилитация |
| 10.2.1.14. | Поведение медицинского персонала с больным и родственниками больного |
| 10.2.2. | Неэпителиальные злокачественные опухоли желудка |
| 10.2.2.1. | Саркома желудка |
| 10.2.2.2. | Лимфогранулематоз желудка |
| 10.2.2.3. | Частота распространения неэпителиальных злокачественных опухолей |
| 10.2.2.4. | Клинические проявления |
| 10.2.2.5. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 10.2.2.6. | Лечение |
| 10.2.2.7. | Медико-социальная экспертиза и реабилитация |
| 10.2.2.8. | Поведение медицинского персонала с больным и родственниками больного |
| 10.2.3. | Доброкачественные опухоли желудка |
| 10.2.3.1. | Частота распространения |
| 10.2.3.2. | Классификация (полипы, миомы, фибромы, гемангиомы, невриномы) |
| 10.2.3.3. | Клиника |
| 10.2.3.4. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 10.2.3.5. | Лечение |
| 10.2.3.6. | Медико-социальная экспертиза и реабилитация |
| **10.3.** | Тема 3: Рак поджелудочной железы и внепеченочных желчных путей |
| 10.3.1.12. | Тактика ведения инокурабельных больных |
| 10.3.1.13. | Медико-социальная экспертиза и реабилитация |
| 10.3.1.14. | Поведение медицинского персонала с больным и родственниками больного |
| **10.4.** | Тема 4: Опухоли печени |
| 10.4.1. | Статистика и эпидемиология |
| 10.4.2. | Классификация |
| 10.4.2.1. | Доброкачественные опухоли |
| 10.4.2.2. | Первичные злокачественные опухоли |
| 10.4.2.3. | Вторичные (метастатические) злокачественные опухоли |
| 10.4.3. | Морфология |
| 10.4.4. | Клинические проявления |
| 10.4.5. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 10.4.6. | Лечение |
| 10.4.7. | Показания к хирургическому лечению и трансплантации печени |
| 10.4.8. | Тактика ведения инокурабельных больных |
| 10.4.9. | Медико-социальная экспертиза и реабилитация |
| 10.4.10. | Поведение медицинского персонала с больным и родственниками больного |
| **10.5.** | Тема 5: Опухоли кишечника |
| 10.5.1. | Злокачественные опухоли двенадцатиперстной и тонкой кишки |
| 10.5.1.1. | Эпидемиология и статистические данные |
| 10.5.1.2. | Рак и саркома двенадцатиперстной кишки |
| 10.5.1.2.1. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 10.5.1.2.2. | Хирургическое лечение |
| 10.5.1.2.3. | Тактика ведения инокурабельных больных |
| 10.5.1.3. | Рак и саркома тонкой кишки |
| 10.5.1.3.1. | Морфологическая классификация опухоли тонкой кишки |
| 10.5.1.3.2. | Клиническая симптоматология рака тонкой кишки |
| 10.5.1.3.3. | Клиническая симптоматология саркомы тонкой кишки |
| 10.5.1.3.4. | Осложнения (кровотечение, непроходимость и др.) |
| 10.5.1.3.5. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 10.5.1.3.6. | Хирургическое лечение |
| 10.5.1.3.7. | Консервативное лечение |
| 10.5.1.3.8. | Лечебное питание |
| 10.5.1.3.9. | Химиотерапия |
| 10.5.1.3.10. | Медико-социальная экспертиза и реабилитация |
| 10.5.1.3.11. | Поведение медицинского персонала с больным и родственниками больного |
| 10.5.2. | Злокачественные лимфомы тонкой кишки |
| 10.5.2.1. | Клиника |
| 10.5.2.2. | Диагностика |
| 10.5.2.3. | Методы лечения |
| 10.5.3. | Злокачественные опухоли толстой кишки |
| 10.5.3.1. | Эпидемиология и статистические данные |
| 10.5.3.2. | Частота рака толстой кишки в структуре общей онкологической заболеваемости в среде опухолей желудочно-кишечного тракта |
| 10.5.3.3. | Анатомические формы рака толстой кишки и влияние формы роста на распространение опухоли по кишечной стенке, метастазирование и локализацию |
| 10.5.3.4. | Первично-множественные опухоли толстой кишки |
| 10.5.3.5. | Гистологические формы рака |
| 10.5.3.6. | Закономерности метастазирования |
| 10.5.3.7. | Отечественная классификация рака толстой кишки |
| 10.5.3.8. | Международная классификация |
| 10.5.3.9. | Клиническая симптоматология рака толстой кишки |
| 10.5.3.10 | Основные клинические синдромы при раке толстой кишки (болевой, диспепсический, анемический, нарушения общего состояния и др.) |
| 10.5.3.11. | Клинические формы рака толстой кишки |
| 10.5.3.12. | Клинические проявления рака левой половины толстой кишки |
| 10.5.3.13. | Клинические проявления рака правой половины толстой кишки |
| 10.5.3.14. | Осложнения |
| 10.5.3.15. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 10.5.3.16. | Общие принципы лечения |
| 10.5.3.17. | Хирургическое лечение |
| 10.5.3.18. | Химиотерапия |
| 10.5.3.19. | Рентгенотерапия |
| 10.5.3.20. | Тактика ведения инокурабельных больных |
| 10.5.3.21. | Медико-социальная экспертиза и реабилитация |
| 10.5.3.22. | Поведение медицинского персонала с больным и родственниками больного |
| 10.5.4. | Опухоли прямой кишки |
| 10.5.4.1. | Эпидемиология и статистические данные |
| 10.5.4.2. | Заболеваемость раком прямой кишки в РФ и других странах |
| 10.5.4.3. | Заболеваемость раком прямой кишки в структуре общей онкологической заболеваемости в среде опухолей желудочно-кишечного тракта |
| 10.5.4.4. | Формы роста рака прямой кишки и их влияние на распространение процесса, характер метастазирования |
| 10.5.4.5. | Морфологические формы рака прямой кишки |
| 10.5.4.6. | Локализация рака прямой кишки |
| 10.5.4.7. | Классификация рака прямой кишки |
| 10.5.4.8. | Международная классификация по системе TNM |
| 10.5.4.9. | Клиническая симптоматология рака прямой кишки в зависимости от локализации опухоли |
| 10.5.4.10. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 10.5.4.11. | Общие принципы лечения |
| 10.5.4.12. | Хирургический метод |
| 10.5.4.13. | Химиотерапия |
| 10.5.4.14. | Лучевая терапия |
| 10.5.4.15. | Тактика ведения инокурабельных больных |
| 10.5.4.16. | Медико-социальная экспертиза и реабилитация |
| 10.5.4.17. | Поведение медицинского персонала с больным и родственниками больного |
| 10.5.5. | Полипы толстой кишки |
| 10.5.5.1. | Аденомы (тубулярные, ворсинчатые, тубулярно-ворсинчатые) |
| 10.5.5.2. | Степень дисплазии эпителия аденом, методы оценки пролиферации и апоптоза |
| 10.5.5.3. | Гиперпластические полипы |
| 10.5.5.4. | Воспалительные полипы |
| 10.5.5.5. | Прогноз и тактика ведения больных |
| **10.6.** | Тема 6: Апудомы желудочно-кишечного тракта (МЭН) |
| 10.6.1. | Карциноид |
| 10.6.1.1. | Общие вопросы и классификация |
| 10.6.1.2. | Частота и локализация карциноидов |
| 10.6.1.3. | Морфология карциноидных опухолей |
| 10.6.1.4. | Проблема злокачественногокарциноида |
| 10.6.1.5. | Локализация метастазов |
| 10.6.1.6. | Классификация карциноидов |
| 10.6.1.7. | Вопросы патогенеза, биохимии, и физиологии серотонина карциноидов |
| 10.6.1.8. | Клиническая картина карциноидов |
| 10.6.1.9. | Клиническая картина при экстраэнтеральныхкарциноидах |
| 10.6.1.10. | Атипичный карциноид |
| 10.6.1.11. | Сопутствующие заболевания и осложнения |
| 10.6.1.12. | Обоснование диагноза и дифференциальный диагноз |
| 10.6.1.13. | Течение и прогноз |
| 10.6.1.14. | Лечение |
| 10.6.1.14.1. | Консервативное лечение |
| 10.6.1.14.2. | Лечебное питание |
| 10.6.1.14.3. | Симптоматическая терапия |
| 10.6.1.14.4. | Рентгенотерапия |
| 10.6.1.14.5. | Химиотерапия |
| 10.6.1.14.6. | Подавление продукции серотонина |
| 10.6.1.14.7. | Антагонисты серотонина |
| 10.6.1.14.8. | Показания к хирургическому лечению |
| 10.6.1.15. | Особенности ведения больных в амбулаторных условиях |
| 10.6.1.16. | Медико-социальная экспертиза и реабилитация |
| 10.6.2. | Новообразования островков Лангерганса |
| 10.6.2.1. | Общие вопросы и классификация |
| 10.6.2.2. | Этиология и патогенез доброкачественнойинсуломы |
| 10.6.2.3. | Этиология и патогенез злокачественнойинсуломы |
| 10.6.2.4. | Патоморфология доброкачественной инсуломы |
| 10.6.2.5. | Патоморфология злокачественной инсуломы |
| 10.6.2.6. | Особенности патофизиологии активных и неактивных новообразований островков Лангерганса |
| 10.6.2.7. | Особенности клиники активных и неактивных инсулом |
| 10.6.2.8. | Осложнения |
| 10.6.2.9. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 10.6.2.10. | Лечение доброкачественных и злокачественных инсулом поджелудочной железы |
| 10.6.2.10.1. | Лечебное питание |
| 10.6.2.10.2. | Медикаментозное лечение |
| 10.6.2.10.3. | Рентгенотерапия |
| 10.6.2.11. | Показания к хирургическому лечению |
| 10.6.2.12. | Особенности ведения больных в амбулаторных условиях |
| 10.6.2.13. | Показания к стационарному лечению |
| 10.6.2.14. | Медико-социальная экспертиза и реабилитация |
| 10.6.3. | Синдром Золлингера-Эллисона |
| 10.6.3.1. | Общие вопросы и классификация |
| 10.6.3.2. | Частота и распространение доброкачественных и злокачественных аденом |
| 10.6.3.3. | Этиология и патогенез |
| 10.6.3.4. | Патоморфология |
| 10.6.3.5. | Особенности клинического течения |
| 10.6.3.5.1. | Варианты |
| 10.6.3.5.2. | Осложнения |
| 10.6.3.6. | Обоснование диагноза и дифференциальный диагноз |
| 10.6.3.7. | Лечение |
| 10.6.3.7.1. | Диетотерапия |
| 10.6.3.7.2. | Консервативное лечение |
| 10.6.3.7.3. | Хирургическое лечение |
| 10.6.3.8. | Медико-социальная экспертиза и реабилитация |
| 10.6.4. | Синдром Вернера-Моррисона |
| 10.6.4.1. | Общие вопросы |
| 10.6.4.2. | Частота и распространение |
| 10.6.4.3. | Этиология и патогенез |
| 10.6.4.4. | Патоморфология |
| 10.6.4.5. | Особенности клинического течения |
| 10.6.4.6. | Осложнения |
| 10.6.4.7. | Обоснование диагноза и дифференциальный диагноз |
| 10.6.4.8. | Лечение |
| 10.6.4.8.1. | Консервативное лечение |
| 10.6.4.8.2. | Хирургическое лечение |
| 10.6.4.9. | Медико-социальная экспертиза и реабилитация |

Литература: 14, 22, 24

Законодательные и нормативно-правовые документы: 1-13

**МОДУЛЬ 11. Интенсивная терапия и реанимация при неотложных состояниях в гастроэнтерологии**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Код | Наименование тем, элементов и т.д. | |
| 1 | 2 | |
| 11. | **Раздел 11: Интенсивная терапия и реанимация при неотложных состояниях в гастроэнтерологии** | |
| **11.1.** | Тема 1: Организация службы интенсивной терапии и реанимации в лечебно-профилактических учреждениях | |
| 11.1.1. | Интенсивная терапия и реанимация в гастроэнтерологии | |
| 11.1.1.1. | Определение терминов «интенсивная терапия» и «реанимация» | |
| 11.1.1.2. | Устройство и оснащение палаты интенсивной терапии в специализированных отделениях | |
| 11.1.1.3. | Показания к проведению интенсивной терапии и реанимации | |
| 11.1.1.4. | Методы интенсивной терапии и реанимации | |
| 11.1.1.5. | Вопросы взаимодействия терапевта и хирурга | |
| 11.1.1.6. | Постреанимационная болезнь | |
| **11.2.** | Тема 2: Неотложные состояния при болезнях пищевода | |
| 11.2.1. | Ожоги пищевода | |
| 11.2.1.1. | Этиология и патогенез | |
| 11.2.1.2. | Клиника | |
| 11.2.1.3. | Осложнения | |
| 11.2.1.4. | Лечение | |
| 11.2.2. | Инородные тела пищевода | |
| 11.2.2.1. | Клиника | |
| 11.2.2.2. | Диагноз | |
| 11.2.2.3. | Осложнения | |
| 11.2.2.4. | Лечение | |
| 11.2.2.5. | Тактика терапевта и показания к хирургическому лечению | |
| 11.2.3. | Перфорация пищевода | |
| 11.2.3.1. | Этиология | |
| 11.2.3.2. | Клиника | |
| 11.2.3.3. | Лечение | |
| 11.2.3.4. | Тактика терапевта и показания к хирургическому лечению | |
| 11.2.4. | Острое ущемление грыжи пищеводного отверстия диафрагмы | |
| 11.2.4.1. | Клиника | |
| 11.2.4.2. | Диагностика | |
| 11.2.4.3 | Лечение | |
| **11.3.** | Тема 3: Неотложные состояния при болезнях желудка и двенадцатиперстной кишки | |
| 11.3.1. | Острая флегмона желудка | |
| 11.3.1.1. | Общие вопросы | |
| 11.3.1.2. | Этиология и патогенез | |
| 11.3.1.3. | Клиника | |
| 11.3.1.4. | Диагноз и дифференциальный диагноз | |
| 11.3.1.5. | Тактика терапевта и показания к хирургическому лечению | |
| 11.3.2. | Разрыв желудка | |
| 11.3.2.1. | Общие вопросы | |
| 11.3.2.2. | Этиология и патогенез | |
| 11.3.2.3. | Клиника | |
| 11.3.2.4. | Диагноз и дифференциальный диагноз | |
| 11.3.2.5. | Тактика терапевта и показания к хирургическому лечению | |
| 11.3.3. | Острое расширение желудка | |
| 11.3.3.1. | Общие вопросы | |
| 11.3.3.2. | Этиология и патогенез | |
| 11.3.3.3. | Клиника | |
| 11.3.3.4. | Диагноз и дифференциальный диагноз | |
| 11.3.3.5. | Тактика терапевта и показания к хирургическому лечению | |
| 11.3.4. | Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки | |
| 11.3.4.1. | Кровотечения и их дифференциальная диагностика | |
| 11.3.4.2. | Перфорация язвы | |
| 11.3.4.3. | Пенетрация язвы | |
| 11.3.4.4. | Декомпенсированный стеноз привратника | |
| **11.4.** | Тема 4: Неотложные состояния при болезнях печени, желчного пузыря и желчевыводящих путей | |
| 11.4.1. | Острый холецистит | |
| 11.4.1.1. | Общие вопросы и классификация | |
| 11.4.1.2. | Этиология и патогенез | |
| 11.4.1.3. | Клиника | |
| 11.4.1.4. | Диагноз и дифференциальный диагноз | |
| 11.4.1.5. | Особенности течения в подростковом возрасте | |
| 11.4.1.6. | Особенности течения в пожилом и старческом возрасте | |
| 11.4.1.7. | Осложнения | |
| 11.4.1.8. | Диагноз и дифференциальный диагноз | |
| 11.4.1.9. | Консервативное лечение | |
| 11.4.1.9.1 | Режим | |
| 11.4.1.9.2. | Диетотерапия | |
| 11.4.1.9.3. | Антибактериальные препараты | |
| 11.4.1.9.4. | Спазмолитические препараты | |
| 11.4.1.9.5. | Анальгезирующие и наркотические препараты | |
| 11.4.1.9.6. | Синдромная терапия (сердечные сосудистые средства и др.) | |
| 11.4.1.9.7. | Инфузионная терапия (растворы глюкозы, Рингера, гемодез и др.) | |
| 11.4.1.10. | Особенности течения в подростковом возрасте | |
| 11.4.1.11. | Особенности течения в пожилом и старческом возрасте | |
| 11.4.1.12. | Тактика терапевта и показания к хирургическому лечению | |
| 11.4.2. | Острый холангит | |
| 11.4.2.1. | Общие вопросы и классификация | |
| 11.4.2.2. | Этиология | |
| 11.4.2.3. | Патогенез | |
| 11.4.2.4. | Клиника | |
| 11.4.2.5. | Особенности течения в подростковом возрасте | |
| 11.4.2.6. | Особенности течения в пожилом и старческом возрасте | |
| 11.4.2.7. | Осложнения | |
| 11.4.2.8. | Диагноз и дифференциальный диагноз | |
| 11.4.2.9. | Лечение (см. лечение острого холецистита) | |
| 11.4.3. | Острые заболевания сосудов печени (инфаркт печени, тромбоз воротной вены, тромбоз печеночных вен) | |
| 11.4.3.1. | Общие вопросы | |
| 11.4.3.2. | Этиология | |
| 11.4.3.3. | Патогенез | |
| 11.4.3.4. | Клиника | |
| 11.4.3.5. | Осложнения | |
| 11.4.3.6. | Диагноз и дифференциальный диагноз | |
| 11.4.3.7. | Консервативное лечение | |
| 11.4.3.7.1. | Режим | |
| 11.4.3.7.2. | Диетотерапия | |
| 11.4.3.7.3. | Парентеральное питание | |
| 11.4.3.7.4. | Фибринолитические препараты | |
| 11.4.3.7.5. | Сердечные и сосудистые средства | |
| 11.4.3.7.6. | Ингибиторы колликреина | |
| 11.4.3.8. | Тактика терапевта и показания к хирургическому лечению | |
| 11.4.4. | Неотложные состояния при болезнях печени (острые неинфекционные гепатиты) | |
| 11.4.4.1. | Общие вопросы и классификация | |
| 11.4.4.2. | Этиология | |
| 11.4.4.3. | Патоморфология | |
| 11.4.4.4. | Клиника | |
| 11.4.4.5. | Осложнения | |
| 11.4.4.6. | Особенности течения в подростковом возрасте | |
| 11.4.4.7. | Особенности течения в пожилом и старческом возрасте | |
| 11.4.4.8. | Диагноз и дифференциальный диагноз | |
| 11.4.4.9. | Консервативное лечение | |
| 11.4.4.9.1. | Режим | |
| 11.4.4.9.2. | Диетотерапия | |
| 11.4.4.9.3. | Витамины | |
| 11.4.4.9.4. | Медикаменты, улучшающие гемодинамику печени | |
| 11.4.4.9.5. | Медикаменты, влияющие на энзимные процессы | |
| 11.4.4.9.6. | Мембраноактивные препараты | |
| 11.4.4.9.7. | Глюкокортикостероиды | |
| 11.4.4.9.8. | Коррекция кислотно-основного состава | |
| 11.4.4.9.9. | Коррекция электролитного баланса | |
| 11.4.4.9.10. | Гемосорбция | |
| 11.4.4.10 | Особенности лечения подростков | |
| 11.4.4.11. | Особенности лечения лиц пожилого и старческого возраста | |
| 11.4.5. | Печеночная кома | |
| 11.4.5.1. | Общие вопросы и классификация | |
| 11.4.5.2. | Этиология и патогенез | |
| 11.4.5.3. | Патоморфология | |
| 11.4.5.4. | Клиника различных видов печеночных ком | |
| 11.4.5.5. | Диагноз и дифференциальный диагноз | |
| 11.4.5.6. | Консервативное лечение | |
| 11.4.5.6.1. | Диетотерапия | |
| 11.4.5.6.2. | Парентеральное питание | |
| 11.4.5.6.3. | Витамины | |
| 11.4.5.6.4. | Антибиотики | |
| 11.4.5.6.5. | Слабительные средства | |
| 11.4.5.6.6. | Лактулоза | |
| 11.4.5.6.7. | Медикаменты, улучшающие гемодинамику печени | |
| 11.4.5.6.8. | Препараты, связывающие аммиак (орницетил, гепамерц) | |
| 11.4.5.6.9. | Коррекция электролитного баланса | |
| 11.4.5.6.10. | Коррекция кислотно-основного состава | |
| 11.4.5.6.11. | Коррекция нарушений свертывающий системы крови | |
| 11.4.5.6.12. | Глюкокортикостероиды | |
| 11.4.5.6.13. | Гемосорбция | |
| 11.4.5.6.14. | Гипербарическая оксигенация | |
| 11.4.5.7. | Принципы интенсивной терапии | |
| 11.4.5.8. | Прогноз | |
| 11.4.5.9. | Тактика терапевта и хирургическое лечение (включая трансплантацию печени) | |
| 11.4.6. | Абсцессы печени | |
| 11.4.6.1. | Этиология и патогенез | |
| 11.4.6.2. | Клиника | |
| 11.4.6.3. | Особенности течения в подростковом возрасте | |
| 11.4.6.4. | Особенности течения в пожилом и старческом возрасте | |
| 11.4.6.5. | Осложнения | |
| 11.4.6.6. | Диагноз и дифференциальный диагноз | |
| 11.4.6.7. | Тактика терапевта и показания к хирургическому лечению | |
| 11.4.7. | Травматические поражения селезенки | |
| 11.4.7.1. | Клиника | |
| 11.4.7.2. | Тактика терапевта и показания к хирургическому лечению | |
| 11.4.8. | Инфаркт селезенки | |
| 11.4.8.1. | Этиология и патогенез | |
| 11.4.8.2. | Патоморфология | |
| 11.4.8.3. | Клиника | |
| 11.4.8.4. | Диагноз и дифференциальный диагноз | |
| 11.4.8.5. | Лечение | |
| 11.4.8.6. | Тактика терапевта и показания к хирургическому лечению | |
| **11.5.** | Тема 5: Неотложные состояния при болезнях поджелудочной железы | |
| 11.5.1. | Острый панкреатит | |
| 11.5.1.1. | Общие вопросы и классификация | |
| 11.5.1.2. | Этиология | |
| 11.5.1.3. | Патогенез | |
| 11.5.1.4. | Патоморфология | |
| 11.5.1.5. | Клиника и течение болезни | |
| 11.5.1.6. | Клинические варианты и атипические формы | |
| 11.5.1.7. | Диагноз и дифференциальный диагноз | |
| 11.5.1.8. | Особенности клиники в подростковом возрасте | |
| 11.5.1.9. | Особенности клиники в пожилом и старческом возрасте | |
| 11.5.1.10. | Осложнения острого панкреатита (шок, коллапс, острая почечная недостаточность, тромбозы, гипергликемия, септические осложнения и др.) | |
| 11.5.1.11. | Псевдокисты | |
| 11.5.1.12. | Принципы интенсивной терапии | |
| 11.5.1.12.1. | Противошоковые мероприятия | |
| 11.5.1.12.2. | Обезболивающие средства | |
| 11.5.1.12.3. | Препараты антиферментного действия | |
| 11.5.1.12.4. | Ингибиторы панкреатических протеаз | |
| 11.5.1.12.5. | Антикининовые средства – продектин (пармидин) | |
| 11.5.1.12.6. | Антациды | |
| 11.5.1.12.7. | Блокаторы Н2-рецепторов гистамина | |
| 11.5.1.12.8. | Препараты спазмолитического действия | |
| 11.5.1.12.9. | Новокаиновые блокады | |
| 11.5.1.12.10. | Сердечно-сосудистые средства | |
| 11.5.1.12.11. | Гастроинтестинальные гормоны и их синтетические аналоги (глюкагон, соматостатин, кальцитонин) | |
| 11.5.1.12.12. | Антагонисты простагландинов | |
| 11.5.1.12.13. | Коррекция электролитного баланса | |
| 11.5.1.12.14. | Переливание крови, плазмы и других кровезаменителей | |
| 11.5.1.12.15. | Локальная гипотермия | |
| 11.5.1.12.16. | Парентеральное питание | |
| 11.5.1.12.17. | Антибактериальная терапия | |
| 11.5.1.12.18. | Гемосорбция | |
| 11.5.1.12.19. | Перитонеальный диализ | |
| 11.5.1.13. | Особенности в подростковом возрасте | |
| 11.5.1.14. | Особенности лечения острого панкреатита в пожилом и старческом возрасте | |
| 11.5.1.15. | Тактика терапевта и показания к хирургическому лечению | |
| **11.6.** | Тема 6: Неотложные состояния при болезнях кишечника | |
| 11.6.1. | Флегмона кишки | |
| 11.6.1.1. | Общие вопросы | |
| 11.6.1.2. | Этиология и патогенез | |
| 11.6.1.3. | Клиника | |
| 11.6.1.4. | Особенности клиники в пожилом и старческом возрасте | |
| 11.6.1.5. | Исходы | |
| 11.6.1.6. | Тактика терапевта и показания к хирургическому лечению | |
| 11.6.2. | Острая кишечная непроходимость | |
| 11.6.2.1. | Классификация | |
| 11.6.2.2. | Клиника | |
| 11.6.2.3. | Особенности клиники при тонкокишечной и толстокишечной непроходимости | |
| 11.6.2.4. | Диагноз и дифференциальный диагноз | |
| 11.6.2.5. | Тактика терапевта и показания к хирургическому лечению | |
| 11.6.3. | Острый аппендицит | |
| 11.6.3.1. | Этиология и патогенез | |
| 11.6.3.2. | Классификация | |
| 11.6.3.3. | Клиника | |
| 11.6.3.4. | Диагноз и дифференциальный диагноз | |
| 11.6.3.5. | Осложнения | |
| 11.6.3.6. | Особенности клиники в пожилом и старческом возрасте | |
| 11.6.3.7. | Тактика терапевта и показания к хирургическому лечению | |
| 11.6.4. | Хронический аппендицит | |
| 11.6.4.1. | Клиника | |
| 11.6.4.2. | Диагноз и дифференциальный диагноз | |
| 11.6.4.3. | Особенности клиники в пожилом и старческом возрасте | |
| 11.6.4.4. | Тактика терапевта и показания к хирургическому лечению | |
| 11.6.5. | Тромбоз мезентеральных сосудов | |
| 11.6.5.1. | Этиология и патогенез | |
| 11.6.5.2. | Патоморфология | |
| 11.6.5.3. | Клиника | |
| 11.6.5.4. | Диагноз и дифференциальный диагноз | |
| 11.6.5.5. | Прогноз | |
| 11.6.5.6. | Консервативное лечение | |
| 11.6.5.7. | Хирургическое лечение | |
| 11.6.6. | Острый парапроктит | |
| 11.6.6.1. | Этиология | |
| 11.6.6.2. | Патогенез | |
| 11.6.6.3. | Классификация | |
| 11.6.6.4. | Клиника | |
| 11.6.6.5. | Диагноз и дифференциальный диагноз | |
| 11.6.6.6. | Осложнения | |
| 11.6.6.7. | Консервативное лечение | |
| 11.6.6.8. | Тактика терапевта и показания к хирургическому лечению | |
| **11.7.** | Тема 7: Острые гастроинтестинальные кровотечения | |
| 11.7.1. | Общие вопросы и классификация | |
| 11.7.1.1. | Частота и распространенность | |
| 11.7.1.2 | Этиология | |
| 11.7.1.3. | Патогенез | |
| 11.7.1.4. | Клиника | |
| 11.7.1.5. | Особенности клинического течения в зависимости от заболевания – причины кровотечения | |
| 11.7.1.6. | Особенности клинического течения у лиц юношеского, пожилого и старческого возраста | |
| 11.7.1.7. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 11.7.1.8. | Осложнения |
| 11.7.1.9. | Консервативное лечение |
| 11.7.1.9.1. | Режим |
| 11.7.1.9.2. | Диетотерапия |
| 11.7.1.9.3. | Препараты, повышающие коагуляционные свойства крови |
| 11.7.1.9.4. | Препараты, воздействующие на сосудистый компонент гемостаза |
| 11.7.1.9.5. | Препараты, воздействующие на тромбоцитарный компонент гемостаза |
| 11.7.1.9.6. | Симптоматическое лечение (в зависимости от заболевания – причины кровотечения) |
| 11.7.1.9.7. | Лечение осложнений |
| 11.7.1.10. | Тактика терапевта и показания к хирургическому лечению |
| 11.7.1.11. | Профилактическое противорецидивное лечение |
| 11.7.1.12. | Особенности ведения больных, перенесших кровотечение, в амбулаторных условиях |
| **11.8.** | Тема 8: Острый живот |
| 11.8.1. | Понятие |
| 11.8.2. | Причины возникновения острого живота |
| 11.8.3. | Методы диагностики |
| 11.8.3.1. | Анамнез |
| 11.8.3.2. | Физикальные методы исследования |
| 11.8.3.3. | Лабораторные методы |
| 11.8.3.4. | Инструментальные методы |
| 11.8.3.5. | Рентгенологические методы |
| 11.8.4. | Клиника |
| 11.8.5. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 11.8.6. | Тактика терапевта и показания к хирургическому лечению |
| 11.8.6.1. | Предоперационная подготовка больного |
| 11.8.6.2. | Исследование состояния гомеостаза и его коррекция |
| 11.8.6.3 | Общеукрепляющая терапия |
| 11.8.6.4 | Антитоксическая терапия |
| 11.8.6.5 | Методы психотерапии и психологической подготовки больных к операции |
| 11.8.6.6. | Особенности предоперационной подготовки больных пожилого и старческого возраста |
| 11.8.7. | Послеоперационные осложнения и их классификация |
| 11.8.7.1. | Клиника послеоперационных осложнений |
| 11.8.7.2. | Перитониты (локальные, разлитые и общие) |
| 11.8.7.3. | Тактика терапевта в лечении осложнений |
| 11.8.7.4. | Особенности ведения больных, перенесших операцию, в амбулаторных условиях |
| 11.8.8. | Ущемление грыжи |
| 11.8.8.1. | Этиология и патогенез |
| 11.8.8.2. | Клиника |
| 11.8.8.3. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 11.8.8.4. | Тактика терапевта и показания к хирургическому лечению |
| 11.8.9. | Острые абдоминальные синдромы при заболеваниях других органов и систем |
| 11.8.9.1. | Инфаркт миокарда |
| 11.8.9.2. | Стенокардия |
| 11.8.9.3. | Бактериальные эндокардиты |
| 11.8.9.4. | Расслаивающая аневризма сердца |
| 11.8.9.5. | Периодическая болезнь |
| 11.8.9.6. | Острая пневмония |
| 11.8.9.7. | Спонтанный пневмоторакс |
| 11.8.9.8. | Диафрагмальный плеврит |
| 11.8.9.9. | Почечная колика |
| 11.8.9.10. | Диабетическая кома |
| 11.8.9.11. | Острые гастроэнтерологические синдромы при отравлениях и интоксикациях |
| 11.8.9.12. | Гинекологические заболевания (внематочная беременность, апоплексия яичника, пельвиоперитонит и др.) |
| 11.8.9.13. | Инфекционные заболевания |
| 11.8.9.14. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 11.8.9.15. | Тактика терапевта |
| 11.8.10. | Хронические нарушения висцерального кровообращения (брюшная жаба) |
| 11.8.10.1. | Этиология и патогенез |
| 11.8.10.2. | Клиника |
| 11.8.10 .3. | Диагноз и дифференциальный диагноз |
| 11.8.10.4. | Тактика терапевта и показания к хирургическому лечению |

Литература: 14, 22, 24, 30, 43

Законодательные и нормативно-правовые документы: 1-13

МОДУЛЬ 12. Отдельные вопросы смежной патологии

|  |  |
| --- | --- |
| Индекс | На­име­но­ва­ние тем, эле­мен­тов и т.д. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Фтизиатрия** |
| 1. | Тема 1. Организация фтизиатрической помощи в Российской Федерации |
| 1.1. | Законодательные основы оказания медицинской и социальной помощи больным с туберкулезом |
| 1.2 | Основные принципы медицинской и социальной помощи больным с туберкулезом |
| 2. | **Тема 2. Туберкулез** |
| 2.1. | Эпидемиология туберкулеза |
| 2.2. | Клиника туберкулеза |
| 2.3. | Современные принципы диагностики туберкулеза |
| 2.4. | Роль врача общеклинической практики в диагностике туберкулеза |
| 2.5. | Современные принципы лечения туберкулеза |
| 2.6. | Экспертиза трудоспособности туберкулеза |
| 2.7. | Профилактика туберкулеза в современных условиях |
| 2.8. | Дифференциальный диагноз туберкулеза |
|  | **ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ** |
| 3 | **Тема 3. Организация оказания помощи при инфекционных заболеваниях** |
| 3.1. | Структура медико-профилактичсекой помощи при инфекционных заболеваниях |
| 3.2. | Принципы организации медицинской помощи больным с особо опасными инфекционными заболеваниями в условиях стационара и амбулаторно-поликлинической помощи |
| 3.2.1. | Принципы организации медицинской помощи больным с инфекционными заболеваниями в условиях стационара |
| 3.2.2. | Принципы организации медицинской помощи больным с инфекционными заболеваниями в условиях амбулаторно-поликлинической помощи |
| 3.3 | Роль органов Роспотребнадзора в профилактике инфекционных заболеваний |
| 4. | **Тема 4. Острые гепатиты** |
| 4.1. | Этиология, патогенез, клиника, диагностика острого вирусного гепатита А |
| 4.2. | Лечение острого вирусного гепатита А |
| 4.3. | Этиология, патогенез, клиника, диагностика острого вирусного гепатита В |
| 4.4. | Лечение острого вирусного гепатита В |
| 4.5. | Этиология, патогенез, клиника, диагностика острого вирусного гепатита С |
| 4.6. | Лечение острого вирусного гепатита С |
| 4.7. | Этиология, патогенез, клиника, диагностика острого вирусного гепатита Е |
| 4.8. | Лечение острого вирусного гепатита Е |
| 4.9. | Дифференциальный диагноз гепатитов |
| 4.10. | Профилактика гепатитов |
| 4.10.1. | Общие меры профилактики гепатитов |
| 4.10.2. | Вакцинопрофилактика гепатитов |
| 5 | **Тема 5. Острые кишечные инфекции** |
| 5.1. | Дизентерия |
| 5.1.1. | Этиология, патогенез, клиника, диагностика дизентерии |
| 5.1.2. | Лечение дизентерии |
| 6 | Тема 6. Менингиты |
| 6.1. | Этиология, патогенез, клиника, диагностика и профилактика менингитов |
| 6.1 | Лечение менингитов |
| 7. | **Тема 7. Корь** |
| 7.1. | Этиология, патогенез, клиника, диагностика и профилактика кори |
| 7.2. | Лечение кори |
| 8. | **Тема 8. Дифтерия** |
| 8.1. | Этиология, патогенез, клиника, диагностика и профилактика дифтерии |
| 8.2. | Лечение дифтерии |
| 9 | Тема 9. Холера |
| 9.1. | Этиология, патогенез, клиника, диагностика, профилактика холеры |
| 9.2. | Лечение холеры |
| 10 | **Тема 10. Тифы** |
| 10.1 | Этиология, патогенез, клиника, диагностика, профилактика тифов |
| 10.2. | Лечение тифов |
| 11. | **Тема 11. Столбняк** |
| 11.1 | Этиология, патогенез, клиника, диагностика, профилактика столбняка |
| 11.2. | Лечение стобняка |

Литература: 45-49

Законодательные и нормативно-правовые документы: 1-13

**МОДУЛЬ 13.** **Диетотерапия заболеваний органов пищеварения**

|  |  |
| --- | --- |
| Код | Наименование тем, элементов и т.д. |
| 1 | 2 |
| 12. | **Раздел 12: Диетотерапия заболеваний органов пищеварения** |
| **12.1.** | Тема 1: Теория сбалансированного питания |
| 12.1.1. | Принципы рационального питания здорового человека |
| 12.1.1.1. | Сбалансированное питание как основа обмена веществ |
| 12.1.1.2. | Связь обмена углеводов, жиров, белков. Пути превращения одних веществ в другие |
| 12.1.1.3. | Основные незаменимые факторы питания |
| 12.1.1.4. | Понятие о нутриентах. Представление о клеточном питании как превращении нутриентов на уровне клеток и клеточных органелл |
| 12.1.1.5. | Теория адекватного питания и трофология |
| 12.1.1.6. | Закон соответствия ферментных констелляций организма химическим структурам пищи |
| 12.1.1.7. | Нормы потребности в энергии, основных пищевых веществах и микронутриентов в зависимости от пола, возраста, профессии, физиологического состояния организма |
| 12.1.2. | Проблема безопасности пищевых продуктов |
| 12.1.3. | Понятие об адаптогенном действии сбалансированного питания |
| 12.1.4. | Проблема функционального питания |
| **12.2.** | Тема 2: Строение, биологическая роль и пищевые источники важнейших нутриентов |
| 12.2.1. | Белки |
| 12.2.1.1. | Классификация |
| 12.2.1.2. | Классификация аминокислот |
| 12.2.1.3. | Простые и сложные белки |
| 12.2.1.4. | Содержание белков в важнейших пищевых продуктах |
| 12.2.1.5. | Пути увеличения белковых ресурсов |
| 12.2.1.6. | Современные представления о биологической ценности белков, определение аминокислотного скора |
| 12.2.2. | Липиды |
| 12.2.2.1. | Насыщенные и ненасыщенные жирные кислоты, ненасыщенные жирные кислоты «омега-3» и «омега-6», их оптимальное соотношение в пище |
| 12.2.2.2. | Жирнокислотный состав различных пищевых жиров |
| 12.2.2.3. | Биологическая роль важнейших липидов и фосфолипидов |
| 12.2.2.4. | Содержание липидов в важнейших пищевых продуктах |
| 12.2.3. | Углеводы |
| 12.2.3.1. | Современная классификация |
| 12.2.3.2. | Основные представители моно- и дисахаридов, их строение и биологическая роль |
| 12.2.3.3. | Перевариваемые полисахариды, особенности строения и биологическая роль |
| 12.2.3.4. | Пищевые волокна, их роль в питании, профилактика обменных заболеваний |
| 12.2.3.5. | Содержание углеводов в основных пищевых продуктах. Заменители сахара |
| 12.2.3.6. | Биологическая ценность углеводов |
| 12.2.4. | Витамины |
| 12.2.4.1. | Современная классификация |
| 12.2.4.2. | Биологическая роль витаминов |
| 12.2.4.3. | Водорастворимые витамины |
| 12.2.4.3.1. | Строение, биологическая роль |
| 12.2.4.3.2. | Суточная потребность и содержание в важнейших пищевых продуктах |
| 12.2.4.4. | Жирорастворимые витамины |
| 12.2.4.4.1. | Строение, биологическая роль |
| 12.2.4.4.2. | Суточная потребность и содержание в важнейших пищевых продуктах |
| 12.2.4.5. | Связь витаминов с ферментами |
| 12.2.4.6. | Гипер-, гипо-, авитаминозы |
| 12.2.4.7. | Представление об антивитаминах |
| 12.2.4.7.1. | Классификация |
| 12.2.4.7.2. | Механизм действия |
| 12.2.4.8. | Значение витаминов как антиоксидантов |
| 12.2.4.9. | Побочные действия при приеме витаминных препаратов |
| 12.2.5. | Минеральные соли |
| 12.2.5.1. | Макроэлементы (Na, K, Ca, Mg, P, S, Cl) |
| 12.2.5.1.1. | Биологическая роль, связь с ферментными системами |
| 12.2.5.1.2. | Содержание в пищевых продуктах |
| 12.2.5.2. | Микроэлементы (Fe, Co, Cu, J, F, Zn) |
| 12.2.5.2.1. | Биологическая роль, связь с ферментными системами |
| 12.2.5.2.2. | Содержание в пищевых продуктах |
| 12.2.6. | Парентеральное питание |
| 12.2.6.1. | Показания и противопоказания |
| 12.2.6.2. | Химический состав и энергетическая ценность препаратов для парентерального питания |
| 12.2.6.3. | Сравнительная характеристика препаратов. Преимущества и недостатки |
| 12.2.7. | Энтеральное питание и продукты для него |
| 12.2.8. | Научно необоснованные рекомендации по питанию |
| 12.2.9. | Продукты лечебно-профилактического действия (обогащенные пищевыми волокнами, полезной микрофлорой, ПНЖК) |
| **12.3.** | Тема 3: Организация лечебного питания |
| 12.3.1. | Принципы организации лечебного питания |
| 12.3.1.1. | В многопрофильных больницах |
| 12.3.1.2. | В санаторно-курортных учреждениях |
| 12.3.1.3. | В санаториях-профилакториях |
| 12.3.1.4. | В домашних условиях |
| 12.3.2. | Методика построения диет и назначение лечебного питания |
| 12.3.2.1. | Характеристика лечебных диет, понятие о базисных диетах |
| 12.3.3. | Руководство службой питания |
| 12.3.3.1. | Роль совета по питанию |
| 12.3.3.2. | Обязанности должностных лиц |
| 12.3.3.3. | Технические вопросы организации лечебного питания |
| 12.3.4. | Инструктивные материалы и приказы по организации лечебного питания |
| **12.4.** | Тема 4: Основы технологии приготовления пищи |
| 12.4.1. | Технологические методы обработки продуктов |
| 12.4.1.1. | Методы, обеспечивающие механическоещажение желудочно-кишечного тракта |
| 12.4.1.2. | Методы, обеспечивающие химическоещажение желудочно-кишечного тракта |
| 12.4.1.3. | Методы, обеспечивающие термическоещажение желудочно-кишечного тракта |
| 12.4.2. | Обогащение рациона дополнительными пищевыми факторами |
| 12.4.2.1. | Белковые продукты |
| 12.4.2.2. | Витамины |
| 12.4.2.3. | Минеральные вещества |
| 12.4.2.4. | Липотропные вещества |
| 12.4.2.5. | Полезная флора |
| 12.4.2.6. | Пищевые волокна |
| 12.4.3. | Основные технологии приготовления пищевых блюд |
| 12.4.3.1. | Контроль за качеством готовых блюд |

Литература: 13, 14, 20

Законодательные и нормативно-правовые документы: 1-13

**МОДУЛЬ 14. Фармакология в гастроэнтерологии**

|  |  |
| --- | --- |
| Код | Наименование тем, элементов и т.д. |
| 13. | **Раздел 13: Фармакология в гастроэнтерологии** |
| **13.1.** | Тема 1: Общие вопросы клинической фармакологии в гастроэнтерологии |
| 13.1.1. | Предмет и задачи клинической фармакологии |
| 13.1.2. | Клиническая фармакокинетика |
| 13.1.2.1. | Фармакодинамика лекарственных средств |
| 13.1.2.2. | Взаимодействие лекарств |
| 13.1.2.3. | Влияние факторов внешней среды на метаболизм лекарственных средств |
| **13.2.** | Тема 2: Клиническая фармакология и тактика применения медикаментозных средств при болезнях органов пищеварения |
| 13.2.1. | Седативные и транквилизирующие средства |
| 13.2.1.1. | Классификация |
| 13.2.1.2. | Показания к применению в гастроэнтерологии и тактика |
| 13.2.1.3. | Осложнения терапии данными препаратами |
| 13.2.1.4. | Антидепрессанты и анксиолитики |
| 13.2.2. | Анальгезирующие средства |
| 13.2.2.1. | Классификация |
| 13.2.2.2. | Показания и противопоказания к назначению |
| 13.2.3. | Миотропные спазмолитики |
| 13.2.3.1. | Классификация |
| 13.2.3.2. | Показания, противопоказания и тактика применения в гастроэнтерологии |
| 13.2.4. | Нейротропные спазмолитики (М-холино-блокаторы) |
| 13.2.4.1. | Классификация |
| 13.2.4.2. | Клиническая фармакология холинолитических средств |
| 13.2.4.3. | Клиническая фармакология и тактика применения адреноблокирующих средств |
| 13.2.5. | Ганглиоблокаторы |
| 13.2.5.1. | Классификация |
| 13.2.5.2. | Показания, противопоказания и тактика применения в гастроэнтерологии |
| 13.2.6. | Прокинетики |
| 13.2.6.1. | Показания, противопоказания и тактика применения в гастроэнтерологии |
| 13.2.7. | Клиническая фармакология антацидов и антипептических средств |
| 13.2.7.1. | Классификация |
| 13.2.7.2. | Механизмы действия и тактика применения в гастроэнтерологии |
| 13.2.7.3. | Побочные действия антацидов |
| 13.2.8. | Средства с гастропротективным действием |
| 13.2.8.1. | Механизмы действия |
| 13.2.8.2. | Показания к применению, побочные эффекты |
| 13.2.9. | Средства, влияющие на процессы регенерации, биогенные стимуляторы |
| 13.2.9.1. | Классификация |
| 13.2.9.2. | Показания, противопоказания и тактика применения в гастроэнтерологии |
| 13.2.10. | Н2-гистаминоблокаторы |
| 13.2.10.1. | Классификация |
| 13.2.10.2. | Тактика применения и возможные осложнения |
| 13.2.11. | Ингибиторы К-АТФ-азы протонного насоса париетальных клеток слизистой желудка |
| 13.2.11.1. | Тактика применения в гастроэнтерологии |
| 13.2.12. | Синтетические аналоги простагландинов |
| 13.2.12.1. | Применение в гастроэнтерологии |
| 13.2.13. | Желчегонные средства |
| 13.2.13.1. | Классификация |
| 13.2.13.2. | Клиническая фармакология желчегонных средств |
| 13.2.13.3. | Показания, противопоказания и тактика применения в гастроэнтерологии |
| 13.2.14. | Холелитолитические средства. Показания, тактика применения, осложнения |
| 13.2.15. | Рвотные и противорвотные средства |
| 13.2.15.1. | Классификация |
| 13.2.15.2. | Показания, противопоказания и особенности лечения болезней органов пищеварения |
| 13.2.16. | Ферментные препараты |
| 13.2.16.1. | Тактика лечения болезней желудка, поджелудочной железы и кишечника |
| 13.2.17. | Препараты, обладающие антиферментной активностью, показания и лечебная тактика их применения в гастроэнтерологии |
| 13.2.18. | Слабительные средства |
| 13.2.18.1. | Классификация |
| 13.2.18.2. | Показания, противопоказания к назначению, тактика лечения запоров |
| 13.2.18.3. | Осложнения в терапии слабительными средствами |
| 13.2.19. | Глюкокортикостероиды |
| 13.2.19.1. | Механизм действия |
| 13.2.19.2. | Показания, противопоказания и тактика применения |
| 13.2.19.3. | Осложнения глюкокортикостероидной терапии, их профилактика |
| 13.2.20. | Минералокортикоидные гормоны коры надпочечников, их аналоги |
| 13.2.20.1. | Механизм действия |
| 13.2.20.2. | Показания, противопоказания и тактика применения. Осложнения |
| 13.2.21. | Несистемные стероиды |
| 13.2.21.1. | Применение в гастроэнтерологии |
| 13.2.22. | Препараты – синтетические аналоги гормонов пищеварительного тракта |
| 13.2.22.1. | Применение в гастроэнтерологии |
| 13.2.23. | Иммунодепрессанты и цитостатики |
| 13.2.23.1. | Механизм действия |
| 13.2.23.2. | Показания, противопоказания и тактика применения в гастроэнтерологии |
| 13.2.23.3. | Осложнения и меры их профилактики |
| 13.2.24. | Анаболические средства |
| 13.2.24.1. | Анаболические стероиды |
| 13.2.24.2. | Анаболические нестероидные вещества |
| 13.2.25. | Иммуномодуляторы |
| 13.2.26. | Антигистаминные средства |
| 13.2.26.1. | Классификация |
| 13.2.26.2. | Тактика применения в гастроэнтерологии |
| 13.2.27. | Клиническая фармакология средств, влияющих на систему гемостаза |
| 13.2.27.1. | Классификация |
| 13.2.27.2. | Тактика применения гемостатических средств в гастроэнтерологии |
| 13.2.27.3. | Осложнения гемостатической терапии и их предупреждение |
| 13.2.28. | Средства, применяемые при лечении анемий |
| 13.2.28.1. | Тактика лечения железодефицитных анемий |
| 13.2.28.2. | Тактика лечения В12-дефицитных анемий |
| 13.2.29. | Препараты гепатопротективного действия |
| 13.2.29.1. | Механизм действия |
| 13.2.29.2. | Показания к применению и тактика |
| 13.2.30. | Средства для лечения печеночной энцефалопатии |
| 13.2.30.1. | Механизм действия |
| 13.2.30.2. | Показания и тактика применения |
| 13.2.31. | Гексозы, препараты крови и плазмы, аминокислоты и гидролизаты белков |
| 13.2.31.1 | Механизм действия |
| 13.2.31.2. | Показания, тактика применения при заболеваниях органов пищеварения |
| 13.2.31.3. | Осложнения |
| 13.2.32. | Витамины и их аналоги |
| 13.2.32.1. | Показания применения в гастроэнтерологии |
| 13.2.32.2. | Механизм действия |
| 13.2.32.3. | Антивитамины |
| 13.2.33. | Липотропные средства |
| 13.2.33.1. | Показания к назначению при заболеваниях органов пищеварения |
| 13.2.34. | Комплексообразующие соединения |
| 13.2.34.1. | Показания, тактика применения в гастроэнтерологии |
| 13.2.35. | Мочегонные средства |
| 13.2.35.1. | Классификация |
| 13.2.35.2. | Особенности тактики применения в гастроэнтерологии |
| 13.2.35.3. | Побочные действия, их профилактика |
| 13.2.36. | Антибактериальные средства в гастроэнтерологии |
| 13.2.36.1. | Классификация антибиотиков |
| 13.2.36.2. | Показания к назначению антибиотиков, тактика лечения |
| 13.2.36.3. | Побочные действия антибиотиков |
| 13.2.36.4. | Противогрибковые средства |
| 13.2.36.5. | Сульфаниламидные препараты короткого и пролонгированного действия, механизм их действия |
| 13.2.36.6. | Особенности применения сульфаниламидных препаратов при заболеваниях органов пищеварения |
| 13.2.37. | Клиническая фармакология и тактика применения в гастроэнтерологии производных |
| 13.2.37.1. | Налидиксовой кислоты |
| 13.2.37.2. | Нитрофурана |
| 13.2.37.3. | Метронидазола |
| 13.2.37.4. | Оксихинолина |
| 13.2.37.5. | Фторхинолона |
| 13.2.38. | Биологические препараты (пре- и пробиотики) |
| 13.2.38.1. | Показания и тактика лечения заболеваний кишечника, осложненных дисбактериозом кишечника |
| 13.2.39. | Азосоединения салициловой кислоты с сульфаниламидами |
| 13.2.39.1. | Показания к применению, тактика лечения, осложнения |
| 13.2.40. | Препараты 5-аминосалициловой кислоты |
| 13.2.40.1. | Применения в гастроэнтерологии |
| 13.2.41. | Противовирусные препараты |
| 13.2.41.1. | Тактика применения в гастроэнтерологии, показания |
| 13.2.42. | Энтеросорбенты. Показания к применению, тактика лечения |
| 13.2.43. | Противодиарейные средства |
| 13.2.44. | Средства, уменьшающие метеоризм |
| 13.2.45. | Нутрицевтики |
| 13.2.46. | Средства для лечения геморроя |
| **13.3.** | Тема 3: Фитотерапия, характеристика и тактика применения лекарственных растений при заболеваниях органов пищеварения |
| 13.3.1. | Обволакивающие |
| 13.3.2. | Вяжущие |
| 13.3.3. | Противовоспалительные |
| 13.3.4. | Болеутоляющие |
| 13.3.5. | Повышающие секрецию и кислотность желудочного сока |
| 13.3.6. | Усиливающие регенерацию |
| 13.3.7. | Желчегонные |
| 13.3.8. | Кровоостанавливающие |
| 13.3.9. | Слабительные |
| 13.3.10. | Противоглистные |
| **13.4.** | Тема 4: Апитерапия |
| **13.5.** | Тема 5: Сочетание фармакотерапии с другими видами лечения |
| 13.5.1. | Диетотерапией |
| 13.5.2. | Фитотерапией |
| 13.5.3. | Физиотерапией |
| 13.5.4. | Санаторно-куротным лечением |
| 13.5.5. | Рефлексотерапией |
| **13.6.** | Тема 6: Побочные действия лекарств при лечении болезней органов пищеварения |
| 13.6.1. | Виды побочного действия лекарств |
| 13.6.2. | Особенности осложнений лекарственной терапии аллергической природы |
| 13.6.3. | Диагностика и меры профилактики лекарственной аллергии |
| 13.6.4. | Лечение |
| 13.6.5. | Анафилактический шок |
| 13.6.5.1. | Клинические варианты |
| 13.6.5.2. | Тактика ведения больного |
| 13.6.5.3. | Профилактика |

Литература: 3, 13, 14, 21, 23, 25, 31, 50, 51

Законодательные и нормативно-правовые документы: 1-13

4.2., 4.3 Учебный и учебно-тематический планы

1.2 Продолжительность 4 мес.- 576 часа

1.3 Категория обучаемых – врачи-терапевты

1.4 Форма обучения – очная (с отрывом от работы).

1.5 Режим занятий - 6 часов, 1перерыв на 30 мин. (обед), остальные по 10 мин.

1.6.Учебный план

4.2. УЧЕБНЫЙ ПЛАН

## профессиональной переподготовки (ПП) по гастроэнтерологии

**Цель:** овладение теоретическими знаниями, профессиональными навыками, необходимыми для самостоятельной работы врача-гастроэнтеролога.

**Категория слушателей:** врачи с базовыми специальностями высшего медицинского образования «040100 лечебное дело» и «040200 педиатрия»

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **код** | **Наименование**  **разделов**  **дисциплины** | **Всего**  **часов** | **В том числе** | | **Форма контроля** |
|  |  | **лекции** | **практич. занятия** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| 1 | Основы социальной гигиены и организация гастроэнтерологической помощи населению | 6 | 2 | 4 | зачет |
| 2 | Теоретические основы клинической гастроэнтерологии | 14 | 4 | 10 | зачет |
| 3 | Методы исследования функций органов пищеварения | 30 | 2 | 28 | зачет |
| 4 | Болезни пищевода | 36 | 6 | 30 | тест.  контроль |
| 5 | Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки | 70 | 12 | 58 | тест.  контроль |
| 6 | Болезни печени | 56 | 10 | 46 | тест.  контроль |
| 7 | Болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей | 34 | 4 | 30 | тест.  контроль |
| 8 | Болезни поджелудочной железы | 34 | 4 | 30 | тест.  контроль |
| 9 | Болезни кишечника | 62 | 14 | 48 | тест.  контроль |
| 10 | Опухолевые заболевания органов пищеварения | 40 | 10 | 30 | зачет |
| 11 | Интенсивная терапия и реанимация при неотложных состояниях в гастроэнтерологии | 26 | 6 | 20 | зачет |
| 12 | Отдельные вопросы смежной патологии | 26 | 10 | 16 | зачет |
| 13 | Диетотерапия заболеваний органов пищеварения | 30 | - | 30 | зачет |
| 14 | Фармакология в гастроэнтерологии | 34 | 2 | 32 | зачет |
|  | Итоговый контроль | 6 | - | 6 |  |
|  | По дополнительным программам | 72 | 36 | 36 |  |
|  | Всего: | 576 | 122 | 454 |  |

**4.3 Учебно-тематический план**

## цикла профессиональной переподготовки (ПП) по

## гастроэнтерологии

**Цель:** овладение теоретическими знаниями, профессиональными навыками, необходимыми для самостоятельной работы врача-гастроэнтеролога.

**Категория слушателей:** врачи с базовыми специальностями высшего медицинского образования «040100 лечебное дело» и «040200 педиатрия».

**Срок обучения:** 576 ч., (16 нед., 4 мес.)

**Режим занятий:** 6 ч. в день

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **код** | **Наименование**  **разделов**  **дисциплины**  **и тем** | **Всего**  **часов** | **В том числе** | | | **Форма контроля** |
|  |  | **лекции** | **выездные занятия, стажировка, деловые игры и др.** | **практич., лабораторные,**  **семинар. занятия** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| **1** | **Основы социальной гигиены и организация гастроэнтерологической помощи населению** | **10** | **2** | **-** | **8** | **зачет** |
| 1.1 | Общественное здоровье – показатель экономического и социального развития государства  Основные направления национального проекта «Здоровье» | 2 | 2 | - | - |  |
| 1.2 | Организация гастроэнтерологической помощи населению | 1 | - | - | 1 |  |
| 1.3 | Вопросы управления, экономики и планирования в гастроэнтерологической службе | 1 | - | - | 1 |  |
| 1.4 | Вопросы санитарной статистики в гастроэнтерологической службе | 1 | - | - | 1 |  |
| 1.5 | Основы медико-социальной экспертизы | 2 | - | - | 2 |  |
| 1.6 | Этика и деонтология в профессиональной деятельности врача-гастроэнтеролога | 2 | - | - | 2 |  |
| 1.7 | Правовые основы здравоохранения | 1 | - | - | 1 |  |
| **2** | **Теоретические основы клинической гастроэнтерологии** | **14** | **4** | **-** | **10** | **зачет** |
| 2.1 | Генетические основы патологии в клинической гастроэнтерологии | 1 | - | - | 1 |  |
| 2.2 | Задачи и принципы организации медико-генетической службы в России | 1 | - | - | 1 |  |
| 2.3 | Основы учения о реактивности организма | 2 | - | - | 2 |  |
| 2.4 | Аллергическая реактивность | 2 | 2 | - | - |  |
| 2.5 | Иммунологические основы патологии в гастроэнтерологии | 2 | 2 | - | - |  |
| 2.6 | Общие вопросы геронтологии и гериатрии | 2 | - | - | 2 |  |
| 2.7 | Патофизиология пищеварения | 2 | - | - | 2 |  |
| 2.8 | Клиническая морфология при заболеваниях органов пищеварения | 2 | - | - | 2 |  |
| **3** | **Методы исследования функций органов пищеварения** | **30** | **2** | **-** | **28** | **зачет** |
| 3.1 | Значение врачебного обследования в диагностике гастроэнтерологических заболеваний | 4 | - | - | 4 |  |
| 3.2 | Лабораторные методы исследования | 6 | - | - | 6 |  |
| 3.3 | Методы исследования желудочной секреции | 7 | 1 | - | 6 |  |
| 3.4 | Методы исследования дуоденального содержимого | 7 | 1 | - | 6 |  |
| 3.5 | Инструментальные и аппаратные методы исследования | 6 | - | - | 6 |  |
| **4** | **Болезни**  **пищевода** | **34** | **6** | **-** | **28** | **Тестовый контроль** |
| 4.1 | Анатомия и физиология пищевода | 2 | - | - | 2 |  |
| 4.2 | Функциональные расстройства пищевода | 2 | - | - | 2 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 4.3 | Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь | 6 | 2 | - | 4 |  |
| 4.4 | Эзофагиты | 4 | - | - | 4 |  |
| 4.5 | Пептическая язва пищевода | 5 | 2 | - | 3 |  |
| 4.6 | Дивертикулы пищевода | 4 | - | - | 4 |  |
| 4.7 | Ахалазия кардии | 6 | 2 | - | 4 |  |
| 4.8 | Стенозы пищевода | 3 | - | - | 3 |  |
| 4.9 | Специфические поражения пищевода | 2 | - | - | 2 |  |
| **5** | **Болезни желудка и двенадцатипер-стной кишки** | **70** | **12** | **-** | **58** | **Тестовый контроль** |
| 5.1 | Анатомия и физиология желудка и двенадцатиперстной кишки | 2 | - | - | 2 |  |
| 5.2 | Функциональные расстройства желудка | 4 | - | - | 4 |  |
| 5.3 | Острые гастриты | 4 | - | - | 4 |  |
| 5.4 | Хронические гастриты | 8 | 2 | - | 6 |  |
| 5.5 | Язвенная болезнь с локализацией процесса в желудке и двенадцатиперстной кишке | 14 | 6 | - | 8 |  |
| 5.6 | Болезни оперированного желудка (постгастрорезекционные расстройства) | 8 | 2 | - | 6 |  |
| 5.7 | Постваготомические расстройства | 6 | - | - | 6 |  |
| 5.8 | Хронические дуодениты | 5 | 1 | - | 4 |  |
| 5.9 | Хронические  папиллиты, оддиты | 5 | 1 | - | 4 |  |
| 5.10 | Дивертикулы двенадцатиперстной кишки | 4 | - | - | 4 |  |
| 5.11 | Хроническое нарушение проходимости двенадцатиперстной кишки – дуоденостаз | 6 | - | - | 6 |  |
| 5.12 | Редкие (труднодиагностируемые) заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки | 4 | - | - | 4 |  |
| **6** | **Болезни печени** | **56** | **10** | **-** | **46** | **Тестовый контроль** |
| 6.1 | Анатомия и физиология печени | 2 | - | - | 2 |  |
| 6.2 | Основные патологические синдромы | 2 | - | - | 2 |  |
| 6.3 | Хронические гепатиты | 10 | 2 | - | 8 |  |
| 6.4 | Циррозы печени | 10 | 2 | - | 8 |  |
| 6.5 | Билиарный цирроз печени | 10 | 2 | - | 8 |  |
| 6.6 | Болезни накопления и энзимопатии | 6 | 2 | - | 4 |  |
| 6.7 | Заболевания сосудов печени | 4 | - | - | 4 |  |
| 6.8 | Алкогольные поражения печени | 10 | 2 | - | 8 |  |
| 6.9 | Поражения печени при болезнях внутренних органов | 2 | - | - | 2 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **7** | **Болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей** | **34** | **4** | **-** | **30** | **Тестовый контроль** |
| 7.1 | Анатомия и физиология желчного пузыря и желчевыводящих путей | 2 | - | - | 2 |  |
| 7.2 | Дискинезия желчного пузыря и желчевыводящих путей | 6 | - | - | 6 |  |
| 7.3 | Холециститы | 8 | 2 | - | 6 |  |
| 7.4 | Желчнокаменная болезнь | 8 | 2 | - | 6 |  |
| 7.5 | Холангиты | 4 | - | - | 4 |  |
| 7.6 | Постхолецистэктомический синдром | 6 | - | - | 6 |  |
| **8** | **Болезни поджелудочной железы** | **34** | **4** | **-** | **30** | **Тестовый контроль** |
| 8.1 | Анатомия и физиология поджелудочной железы | 8 | 2 | - | 6 |  |
| 8.2 | Пороки развития поджелудочной железы | 6 | - | - | 6 |  |
| 8.3 | Панкреатиты (хронические) | 12 | 2 | - | 10 |  |
| 8.4 | Камни поджелудочной железы | 8 | - | - | 8 |  |
| **9** | **Болезни**  **кишечника** | **60** | **14** | **-** | **46** | **Тест. контроль** |
| 9.1 | Анатомия и физиология кишечника | 2 | - | - | 2 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 9.2 | Синдром мальабсорбции (нарушенного всасывания) | 4 | 2 | - | 2 |  |
| 9.3 | Интестинальные энзимопатии | 2 | - | - | 2 |  |
| 9.4 | Целиакия (глютеновая энтеропатия) | 4 | 2 | - | 2 |  |
| 9.5 | Тропическая форма спру | 2 | - | - | 2 |  |
| 9.6 | Болезнь Уиппла | 4 | 2 | - | 2 |  |
| 9.7 | Заболевания тонкой кишки сосудистого происхождения | 2 | - | - | 2 |  |
| 9.8 | Функциональные болезни кишечника | 2 | - | - | 2 |  |
| 9.9 | Аномалии развития толстой кишки | 2 | - | - | 2 |  |
| 9.10 | Язвенный колит | 6 | 2 | - | 4 |  |
| 9.11 | Болезнь Крона | 4 | 2 | - | 2 |  |
| 9.12 | Ишемический колит | 2 | - | - | 2 |  |
| 9.13 | Колиты | 4 | - | - | 4 |  |
| 9.14 | Дисбактериоз кишечника | 6 | 2 | - | 4 |  |
| 9.15 | Дивертикулез кишечника | 2 | - | - | 2 |  |
| 9.16 | Пневматоз кишечника | 2 | - | - | 2 |  |
| 9.17 | Амилоидоз кишечника | 2 | - | - | 2 |  |
| 9.18 | Специфические заболевания кишечника. Туберкулез кишечника | 4 | 2 | - | 2 |  |
| 9.19 | Воспалительные и невоспалительные заболевания прямой кишки и заднего прохода | 2 | - | - | 2 |  |
| 9.20 | Недостаточность анального жома. Выпадение прямой кишки. Стриктуры прямой кишки | 2 | - | - | 2 |  |
| **10** | **Опухолевые заболевания органов пищеварения** | **40** | **10** | **-** | **30** | **зачет** |
| 10.1 | Опухоли пищевода | 4 | 2 | - | 2 |  |
| 10.2 | Опухоли желудка | 8 | 2 | - | 6 |  |
| 10.3 | Рак поджелудочной железы и внепеченочных желчных путей | 8 | 2 | - | 6 |  |
| 10.4 | Опухоли печени | 8 | 2 | - | 6 |  |
| 10.5 | Опухоли кишечника | 8 | 2 | - | 6 |  |
| 10.6 | Апудомы желудочно-кишечного тракта (МЭН) | 4 | - | - | 4 |  |
| **11** | **Интенсивная терапия и реанимация при неотложных состояниях в гастроэнтерологии** | **26** | **6** | **-** | **20** | зачет |
| 11.1 | Организация службы интенсивной терапии и реанимации в лечебно-профилак-тических учреждениях | 2 | - | - | 2 |  |
| 11.2 | Неотложные состояния при болезнях пищевода | 4 | - | - | 4 |  |
| 11.3 | Неотложные состояния при болезнях желудка и двенадцатиперстной кишки | 2 | - | - | 2 |  |
| 11.4 | Неотложные состояния при болезнях печени, желчного пузыря и желчевыводящих путей | 4 | 2 | - | 2 |  |
| 11.5 | Неотложные состояния при болезнях поджелудочной железы | 4 | 2 | - | 2 |  |
| 11.6 | Неотложные состояния при болезнях кишечника | 4 | - | - | 4 |  |
| 11.7 | Острые гастроинтестинальные кровотечения | 4 | 2 | - | 2 |  |
| 11.8 | Острый живот | 2 | - | - | 2 |  |
| **12** | **Отдельные вопросы смежной патологии** | **26** | **10** | **-** | **16** | **зачет** |
| 12.1 | Кишечные инфекции и инвазии | 6 | 2 | - | 4 |  |
| 12.2 | Инфекционные заболевания печени | 6 | 2 | - | 4 |  |
| 12.3 | ВИЧ-инфекция | 4 | 2 | - | 2 |  |
| 12.4 | Гельминтозы | 2 | - | - | 2 |  |
| 12.5 | Пищевая аллергия | 4 | 2 | - | 2 |  |
| 12.6 | Патология органов пищеварения при различных заболеваниях | 4 | 2 | - | 2 |  |
| **13** | **Диетотерапия заболеваний**  **органов пищеварения** | **30** | **-** | **-** | **30** | **зачет** |
| 13.1 | Теория сбалансированного питания | 6 | - | - | 6 |  |
| 13.2 | Строение, биологическая роль и пищевые источники важнейших нутриентов | 8 | - | - | 8 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 13.3 | Организация лечебного питания | 8 | - | - | 8 |  |
| 13.4 | Основы технологии приготовления пищи | 8 | - | - | 8 |  |
| **14** | **Фармакология в гастроэнтерологии** | **34** | **2** | **-** | **32** | **зачет** |
| 14.1 | Общие вопросы клинической фармакологии в гастроэнтерологии | 2 | - | - | 2 |  |
| 14.2 | Клиническая фармакология и тактика применения медикаментозных средств при болезнях органов пищеварения | 10 | - | - | 10 |  |
| 14.3 | Фитотерапия. Характеристика и тактика применения лекарственных растений при заболеваниях органов пищеварения | 8 | - | - | 8 |  |
| 14.4 | Апитерапия | 4 | - | - | 4 |  |
| 14.5 | Сочетание фармакотерапии с другими видами лечения | 6 | - | - | 6 |  |
| 14.6 | Побочное действие лекарств при лечении болезней органов пищеварения | 4 | 2 | - | 2 |  |
|  | Итоговый контроль | 6 | - | - | 6 | Тестовый контроль |
|  | ИТОГО: | 504 | 92 | - | 412 |  |
|  | По дополнительным программам | 72 | 36 | - | 36 | зачет |
|  | **Всего:** | **576** | **122** |  | **454** |  |

1.7 Формы контроля:

1. Опрос.
2. Разбор на практическом занятии.
3. Совместные обсуждения на семинаре.
4. Текущее тестирование.
5. Итоговое тестирование.
6. Экзамен.

**4.4 Темы семинаров и клинических разборов**

|  |
| --- |
| 1. Диф диагноз заболеваний пищевода. 2. Лечение язвенной болезни желудка и 12 типерстной кишки. Постгастрорезекционные рассройства. 3. Хронические панкреатиты. Внешнесекреторная недостаточнось поджелудочной железы. Пакреатогенный сахарный диабет. 4. Заболевания печени. Иммуносупрессивная терапия аутоиммунного гепатита. Особенности морфологической оценки заболеваний печени. Дифференциальный диагноз асцита. 5. Постхолецистэктомический синдром. Дисфункия сфинктера Одди. 6. Заболевания тонкой кишки. Целиакия. Дифференциальный диагноз при поносах. Острые кишечные инфекции. 7. Современные методы лечения язвенного колита и болезни Крона. 8. Онкогастроэнтерология. Канцерпревенция в гастроэнетрологии. 9. Ургентная гастроэнтерология. Лечение кровотечений из верхних отделов ЖКТ, кишечных кровотечений. 10. Гастроэнтерологическая помощь в амбулаторных условиях (поликлиника). Выполнение стандартов оказания помощи больным гастроэнтерологического профиля в условиях поликлиники. Высокотехнологичная помощь в гастроэнтерологии, показания, особенности направления. 11. Энтеральное и парентеральное питание. 12. Особенности заболеваний органов пищеварения у детей. 13. Хирургическое лечение заболеваний органов пищеварения. Дифференциальный диагноз острых хирургических заболеваний брюшной полости. 14. ФГС, ФКС, эндоскопическая визуализация заболеваний тонкого кишечника. Показания и противопоказания, осложнения инвазивных эндоскопических процедур. Диагностические возможности. 15. Рентгенологическая диагностика в гастроэнтерологии. Контрастные методы исследования. КТ, МРТ, показания, противопоказания, диагностические возможности. 16. Современные основы лечебного питания. Биодобавки. Их место в современной гастроэнтерологии. 17. Санаторно-курортное лечение больных с заболеваниями органов пищеварения. Показания 18. Поражения органов пищеварения при других заболеваниях. Поражение ЖКТ при системных заболеваниях соединительной ткани, кроветворения. |
| 1. Ультразвуковая диагностика. Оценка кровотока при заболеваниях печени. 2. Клиническая и лабораторная диагностика. Иммунологические методы диагностики. ПЦР диагностика. 3. Острые гепатиты. Дизентерия. Сальмонеллез. 4. Туберкулез заболеваний ЖКТ. Дифференциальный диагноз. |
| 1. Нормативные акты в гастроэнтерологии. Экспертиза качества медицинской помощи больным с заболеваниями органов пищеварения. Организация оказания высококвалифицированной медицинской помощи. 2. Доказательная медицина в области гастроэнтерологии. |
| 1. АПУДомы. Инсулинома. |

|  |
| --- |
| **4.5 Перечень лекций**   1. Заболевания пищевода. ГЭРБ. 2. Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки. Язвенная болезнь Принципы эрадикационной терапии. 3. Заболевания поджелудочной железы. Хронические панкреатиты. Диф.диагноз с панкреонекрозом 4. Заболевания печени. Совремеееная противовирусная терапия хронических вирусных гепатитов. 5. Заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей. Хронический холецистит. Дискинезии ЖВП. 6. Заболевания тонкой кишки. Целиакия. 7. Колопроктология. Няк и болезнь Крона. Особенности иммуносупрессивной терапии. 8. Онкогастроэнтерология. Рак пищевода. Рак желудка. Рак кишечника. 9. Ургентная гастроэнтерология. «Острый живот». 10. Гастроэнтерологическая помощь в амбулаторных условиях (поликлиника). Выполнение стандартов оказания помощо больным гастроэнтерологического профиля в условиях поликлиники. 11. Энтеральное и парентеральное питание. 12. Особенности заболеваний органов пищеварения у детей. 13. Хирургическое лечение заболеваний органов пищеварения. Оперативное лечнние портальной гипертензии. 14. Эндоскопическая диагностика в гастроэнтерологии. ФГС, ФКС, эндоскопическая визуализация заболеваний тонкого кишечника. 15. Рентгенологическая диагностика в гастроэнтерологии. Контрастные методы исследования. 16. Современные основы лечебного питания 17. Санаторно-курортное лечение больных с заболеваниями органов пищеварения. Лечение в условиях санаториев Республики Башкортостан. 18. Поражения органов пищеварения при других заболеваниях. Поражение ЖКТ при системных заболеваниях соединительной ткани, кроветворения. |
| 1. **Смежные дисциплины** 2. Ультразвуковая диагностика. 3. Клиническая и лабораторная диагностика. ПЦР диагностика. 4. Инфекционные болезни. Особо опасные инфекции. 5. Фтизиатрия. Туберкулез заболеваний ЖКТ. |
| 1. **Общественное здоровье и здравоохранение.** 2. Управление здравоохранением 3. Страховая медицина. 4. Медицинская информатика и статистика. |
| 1. АПУДомы желудочно-кишечного тракта. |

* 1. **Рекомендуемые темы курсовых работ, докладов и рефератов**

1. Национальный приоритетный проект «Здоровье»
2. Организация терапевтической помощи
3. Неотложная помощь в гастроэнтерологии
4. Оптимальная терапия ГЭРБ
5. Предраковые заболевания пищевода.
6. Гастриты, лечение
7. Язвенная болезнь желудка
8. Маастрихт-3, эрадикационная терапия
9. Классификация хронических панкреатитов
10. Лечение внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы
11. Методы диагностики заболеваний поджелудочной железы
12. Хронические гепатиты
13. Лечение хронических вирусных гепатитов
14. Токсическое поражение печени
15. Алкогольная болезнь печечни
16. Синдром портальной гипертензии
17. Аутоиммунные гепатиты
18. Целиакия
19. Энтериты
20. Спру
21. Лечение запоров
22. Синдром избыточного микробного роста
23. Псевдомембранозный колит
24. болезнь Крона
25. Язвенный колит
26. Дискинезии желчевыводящих путей
27. Синдром раздраженного кишечника
28. Циррозы печени
29. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом
30. ВИЧ инфекция

**5. Результаты изучения материала программы**

В результате окончания обучения по данной учебной программе врач-терапевт должен

1. в полном объеме владеть всеми практическими навыками, входящими в квалификационную характеристику врача-гастроэнтеролога,

2. углубить теоретические знания в соответствии с тестами для сдачи квалификационного экзамена по специальности «Гастроэнтерология» (г. Москва, 2005)

**6. Методы контроля и учета результатов усвоения материала программы**

Контроль за теоретическими знаниями и практическими навыками осуществляется в процессе обучения, на заключительном и квалификационном экзаменах путем тестового контроля, решения ситуационных задач и собеседования:

1. выявление уровня базисных знаний в начале обучения с целью своевременной индивидуализации методических подходов в соответствии со знаниями интерна
2. рубежный контроль в процессе обучения с помощью тестов, ситуационных задач и проверки усвоения практических навыков
3. заключительный экзамен путем тестового контроля, собеседования и проверки степени усвоения практических навыков с последующей выдачей документа – диплома о профессиональной переподготовке в объеме 576 часов
4. квалификационный экзамен на предмет соответствия требованиям сертификата специалиста с последующей выдачей сертификата врача-гастроэнтеролога

**7. Учебно-методическое обеспечение дисциплины**

7.1. План ежедневной работы с ординаторами

8.45 - 9.15. Утренний разбор больных. Доклады клинических ординаторов по курсовым работам.

9.20 – 11.00 Лекция в соответствии с календарным планом, утвержденным на заседании кафедры и Директором ИПО. Лекция проводится в учебной комнате гастроэнтерологии.

11.30 – 13.10. В соответствии с календарным планом семинарское или практическое занятие. Занятия проводится преподавателем согласно расписанию в учебных комнатах

13.10-14.20 - курация больных в соответствующем отделении

9.20-14.20 – при отсутствии лекций и семинарских занятий по расписанию – курация больных в соответствующих отделениях

По окончанию обучения проводится обязательное анкетирование клинического ординатора «Преподаватель глазами курсанта» с последующим подведением итогов заведующим кафедрой на методическом совещании.

7.2. Используемые технические средства

В процессе обучения курсантов применяются мультимедийный проектор, компьютеры, множительная техника, проектор-оверхед.

7.3. Таблицы, рисунки, схемы

Лекционный материал, семинарские и практические занятия обеспечены таблицами, слайдами, схемами как в бумажном, так и компьютерном вариантах. Обязательны клинические разборы больных.

7.4. Учебные слайды, диафильмы, кинофильмы

Используются фильмы на DVD

7.5. Учебно-отчетная документация по данному разделу

По прибытии на кафедру клинические ординаторы регистрируются в журнале. Ежедневная посещаемость клинических ординаторов регистрируется в журнале лекций и журналах практических занятий преподавателем.

7.6. Перечень методических рекомендация и указаний.

В соответствии с учебной программой по всем темам разработаны методические рекомендации для семинарских и практических занятий для преподавателей и клинических ординаторов. Разработаны рекомендации для преподавателей к лекциям согласно учебно-тематическому плану.

Клинические задачи.

ЗАДАЧА 1.

1. Женщина 22 лет жалуется на учащение стула до 4-5 раз в сутки, периодические «крутящие» боли вокруг пупка, не связанные четко с приемом пищи и стулом, слабость, сердцебиение, головокружение при физической нагрузке, снижение настроения и работоспособности, судороги в кистях и стопах. Кал кашицеобразный. Каловые массы обильные, светло желтого цвета, содержат кусочки непереваренных овощей, плохо отмываются от унитаза холодной водой.

Больна в течение 8-9 месяцев, когда после срочных неосложненных родов появилось послабление стула и постепенно сформировались указанные жалобы. Похудела на 8 кг. Температура тела на протяжении болезни нормальная. Пыталась лечиться самостоятельно: принимала фуразолидон, смекту, креон без четкого положительного эффекта. Соблюдение в течение нескольких дней диеты в виде употребления в пищу небольшого количества сухарей, крепкого чая и черничного киселя приводит к урежению стула и уменьшению количества каловых масс.

В анамнезе частые «пищевые отравления», замедленное физическое развитие в детстве, умеренная железодефицитная анемия во время беременности.

При осмотре - кожа и слизистые бледные, чистые. Дефицит массы тела (рост 160 см, масса тела 52 кг). Сухость кожи, «заеды» в углах рта, ногти с выраженной поперечной исчерченностью. В легких хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, чсс= 90 в мин., АД 90\70 мм.рт.ст. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в мезогастрии, урчит, шум плеска над слепой кишкой. Размеры печени и селезенки не изменены.

В ан. крови Нв 90 г/л, умеренная гипохромия эритроцитов, лейкоцитарная формула не изменена, СОЭ 12 мм/час. В биохимическом анализе крови выявлено снижение общего белка до нижней границы нормы, снижение уровня сывороточного железа, снижение уровня калия и кальция до нижней границы нормы. Анализ мочи без патологии.

Бакториологическое исследование кала – патогенной флоры не обнаружено. Отмечаено отсутствие бифидобактерий, увеличение количества лактозонегативной кишечной палочки.

При УЗИ органов брюшной полости патологии не выявлено. При рентгеноскопии желудка органической патологии не выявлено, отмечается снижение тонуса начальных отделов тонкой кишки.

ВОПРОСЫ

1. *Наиболее вероятный диагноз*

А. Дисбактериоз кишечника

Б. Хронический панкреатит

В. Болезнь Крона

Г. Общий вариабельный иммунодефицит

Д. Глютеновая энтеропатия

1. *Для уточнения диагноза в первую очередь проводится*

А. Ирригоскопия

Б. Колоноскопия с биопсией слизистой подвздошной кишки

В. Исследование уровня иммуноглобулинов крови

Г. Дуоденоскопия с залуковичной биопсией

Д. КТ - исследование поджелудочной железы

1. *Для ликвидации анемии больной наиболее целесообразно назначить*

А. Ферроплекс

Б. Сорбифер

В. Не назначать препаратов железа, а рекомендовать употребление в пищу яблок, гранатов.

Г. Феррум-лек внутривенно

Д. Сироп алоэ с железом

1. *Для устранения гиповитаминоза В1 и В6 наиболее целесообразно назначить*

А. Комплекс витаминов «Центрум»

Б. Таблетированные формы витаминов В1 и В6 для совместного приема

В. Таблетированные формы витаминов В1 и В6 для приема через день

Г. Сначала назначить прием таблеток витамина В1 в течение 2-х недель, а затем витамина В6

Д. Прибегнуть к парентеральному назначению обоих витаминов одновременно

1. *При подтверждении диагноза методом патогенетического лечения заболевания следует считать*

А. Соблюдение специальной диеты

Б. Назначание препаратов 5 ASA

В. Заместительное введение преапаратов иммуноглобулинов

Г. Прием пищеварительных ферментов

Д. Назначение бифидумбактерина и колибактерина после предварительного лечения бактисубтилом

ЗАДАЧА 2.

Больной 31 года жалуется на слабость, снижение работоспособности,

плохой аппетит, недомогание, временами апатию.

Подобные жалобы беспокоят на протяжении последних 2-х лет. Связывал их развитие с усталостью ( работает в течение нескольких лет менеджером без отпусков с ненормированным рабочим днем). В анамнезе хронический гастрит, в детстве - дискинезия желчного пузыря. Кроме того сообщил, что несколько лет тому назад имелся непродолжительный период внутривенного употребления наркотиков. В настоящее время наркотики не употребляет, алкоголем не злоупотребляет.

При обследовании: повышенного питания, кожа и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Над легкими хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ч.с.с.= 66 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени и селезенки не увеличены. Ан. крови и мочи без патологии. В биохимическом анализе крови отмечается повышение АЛТ в 2 раза выше нормы, АСТ в 1,5 раза выше нормы при нормальных значениях белка, протромбина, холестерина, мочевины, креатинина, билирубина. Hbs антиген отрицательный, HCV Ab - положительные.

УЗИ печени - диффузные изменения по типу жирового гепатоза. ЖП с несколько утолщенными стенками, в его просвете гомогенная желчь. Поджелудочная железа без патологии. Селезенка без особенностей.

ВОПРОСЫ

1. *Для уточнения диагноза самым необходимым является исследование*

А. Гепатосцинтиграфия

Б. HCV RNA методом PCR

В. HBc Ab IgG

Г. HDV Ab

Д. Hbe Ag

1. *При получении положительного ответа выбранного Вами исследования наиболее вероятен диагноз:*

А. Жировой гепатоз

Б. Хронический гепатит В в стадии репликации вируса

В. Хронический гепатит В в стадии интеграции

Г. Хронический гепатит С.

Д. Хронический гепатит Д.

*3.Содержат ли приведенные результаты обследования данные за сформировавшийся цирроз печени*

А. Нет, не содержат

Б. Да. Имеются данные за компенсированный неактивный цирроз

В. Да. Имеются данные за декомпенсированный неактивный цирроз

Г. Да. Имеются данные за декомпенсированный активный цирроз

Д. Да. Имеются данные за цирроз печени без портальной гипертензии

*4. Выберите наиболее адекватный метод терапии с учетом положительного ответа выбранного вами дообследования и ответа на предыдущий вопрос*

А. Эссенциалььные фосфолипиды

Б. Гепатопротекторы

В. Эссенциальные фосфолипиды + гепатопротекторы

Г. Эссенциальные фосфолипиды+гепатопротекторы+ верошпирон

Д. Реаферон

ЗАДАЧА 3.

Вас вызвали на консультацию в хирургическое отделение.

Больная 53 лет жалуется на желтушность кожи и слизистых, кожный зуд, усиливающийся при контакте с водой, неприятный привкус во рту, слабость, недомогание, периодически субфебрилитет.

Ранее практически здорова. В течение последнего полугода беспокоил сильный кожный зуд, в течение последних 2-х месяцев появилась и нарастает желтуха, выявлен субфебрилитет.

Была госпитализирована в инфекционный стационар, где диагноз инфекционных гепатитов отвергнут и больная с подозрением на механическую желтуху переведена в хирургическое отделение.

При обследовании в хирургическом отделении (ЭГДС, УЗИ, КТ) механическая природа желтухи исключена. В биохимическом анлизе крови повышение билирубина, преимущественно за счет его прямой фракции, АЛТ и АСТ увеличены в 1,5 - 2 раза (в динамике). Протромбин, альбумины в пределах нормы, отмечается резкое увеличение уровня холестерина.

ВОПРОСЫ

*1.Наиболее вероятно что у больной*

А. Синдром Жильбера

Б. Синдром Дабина - Джонсона

В. Механическая желтуха, причина которой может быть выявлена только с течением времени, когда опухоль головки поджелудочной железы достигнет размеров, видимых на КТ

Г. Первичный билиарный цирроз печени

Д. Хронический холангит

*2.Для подтверждения высказанного Вами предположения необходимо провести:*

А. Пробу с легалоном

Б. Применить ядерномагнитнорезонансную томографию как метод с большей разрешающей способностью, чем КТ

В. Гепактосцинтиграфию

Г. ЭРХПГ

Д. Определить антитела к митохондриям

*3.Выберите метод лечения, если выбранное Вами дообследование подтвердило предположение, высказанное Вами в вопросе №3*

А. В лечении нет необходимости

Б. Оперативное лечение

В. Лечение антибиотиками тетрациклинового ряда в сочетании с желчегонными препаратами

Г. Холистирамин или урсофальк

Д. Глюкокортикостероиды

ЗАДАЧА 4.

Больная 43 лет жалуется на постоянную тянущую боль в правом подреберьи, нарастающую желтуху.

Из анамнеза известно, что ранее при УЗИ находили оконкременты в желчном пузыре. 5 дней тому назад возникла интенсивная броль в правом подреберьи. Лечилась самостоятельно: принимала но-шпу, баралгин. Боль существенно уменьшилась, однако сохраняются болевые ощущения в правом подреберьи, тошнота, недомогание. 3 дня тому назад заметила желтуху, которая нарастает.

ВОПРОСЫ

1. *Выберите ситуацию, при которой невозможна описанная симптоматика*

А. Холедохолитиаз

Б. Развитие стенозирующего папиллита после перенесенной колики

В. Вклинение крупного конкремента в шейку желчного пузыря

Г. Развитие панкреатита с выраженным отеком головки поджелудочной железы

Д. Вентильный камень холедоха

1. *УЗИ , проведенное у больной при обращении выявило наличие нескольких мелких (до 7 мм в диаметре) конкрементов в желчном пузыре. Конкременты в других отделах желчевыводящей системы не обнаружены, отмечается расширение холедоха. Выберите метод, который наиболее адекватен для уточнения диагноза в данной ситуации:*

А. Гепатосцинтиграфия

Б. УЗИ с пробным завтраком

В. Дуоденальное зондирование

Г. ЭРХПГ

Д. Сопоставление данных биохимического исследования крови и исследования мочи и кала на желчные пигменты.

1. *Выберите утверждение относительно назначения препаратов, растворяющих желчные камни, верное в данной ситуации*

А. Следует как можно скорее назначить урсофальк

Б. Урсофальк следует назначить после проведения рентгенографии правого подреберья

В. Урсофальк следует назначить после проведения внутривенной холецистохолангиографии в случае, если камни желчного пузыря будут плавать в контрасте

Г. Урсофальк в данном случае следует назначать только совместно со спазмолитиками

Д. Назначение урсофалька в данной клинической ситуации противопоказано

1. *Выберите верное в данной ситуации утверждение о возможности холелитотрипсии (ХЛТ)*

А. ХЛТ противопоказана

Б. Показана срочная ХЛТ

В. Показана ХЛТ после предварительного лечения урсофальком

Г. Показана ХЛТ после проведения ЭГДС для исключения язвы двенадцатиперстной кишки

Д. Показана ХЛТ, если при рентгеновском исследовании не будет обнаружено наличия солей кальция в конкрементах

ЗАДАЧА 5.

У больного 25 лет несколько месяцев тому назад диагносцирован хронический гепатит С (имелось повышение АЛТ в 3 раза выше нормы, положительные HCV Ab, положительная PCR RNA HCV). В течение 3-х месяцев получает интерферон по 3 млн МЕ 3 раза в неделю.

При контрольном обследовании выявлено снижение тромбоцитов до 90 промилле, лейкоцитов до 1,9 тыс., абсолютная нейтропения, появление белка в моче.

ВОПРОСЫ

1. *С чем, вероятнее всего, связаны указанные изменения*

А. С лечением интерфероном

Б. С активизацией вирусной инфекции

В. С неизбежным развитием цирроза печени в рамках хр. гепатита

Г. С развитием гепаторенального синдрома в рамках хронического гепатита

Д. С развитием аутоиммунного процесса в рамках Хр. гепатита С

1. *В данной ситуации следует*

А. Срочно назначить глюкокортикоиды

Б. Срочно отменить интерферон

В. Прервать интерферонотерапию до нормализации измененных показателей

Г. Срочно провести плазмаферез для устранения накопившихся циркулирующих иммунных комплексов

Д. Назначить гепатопротекторы в больших дозах

1. *Выберите осложнение, нетипичное для лечения интерфероном*

А. Импотенция

Б. Субфебрилитет

В. Нарушения ритма сердца

Г. Развитие аутоиммунного тиреоидита

Д. Развитие пневмонии

1. *Выберите верное утверждение*

А. Эффективное лечение интерфероном должно приводить к устойчивой нормализации АЛТ при возможном сохранении HCV Ab, положительной PCR RNA HCV

Б. Эффективное лечение интерфероном должно приводить к устойчивой нормализации АЛТ, исчезеновению PCR RNA HCV при возможном сохранении HCV Ab

В. Эффективное лечение интерфероном должно приводить к исчезновению HCV Ab и PCR RNA HCV при возможном временном сохранении повышенной АЛТ

Г. Эффективное лечение интерферонм должно приводить к нормализации АЛТ ,исчезновению HCV Ab и PCR RNA HCV

Д. Нет правильного ответа

1. *Выберите верное утверждение*

А. Лучшие профилактические результаты дает прививка против гепатита С, проводимая в детском возрасте троекратно по схеме 0,2 и 6 месяцев

Б. Лучшие профилактические результаты дает прививка против гепатита С, проводимая в возрасте 25-30 лет троекратно по схеме 0,2 и 6 месяцев

В. Лучшие профилактические результаты дает прививка против гепатита С, проводимая в детском возрасте троекратно по схеме 0,1 и 12 месяцев

Г. Лучшие профилактические результаты дает прививка против гепатита С, проводимая в возрасте 25-30 лет троекратно по схеме 0,1 и 12 месяцев

Д. Нет правильного ответа

ответы:

ЗАДАЧА 1. 1-Д, 2-Г, 3-Г, 4-Д, 5-А

ЗАДАЧА 2. 1-Б, 2-Г, 3-А, 4-Д

ЗАДАЧА 3. 1-Г, 2-Д, 3-Г

ЗАДАЧА 4. 1-В, 2-Г, 3-Д, 4-А

ЗАДАЧА 5. 1-В, 2-Д, 3-Б, 4-Д

1. **Литература**

**8.1.Основная литература**

**8.2. Дополнительная литература**

**8.3. Директивные документы, нормативные акты, инструкции**

**8.1. Основная литература**

1. Дифференциальный диагноз внутренних болезней: алгоритмический подход: монография/ П. М. Хили, Э. Д. Джекобсон ; пер. с англ. под общ. ред. Д. Ш. Газизовой. - М.: БИНОМ, 2007. - 277 с.
2. Внутренние болезни с основами доказательной медицины и клинической фармакологией: руководство для врачей : рек. УМО в качестве учебного пособия/ В. С. Моисеев, Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев ; под ред. В. С. Моисеева. - М.: Гэотар Медиа, 2008. - 832 с.
3. Лекарственные растения в гастроэнтерологии: руководство по клинической фитотерапии/ В. Ф. Корсун, К. А. Пупыкина, Е. В. Корсун. - М.: Практическая медицина, 2008. - 458 с.
4. Антисекреторная терапия в гастроэнтерологии: руководство/ Н. Н. Дехнич, С. Н. Козлов. - М.: Гэотар Медиа, 2009. - 128 с.
5. Гепатопротекторы: руководство/ С. В. Оковитый [и др.]. - М.: Гэотар Медиа, 2010. - 109 с.
6. Клинические рекомендации. Стандарты ведения больных [Текст] : рек. Минздравсоцразвития РФ для врачей (фельдшеров), оказывающих дополнительную бесплатную медицинскую помощь отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи / редсовет: А. А. Баранов [и др.]. - М. : ГЭОТАР-МЕДИА, 2007. - 1345 с. : табл. - (Клинические рекомендации : вып. 2 ; 2007). - Предм. указ.: с. 896-899.
7. От симптома к диагнозу: руководство для врачей. Пер. с англ./ Скотт Стерн, Адам Сайфу, Дайн Олткорн. - ГЭОТАР-Медиа, 2008, 816 с.
8. Планы ведения больных / Под ред. Атькова О.Ю., Полубенцевой Е.И. - ГЭОТАР-Медиа, 2007, 528 с.
9. Сторожаков, Геннадий Иванович. Поликлиническая терапия [Текст] : учебник / Г. И. Сторожаков. - М. : ГЭОТАР-МЕДИА, 2007. - 701 с.

**8.2. Дополнительная литература**

1. Клинические рекомендации. ВИЧ-инфекция и СПИД. 2006 [Текст] : производственно-практическое издание / Федерал. науч.-метод. центр по проф. и борьбе со СПИДом ; ред. В. В. Покровский. - М. : ГЭОТАР-МЕДИА, 2007. - 114 с. : табл. - (Клинические рекомендации). - [ВИЧ-инфекция и СПИД. 2006. Клинические рекомендации] . - Библиогр.: с. 49-52.
2. Хронический запор: монография/ Н. С. Горбунов [и др.]; Красноярская гос. мед. академия, НИИ медицинских проблем крайнего Севера РАМН. - Красноярск: КрасГМА, 2007. - 108 с.
3. Язвенная болезнь: учебное пособие, рек. УМО по мед. и фармац. образованию вузов России/ ГОУ ВПО "Башкирский государственный медицинский университет", ИПО, сост. Л. В. Волевач [и др.]. - Уфа: Здравоохранение Башкортостана, 2011. - 168 с.
4. Язвенные гастродуоденальные кровотечения: монография/ Н. В. Лебедев, А. Е. Климов. - М.: БИНОМ, 2010. - 175 с.
5. Панкреатиты: монография/ Башк. гос. мед. ун-т; сост.: Б. Х. Ахметова [и др.]. - Уфа: Изд-во БГМУ, 2007. - 107 с.
6. Гастроэнтерология. Национальное руководство: учебное пособие с компакт-диском, рек. УМО в качестве учебного пособия для системы послевуз. проф. образования врачей/ Российская гастроэнтерологическая ассоциация, Ассоциация медицинских обществ по качеству; ред. В. Т. Ивашкин. - М.: Гэотар Медиа, 2008. - 700 с.
7. Клинические рекомендации. Гастроэнтерология: учебное пособие, [рек. УМО для системы послевуз. проф. образования врачей]/ Российская гастроэнтерологическая ассоциация, Ассоциация медицинских обществ по качеству; под ред. В. Т. Ивашкина. - М.: Гэотар Медиа, 2008. - 182 с.
8. Аутоимунный гепатит. Учебное пособие, Бакиров А.Б., Калимуллина Д.Х., и др. Уфа. 2011,72 с.,Типография «Феникс»
9. Язвенный колит: Руководство для врачей/ В. Г. Румянцев. - М.: МИА, 2009. - 424 с.
10. Энтерология: руководство для врачей / А. И. Парфенов. - 2-е изд., перераб. и доп.. - М.: МИА, 2009. - 875 с.
11. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: состояние и перспективы решения проблемы: методические рекомендации для врачей/ Г. С. Джулай, Е. В. Секарева ; под. ред. В. В. Чернина; ГОУ ВПО Тверская государственная медицинская академия, каф. факультетской терапии.-Тверь; М.:МЕДПРАКТИКА-М, 2010. - 46 с.
12. Гастроэнтерология. Гепатология: [учебно-методическое пособие, рек. ГОУ ВПО Моск. гос. мед. акад. им. И. М. Сеченова]/ под ред. Н. А. Буна [и др.] ; пер.с англ. под ред. В. Т. Ивашкина. - М.: Рид Элсивер, 2009. - 190 с.: ил., табл.
13. Гастроэнтерология: справочник практического врача/ А. В. Калинин, И. В. Маев, С. И. Рапопорт, под общ. ред. С. И. Рапопорта. - М.: МЕДпресс-информ, 2009. - 311 с.
14. Гепатопротекторы: руководство/ С. В. Оковитый [и др.]. - М.: Гэотар Медиа, 2010. - 109 с.
15. Клинические рекомендации. Гастроэнтерология: учебное пособие, [рек. УМО для системы послевуз. проф. образования врачей]/ Российская гастроэнтерологическая ассоциация, Ассоциация медицинских обществ по качеству; под ред. В. Т. Ивашкина. - М.: Гэотар Медиа, 2008. - 182 с.
16. Методика изучения двигательной функции пищевода: пособие для последипломного образования/ О. А. Сторонова, А. С. Трухманов ; под ред. проф. В. Т. Ивашкина; - М.: МЕДПРАКТИКА-М, 2011. - 33 с.
17. Окислительный стресс и повреждение печени при химических воздействиях. Бакиров А.Б. и др., монография, Уфа. 2010, 175с. Издательство «Мир печати»
18. Острый панкреатит: руководство/ под ред. Э. В. Недашковского. - М.: Гэотар Медиа, 2009. - 266 с.
19. Гастроэнтерология. Комплексное лечение заболеваний желудка: учебное пособие/ Р. Ш. Вахтангишвили, В. В. Кржечковская. - Ростов н/Д: Феникс, 2009. - 317 с.
20. Антисекреторная терапия в гастроэнтерологии: руководство/ Н. Н. Дехнич, С. Н Козлов. - М.: Гэотар Медиа, 2009. - 128 с
21. Желчнокаменная болезнь и постхолецистэктомический синдром: монография/ Ю. С. Винник [и др.]. - Красноярск: Версо, 2010. - 231 с.
22. Заболевания печени и желчевыделительной системы: монография/ Вольфганг Герок, Хуберт Е. Блюм ; пер. с нем. ; под ред. В. Т. Ивашкина, А. А. Шептулина. - М.: МЕДпресс-информ, 2009. - 200 с.: ил.. -Пер.изд.:
23. Рациональная фармакотерапия в гепатологии: учебное пособие для сист. послевузовского проф. образования врачей рек. УМО по мед. и фармац. образованию вузов России : руководство для практикующих врачей/ В. Т. Ивашкин, А. О. Буеверов, П. О. Богомолов [и др.]; 2009.-30с.
24. Синдром раздраженной кишки. Бакиров А.Б., Калимуллина Д.Х и др.,учебное пособие, Уфа. Издательство «Мир печати» 2009, 34с.
25. Фиброз печени: монография/ В. Т. Ивашкин, Ч. С. Павлов. - М.: Гэотар Медиа, 2011. - 168 с.: рис.
26. Хронические заболевания печени: учебное пособие, рек. УМО по мед. и фармац. образованию вузов России/ ГОУ ВПО "Башкирский государственный медицинский университет", ИПО, сост. Бакиров А.Б., Калимуллина Д.Х и др.,Уфа, Издательство «Мир печати»,2009, 120 с.,
27. Циррозы печени. Бакиров А.Б., Калимуллина Д.Х., и др.Учебное пособие, Уфа. 2011**,** Типография «Феникс»
28. Гастроэнтерология: справочник практического врача/ А. В. Калинин, И. В. Маев, С. И. Рапопорт, под общ. ред. С. И. Рапопорта. - М.: МЕДпресс-информ, 2009. - 311 с.
29. Клиническая гастроэнтерология: руководство/ Я. С. Циммерман. - М.: Гэотар Медиа, 2009. - 413 с.
30. Болезни поджелудочной железы: практическое руководство/ И. В. Маев, Ю. А. Кучерявый. - М.: Гэотар Медиа, 2009. - 730 с.
31. Гастриты: пособие для врачей/ С. И. Рапопорт; МЗ и социального развития РФ, Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова. - М.: МЕДПРАКТИКА-М, 2010. - 19 с.
32. Болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки: руководство для врачей/ В. В. Чернин. - М.: МИА, 2010. - 528 с.
33. Ранняя диагностика "острого живота" и желудочно-кишечных кровотечений на догоспитальном этапе: учебное пособие/ А. Ю. Барановский, О. Б. Протопопова. - СПб.: СПбМАПО, 2010. - 159 с.
34. Узи в гастроэнтерологии: руководство для врачей/ В. Е. Савелло, М. Н. Кужлева, В. Е. Назаров. - СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2010. - 135 с.: рис., табл.. - (Руководство для врачей). - Библиогр.: с. 118-134
35. Атлас клинической гастроэнтерологии: атлас : научно-практическое издание/ А. Форбс, Дж. Дж. Мисиевич, К. К. Комптон [и др.] ; пер. с англ. под ред В. А. Исакова. - М.: РИД ЭЛСИВЕР, 2010. - 389 с

**Законодательные и нормативно-правовые документы.**

1. Постановление Правительства РФ от 21.10.2011 №856 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на 2012 год»
2. Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств» от 12 апреля 2010 года N 61-ФЗ
3. Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании» от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ
4. Конституция РФ (41 статья)
5. Федеральный закон «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ
6. [Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 2 июня 2010 г. N 415н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению при заболеваниях гастроэнтерологического профиля"](http://mzrb.bashmed.ru/images/2010/razn/prikaz_minzdrafsoc/02_06_2010_n_415n.doc)
7. Постановление Правительства РФ от 30 июня 1998 г. N 681 "Об утверждении перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации" (с изменениями от 6 февраля, 17 ноября 2004 г., 8 июля 2006 г., 4 июля 2007 г., 22 июня, 21, 31 декабря 2009 г., 21 апреля, 3, 30 июня, 29 июля, 30 октября, 27 ноября, 8 декабря 2010 г., 25 февраля, 11 марта, 7 июля 2011 г.)
8. Приказ МЗ и СР РФ от 12 февраля 2007 г. N 110 «О порядке назначения и выписывания лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания» (в ред. Приказов Минздравсоцразвития РФ от 27.08.2007 [N 560](consultantplus://offline/main?base=MED;n=26419;fld=134;dst=100009), от 25.09.2009 [N 794н](consultantplus://offline/main?base=MED;n=35017;fld=134;dst=100009), от 20.01.2011 [N 13н](consultantplus://offline/main?base=MED;n=41168;fld=134;dst=100006))
9. Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании» от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ
10. Федеральный закон РФ N 323-ФЗ от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
11. Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств» от 12 апреля 2010 года N 61-ФЗ
12. Федеральные государственные требования к структуре основной профессиональной образовательной программы послевузовского профессионального образования (ординатура) (приказ МЗ и СР РФ № 1475н от 5.12.2011).
13. Приказ МЗ и СР РФ от 23 июля 2010 г. № 541н «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»
14. Приказ МЗ и СР РФ от 07.07.2009 г. **N** 415н «Об утверждении Квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения»
15. Приказ МЗ и СР РФ от 23.04.2009 г. № 210н «О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации»
16. Приказ МЗ и СР РФ от 2.06.2010 г. № 415н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению при заболеваниях гастроэнтерологического профиля»
17. Приказ МЗ и СР РФ от 1.12.2010 г. № 230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»
18. Федеральные стандарты по оказанию медицинской помощи больным с заболеваниями ЖКТ, 2004-2010 г.г.
19. **ТЕСТЫ**

Исходные тесты

**Выбрать один наиболее верный ответ.**

1. Окклюзии мезентериальных сосудов свойственно все**,** кроме:

1.Внезапной боли в околопупочной области.

2. Боли, несоответствующей физикальным данным обследования живота.

3. Позывов к дефекации.

4. Крови в кале.

5. Активной перистальтики.

2. Что вызывает адинамическую паралитическую непроходимость?

1. Безоар.

2. Псевдотуморозный панкреатит.

3. Перитонит.

4. Заворот кишечника.

5. Инвагинации.

3. “Химический” перитонит вызывает все, кроме:

1. Перфорации пептической язвы желудка.

2. Разрыва желчного пузыря.

3. Выхода сульфата бария в брюшную полость.

4. Гемоперитонеума.

# 4. Спонтанный разрыв селезенки может развиться при всех следующих заболеваниях, кроме:

1. Инфекционного мононуклеоза.

2. Малярии.

3. Лейкемии.

4. Истинной полицитемии.

5. Цирроза печени и портальной гипертензии.

5. Все правильно в отношении болевого синдрома при остром панкреатите, кроме:

1. Острого начала.

2. Боль диффузно распределяется в верхней половине живота.

3. Боль постоянная.

4. Боль иррадиирует в спину.

5. Не ассоциируется с тошнотой и рвотой.

6. У 50-летнего мужчины отмечается вздутие живота, чувство быстрого переполнения в эпигастрии после приема пищи. В анамнезе 2 приступа интенсивных болей в верхней половине живота в течение нескольких дней. На рентгенограмме выявлено образование в верхнем отделе живота с уровнем жидкости.

Ваш диагноз:

1. Карцинома желудка.

2. Карцинома поджелудочной железы.

3. Псевдокиста поджелудочной железы.

4. Абсцесс поджелудочной железы.

5. Аденокиста поджелудочной железы.

7. Что указывает на плохой прогноз при остром панкреатите:

1. Увеличение концентрации сывороточной амилазы.

2. Гипергликемия и глюкозурия.

3. Повышенный уровень амилазы в моче.

4. Увеличение времени свертываемости.

5. Падение концентрации сывороточного кальция.

8. Мужчина жалуется на значительную потерю массы тела, периодически возникающие на коже лица, живота и ягодицы буллезные высыпания. Объективно отмечается выраженная анемия, увеличение СОЭ, гипергликемия. Выберите соответствующий диагноз для данной клинической картины:

1. Инсулинома.

2. Сахарный диабет.

3. Феохромоцитома.

4. Глюкагонома.

5. Випома.

9. Эндогенный гормон, снижающий уровень глюкозы крови.

1. Глюкагон.

2. Гормон роста.

3. Соматостатин.

4. Эпинефрин.

5. Тиреоидный гормон.

10. Какой из следующих гормонов, секретируемых слизистой 12-перстной кишки и верхнего отдела тонкой кишки стимулирует высвобождение панкреатического сока, богатого пищеварительными ферментами?

1. Холецистокинин.

2. Секретин.

3. Глюкагон.

4. Панкреатический полипептид.

5. ВИП.

11. Нейромедиатором экзокринной функции поджелудочной железы является:

1. ВИП.

2. Допамин.

3. Серотонин.

4. Субстанция Р.

5. Ацетилхолин.

#### 12. Осложнениями со стороны органов ЖКТ при болезни Крона являются все, кроме:

1. Перфорации.

2. Внутренних свищей.

3. Холелитиаз.

4. Внутрикишечной обструкции.

5. Полипоза.

#### 13. Наиболее частое показание к хирургическому лечению Болезни Крона:

1. Внутренние свищи.

2. Внешние свищи.

3. Инфильтрат в животе.

4. Синдром кишечной недостаточности.

5. Кишечная непроходимость.

#### 14. При всех следующих состояниях, характеризующихся мальабсорбцией, будет измененным Д-ксилозотолерантный тест, кроме:

1. Целиакии.

2. Недостаточности поджелудочной железы.

3. Синдроме бактериального перезаселения кишечника.

4. Синдроме короткой кишки.

5. Регионарном энтерите.

15. Диарея поддается антимикробной терапии при следующих заболеваниях, кроме:

1. Болезни Уипла.

2. Доброкачественной лимфоидной гиперплазии /вариабельный иммуннодефицит/.

3. Остром бактериальном энтерите.

4. Эозинофильном энтерите.

5. Лямблиозе /Giardia lamblia/.

16. Определение степени тяжести цирроза /индекс Child Pugh/ включает в себя следующие клинико-лабораторные показатели, кроме:

1. Наличие асцита.

2. Стадию печеночной энцефалопатии.

3. Уровень альбуминов и биллирубина.

4. Количество тромбоцитов.

5. Протромбиновое время.

17. Какой из перечисленных препаратов является обязательным компонентом любой схемы иммуносупрессии при трансплантации печени.

1. Азатиоприн.

2. Стероиды.

3. Интерферон.

4. Циклоспорин А.

5. Нестероидные противовоспалительные препараты.

18. Показаниями к пересадке печени служит все, кроме:

1. Врожденной желчной атрезии.

2. Первичной опухоли печени.

3. Наличие Дельта-вирусной инфекции.

4. Острой печеночной недостаточности.

5. Билиарного цирроза печени.

19. Увеличение сывороточного альфа-фетопротеина наиболее выражено при:

1. Гепатоцеллюлярном раке.

2. Карциноме толстой кишки.

3. Болезни Крона.

4. Карциноиде поджелудочной железы.

5. Карциноме желчного пузыря.

20. Что неверно по отношению к дельта-вирусу?

1. Дефектный РНК-вирус.

2. Частая причина молниеносного гепатита.

3. Частое сочетание с гепатитом В.

4. Наличие антител к дельта-вирусу.

5. Наркоманы и алкоголики относятся к повышенной группе риска данного заболевания.

21. Морфологическе признаки HCV-инфекции все, кроме:

1. Лимфоидные фолликулы в портальных трактах.

2. Активация синусоидальных клеток и образование “цепочек” лимфоцитов вдоль синусоидов.

3. Поражение желчных протоков и пролиферация дуктул.

4. Лимфогистиоцитарная инфильтрация и фиброз портальных трактов.

22. Одна из основных особенностей вирусного гепатита Е, отличающая его от всех других вирусных гепатитов:

1. Поражается преимущественно взрослое население, среди них лица молодого возраста.

2. Формирование прочного иммунитета.

3. Путь передачи водный.

4. Наиболее тяжелое течение болезни с угрозой летального исхода у беременных.

5. Хронизации инфекционного процесса не наблюдается.

23. Какое из перечисленных оперативных вмешательств в значительной степени увеличивает вероятность возникновения желчно-каменной болезни:

1. Резекции печени.

2. Субтотальной и дистальной гастрэктомии.

3. Спленэктомии.

4. Резекции терминального отдела подвздошной кишки.

24. Укажите основную цель антихеликобактерной терапии при язвенной болезни.

1. Снижение секреции соляной кислоты.

2. Уменьшение выраженности болевого синдрома.

3. Ускорение рубцевания язвы.

4. Уменьшение риска прободения язвы.

5. Снижение частоты рецидивов язвенной болезни.

25. Все правильно по отношению к истинным полипам желудка, кроме:

1. Они склонны быть множественными.

2. Возникают из атрофической слизистой.

3. Впервые могут проявиться после периода полового созревания.

4. Могут быть проявлением наследственного заболевания.

5. Редко озлокачествляются.

26. Наиболее частая локализация карциномы желудка?

1. Дно желудка.

2. Кардиальный отдел.

3. Тело желудка.

4. Пилорическая и антральная часть.

5. Кардиоэзофагеальный переход.

27. Что нехарактерно для хронического гастрита типа А:

1. Наличие антител к париетальным клеткам желудка.

2. Гастринемия.

3. Ахлоргидрия.

4. Вовлечение антрум.

5. Пернициозная анемия.

28. При какой из следующих патологий пищевода постоянно наблюдается дисфагия как твердой, так и жидкой пищи.

1. Раке пищевода.

2. Ахалазии.

3. Кольце Шацкого.

4. Синдроме Пламмера-Винсона.

5. Пищеводе Барретта.

29. Хронический антральный гастрит ( тип В) характеризуется следующими признаками, кроме:

1. Атрофией желез с наличием небольшого числа кистозно-расширенных желез.

2. Циркулирующими антителами к париетальным клеткам и внутреннему фактору.

3. Частым сочетанием с дуоденальными язвами.

4. Ассоциируется с инфекцией H.pilori.

5. Уровень гастрина в норме или незначительная гипергастринемия.

30. Все нижеперечисленные факторы прогностически неблагоприятны в отношении развития рака желудка, кроме:

1. Локализация язвы желудка в одних и тех же зонах при обострении.

2. Стойкая дисплазия эпителия 2-3 степени тяжести.

3. Частота морфологического подтверждения диагноза рака желудка зависит от количества биоптатов.

4. Заселение H.pilori.

5. Локализация язвы по большой кривизне желудка.

31. Характерная патология при синдроме Меллори-Вейса:

1. Разрыв пищевода.

2. Разрыв слизистой желудка.

3. Разрыв слизистой в месте перехода пищевода в желудок.

4. Кровотечение из полипов в желудке.

5. Острый гастрит.

32. Следующие положения характеризуют пищевод Барретта, кроме:

1. Смещение линии Z в среднюю треть пищевода.

2. Цилиндрическая метаплазия пищевода.

3. Повышенный риск развития аденокарциномы.

4. Мужчины и женщины поражаются с одинаковой частотой.

33. У 68-летнего больного с острым инфарктом миокарда в постинфарктном периоде увеличились признаки сердечной недостаточности, отмечалось снижение артериального давления. На 4-е сутки появились интенсивные боли в животе.

Ад=90 и 60 мм.рт.ст.. Пульс=110 в минуту, регулярный. Живот мягкий с небольшой генерализованной болезненностью и вздутием. При аускультации живота - отсутствие кишечных шумов, в анализе крови положительный тест на скрытую кровь. Ваш следующий шаг?

1. Ирригоскопия.

2. Рентгенологическое исследование верхних отделов ЖКТ.

3. Ангиография.

4. УЗИ брюшной полости.

5. Лапаротомия.

34. Наиболее часто встречающимся симптомом при диффузном эзофагоспазме является:

1. Дисфагия

2. Изжога

3. Боль за грудиной.

4. Регургитация.

5. Одинофагия.

35. Причиной метаболического ацидоза является все, кроме:

1. Диабета.

2. Голодания.

3. Печеночной недостаточности.

4. Рвоты.

5. Фистулы тонкого кишечника.

36. 45-летняя женщина с обстукцией выходного отдела желудка в течение двух недель была на парентеральном питании. После этого у нее на коже появились множественные гематомы. При обследовании признаков кровотечения из желудочно-кишечного тракта не выявлено, состояние больной стабильно. В чем причина?

1. ДВС-синдром.

2. Сепсис.

3. Тромбоцитопения.

4. Дефицит витамина К.

5. Дефицит Кальция.

37. Препарат выбора при амебиазном абсцессе печени:

1. Хинин.

2. Делагил.

3. Левомицетин.

4. Триметоприм.

5. Метронидазол.

38. У мужчины 60 лет наблюдается тяжелая изжога, ночной кашель. При обследовании выявлен рефлюкс-эзофагит 2-3 степени тяжести (эндоскопическая классификация Савари-Миллеру). В комлпексную терапию целесообразно включать все препараты, кроме:

1. Ранитидина.

2. Омепразола.

3. Домперидона.

4. Гастроцепина.

5. Топаала.

39. Препаратом выбора при рефлюкс-эзофагите 3-4 степени тяжести по классификации Савари-Миллеру является:

1. Фамотидин.

2. Де-нол.

3. Цизаприд.

4. Омепразол.

5. Метоклопрамид.

40. Комплексная терапия ахалазии кардии включает все, кроме:

1. Пневмокардиодилатации.

2. Устранения гипермоторной дискинезии грудного отдела пищевода антагонистами кальция, нитратами.

3. Лечение сопутствующего эзофагита.

4. Назначение прокинетиков.

41. 52-летний учитель средней школы, страдающий язвенной болезнью, в течение нескольких лет лечился ранитидином и метоклопрамидом. При осмотре врач обнаружил у него непроизвольные нерегулярные жевательные движения и повторяющиеся подергивания языка. Наиболее вероятной причиной этих движений является:

1. Дистония.

2. Болезнь Вильсона.

3. Болезнь Хантингтона (Huntington).

4. Мозжечковая дегенерация.

5. Поздняя дискинезия, обусловленная блокадой допаминовых рецепторов.

42. Какой микроорганизм вызывает псевдомембранозный колит, связанный с приемом антибиотиков ?

1. Bacteroides Fragelis.

2. Staphylococcus.

3. Clostridium Perfringes.

4. Clostridium Difficile.

5. Clostridium tercium.

43. Дивертикулез чаще всего локализуется:

1. В 12-перстной кишке.

2. В подвздошной кишке.

3. В поперечно-ободочной кишке.

4. В нисходящем отделе толстой кишки.

5. В сигмовидной кишке.

44. Все следующие факторы влияют на развитие дивертикула, кроме:

1. Хронические запоры.

2. Возрастная дегенерация тканей.

3. Большое количество кала.

4. Спастические сокращения кишки.

5. Врожденная предрасположенность.

45. При развитии карциномы у больных с язвенным колитом все верно, кроме:

1. Частота заболевания зависит от длительности анамнеза (более 10 лет).

2. Частота заболевания зависит от возраста, в котором началось заболевание.

3. Опухоль возникает из псевдополипов.

4. Рост опухоли множественный, плоский, инфильтрирующий.

46. Во время лапаротомии обнаружен дивертикул Меккеля . Все нижеперечесленные осложнения могут ассоциироваться с данной патологией, кроме:

1. Кровотечения.

2. Воспаления.

3. Перфорации.

4. Обструкции.

5. Малигнизации.

47. Клинические проявления ишемического колита зависят от всего перечисленного, кроме:

1. Протяженности сосудистой окклюзии.

2. Длительности окклюзии.

3. Эффективности коллатерального кровотока.

4. Длительности бактериальной инвазии.

5. Степени воспаления.

48. 57-летний мужчина в течение 3 месяцев страдает запорами. Бариевая клизма выявила стеноз нисходящего отдела толстой кишки. Наиболее вероятной причиной этого является:

1. Дивертикулит.

2. Ишемический колит.

3. Опухоль толстой кишки.

4. Гранулематозный колит.

5. Радиационный колит.

49. После удаления участка толстой кишки, пораженного опухолью, наиболее рациональная тактика ведения этого больного:

1. Колоноскопия каждые 6 месяцев.

2. Ирригоскопия каждые 6 месяцев.

3. Измерение в сыворотке концентрации СЕА.

4. Исследование кала на наличие крови.

5. УЗИ толстой кишки каждые 6 месяцев.

50. Все следующее входит в синдром Пейтс- Турена- Йегерса, кроме:

1. Меланиновой кожно-слизистой пятнистой пигментации.

2. Множественного полипоза.

3. Коликообразных болей в животе.

4. Малигнизации.

5. Ограниченного объема хирургического вмешательства.

51. Наиболее частая локализация карциноида:

1. Прямая кишка.

2. Аппендикс.

3. Терминальная часть подвздошной кишки.

4. Другие отделы тонкой кишки.

5. Поджелудочная железа

52. Все нижеперечисленное характеризует синдром Швахмана, кроме:

1. Метафизарной хондродисплазии.

2. Панкреатической диареи.

3. Отклонения в хлоридном потовом тесте.

4. Нейтропении.

53. Для аутоиммунного гепатита характерно все, кроме:

1. Заболевание встречается преимущественно у женщин

2. Ассоциируется с гипергаммаглобулинемией

3. Ассоциируется с сывороточными антителами к гладкой мускулатуре /SMA/, ядерным антигенам /ANA/

4. Ассоциируется с антимитохондриальными антителами /AMA/

5. Быстрая положительная реакция на введение кортикостероидов и цитостатиков.

# 2 уровень:

Для каждого вопроса или незаконченного утверждения один или несколько ответов являются правильными. Выберите:

А : 1, 2, 3

В : 1 и 3

С : 2 и 4

Д : 4

Е : все правильно

54. Возможные побочные эффекты при лечении рекомбинантным альфа-интерфероном:

1. Уменьшение количества лейкоцитов и тромбоцитов.

2. Развитие интеркурентных инфекций.

3. Аутоиммунный тиреоидит.

4. Гриппоподобный синдром.

5. Потеря массы тела.

55. При наличии какого из перечисленных симптомов синдром портальной гипертензии является наиболее вероятным ?

1. Увеличение печени.

2. Спленомегалия.

3. Асцит.

4. Расширение вен в зоне пищеводно-желудочного сплетения.

56. Подпеченочная желтуха развивается вследствие:

1. Закупорки камнем общего желчного протока.

2. Раке головки поджелудочной железы.

3. Раке Фатерого сосочка.

4. Закупорке камнем пузырного протока.

57. Пальмарная эритема встречается при следующих состояниях:

1. Беременности.

2. Тиреотоксикозе.

3. Ревматоидном артрите.

4. Поражении печени.

58. У пациента 30 лет, страдающего хроническим гепатитом В с выявленным НВеАГ внезапно резко ухудшилось состояние: возросла желтуха, отмечается клиника прекоматозного состояния, заметно возросла активность аминотрансфераз сыворотки крови.Ваше предположение: Чем вызвано ухудшение состояния?

1. Суперинфекция дельта-вирусом.

2. Кровотечение из желудочно-кишечного тракта.

3. Присоединение токсического поражения печени.

4. Осложненная сероконверсия.

59. Ваши дальнейшие действия?

1. Исследование маркеров вируса гепатита В.

2. Проведение ЭГДС.

3. Парентеральное введение преднизолона.

4. Исследование цепной РНК-полимеразной реакции.

60. Основными патологическими механизмами при развитии рефлюкс-эзофагита являются:

1. Повреждающее действие иона водорода и пепсина.

2. Замедление эзофагеального клиренса.

3. Повреждаюшее воздействие желчных кислот и трипсина.

4. Снижение резистентности слизистой оболочки пищевода.

61. Что из следующего связано с карциномой желчного пузыря?

1. Чаще болеют женщины.

2. Присутствуют типичные признаки заболевания.

3. В 90% случаев - наличие камней в желчном пузыре.

4. 5 - летняя выживаемость у 50% больных.

62. К первичному склерозирующему холангиту относятся следующие утверждения:

1. Ассоциируются с неспецифическим язвенным колитом.

2. Ассоциируются с травматизацией желчевыделительной системы конкрементами.

3. Его трудно дифференцировать с карциномой желчных протоков.

4. Идеальным методом лечения является холедохоэнтеростомия.

63. Наиболее значимыми методами в диагностике первичного склерозирующего холангита являются:

1. Лапаротомия.

2. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография.

3. УЗИ гепатобилиарной системы.

4. Чрезкожная транспеченочная холангиография.

64. Какие биохимические показатели будут увеличены при остром панкреатите:

1. Сывороточная амилаза.

2. Амилаза в моче.

3. Сывороточная липаза.

4. Кальций в сыворотке.

65. Синдром Золлингера-Эллисона диагностируется при наличии следующих признаков:

1. Массивная желудочная гиперсекреция /повышение базальной кислотной продукции выше 15ммоль в час/.

2. Неподдающиеся терапии или множественные язвы желудка и 12-перстной кишки.

3. Диарея.

4. Повышение уровня гистамина в крови.

66. Клинические признаки карциноидного синдрома:

1.“Приливы” к голове и верхней части туловища.

2. Диарея со спастическими болями в животе.

3. Бронхоспазм.

4. Клапанная патология правых отделов сердца.

67. Лечение синдрома Золлингера-Эллисона:

1. Временное блокирование желудочного сока Н2-блокаторами, омепрозолом в высоких дозах.

2. Коррекция водно-электролитного баланса.

3. Тотальная гастрэктомия.

4. Тотальная панкреатэктомия.

68. Диагностические признаки инсулиномы:

1. Голодание усугубляет симптоматику.

2. Снижение уровня глюкозы до 50мг%.

3. Регрессия симптоматики после приема глюкозы.

4. Предотвращение приступа гипогликемии приемом стероидов.

69. Рентгенологические признаки обструкции тонкой кишки?

1. Нарушение нормального распределения газов в тонкой кишке.

2. Множественные уровни жидкости.

3. Отсутствие газов в толстой кишке.

4. Наличие газов под правым куполом диафрагмы.

70. Какие клапаны поражаются чаще при карциноидном синдроме?

1. Митральный.

2. Трикуспидальный.

3. Аортальный.

4. Легочной артерии.

71. Какие из перечисленных злаков не вызывают ухудшения течения глютеновой энтеропатии?

1. Гречиха.

2. Рис.

3. Кукуруза.

4. Ячмень.

72. Для подтверждения каких заболеваний целесообразно проводить зондовую энтерографию?

1. Целиакии.

2. Опухоли тонкой кишки и врожденных аномалий.

3. Болезни Крона.

4. Доброкачественной лимфоидной гиперплазии.

73. Какие положения правильны по отношению к Квашиоркору:

1. Недостаточное поступление белка при относительно достаточном каллораже питания.

2. Повышенная заболеваемость со смертельным исходом от интеркуррентной кишечной инфекции.

3. Отеки.

4. Гиперальбуминемия.

74. Ваготомия влияет на:

1. Объем желудка.

2. Моторику желудка.

3. Секрецию внутреннего фактора.

4. Секрецию соляной кислоты.

75. Характеристика стрессовой язвы:

1. Чаще локализуется в желудке.

2. Поверхностная и неглубокая.

3. Часто осложняется кровотечениями.

4. Часто перфорирует.

76. Факторы, снижающие тонус нижнего пищеводного сфинктера:

1. Курение и алкоголь.

2. Гиперпролактинемия.

3. Употребление жирной пищи и шоколада, цитрусовых и томатов.

4. Метоклопрамид.

77. Методом выбора лечения неосложненной ахалазии кардии является:

1. Ваготомия и дренаж.

2. Эзофагомиотомия.

3. Холинолитики.

4. Пневмокардиодилатация.

78. Правильные положения по поводу ахалазии кардии все, кроме:

1. Отсутствие рефлекса глотательного раскрытия кардии.

2. Ассоциируется с нарушением нервной регуляции пищевода, вероятно,вследствие дифицита нейротрансмиттера (NO).

3. Формирование и особенности клинической картины во многом определяются дискинезией грудного отдела пищевода.

4. Стеноз имеет органическую природу.

79. Этиология одинофагии:

1. Кандидоз.

2. Герпес-симплекс.

3. Хинидин.

4. Клиндомицин.

80. Воздействие секретина:

1. Стимулирует обильное выделение воды и бикарбонатов из поджелудочной железы.

2. Угнетает кислотообразующую функцию желудка.

3. Расслабляет кардиальный сфинктер пищевода.

4. Стимулирует моторику 12-перстной и тощей кишки.

81. Препараты, побочный эффект которых - гинекомастия ?

1. Дигоксин.

2. Циметидин.

3. Изониазид.

4. Верошпирон.

82. Лекарственные препараты, снижающие тонус нижнего пищеводного сфинктера:

1. Прогестерон.

2. Теофиллин.

3. Коринфар.

4. Нитроглицерин.

83. Для лечения псевдомембранозного колита используются:

1. Метронидазол.

3. Цефалексин.

4. Ванкомицин.

5. Ацикловир.

84. Туберкулезный энтерит проявляется:

1. Кишечной обструкцией.

2. Инфильтратом в брюшной полости.

3. Альтернирующим запором и диареей.

4. Массивным кровотечением.

85. При осмотре пациента выявлена наружная фистула в правой подвздошной области. 2 месяца назад больной перенес операцию в связи с подозрением на острый аппендицит. Во время операции патологических изменений слепого отростка не выявлено. Ваш предположительный диагноз:

1. Болезнь Крона.

2. Туберкулез.

3. Инфекция Actinomyces Israelii.

4. Одиночный дивертикул слепой кишки.

86. Лабораторные признаки неблагоприятного исхода тяжелой атаки неспецифического язвенного колита:

1. Снижение Ig G.

2. Высокая концентрация С-реактивного белка.

3. Кровопотеря 80-100 мл/сутки.

4. Лейкоцитоз.

87. Какие заболевания поражают терминальный отдел подвздошной кишки?

1. Болезнь Крона.

2. Пурпура Шенлейн-Геноха.

3. Туберкулез.

4. Инфекция, вызванная Yersinia Enterocolitica.

88. Установить соответствие между уровнем морфологических изменений в тонкой кишке и патологическими процессами, сопровождающимися мальабсорбцией.

|  |  |
| --- | --- |
| 1.Эпителия. | А. Болезнь Крона, болезнь Уиппла, туберкулез тонкой кишки, острый бактериальный энтерит, опухоли, паразитозы. |
| 2. Собственной пластинки слизистой оболочки. | В. Дисахаридазная недостаточность, глютеновая энтеропатия, коллагеновая спру |
| 3. Подслизистой основы. | С. Поражение лимфатических узлов брыжейки: туберкулез, лимфома, метастазы опухоли, болезнь Уиппла, правожелудочковая недостаточность, цирроз печени. |
| 4. Лимфатической системы вне тонкой кишки. | Д. Болезнь Крона, висцеральная склеродермия, амилоидоз. |

89. Сопоставить тип атрофии слизистой оболочки тонкой кишки со следующими патологическими состояниями.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Гиперрегенераторная атрофия. | А. При глютеновой энтеропатии, в краях язв, около гастроэнтероанастомозов, при глюкагономе. |
| 2. Гипорегенераторная атрофия. | Б. При злокачественных опухолях, пернициозной анемии, гипопитуитаризме. |

90. Сопоставить: где преимущественно происходит всасывание:

1. Цианкоболамина. А. В 12-перстной и тощей кишке.

2. Фолиевой кислоты. В. В 12-перстной и верхней части тощей кишки.

3. Железа. С. В средней и нижней части подвздошной кишки и в желудке.

91. Подобрать морфологические признаки, характерные для:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Ацидофильные тельца. | А. HCV-инфекции. |
| 2. “Матово-стекловидные” гепатоциты. | В. HBV-инфекции. |
| 3.“Песочные” ядра. | С. Обеих. |
| 4. Тельца Меллори. | Д. Ни одной из них. |

92. Подобрать морфологические признаки, характерные для:

1. HCV-инфекция. А. Жировая дистрофия.

2. HBC-инфекция. В. Гидропическая дистрофия.

С. Гетерогенность гепатоцитов.

93. Сопоставить тип инфекционного процесса, вызванного HBV с его иммунологической характеристикой.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Состояние приобретенного иммунитета | А. HBs Ag , HBcor Ab IgG HBeAb |
| 2. Состояние персистирования вирусной инфекции | B. HBs Ab, HbeAb или HBcAb IgG |
| 3. Состояние репликации вирусной инфекции | C. HBsAg, HbeAg, HBcAg IgM, HBV DNA и DNA- полимераза. |

94. Подобрать возможные кожные проявления кожные проявления к заболеваниям желудочно-кишечного тракта.

1. Узловая эритема. А. Острый панкреатит.

2. Гангренозная пиодермия. В. Болезнь Крона.

3. Черный акантоз. С. Аденокарцинома желудка.

4. Узловой жировой некроз. Д. Язвенный колит.

5. Герпетиформный дерматит. Е. Целиакия.

95. Подобрать побочные действия лекарств:

1. Оральные контрацептивы. А. Тромбоз печеночных вен.

2. Метатрексат. В. Цирроз печени.

3. Эритромицин. С. Холестатическая реакция.

4. Тетрациклин. Д. Жировая дистрофия печени.

96. Сопоставить лекарственные препараты и побочные эффекты

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Метоклопрамид | A. Мено-метроррагии |
| 2. Ранитидин | B. Феномен “рикошета” |
| 3. Сукральфат | C. Пролиферация G-клеток, секретирующих гастрин |
| 4. Мизопростол (Сайтотек) | Д. Галакторея |
| 5. Гастроцепин | E. Нарушение аккомодации |
| 6. Омепразол | Ж. Повышение уровня аллюминия в сыворотке |

97. Сопоставить прокинетическое средство с его механизмом действия:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Эритромицин | А. Блокатор центральных и периферических дофаминовых рецепторов |
| 2. Цизаприд | В. Блокатор периферических дофаминовых рецепторов |
| 3. Домперидон | С. Агонист мотилина |
| 4. Метоклопрамид | Д. Стимуляция освобождения ацетилхолина в нейронных сплетениях мышечной оболочки ЖКТ |

98. Сопоставить:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Синдром Пейтс-Турена-Йегерса. | А. Гамартомы, сочетающиеся с меланиновой пигментацией и аллопецией. | |
| 2. Семейный полипоз. | В. Онкология у всех больных. |
| 3. Синдром Гартнера. | С. Аденомы, сочетающиеся с остеомами и фибромами. |
| 4. Ювенильный полипоз. | Д. Гамартомы при отсутствии внекишечных проявлений. |

99. Сопоставить:

1. Гонадотропин. А. Опухоль яичника.

2. СЕА. В. Карциноидный синдром.

3. Альфа-фетопротеин. С. Десмоидный тумор.

4. 5-гидрооксииндолуксусная кислота. Д. Феохромоцитома.

5. Ванилилминдальная кислота. Е. Цирроз печени.

100. Сопоставить:

1. Частые кровотечения. А. Язвенный колит.

2. Повышенный риск малигнизации. В. Болезнь Крона.

3. Стеноз кишки. С. Оба.

4. Развитие токсического мегаколона. Д. Ни один из них.

5. Поражение тонкой и толстой кишки.

6. Внекишечные проявления.

7. Этиология - инфекционный агент.

Заключительные тесты

1. Число должностей врача-гастроэнтеролога на 100 000 взрослого населения устанавливается из расчета

а) 0.07 ставки

б) 0.1 ставки

в) 0.5 ставки

г) 1.0 ставка

д) все перечисленное неверно

2. Потребность в гастроэнтерологических стационарных местах на 1000 населения составляет

а) 0.05

б) 0.5

в) 0.8

г) 1.0

д) 1.5

3. Должность врача гастроэнтерологического отделения стационара устанавливается из расчета - 1 врач

а) на 10 больных

б) на 15 больных

в) на 20 больных

г) на 25 больных

д) на 30 больных

4.Минимальное количество больничных коек, при котором устанавливается должность заведующего гастроэнтерологическим отделением, составляет

а) 30

б) 40

в) 50

г) 60

д) 65

5. Аттестация врача-гастроэнтеролога на присвоение ему звания врача-специалиста проводится

а) по окончании специализации

б) при наличии двухлетнего стажа по специальности

в) при наличии трехлетнего стажа по специальности

г) при наличии пятилетнего стажа по специальности

д) верно а) и б)

6. К наследственным энзимопатиям относят

а) непереносимость лактазы

б) глютеновую болезнь

в) амилазную недостаточность

г) дисахаридазную недостаточность

д) все перечисленное

7. К наследственным формам доброкачественных гипербилирубинемий относят

а) синдром Криглера - Найяра (Наджара)

б) синдром Ротора

в) синдром Дубина (Дабина) - Джонсона

г) постгепатитную гипербилирубинемию Калька

д) верно а), б), в)

8. a-амилазу секретируют

а) околоушные слюнные железы

б) поджелудочная железа

в) кишечник

г) верно а) и б)

д) все перечисленное

9. Конъюгированный (связанный) билирубин образуется в клетках печени с помощью фермента

а) глюкуронилтрансферазы

б) лейцинаминопептидазы

в) кислой фосфатазы

г) нуклеотидазы

д) все перечисленное неверно

10. Повышение содержания неконъюгированного (несвязанного, свободного) билирубина в сыворотке крови характерно для всех перечисленных заболеваний, кроме

а) гемолитической анемии

б) функциональной гипербилирубинемии Жильбера

в) синдрома Криглера - Найяра (Наджара)

г) хронического активного гепатита

д) талассемии

11. Повышение содержания в крови неконъюгированного (несвязанного, свободного) билирубина происходит в результате всех перечисленных метаболических нарушений, кроме

а) увеличения образования билирубина

б) снижения захвата билирубина печенью

в) дефицита глюкуронилтрансферазы в гепатоцитах

г) расстройства экскреции билирубина печенью

д) повышения гемолиза эритроцитов

12. Уробилиноген образуется

а) в кишечнике

б) в почках

в) в печени

г) верно а) и б)

13. Активность аланиновой трансаминазы в крови повышается при всех перечисленных заболеваниях, кроме

а) хронического активного гепатита

б) активного цирроза печени

в) инфаркта миокарда

г) жирового гепатоза

д) хронического холестатического гепатита

14. Увеличение активности щелочной фосфатазы наблюдается

а) при внутрипеченочном холестазе

б) при вирусном гепатите

в) при первичном раке печени

г) при гемолитической анемии

д) верно а) и в)

15. Повышение активности щелочной фосфатазы у больного с циррозом печени может свидетельствовать

а) о присоединении вирусного гепатита

б) о некрозе гепатоцитов

в) о печеночной недостаточности

г) о портальной гипертензии

д) о циррозе - раке

16. Гипоальбуминемия характерна

а) для цирроза печени

б) для острой атрофии печени

в) для гепатомы

г) для хронического персистирующего гепатита

д) верно а) и б)

17. Причиной гипоальбуминемии у больных с отеками могут быть все перечисленные патологические состояния, кроме

а) заболевания печени

б) избыточной потери белка через кишечник

в) избыточной потери белка через почки

г) хронической недостаточности кровообращения

д) длительного голода

18. Повышение концентрации общих липидов в крови наблюдается при всех перечисленных заболеваниях, кроме

а) сахарного диабета

б) гипертиреоза

в) билиарного цирроза

г) холестатического гепатита

д) алкоголизма

19. Желчь подвергается реабсорбции

а) в двенадцатиперстной кишке

б) в тощей кишке

в) в начальном отделе толстой кишки

г) во всех перечисленных отделах

д) верно б) и в)

20. Для печеночного цитолитического синдрома характерны все перечисленные биохимические изменения, кроме

а) повышения активности аланиновой аминотрансферазы

б) повышения активности аспарагиновой аминотрансферазы

в) повышения активности альдолазы

г) повышения уровня сывороточного железа

д) снижения всех показателей

21. Наиболее ранним и чувствительным показателем печеночного цитолитического синдрома является

а) повышение активности аланиновой аминотрансферазы

б) повышение активности альдолазы

в) повышение активности аспарагиновой аминотрансферазы

г) гипоальбуминемия

д) повышение уровня сывороточного железа

22. В диагностике холестатического синдрома имеют значение все перечисленные показатели, кроме

а) повышения активности щелочной фосфатазы крови

б) повышения прямого (связанного) билирубина крови

в) повышения холестерина

г) повышения активности g-глютамилтранспептидазы

д) повышения непрямого (свободного) билирубина крови

23. При холестатическом синдроме уробилиноген в моче

а) повышается

б) снижается

в) исчезает

г) не изменяется

д) верно б) и в)

24. Появление билирубина в моче указывает

а) на паренхиматозную желтуху

б) на подпеченочную желтуху

в) на гемолитическую желтуху

г) верно а) и б)

д) на все перечисленное

25. Реакция кала на скрытую кровь может быть положительной

а) при микрокровотечениях из язвы двенадцатиперстной кишки или кишечника

б) при микрокровотечениях из опухолей желудочно-кишечного тракта

в) при неспецифическом язвенном колите

г) при употреблении мяса в пищу

д) при всем перечисленном

26. Снижение стеркобилина в кале наблюдается

а) при паренхиматозной желтухе

б) при механической желтухе

в) при гемолитической анемии

г) верно а) и б)

д) при всех перечисленных патологиях

27. Креаторея наблюдается

а) при ахилии

б) при гнилостной диспепсии

в) при недостаточности внешней секреции поджелудочной железы

г) верно а) и б)

д) при всем перечисленном

28. Стеаторея в виде нейтрального жира характерна

а) для механической желтухи

б) для паренхиматозной желтухи

в) для хронического панкреатита

г) верно а) и б)

д) для всего перечисленного

29. Внутривенная холеграфия является информативным методом для диагностики

а) расширения общего желчного протока

б) хронического калькулезного холецистита

в) хронического активного гепатита

г) верно а) и б)

д) для всего перечисленного

30. Сканирование печени наиболее результативно в диагностике

а) микронодулярного цирроза печени

б) гепатита

в) очагового поражения печени

г) макронодулярного цирроза печени

д) застойного фиброза печени

31. Колоноскопия позволяет выявить

а) неспецифический язвенный колит

б) рак толстой кишки

в) болезнь Крона

г) болезнь Уиппла

д) все перечисленное

32. Лапароскопию назначают

а) при подозрении на первичный рак печени

б) при подозрении на метастатический рак печени

в) для уточнения причины асцита

г) верно а) и б)

д) при всем перечисленном

33. Этиологическими факторами дискинезии пищевода являются

а) нарушение иннервации пищевода

б) рефлекторное влияние с соседних органов

в) заболевания центральной нервной системы

г) инфекционные заболевания (ботулизм, дифтерия)

д) все перечисленные

34. Дисфагия может наблюдаться

а) при грыже пищеводного отверстия диафрагмы

б) при ахалазии кардии

в) при склеродермии

г) при раке пищевода

д) при всех перечисленных заболеваниях

**Ситуационная задача (тесты 056-059)**

У молодой женщины 18 лет после эмоционального стресса появилась дисфагия при употреблении жидкой холодной или горячей пищи (плотная пища проходит хорошо). Дисфагия появлялась в дальнейшем при волнениях, устало-сти.

Аппетит сохранен, в весе не теряла.

При физикальном обследовании патологии не выявлено.

35. Наиболее вероятной причиной дисфагии является

а) идиопатическая гиперкинезия пищевода

б) рак пищевода

в) пептическая язва пищевода

г) аксиальная (скользящая) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

36. Для исключения другой патологии и подтверждения диагноза следует назначить

а) общий анализ крови

б) рентгеноскопию пищевода и желудка

в) эзофагогастродуоденоскопию

г) все перечисленное

д) верно б) и в)

37. Основными условиями рентгенологического исследования в этом случае являются

а) исследование пищевода в положении стоя

б) исследование пищевода в положении лежа

в) исследование с густой бариевой взвесью

г) исследование с жидкой бариевой взвесью

д) все перечисленные

38. Больной следует рекомендовать

а) жидкое питание

б) лечение невроза

в) вяжущие и обволакивающие средства

г) физиотерапию

д) витаминотерапию

**Ситуационная задача (тесты 062-063)**

Больная 33 лет обратилась в поликлинику с жалобами на боли за грудиной, чувство распирания в этой области. Накануне вечером ела рыбу, при этом по-перхнулась. К врачу не обращалась.

Утром появились жалобы на затрудненное глотание, температура тела по-высилась до 37.3°C, появилось вздутие в области шеи и нижней половины лица. Рвоты не было.

При пальпировании шеи отмечается крепитация; на рентгенограмме груд-ной клетки - расширение тени средостения с прослойками газа, располагающи-мися паравертебрально.

39. Из заболеваний, которые могут стать причиной эзофагогастродуоденального кровотечения,

кровавая рвота наименее характерна

а) для язвы желудка

б) для грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

в) для варикозного расширения вен

г) для язвы двенадцатиперстной кишки

д) для дивертикула пищевода

40. Симптомами продолжающегося эзофагогастродуоденального кровотечения являются

а) рвота "кофейной гущей" или свежей кровью

б) ухудшение общего состояния больного

в) ухудшение показателей гемодинамики

г) снижение уровня гемоглобина

д) все перечисленные

41. К патологическим механизмам, обуславливающим характерные симптомы грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, относятся

а) нарушения проходимости комка пищи

б) растяжение грыжевого мешка

в) рефлюкс в пищевод

г) спазм пищевода

д) ничего из перечисленного

**Ситуационная задача (тесты 076-077)**

У больного с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы в последнее время изменилась клиническая картина заболевания: исчезла изжога и регургитация, появилась дисфагия при употреблении плотной пищи, пропал аппетит, больной стал терять в весе.

42. Предполагаемый диагноз

а) развитие рака пищевода

б) развитие рака желудка

в) ущемление грыжи

43. Пептический эзофагит (рефлюкс-эзофагит) возникает вследствие заброса в пищевод

а) желудочного сока

б) желчи

в) кишечного содержимого

г) верно а) и б)

д) всего перечисленного

44. Патологические механизмы рефлюкс-эзофагита включают

а) рефлюкс желудочного содержимого в пищевод

б) воспаление дистальной части пищевода

в) недостаточность кардии (ахалазия)

г) верно а) и б)

д) все перечисленное

45. Инфекция хеликобактер пилори способствует развитию

а) язвы пилороантрального отдела желудка

б) язвы луковицы двенадцатиперстной кишки

в) язвы кардиального отдела желудка

г) верно а) и б)

д) язвы всех перечисленных отделов

46. Механизм болей при язвенной болезни с локализацией язвы в луковице двенадцатиперстной кишки обусловлен

а) кислотно-пептическим фактором

б) спазмом пилородуоденальной зоны

в) повышением давления в желудке и двенадцатиперстной кишке

г) периульцерозным воспалением

д) всем перечисленным

47. Достоверным клиническим признаком стеноза привратника является

а) рвота желчью

б) урчание в животе

в) резонанс под пространством Траубе

г) шум плеска через 3-4 часа после приема пищи

д) видимая перистальтика

48. Подтвердить пенетрацию язвы могут все перечисленные симптомы, кроме

а) появления ночных болей

б) уменьшения ответной реакции на антациды

в) появления болей в спине

г) усиления болей

д) изменения характерного ритма язвенных болей

49. При пенетрации язвы в поджелудочную железу в крови повышается

а) активность амилазы

б) активность липазы

в) уровень глюкозы

г) активность щелочной фосфатазы

д) ничего из перечисленного

50. К симптоматическим гастродуоденальным язвам относятся

а) стрессовые

б) эндокринные

в) медикаментозные

г) язвы при патологических состояниях других внутренних органов

д) все перечисленные язвы

51. Медикаментозные язвы вызываются следующими лекарственными препаратами

а) кортикостероидами

б) ацетилсалициловой кислотой

в) индометацином

г) резерпином

д) всеми перечисленными

52. К функциональным постгастрорезекционным расстройствам относятся

а) демпинг-синдром

б) гипогликемический синдром

в) постгастрорезекционная дистрофия

г) функциональный синдром приводящей петли

д) все перечисленные

53. К органическим постгастрорезекционным расстройствам относятся

а) синдром приводящей петли

б) деформация и сужение анастомоза

в) острый (хронический) холецистопанкреатит

г) пептическая язва культи желудка или анастомоза

д) все перечисленные

54. Для демпинг-синдрома, протекающего по ваготоническому типу, характерно

а) сонливость и слабость после еды

б) диспептический синдром

в) тахикардия

г) понижение артериального давления

д) верно а), б), г)

55. Для гипогликемического синдрома характерно

а) сонливость через 2-3 часа после еды

б) чувство голода

в) сердцебиение, головокружение

г) схваткообразные боли в эпигастрии

д) все перечисленное

56. Основными клиническими проявлениями постгастрорезекционной дистрофии являются все перечисленные симптомы, кроме

а) диареи

б) резкого похудания

в) гиповитаминоза

г) анемии

д) гипергликемии

57. Лечение постгастрорезекционной дистрофии включает все перечисленное, кроме

а) диетотерапии

б) заместительной терапии (ферментами)

в) парентерального питания

г) витаминотерапии

д) антисеротониновых препаратов

58. При лечении больных с пептической язвой анастомоза назначают все перечисленное, кроме

а) щадящей диеты

б) алмагеля

в) гастроцепина

г) желудочного сока

д) репарантов

59. В этиологии хронического гепатита важное место занимают

а) инфекционные факторы

б) токсические факторы (в том числе алкоголизм)

в) токсикоаллергические факторы

г) недостаточность кровообращения

д) все перечисленные факторы

60. Причиной жировой дистрофии печени не может быть

а) вирусный гепатит

б) беременность

в) сахарный диабет

г) лечение кортикостероидами

д) голодание

г) билирубина

д) альбумина

61. Лабораторным показателем, характеризующим синдром Жильбера, является

а) увеличение в крови неконъюгированного (несвязанного) билирубина

б) билирубинурия

в) увеличение активности трансаминаз

г) ретикулоцитоз

д) гипоальбуминемия

62. Для гемолитической желтухи не является характерным

а) увеличение в крови неконъюгированного (несвязанного) билирубина

б) нормальная активность сывороточной щелочной фосфатазы

в) нормальная активность сывороточных трансаминаз и g-глютамилтранспептидазы

г) билирубинурия

д) ретикулоцитоз

63. Уровень конъюгированного (связанного) билирубина в крови не возрастает

а) при синдроме Ротора

б) при синдроме Дабина - Джонсона

в) при гемолитической желтухе

г) при хроническом активном гепатите

д) при первичном билиарном циррозе печени

64. При гемолитической желтухе имеет место

а) ретикулоцитоз

б) повышение неконъюгированного (несвязанного) билирубина

в) спленомегалия

г) гиперплазия костного мозга

д) все перечисленное

65. Высокий уровень активности трансаминаз в сыворотке крови указывает

а) на микронодулярный цирроз

б) на холестаз

в) на вирусный гепатит

г) на первичный билиарный цирроз

д) на аминазиновую желтуху

66. Из хронических заболеваний печени классическим показанием для иммунодепрессивной терапии является

а) вторичный билиарный цирроз

б) хронический активный гепатит

в) хронический аутоиммунный гепатит

г) новообразования печени

д) ничего из перечисленного

67. Главным местом метаболизма алкоголя в организме является

а) жировая ткань

б) почки

в) печень

г) головной мозг

д) желудочно-кишечный тракт

68. Хроническая алкогольная интоксикация приводит

а) к жировой дистрофии

б) к хроническому персистирующему и активному гепатиту

в) к циррозу печени

г) ко всему перечисленному

д) верно б) и в)

69. При хроническом алкогольном гепатите адекватным лечением является назначение

а) преднизолона

б) азатиоприна

в) эссенциале

г) всех перечисленных препаратов

д) ничего из перечисленного

70. Для цирроза печени не характерны морфологические изменения

а) некроз

б) фиброз

в) жировая дистрофия

г) регенерация

д) перестройка архитектоники печени

71. При циррозе печени можно обнаружить

а) снижение зрения

б) увеличение околоушных желез

в) ригидность ушных раковин

г) высокое небо

д) контрактуры Дюпюитрена

72. При диагностике первичного билиарного цирроза необходимо исключить

а) вирусный цирроз печени с холестазом

б) хронический склерозирующий холангит и перихолангит

в) механическую желтуху

г) все перечисленное

д) ничего из перечисленного

73. Первичному билиарному циррозу соответствует симптомокомплекс

а) желтуха, зуд, ксантомы, гепатоспленомегалия, высокие активность щелочной фосфатазы и уровень холестерина

б) желтуха, анорексия, тошнота, мягкая печень, высокая активность трансаминаз и нормальная активность щелочной фосфатазы

в) желтуха, гепатоспленомегалия, умеренно увеличенная активность трансаминаз, гипер-g-глобулинемия, положительная реакция на антитела к гладкой мускулатуре

г) желтуха, лихорадка, гепатомегалия, почечная недостаточность, кома, изменение ЭЭГ и умеренно повышенная активность трансаминаз

д) желтуха (не всегда), боль в правом верхнем квадранте живота, живот мягкий, лейкоцитоз

74. Вирусному гепатиту соответствует симптомокомплекс

а) желтуха, зуд, ксантомы, гепатоспленомегалия, высокие активность щелочной фосфатазы и уровень холестерина

б) желтуха, анорексия, тошнота, мягкая печень, высокая активность трансаминаз и нормальная активность щелочной фосфатазы

в) желтуха, гепатоспленомегалия, умеренно увеличенная активность трансаминаз, гипер-g-глобулинемия, положительная реакция на антитела к гладкой мускулатуре

г) желтуха, лихорадка, гепатомегалия, почечная недостаточность, кома, изменение ЭЭГ и умеренно повышенная активность трансаминаз

д) желтуха (не всегда), боль в правом верхнем квадранте живота, живот мягкий, лейкоцитоз

75. Острой дистрофии печени соответствует симптомокомплекс

а) желтуха, зуд, ксантомы, гепатоспленомегалия, высокие активность щелочной фосфатазы и уровень холестерина

б) желтуха, анорексия, тошнота, мягкая печень, высокая активность трансаминаз и нормальная активность щелочной фосфатазы

в) желтуха, гепатоспленомегалия, умеренно увеличенная активность трансаминаз, гипер-g-глобулинемия, положительная реакция на антитела к гладкой мускулатуре

г) желтуха, лихорадка, гепатомегалия, почечная недостаточность, кома, изменение ЭЭГ и умеренно повышенная активность трансаминаз

д) желтуха (не всегда), боль в правом верхнем квадранте живота, живот мягкий, лейкоцитоз

76. При первичном билиарном циррозе рекомендуется

а) кортикостероиды

б) D-пеницилламин

в) холестерин

г) все перечисленное

д) верно б) и в)

77. В развитии асцита при циррозе печени не имеют патогенетического значения

а) портальная гипертензия

б) гипоальбуминемия

в) увеличение продукции печеночной лимфы

г) увеличение активности ренин-альдостероновой системы и продукции вазопрессина

д) воспаление брюшины

78. Для асцита характерно наличие следующих симптомов

а) одышки при физической нагрузке

б) снижения суточного диуреза

в) увеличения веса

г) верно а) и б)

д) всего перечисленного

79. Упорный, не поддающийся воздействию диуретиков асцит,

встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме

а) гепатомы

б) болезни Бадда - Киари

в) хронического тромбоза воротной вены

г) констриктивного перикардита

80. У больных с асцитом парацентез применяется

а) для диагностических целей

б) для компенсации дыхательных расстройств

в) для быстрого устранения асцита

г) ни для одной из перечисленных целей

д) для всего перечисленного

81. Рациональными мероприятиями при лечении асцита при циррозе печени

являются

а) соблюдение диеты с ограничением поваренной соли до 5 г

б) ограничение суточного потребления жидкости до 1 литра, если содержание натрия в сыворотке больше 130 ммоль/л

в) увеличение суточного диуреза

г) применение внутрь от 100 до 400 мг верошпирона с учетом суточного диуреза

д) все перечисленные

82. Печеночная кома развивается в результате

а) массивного некроза клеток печени

б) обширного фиброза

в) нарушения микроциркуляции в печени с тромбообразованием

г) всего перечисленного

д) верно а) и б)

83. Большое количество аммония превращается печенью

а) в глютамин

б) в a-кетоглутарат

в) в ангиназу

г) в мочевину

д) в меркаптан

84. При тяжелых заболеваниях печени развитию печеночной энцефалопатии предшествует

а) лихорадка

б) желудочно-кишечные кровотечения

в) белковая нагрузка на организм

г) все перечисленное

85. Для лечения хронической печеночной энцефалопатии рекомендуется

а) лактулоза

б) орницетил

в) неомицин, канамицин и другие антибиотики

г) диета с низким содержанием белка

д) все перечисленное

86. При лечении желчнокаменной болезни применяют

а) холевую кислоту

б) хенодезоксихолевую кислоту

в) литохолевую кислоту

г) граурохолевую кислоту

д) дегидрохолевую кислоту

87. Хенодезоксихолевую кислоту применяют с целью

а) растворения холестериновых конкрементов в желчном пузыре

б) снижения уровня холестерина в сыворотке крови

в) улучшения утилизации жиров в кишечнике

г) улучшения утилизации углеводов в кишечнике

88. Показаниями к литотрипсии является все перечисленное, кроме

а) одиночных камней

б) камней диаметром менее 2 см

в) желтухи

г) холестериновых камней

д) сохранения сократительной функции желчного пузыря

89. К причинам постхолецистэктомического синдрома относятся

а) ошибки предоперационной диагностики

б) технические дефекты операции

в) наличие осложнений

г) сопутствующие заболевания

д) все перечисленные

90. Наиболее информативным методом диагностики патологии поджелудочной железы является

а) рентгенологический

б) ультразвуковой

в) компьютерная томография

91. Секрецию панкреатического сока наиболее активно стимулируют

а) соматостатин

б) гастрин

в) секретин

г) холецистокинин

д) верно в) и г)

92. Среди клинических форм хронического панкреатита выделяют

а) болевую форму

б) хроническую рецидивирующую форму

в) безболевую форму

г) псевдоопухолевую (гиперпластическую) форму

д) все перечисленные

93. Характеристика болей при панкреатите

а) чаще локализуются в верхней половине живота

б) чаще локализуются в левом подреберье

в) носят опоясывающий характер, усиливаются в положении на спине

г) чаще локализуются в правом подреберье

д) верно б) и в)

94. Наиболее частыми последствиями хронического панкреатита являются

а) экзокринная недостаточность поджелудочной железы

б) перитонит

в) псевдокисты

г) асцит

д) все перечисленные

95. Основными лабораторными показателями хронического панкреатита (длительное течение) в стадии ремиссии, являются

а) креаторея

б) стеаторея

в) снижение уровня ферментов в дуоденальном содержимом

г) все перечисленные

д) ничего из перечисленного

**Ситуационная задача (тесты 246-248)**

Больной 65 лет длительно страдает хроническим рецидивирующим панкре-атитом. В течение последних 6-8 месяцев изменился характер болей, ухудшился аппетит, периодически стали беспокоить рвота, появилась желтуха, обесцвечен-ный кал, стала нарастать общая слабость, снизилась трудоспособность.

В стационаре отмечались выраженная желтушность кожных покровов, бледность видимых слизистых оболочек, значительное снижение веса. Печень и селезенка не увеличены. Температура нормальная. Гемоглобин - 96 г/л, лейко-циты - 9.5ґ109/л, СОЭ - 60 мм/час, билирубин - 34.2 мкмоль/л (прямой - 5.2). Активность амилазы крови и мочи, а также уровень сахара в пределах нормы.

96. Для установления правильного диагноза следует использовать

а) дуоденальное зондирование

б) ультразвуковое исследование

в) рентгенологическое исследование

г) холецистографию

д) верно б) и в)

97. Прежде всего можно заподозрить

а) рак поджелудочной железы

б) рак большого сосочка двенадцатиперстной кишки (фатерова соска)

в) псевдоопухолевую форму хронического панкреатита

г) верно а) и в)

д) верно а) и б)

98. Диагноз позволит подтвердить

а) рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки

б) ультразвуковое исследование

в) гастродуоденоскопия с прицельной биопсией

г) анализ анамнестических данных

д) все перечисленное

99. Нормализации деятельности кишечника при поносах способствуют следующие пищевые продукты

а) картофель

б) плоды черемухи

в) черника

г) грецкие орехи

д) верно б) и в)

100. Обострение неспецифического язвенного колита может быть связано

а) с прекращением поддерживающей терапии сульфасалазином

б) с беременностью

в) с нарушением диеты

г) с интеркуррентной инфекцией

д) со всем перечисленным

Ситуационные задачи

ЗАДАЧА 1.

1. Женщина 22 лет жалуется на учащение стула до 4-5 раз в сутки, периодические «крутящие» боли вокруг пупка, не связанные четко с приемом пищи и стулом, слабость, сердцебиение, головокружение при физической нагрузке, снижение настроения и работоспособности, судороги в кистях и стопах. Кал кашицеобразный. Каловые массы обильные, светло желтого цвета, содержат кусочки непереваренных овощей, плохо отмываются от унитаза холодной водой.

Больна в течение 8-9 месяцев, когда после срочных неосложненных родов появилось послабление стула и постепенно сформировались указанные жалобы. Похудела на 8 кг. Температура тела на протяжении болезни нормальная. Пыталась лечиться самостоятельно: принимала фуразолидон, смекту, креон без четкого положительного эффекта. Соблюдение в течение нескольких дней диеты в виде употребления в пищу небольшого количества сухарей, крепкого чая и черничного киселя приводит к урежению стула и уменьшению количества каловых масс.

В анамнезе частые «пищевые отравления», замедленное физическое развитие в детстве, умеренная железодефицитная анемия во время беременности.

При осмотре - кожа и слизистые бледные, чистые. Дефицит массы тела (рост 160 см, масса тела 52 кг). Сухость кожи, «заеды» в углах рта, ногти с выраженной поперечной исчерченностью. В легких хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, чсс= 90 в мин., АД 90\70 мм.рт.ст. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в мезогастрии, урчит, шум плеска над слепой кишкой. Размеры печени и селезенки не изменены.

В ан. крови Нв 90 г/л, умеренная гипохромия эритроцитов, лейкоцитарная формула не изменена, СОЭ 12 мм/час. В биохимическом анализе крови выявлено снижение общего белка до нижней границы нормы, снижение уровня сывороточного железа, снижение уровня калия и кальция до нижней границы нормы. Анализ мочи без патологии.

Бакториологическое исследование кала – патогенной флоры не обнаружено. Отмечаено отсутствие бифидобактерий, увеличение количества лактозонегативной кишечной палочки.

При УЗИ органов брюшной полости патологии не выявлено. При рентгеноскопии желудка органической патологии не выявлено, отмечается снижение тонуса начальных отделов тонкой кишки.

ВОПРОСЫ

*1. Наиболее вероятный диагноз*

А. Дисбактериоз кишечника

Б. Хронический панкреатит

В. Болезнь Крона

Г. Общий вариабельный иммунодефицит

Д. Глютеновая энтеропатия

1. *Для уточнения диагноза в первую очередь проводится*

А. Ирригоскопия

Б. Колоноскопия с биопсией слизистой подвздошной кишки

В. Исследование уровня иммуноглобулинов крови

Г. Дуоденоскопия с залуковичной биопсией

Д. КТ - исследование поджелудочной железы

1. *Для ликвидации анемии больной наиболее целесообразно назначить*

А. Ферроплекс

Б. Сорбифер

В. Не назначать препаратов железа, а рекомендовать употребление в пищу яблок, гранатов.

Г. Феррум-лек внутривенно

Д. Сироп алоэ с железом

1. *Для устранения гиповитаминоза В1 и В6 наиболее целесообразно назначить*

А. Комплекс витаминов «Центрум»

Б. Таблетированные формы витаминов В1 и В6 для совместного приема

В. Таблетированные формы витаминов В1 и В6 для приема через день

Г. Сначала назначить прием таблеток витамина В1 в течение 2-х недель, а затем витамина В6

Д. Прибегнуть к парентеральному назначению обоих витаминов одновременно

1. *При подтверждении диагноза методом патогенетического лечения заболевания следует считать*

А. Соблюдение специальной диеты

Б. Назначание препаратов 5 ASA

В. Заместительное введение преапаратов иммуноглобулинов

Г. Прием пищеварительных ферментов

Д. Назначение бифидумбактерина и колибактерина после предварительного лечения бактисубтилом

ЗАДАЧА 2.

Больной 31 года жалуется на слабость, снижение работоспособности,

плохой аппетит, недомогание, временами апатию.

Подобные жалобы беспокоят на протяжении последних 2-х лет. Связывал их развитие с усталостью ( работает в течение нескольких лет менеджером без отпусков с ненормированным рабочим днем). В анамнезе хронический гастрит, в детстве - дискинезия желчного пузыря. Кроме того сообщил, что несколько лет тому назад имелся непродолжительный период внутривенного употребления наркотиков. В настоящее время наркотики не употребляет, алкоголем не злоупотребляет.

При обследовании: повышенного питания, кожа и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Над легкими хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ч.с.с.= 66 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени и селезенки не увеличены. Ан. крови и мочи без патологии. В биохимическом анализе крови отмечается повышение АЛТ в 2 раза выше нормы, АСТ в 1,5 раза выше нормы при нормальных значениях белка, протромбина, холестерина, мочевины, креатинина, билирубина. Hbs антиген отрицательный, HCV Ab - положительные.

УЗИ печени - диффузные изменения по типу жирового гепатоза. ЖП с несколько утолщенными стенками, в его просвете гомогенная желчь. Поджелудочная железа без патологии. Селезенка без особенностей.

ВОПРОСЫ

*1. Для уточнения диагноза самым необходимым является исследование*

А. Гепатосцинтиграфия

Б. HCV RNA методом PCR

В. HBc Ab IgG

Г. HDV Ab

Д. Hbe Ag

1. *При получении положительного ответа выбранного Вами исследования наиболее вероятен диагноз:*

А. Жировой гепатоз

Б. Хронический гепатит В в стадии репликации вируса

В. Хронический гепатит В в стадии интеграции

Г. Хронический гепатит С.

Д. Хронический гепатит Д.

*3.Содержат ли приведенные результаты обследования данные за сформировавшийся цирроз печени*

А. Нет, не содержат

Б. Да. Имеются данные за компенсированный неактивный цирроз

В. Да. Имеются данные за декомпенсированный неактивный цирроз

Г. Да. Имеются данные за декомпенсированный активный цирроз

Д. Да. Имеются данные за цирроз печени без портальной гипертензии

*4. Выберите наиболее адекватный метод терапии с учетом положительного ответа выбранного вами дообследования и ответа на предыдущий вопрос*

А. Эссенциалььные фосфолипиды

Б. Гепатопротекторы

В. Эссенциальные фосфолипиды + гепатопротекторы

Г. Эссенциальные фосфолипиды+гепатопротекторы+ верошпирон

Д. Реаферон

ЗАДАЧА 3.

Вас вызвали на консультацию в хирургическое отделение.

Больная 53 лет жалуется на желтушность кожи и слизистых, кожный зуд, усиливающийся при контакте с водой, неприятный привкус во рту, слабость, недомогание, периодически субфебрилитет.

Ранее практически здорова. В течение последнего полугода беспокоил сильный кожный зуд, в течение последних 2-х месяцев появилась и нарастает желтуха, выявлен субфебрилитет.

Была госпитализирована в инфекционный стационар, где диагноз инфекционных гепатитов отвергнут и больная с подозрением на механическую желтуху переведена в хирургическое отделение.

При обследовании в хирургическом отделении (ЭГДС, УЗИ, КТ) механическая природа желтухи исключена. В биохимическом анлизе крови повышение билирубина, преимущественно за счет его прямой фракции, АЛТ и АСТ увеличены в 1,5 - 2 раза (в динамике). Протромбин, альбумины в пределах нормы, отмечается резкое увеличение уровня холестерина.

ВОПРОСЫ

*1.Наиболее вероятно что у больной*

А. Синдром Жильбера

Б. Синдром Дабина - Джонсона

В. Механическая желтуха, причина которой может быть выявлена только с течением времени, когда опухоль головки поджелудочной железы достигнет размеров, видимых на КТ

Г. Первичный билиарный цирроз печени

Д. Хронический холангит

*2.Для подтверждения высказанного Вами предположения необходимо провести:*

А. Пробу с легалоном

Б. Применить ядерномагнитнорезонансную томографию как метод с большей разрешающей способностью, чем КТ

В. Гепактосцинтиграфию

Г. ЭРХПГ

Д. Определить антитела к митохондриям

*3.Выберите метод лечения, если выбранное Вами дообследование подтвердило предположение, высказанное Вами в вопросе №3*

А. В лечении нет необходимости

Б. Оперативное лечение

В. Лечение антибиотиками тетрациклинового ряда в сочетании с желчегонными препаратами

Г. Холистирамин или урсофальк

Д. Глюкокортикостероиды

ЗАДАЧА 4.

Больная 43 лет жалуется на постоянную тянущую боль в правом подреберье, нарастающую желтуху.

Из анамнеза известно, что ранее при УЗИ находили оконкременты в желчном пузыре. 5 дней тому назад возникла интенсивная броль в правом подреберьи. Лечилась самостоятельно: принимала но-шпу, баралгин. Боль существенно уменьшилась, однако сохраняются болевые ощущения в правом подреберьи, тошнота, недомогание. 3 дня тому назад заметила желтуху, которая нарастает.

ВОПРОСЫ

*1. Выберите ситуацию, при которой невозможна описанная симптоматика*

А. Холедохолитиаз

Б. Развитие стенозирующего папиллита после перенесенной колики

В. Вклинение крупного конкремента в шейку желчного пузыря

Г. Развитие панкреатита с выраженным отеком головки поджелудочной железы

Д. Вентильный камень холедоха

*2. УЗИ , проведенное у больной при обращении выявило наличие нескольких мелких (до 7 мм в диаметре) конкрементов в желчном пузыре. Конкременты в других отделах желчевыводящей системы не обнаружены, отмечается расширение холедоха. Выберите метод, который наиболее адекватен для уточнения диагноза в данной ситуации:*

А. Гепатосцинтиграфия

Б. УЗИ с пробным завтраком

В. Дуоденальное зондирование

Г. ЭРХПГ

Д. Сопоставление данных биохимического исследования крови и исследования мочи и кала на желчные пигменты.

1. *Выберите утверждение относительно назначения препаратов, растворяющих желчные камни, верное в данной ситуации*

А. Следует как можно скорее назначить урсофальк

Б. Урсофальк следует назначить после проведения рентгенографии правого подреберья

В. Урсофальк следует назначить после проведения внутривенной холецистохолангиографии в случае, если камни желчного пузыря будут плавать в контрасте

Г. Урсофальк в данном случае следует назначать только совместно со спазмолитиками

Д. Назначение урсофалька в данной клинической ситуации противопоказано

1. *Выберите верное в данной ситуации утверждение о возможности холелитотрипсии (ХЛТ)*

А. ХЛТ противопоказана

Б. Показана срочная ХЛТ

В. Показана ХЛТ после предварительного лечения урсофальком

Г. Показана ХЛТ после проведения ЭГДС для исключения язвы двенадцатиперстной кишки

Д. Показана ХЛТ, если при рентгеновском исследовании не будет обнаружено наличия солей кальция в конкрементах

ЗАДАЧА 5.

У больного 25 лет несколько месяцев тому назад диагносцирован хронический гепатит С (имелось повышение АЛТ в 3 раза выше нормы, положительные HCV Ab, положительная PCR RNA HCV). В течение 3-х месяцев получает интерферон по 3 млн МЕ 3 раза в неделю.

При контрольном обследовании выявлено снижение тромбоцитов до 90 промилле, лейкоцитов до 1,9 тыс., абсолютная нейтропения, появление белка в моче.

ВОПРОСЫ

*1. С чем, вероятнее всего, связаны указанные изменения*

А. С лечением интерфероном

Б. С активизацией вирусной инфекции

В. С неизбежным развитием цирроза печени в рамках хр. гепатита

Г. С развитием гепаторенального синдрома в рамках хронического гепатита

Д. С развитием аутоиммунного процесса в рамках Хр. гепатита С

*2. В данной ситуации следует*

А. Срочно назначить глюкокортикоиды

Б. Срочно отменить интерферон

В. Прервать интерферонотерапию до нормализации измененных показателей

Г. Срочно провести плазмаферез для устранения накопившихся циркулирующих иммунных комплексов

Д. Назначить гепатопротекторы в больших дозах

1. *Выберите осложнение, нетипичное для лечения интерфероном*

А. Импотенция

Б. Субфебрилитет

В. Нарушения ритма сердца

Г. Развитие аутоиммунного тиреоидита

Д. Развитие пневмонии

1. *Выберите верное утверждение*

А. Эффективное лечение интерфероном должно приводить к устойчивой нормализации АЛТ при возможном сохранении HCV Ab, положительной PCR RNA HCV

Б. Эффективное лечение интерфероном должно приводить к устойчивой нормализации АЛТ, исчезеновению PCR RNA HCV при возможном сохранении HCV Ab

В. Эффективное лечение интерфероном должно приводить к исчезновению HCV Ab и PCR RNA HCV при возможном временном сохранении повышенной АЛТ

Г. Эффективное лечение интерферонм должно приводить к нормализации АЛТ ,исчезновению HCV Ab и PCR RNA HCV

Д. Нет правильного ответа

1. *Выберите верное утверждение*

А. Лучшие профилактические результаты дает прививка против гепатита С, проводимая в детском возрасте троекратно по схеме 0,2 и 6 месяцев

Б. Лучшие профилактические результаты дает прививка против гепатита С, проводимая в возрасте 25-30 лет троекратно по схеме 0,2 и 6 месяцев

В. Лучшие профилактические результаты дает прививка против гепатита С, проводимая в детском возрасте троекратно по схеме 0,1 и 12 месяцев

Г. Лучшие профилактические результаты дает прививка против гепатита С, проводимая в возрасте 25-30 лет троекратно по схеме 0,1 и 12 месяцев

Д. Нет правильного ответа

ЗАДАЧА 6.

Женщина ,49 лет, обратилась к врачу с жалобами на одышку при физической нагрузке, которая появилась 3 месяца назад, повышение температуры тела до 37,3-37,5 град. по вечерам, боли в суставах кистей рук, побеление пальцев рук на холоде. Была диагностирована двухсторонняя нижнедолевая пневмония, по поводу которой больная получала антибиотики в течение 1 месяца. Состояние не улучшалось, больная была госпитализирована.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы на руках плотные, имеются участки пигментации. Акроцианоз. В легких везикулярное дыхание, в нижних отделах – крепитирующие хрипы. ЧСС 92 уд. в минуту. АД 130 и 80 мм рт ст. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

*Наиболее вероятный диагноз:*

1. Первичный фиброзирующий альвеолит
2. Интерстициальная пневмония
3. Системная склеродермия
4. Саркоидоз
5. Туберкулез

*Выберите необходимые методы обследования*

1. Общий анализ крови.
2. Рентгенография легких
3. ФВД
4. Антитела к ядерному рибонуклеопротеиду
5. Все перечисленные.

*Какие препараты наиболее показаны для лечения данной пациентки?*

1. Антибиотики
2. Глюкокортикоиды
3. Нестероидные противовоспалительные средства
4. Туберкулостатики
5. Бронхолитики

При обследовании : в анализах крови выявлено повышение СОЭ до 26. ЖЕЛ 32%, ОФВ1 83%, при рентгенографии обнаружены диффузное усиление и деформация легочного рисунка , многочисленные мелкоочаговые тени в нижних отделах. Корни не расширены. При исследовании пищевода и желудка выявлена гипомоторная дискинезия. Реовазография верхних конечностей выявила сужение артерий. При иммунологическом исследовании определялось повышение титра АНФ, положительный латекс -тест .

*Какие средства наиболее эффективны для лечения синдрома Рейно?*

1. Нифедипин
2. Трентал
3. Гепарин
4. Капотен
5. Все перечисленные.

Ответы: 3,5,2,5

ЗАДАЧА 7.

У молодого человека, 17 лет, через 2 недели после носоглоточной инфекции возникли сердцебиение, одышка при физической нагрузке, субфебрильная температура. Обратился к врачу. При обследовании: нормального телосложения, кожные покровы чистые. Лимфатические узлы не увеличены. Костно-мышечная система без особенностей. В легких дыхание везикулярное. Хрипов нет. ЧД 18 в минуту. Сердце расширено влево на 1,5 см. Первый тон на верхушке ослаблен, систолический шум, не иррадиирует. Выслушивается 3 тон. ЧСС 88 уд в мин Ритм правильный.. АД 110/70 мм рт ст.. Печень у края реберной дуги. Дизурий нет. На ЭКГ: Нормальное положение ЭОС. Синусовая тахикардия. Удлинение PQ до 0,22 сек.

Предположительный диагноз:

1. Вирусный миокардит
2. Нейроциркуляторная дистония по кардиальному типу
3. Острая ревматическая лихорадка
4. Дифтерия
5. Ни один из перечисленных.

При обследовании в клиническом анализе крови выявлен незначительный сдвиг лейкоцитарной формулы влево. СОЭ 18. СРБ «+» Антистрептолизин О 1:1250. На ЭХО-кардиограмме незначительное снижение сократительной способности миокарда. ФВ 50%. Клапаны не изменены. Нарушение диастолической функции левого желудочка.

*Выбрать оптимальные препараты для лечения,*

1.Антибиотики

а)пенициллиновый ряд

б) тетрациклины,

в) цефалоспорины,

г)фторхинолоны  
д)аминогликозиды.

2.Нестероидные противоспалительные препараты:

а) аспирин

б) вольтарен,

в) индометацин,

г)ибупрофен,

д) любой из перечисленных

е) не назначаются.

3.Глюкокортикоидные средства в дозе, эквивалентной преднизолону:

а) 10-20 мг

б) 20-30 мг

в) 40-60 мг

г) назначение не целесообразно.

Ответы:

ЗАДАЧА 1. 1-Д, 2-Г, 3-Г, 4-Д, 5-А

ЗАДАЧА 2. 1-Б, 2-Г, 3-А, 4-Д

ЗАДАЧА 3. 1-Г, 2-Д, 3-Г

ЗАДАЧА 4. 1-В, 2-Г, 3-Д, 4-А

ЗАДАЧА 5. 1-В, 2-Д, 3-Б, 4-Д

ЗАДАЧА 6. 1-3, 2-5, 3-2, 4-5

ЗАДАЧА 7. 1-3, 2-1а, 3-2д, 4-3г

**Задача 8.**

   При наличии гастроэзофагального рефлюкса у больных возможно развитие всех перечисленных далее клинико-лабораторных признаков кроме:   
   А. Бронхиальная обструкция.  
   Б. Охриплость голоса.  
   В. Лихорадка.  
   Г. Железодефицитная анемия.  
   Д. Гипокальциемия.

**Ответ:**   У больных гастроэзофагальным рефлюксом (ГЭР) могут наблюдаться клинические проявления бронхиальной обструкции, подтверждающиеся при исследовании функции внешнего дыхания. Обсуждается взаимосвязь между ГЭР и бронхиальной астмой (БА). Частота ГЭР у больных БА в 2 – 3 раза выше, однако неясно, способствует ли частый кашель у больных БА развитию ГЭР или последний может вызвать БА. Развивающася на фоне ГЭР БА часто возникает в пожилом возрасте, при отсутствии клинико-лабораторных признаков атопии, респираторной инфекции, часто резистентна к лечению. Нередко у больных с ГЭР выявляется "кислотный" задний ларингит, проявляющийся утренней охриплостью голоса и ощущением настоятельной необходимости "прочистить глотку". К отоларингологическим проявлениям ГЭР относятся также избыточная саливация, ощущение кома в горле (спазм верхнепищеводного сфинктера), боли в ушах. Часто возникающий при ГЭР эрозивно-язвенный рефлюкс-эзофагит может сопровождаться хроническими оккультными (скрытыми) кровопотерями с развитием дефицита железа и железодефицитной анемии.   
   При наличии пептических язв пищевода последние могут перфорировать чаще всего в средостение с развитием медиастинита, одним из проявлений которого может быть лихорадка.

**Задача 9:**

Больной, страдающий язвенной болезнью желудка, длительно принимал антацидное средство. В связи с этим больной стал отмечать тошноту, боли в животе, потерю аппетита. При обследовании было выявлено нарушение кислотно-щелочного равновесия (алкалоз). Какой препарат принимал больной?

**Ответ:** Больной принимал натрия гидрокарбонат. Длительное введение натрия гидрокарбонат в организм может привести к системному алкалозу (иногда некомпенсированному), сопровождающемуся тошнотой, рвотой, болями в животе, потерей аппетита, беспокойством, головными болями а в тяжёлых случаях – тетаническими судорогами.

**Задача 10.**

У 27-летнего больного — довольно сильная давящая боль в эпигастрии, правее срединной линии, регулярно возникающая между 12 и 3 часами ночи, уменьшающаяся после приема соды. Небольшую боль там же замечает через 1,5—2 часа после еды. Боль сочетается с изжогой. Эти жалобы в течение примерно 15 дней. Объективно: значительная болезненность в эпигастрии. Какое суждение (какие суждения) относительно этого больного верно (верны)?

Ответ: Исследование желудочного сока скорее всего выявит повышенную кислотность.

2. Рентгеноскопия скорее всего выявит язву на малой кривизне желудка.

3. Ночная боль скорее всего уменьшится или исчезнет после приема пищи.

4. Гастроскопия этому больному противопоказана.