Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра внутренних болезней №2 с курсом ПО

Кафедра внутренних болезней №1

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ**

**ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ № 19**

**к внеаудиторной (самостоятельной) работе**

**по дисциплине «Факультетская терапия, профессиональные болезни»**

**для специальности**  **060101.65** – Лечебное дело (очная форма обучения)

**ТЕМА**: **«Заболевания кишечника (энтериты, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, синдром раздраженного кишечника, опухоли кишечника)»**

 Утверждены на кафедральном заседании

протокол № \_ от « \_» 2014 г.

протокол № \_ от «\_ » 2014 г.

Заведующий кафедрой внутренних болезней №2 с курсом ПО

д.м.н., проф. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Демко И.В.

Заведующий кафедрой внутренних болезней №1

д.м.н., проф. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Никулина С.Ю.

 Составитель :

к.м.н. ,доц. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Николаева Л.В.

Красноярск

2014

1. **ТЕМА**: «Заболевания кишечника (энтериты, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, синдром раздраженного кишечника, опухоли кишечника)»
2. **Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИРС.

- Вечернее дежурство.

1. **Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

1.Анатомия и физиология тонкого и толстого кишечника

2.Основные этиологические факторы заболеваний кишечника

3.Ведущие патогенетические механизмы при заболеваниях тонкого и толстого кишечника

4.Синдром нарушения кишечного пищеварения и всасывания

5.Основные методы исследования при заболеваниях кишечника

6.Клинические маркёры язвенного колита и болезни Крона

7.«Римские критерии» синдрома раздражённой кишки (СРК)

8.Стадии опухоли кишечника

9.Тактика и принципы лечения заболеваний тонкого и толстого кишечника

10.Профилактика и диспансеризация при болезнях кишечника

11.МЭС и МКБ заболеваний кишечника, принципы кодировки.

**Самоконтроль по тестовым заданиям**

1.ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЮТСЯ

1. кишечные кровотечения, боли в животе, поносы, запоры, метеоризм, лихорадка
2. тенезмы, нейропсихические отклонения,

3) висцеральная гипералгезия, нейропсихические отклонения, полиморфизм жалоб

1. чередование запоров и поносов
2. абдоминальная боль и метеоризм

**Ответ: 4**

2. ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЮТ СЛЕДУЮЩИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

1. увеличение диаметра кишки
2. множественные гаустрации
3. картина "булыжной мостовой"
4. мешковидные выпячивания по контуру кишки
5. изменения гаустрации, вплоть до ее исчезновения, укорочение и сужение просвета кишки

**Ответ: 3**

3. В ДИАГНОСТИКЕ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ВЕДУЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

1. физикальное обследование
2. анализ кала на скрытую кровь
3. ирригоскопия
4. колоноскопия с биопсией
5. ирригоскопия, колоноскопия

**Ответ: 4**

4. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ ЭТО

1) длительный срок заболевания ЯК (> 10 лет), тотальное поражение толстой кишки, наличие выраженной тяжелой дисплазии

2) прогрессирующие форм заболевания

3) резистентность к консервативной терапии

4)частые массивное кровотечение

5) длительный прием глюкокортикоидов

**Ответ: 1**

5.ПРИ ОБОСТРЕНИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА РЕКОМЕНДУЕТСЯ

1)диета с исключением молока

2)безбелковая диета

3)протертая пища

4)диета с исключением моносахаридов

5)диета с пониженным количеством жира

**Ответ: 1**

6.ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ И БОЛЕЗНИ КРОНА, СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ, МЕДИКАМЕНТОЗНЫМ СРЕДСТВОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

1)кортикостероиды

2)фталазол

3)левомицетин

4)сульфасалазин

5)ампициллин

**Ответ: 4**

7. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНТЕРИТА ХАРАКТЕРНО

1) ложные позывы

2) запоры

3) похудание

4) наличие слизи в кале

5) боли в эпигастрии

**Ответ: 3**

7. НАЗОВИТЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО

1) гипохромная анемия

2) гиповитаминоз

3) нарушения электролитного обмена

4) панкреатит, холецистит

5) все перечисленное

**Ответ: 5**

8. БОЛЬШУЮ СКЛОННОСТЬ К МАЛИГНИЗАЦИИ ИМЕЮТ ПОЛИПЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ

1) гиперпластические

2) ворсинчатые

3) аденоматозные

4) множественные аденоматозные

5) индекс малигнизации одинаков во всех случаях

**Ответ: 5**

9. КАКОВА ОСОБЕННОСТЬ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОЯВЛЕНИЯ РАКА РЕКТО-СИГМОВИДНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ

1) клиника кишечной непроходимости

2) кровотечения

3) тенезмы

4) потеря в весе

5) боли во время дефекации

**Ответ: 1**

10. КАКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ НУЖНО СРОЧНО ПРИМЕНИТЬ БОЛЬНОМУ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ПЕРФОРАЦИЮ ЯЗВЫ

1) ректороманоскопию

2) фиброгастроскопию

3) пальцевое исследование прямой кишки

4) обзорную рентгеноскопию брюшной полости

5) ирригоскопию

**Ответ: 4**

**Самоконтроль по ситуационным задачам:**

**Задача 1.**

У больной 38 лет, жидкий стул со слизью и кровью до 6 - 8 раз в сутки, боли в животе больше слева в подвздошной области, тенезмы, субфебрильная температура, снижение веса, слабость. Страдает данным забо­леванием 4 года, заболевание имеет тенденцию к рецидивированию. Объек­тивно: бледность кожных покровов, тахикардия до 100, болезненность при пальпации живота по ходу нисходящей толстой кишки, которая пальпируется в виде болезненного спазмированного тяжа в диаметре 3 см. В анализе крови: гемоглобин 75 г/л, лейкоциты 10,0тыс., СОЭ 30мм/ч, гамма - глобулины 28,2%. Ирригоскопия: сглаженность рельефа слизистой нисходящего отдела толстой кишки, отсутствие гаустраций. ФКС - кишка спазмирована, осмотр крайне затруднен, отмечается кон­тактная кровоточивость, на осмотренном участке прямой кишки множественные эрозии.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какое осложнение возникло у больной и какова причина?
3. С чем чаще всего приходится дифференцировать это заболевание?
4. Принципы терапии.
5. Какой лабораторный показатель коррелирует с эндоскопической активностью заболевания?

Задача 2.

Больная Б., 34 лет, поступила в клинику с жалобами на по­стоянные боли по всему животу, особенно в левых отделах, «урчание», час­тый жидкий стул с примесью слизи и крови, а также общую слабость, быст­рую утомляемость, летучие боли в суставах, периодическое повышение температуры тела более 38 градусов.

Больной себя считает в течение 2-х месяцев, когда впервые появились боли в животе и частый стул с наличием крови, по поводу чего была госпитализирована в инфекционное отделение с диагнозом «острая дизентерия». Через 5 дней была выписана, т.к. диагноз не подтвердился. Через 2 недели состояние больной снова ухудшилось: стул стал до 6-7 раз в сутки, амбулаторно принимала «смекту», отвары зверобоя. Стул стал реже, но сохраняют­ся примеси крови и слизи в кале. Обратилась к врачу, была госпитализирована в клинику.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. В легких перкуторно - легочный звук, аускультативно - дыхание везикулярное. ЧДД - 19 в мин. Границы сердца в преде­лах нормы, ритм правильный, тоны приглушены. Пульс 87 в мин, ритмич­ный. Ад - 100/70 мм рт. Ст. Язык влажный, живот болезнен при пальпации по ходу толстой кишки. Печень, селезенка не пальпируются. Мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: нь - 104 г/л, эр - 3,2х1012/л, ретикулоциты 0,3%, тромбоциты 240 х109/л, лейкоциты 8,9 х109/л, э - 5%, б - 1%, с - 73%, л -17%, м - 4%, СОЭ - 27 мм/ч.

Общий белок - 70 г/л, альбумины - 59%, глобулины: α1 - 2,9%, α2- 7%, β- 12,7%, γ- 18,4%. Общий билирубин 15,6 мкмоль/л, прямой 3,6 мкмоль/л. Холестерин 4,6 ммолъ/л, тимоловая проба 4 ед., сулемовая 1,78 мл, АСТ - 0,7 ммоль/л, АЛТ - 0,88 ммоль/л.

Анализ мочи: цвет – бледно-желтый, реакция - кислая, уд.вес - 1012, белок и сахар - не обнаружены. Лейкоциты - единичные в поле зрения.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие обследования нужно провести для верификации диагноза?
3. При RRS (осмотрено 20 см): слизистая прямой кишки резко гиперемирована, контактно кровоточит, сосудистый рисунок ослаблен, на всем протяжении – множество эрозий до 5 мм в диаметре; на ирригоскопии – форма и положении толстой кишки обычные, полностью отсутствует гаустрация в области сигмовидной и нисходящей ободочной кишки. Уточните диагноз на основании клинических и дополнительных инструментальных данных.
4. План лечения?
5. Критерии ремиссии и перехода на поддерживающую базисную терапию?

Задача 3.

Больная П., 28 лет заболела внезапно: появилась высокая температура до 39 градусов, боли в левой подвздошной области, частый стул до 9 раз в день с кровью. В кале обнаружены: слизь, большое количество лейкоцитов, эозинофилов, эритроцитов.

В анализе крови: Нв - 90 г/л, ЦП - 0,75, лейкоциты 14\*109/л, э-12, п/я-10, с-38, л-34, м-6, СОЭ-35 мм/ч.

RRS - слизистая прямой кишки резко гиперемированна, контактно кровоточит, множество поверхностных язв, покрытых фибрином.

1. Ваш предварительный диагноз, в том числе дифференци­альный?
2. План обследования?
3. При биопсии дистальных отделов сигмовидной кишки – отек и набухание слизистой, дефекты эпителия, выраженная полиморфноклеточная инфильтрация слизистой, множественные крипт-абсцессы. Для какого заболевания характерна данная картина?
4. Окончательный диагноз.
5. Лечебная тактика

Задача 4.

Больной В., 21 год, поступил с жалобами на частый жидкий стул до 10-15 раз в сутки, слабость, похудание, субфебрильную температуру, неприятные ощущения внизу живота, справа от пупка. Обследован в инфекционной больнице, патологии не найдено, направлен на дообследование в гастроэнтерологическое отделение с диагнозом хронический энтероколит, неизвестной давности. Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, пониженного питания. Язык обложен белым налетом, влажный, выраженный сосочковый слой. Живот вздут, болезненный в правой подвздошной области, здесь же пальпируется слепая кишка, уплотненная, малоподвижная, не урчит.

RRS - слизистая прямой кишки слегка гиперемирована и отечна, других изменений нет. Ирригоскопия, ирригография - значительные изменения определяются в области слепой кишки: стенки ее уплотнены, по типу «бу­лыжной мостовой», просвет сужен, отмечается ограничение подвижности. Четко определяется заброс бария в терминальный отдел подвздошной кишки.

Копрология: крови в кале нет, слизь ++, жирные кислоты ++, мыла ++, растительная клетчатка ++, крахмал++, иодофильная флора +, лейкоциты до 10 в п/зр.

1. Ваш диагноз?
2. Самая типичная локализация процесса при данной патологии?
3. Какие ещё отделы могут поражаться?
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. План лечения?

Задача 5.

Больной Н., 30 лет в течение нескольких лет лечится у проктолога по поводу рецидивирующего парапроктита, геморроя. Длительное время стра­дает запорами, в последний месяц отмечает жидкий стул 4-6 раз в сутки с примесью крови, боли в крестце.

RRS - слизистая прямой кишки отечна, гиперемирована, имеются щелевидные язвы глубокие с гнойным налетом, на 6 часах свищевой ход. Био­псия - гигантоклеточная гранулема.

1. Ваш диагноз?
2. Дальнейшее обследование?
3. Какие внекишечные проявления можно заподозрить у данного больного? Какое обследование нужно провести?
4. Своевременно ли был установлен диагноз?
5. План лечения?

**Ответы к ситуационным задачам:**

**Эталоны ответов к задаче 1**

1. Язвенный колит, рецидивирующее течение, фаза обост­рения, средне - тяжелая форма, активность II - III с поражением нисхо­дящего отдела толстой кишки.
2. Осложнение - железодефицитная анемия вследствие кишечного кро­вотечения.
3. С болезнью Крона.
4. Препараты 5-АСК: сульфосалазин 4-6г/с или месалазина 3-3,5 г/с внутрь и реr rectum, ГКС в начальной дозе 30мг/с, антибактериальная терапия ( инфузии цефтриаксона 2г/с/, метрогила ), фолиевая кислота 0, 002г 3р/с, пробиотики (бифиформ, линекс), микрогранулированные ферменты ( креон, микразим, эрмиталь), препараты железа, солевые растворы и плазмозаменители (волювен, рефортан). При неэффективности терапии – применение моноклональных антител (инфликсимаб).
5. Фекальный кальпротектин.

**Эталоны ответов к задаче 2**

1. Язвенный колит.
2. Ректороманоскопию с биопсией, ирригоскопию и/или фиброколоноскопию с биопсией, копрологическое исследование кала, исследование кала на кальпротектин, исследование кала на дисбактериоз.
3. Язвенный колит, левостороннее поражение, средней степени тяжести, в стадии среднетяжелого обострения.
4. Препараты 5-аминосалициловой кислоты (месалазин per os и в микроклизмах), при плохом ответе – преднизолон, пробиотики, ферменты пищеварения без желчных кислот, фолиевая кислота, препараты железа, кишечные спазмолитики.
5. Нормализация стула (оформленный, отсутствие примеси крови), стойкая нормализация температуры, нормализация лабораторных показателей, эпителизация эрозий.

**Эталоны ответов к задаче 3**

1. Язвенный колит? Болезнь Крона? Эозинофильный колит? Ишемический колит? Инфекционный колит?
2. Копрология, кал на дисбактериоз, кал на сальмонеллез, диз. группу, тифо-паратифозную группу, условно-патогенную флору, кал на я/глист многократно, антитела к иерсиниям, биохимический анализ крови (общий белок и белковые фракции, холестерин, мочевина, билирубин, АСТ, АЛТ, щелочная фосфатаза, ГГТП, С-реактивный белок, серомукоид, железо сыворотки), УЗИ органов брюшной полости и малого таза, ЭГДС, ФЛГ, консультация гинеколога, после стихания воспалительных явлений – ирригоскопия и/или фиброколоноскопия с биопсией.
3. Для язвенного колита.
4. Язвенный колит, дистальный (проктосигмоидит), острое течение, тяжелая форма.
5. Высокие дозы аминосалицилатов (месалазина до 3-4г/с) per os и местно, глюкокортикоиды per os и парентерально, при недостаточном эффекте – инфликсимаб, антибактериальная терапия, инфузионно-дезинтоксикационная терапия, витаминотерапия, препараты железа, ферменты, пробиотики.

**Эталоны ответов к задаче 4**

1. Болезнь Крона с поражением илеоцекального отдела кишки, обострение, среднетяжелое течение. Стриктура слепой кишки?
2. Илеоцекальный отдел, как в данном случае.
3. Любой отдел пищеварительной трубки от ротовой полости до анальной зоны.
4. Язвенным колитом, опухолевыми заболеваниями, туберкулезом кишки, саркоидозом кишки, целиакией, кишечными инфекциями (в том числе амебиазом, иерсиниозом), ишемическим колитом.
5. Месалазин per os, глюкокортикоиды, азатиоприн, метронидазол, инфузионно-дезинтоксикационная терапия; консультация колопроктолога. После снятия обострения повторно ирригоскопия для исключения стриктуры слепой кишки. В случае подтверждения данного осложнения – решение вопроса об оперативном пособии.

**Эталоны ответов к задаче 5**

1. Болезнь Крона, смешанной локализации с преимущественным поражением аноректальной зоны, рецидивирующее течение, об-е, средней степени тяжести.
2. Ирригоскопия/ирригография; рентгенологическое исследование тонкой кишки (пассаж бария); по показаниям – ФКС с биопсией; развернутый и биохимический (общий белок и белковые фракции, холестерин, билирубин, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТП, СРБ, серомукоид, фибриноген, мочевина, сывороточное железо) анализы крови, копрология.
3. Сакроилиит; рентгенографию пояснично-крестцового отдела позвоночника.
4. Нет, заподозрить болезнь Крона можно было раньше на основании рецидивирующего парапроктита.
5. Препараты 5-АСК (месалазин) местно и per os, иммуносупрессивная терапия (глюкокортикоиды, азатиоприн); учитывая осложненное течение заболевания (рецидивирующие свищи), показано назначение инфликсимаба (ремикейда), метронидазол, дезинтоксикационная, витаминотерапия, ферменты пищеварения, пробиотики.
6. **Перечень практических умений по изучаемой теме.**

Выполнить пальпацию живота

Определить размеры печени по Курлову

Определить длиник и поперечник селезенки

Пальпировать почки, проверить симптом 12 ребра

Пальпировать периферические лимфоузлы

Провести клиническое обследование больного с заболеваниями кишечника (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)

История болезни по терапии

Дежурство

1. **Рекомендации по выполнению НИРС.**

При выполнении НИРС необходимо использовать не менее 3-х литературный источников, из которых минимум 1 должен быть периодическим изданием.

1.Дисбактериоз кишечника и его лечение.

2.Лечебное питание при этероколитах.

3.Осложнения язвенного колита и их лечение.

4.Тактика диагностики и лечения СРК.

5.Болезнь Уиппла: диагностика и лечение.

6.Особенности диеты при СРК.

1. **Рекомендованная литература по теме занятия:**

**-обязательная**

1. Внутренние болезни : учебник : в 2 т. / ред. Н. А. Мухин, В. С. Моисеев, А. И. Мартынов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - Т. 1. - 672 с.

2. Внутренние болезни : учебник : в 2 т. / ред. Н. А. Мухин, В. С. Моисеев, А. И. Мартынов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - Т. 2. - 592 с.

3.Формулировка клинического диагноза (внутренние болезни, хирургические болезни, акушерство, гинекология) : метод. рекомендации для самостоят. работы студентов 4-6 курсов, обучающихся по специальности 060101 - Лечебное дело / сост. И. В. Демко, Д. Б. Дробот, О. В. Первова [и др.] ; ред. И. В. Демко ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2014. - 29 с.

4. Лекарственные средства : (сб. рецептов, изучаемых на циклах внутренние болезни, профпатология, эндокринология, хирургические болезни, акушерство и гинекология для самостоят. работы студентов 4-6 курсов, обучающихся по специальности 060101 - Лечебное дело): метод. пособие / сост. И. В. Демко, С. Ю. Никулина, И. И. Черкашина [и др.] ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2014. - 118 с.

 **- дополнительная**

1.Внутренние болезни: кардиология, ревматология, гастроэнтерология: учебное пособие для внеаудит. работы студентов 6 курса по спец. –леч. дело/ сост. В.А. Шульман, С.Ю. Никулина, О.А. Штегман и др.- Красноярск: тип.КрасГМУ, 2009.-

2. Дополнительные методы обследования больного в терапевтической практике (в 2-х Ч.): учебное пособие для студентов / Поликарпов Л.С., Балашова Е.В., Карпухина Е.О. и др.- Красноярск: тип.КрасГМУ, 2011.-

**- электронные ресурсы**

1. ЭБС КрасГМУ "Colibris";

2. ЭБС Консультант студента;

3. ЭБС Университетская библиотека OnLine;

4. ЭНБ eLibrary

5. БД Медицина

6. Медиатека КрасГМУ

7. БД MedArt

8. БД Гении медицины

9. Ресурсы Интернет