**elaborat de: Borș Eleonora**

**Ситуационная задача 1**

**Пациентке Б., 45** лет, произведена субтотальная резекция желудка (антрэктомия с ваготомией).

**Жалобы:** общая слабость, отсутствие аппетита, диарея, нарушение моторики и чувствительности в нижних конечностях. За последний год она похудела на 5 кг.

**Обьективно***:* бледность кожи, тахикардия, одышка, атрофия слизистой ротовой полости.

**Анализ крови: эритроциты** 1,7х1012/л; лейкоциты – 3х109/л; тромбоциты 100х109/л. Цветовой показатель - 1,3. В мазке кови – *мегалобласты, мегалоциты, эритроциты с базофильной зернистостью; тельца Жолли и кольца Кабот; нейтрофилы с гиперсегментированным ядром.*

**Вопросы:**

1. **Какие изменения желудочной секреции возникли у пациента после субтотальной резекции желудка и каков патогенез?**
2. **Как изменяется моторная, эвакуаторная, абсорбционная, резервуарная функции желудка в условиях гипосекреции и ахлоргидрии?**
3. **Какие метаболические нарушения возникают при желудочной гипосекреции и ахлоргидрии?**
4. **К каким последствиям приводит быстрая эвакуация пищевого комка при гипосекреции желудка?**
5. **Объясните патогенез снижения веса у данного пациента.**
6. **Вывести патогенную цепочку последствий переваривания белка и мальабсорбции при повышенной кислотности желудка.**
7. **Каков патогенез диареи и ее последствий при гипосекреции желудка.**
8. **Каков патогенез изменений цитологической картины крови у пациента?**
9. **Объясните патогенез двигательных и чувствительных нарушений у пациента?**

**Ситуационная задача 2**

**Пациентка А., 40 лет,** жалуется на боли в эпигастральной области, изжогу, отрыжку кислым содержимым желудка, частые запоры. Симптомы возникли в последние 2 года, когда появились некоторые проблемы на работе, но они стали более выраженными в последние полгода, когда она потеряла 8 кг. Пациентка курит.

**Обьективно**: астеническое телосложение.

**Показатели желудочной секреции:**

1. Объем желудочного сока, собранного на тощак - 60мл (N-до 50);

2. Общая кислотность -50 UT (N-до 40);

3. Свободная фракция HCl – 15 UT (N-до 20)

4. Сопряженная фракция HCl – 30 (N- до 25)

5. Желудочная секреция при субмаксимальной стимуляции гистамином 110 (N-до 100)

**Вопросы:**

1. **О чем свидетельствуют изменения в секреции желудочного сока у пациента?**
2. **Перечислите паракринные механизмы регуляции желудочной секреции**
3. **Какие эндокринные механизмы регулируют желудочную секрецию и как?**
4. **Как изменяется моторная, эвакуаторная, абсорбционная, резервуарная функция желудка в условиях желудочной гиперсекреции?**
5. **Каков механизм возникновения изжоги и отрыжки у пациента?**
6. **Каков патогенез запоров и кишечной аутоинтоксикации при гиперхлоргидрии?**
7. **Как изменяется функциональность слизистой оболочки ЖКТ в условиях хронического стресса?**

**Ситуационная задача 3**

**Пациент Д., 60 лет,** жалуется на изжогу, постоянные боли в эпигастрии, усиливающиеся после еды, связанные с тошнотой и периодической рвотой. Указывает на потерю веса (около 6 кг за последние 2 месяца). Пациент регулярно принимает нестероидные противовоспалительные препараты при хронических болях в спине, выкуривает около 15 сигарет в день, время от времени употребляет алкоголь

**Обьективно:** болезненность в эпигастрии выражена, но без признаков перитонита.

**Эндоскопия верхних отделов пищеварительного тракта** свидетельствует об обнаружении язвенного поражения на передней стенке желудка.

**Тест на Helicobacter pylori +++**

**Вопросы:**

1. **Объясните патогенез, ульцерогенного действия нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП)**
2. **Как Helicobacter pylori способствует патогенезу язвы желудка?**
3. **Каковы механизмы, с помощью которых Helicobacter Pylori изменяет функциональность слизистой оболочки желудка?**
4. **Перечислите и объясните защитные механизмы слизистой оболочки желудка, противостоящие агрессивному действию желудочного сока.**
5. **Какова роль никотина в ульцерогенезе?**
6. **Каков ульцерогенный механизм дуадено-гастрального рефлюкса?**

**Ситуационная задача 4**

**Пациент А., 55 лет,** жалуется на общую слабость, тошноту, рвоту, диарею, опоясывающие боли, возникающие после обильного приема пищи, частые боли в эпигастральной области. За 8 месяцев похудел на 10 кг. Употребляет много жидкости (6л/24 часа), а так же, указывает на полиурию.

**Анамнез:** Злоупотребление алкоголем в течение 15 лет. 8 лет назад перенес приступ острого алкогольного панкреатита.

**Лабораторные исследования***:* уровень глюкозы в крови - 12 ммоль/л; глюкоза -4% (диурез 6л/24 часа), низкая толерантность к глюкозе; гипоальбуминемия, гипомагниемия и гипокальциемия.

**Панкреатический сок**: низкая активность трипсина; низкая концентрация бикарбонатов.

**Моча** – повышение креатинина

**Копрограмма**: амилорея, стеаторея.

**Вопросы**

1. **Клинические проявления, данные лабораторных и параклинических исследований свидетельствуют о хронической экзокринной и эндокринной недостаточности поджелудочной железы**. **Каков патогенез похудения при недостаточности поджелудочной железы?**
2. **Каков патогенез общей слабости у пациента?**
3. **Какие изменения углеводного обмена свидетельствуют о недостаточности поджелудочной железы и каковы специфические симптомы у пациента?**
4. **Каков патогенез стеатореи и амилореи у пациента?**
5. **Какова роль алкоголя в патогенезе экзокринной недостаточности поджелудочной железы?**
6. **Каков патогенез гипокальциемии при экзокринной недостаточности поджелудочной железы?**
7. **Одной из причин В12 -дефицитной анемии может быть экзокринная недостаточность поджелудочной железы. Объясните патогенез**.
8. **Каков механизм возникновения рвоты и тошноты у пациента с экзокринной недостаточностью поджелудочной железы?**
9. **Укажите последствия рвоты и диареи у пациента и объясните патогенез.**