

ЗАДАЧА 1

Больной В., 65 лет. Последние 4-5 месяцев стал замечать, что при проглатывании твердой пищи появляются боли за грудиной и в течение некоторого времени остается ощущение комка в горле. В последнее время эти явления усилились, присоединились тошнота, отмечает резкое похудание, отсутствие аппетита, отвращение к пище. При осмотре пониженного питания, кожа дряблая, сухая. Кровь: Нв-78 г/л., эритроциты- $3,5 \times 10^{12}$ л., ретикулоциты-20 %, лейкоциты- $8,7 \times 10^9$ л., формула без особенностей, СОЭ 40 мм/ч.

Предварительный диагноз. План обследования. План лечения.

ЗАДАЧА 2

Больная Г, 50 лет год назад перенесла желтуху (билирубин до 290 мкмоль/л), диагностирован вирусный гепатит. При выписке из инфекционной больницы оставалась увеличенной печень. Месяц назад повысилась температура до 38 градусов, появились боли в области печени, желтуха, боли в суставах, сосудистые звездочки. Печень выступает на 7 см из-под края реберной дуги. Пальпируется селезенка. Ан. крови: Нв 90 г/л, СОЭ 54 мм/ч, общий билирубин 85 мкмоль/л (прямой 62 мкмоль/л), АсАТ в 3,5 раза выше нормы, АлАТ в 5 раз, HBsAg отрицательный. Прямая реакция Кумбса положительная. В крови найдены LE - клетки.

Предварительный диагноз, обоснование, план лечения.

ЗАДАЧА 3

Больной 34 лет жалуется на постоянные боли в правом подреберье, усиливающиеся после приёма жирной и жареной пищи, понижение аппетита, рвоту, жидкий стул. В течение 10 лет злоупотребляет алкоголем. Пять лет назад перенёс вирусный гепатит, после выписки из стационара режим питания не соблюдал, употреблял алкоголь. Вскоре появились ноющие боли в правом подреберье, желтушность кожи и склер. 1-2 раза в год наблюдались обострения заболевания, сопровождавшиеся резкой слабостью, диспептическими расстройствами, желтухой, иногда повышением температуры до 38° .

При осмотре больной достаточного питания, склеры и кожа желтушны, единичные «сосудистые звездочки», печень выступает из-под рёберного края на 3 см, плотная, край острый, при пальпации безболезненный. Селезёнка у края рёберной дуги. В анализе крови билирубин 45 мкмоль/л, прямой 35 мкмоль/л, не прямой 10 мкмоль/л, общий белок 72 г/л, альбумины 45%, альфа₂-глобулины 11,9%, гамма 29,8%, фибриноген 720 мг/л (N 200-400 мг/л), АЛТ 86 ед/л, (N 0-38 ед/л), АСТ 98 ед/л (N 0-40 ед/л). При пункционной биопсии в пунктате распознать дольковую структуру ткани печени не удаётся. Ядра в некоторых клетках пикнотичны. Многие клетки содержат жировые вакуоли. Видны широкие жировые прослойки с тяжами фибробластов, мелкими сосудами, скоплениями лимфоидных клеток. Между балками имеются очаги пролиферации купферовских клеток.

- Дайте заключение по пунктату печени.
- Какие клинические синдромы можно выделить в клинической картине?
- Поставьте клинический диагноз.
- Какие дополнительные исследования необходимы больному?
- Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 4

Больной 49 лет поступил в стационар с жалобами на кровавую рвоту после приёма алкоголя, тяжесть в правом подреберье, отсутствие аппетита, слабость. В 40-летнем возрасте перенёс вирусный гепатит, в последующие годы неоднократно госпитализировался в терапевтический стационар по поводу желтухи, зуда, носовых кровотечений, похудения. Выписывался с кратковременным улучшением.

При поступлении: кожа и видимые слизистые желтушны. В области ключиц – «сосудистые звездочки». Подкожно-жировой слой и мышечная система развиты недостаточно. Тоны сердца приглушены, систолический шум во всех точках. Живот увеличен в объёме за счёт асцита, видны расширенные подкожные вены переднебоковых поверхностей живота, выпячивание пупка. Печень чётко не пальпируется, имеется симптом «плавающей льдинки». Селезёнка значительно увеличена, плотная, безболезненная при пальпации.

- Выделите основные клинические синдромы у больного.
- Назначьте план обследования.
- Какие изменения общего анализа крови Вы ожидаете увидеть?
- Сформулируйте клинический диагноз.
- Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 5

Больной 47 лет обратился с жалобами на боли в эпигастрии, возникающие через 15-20 мин после еды и уменьшающиеся через 1,5-2 часа, периодически беспокоит изжога. Впервые подобные явления появились 2,5 года назад, при рентгенологическом исследовании выявлены симптомы гастрита.

Объективно: больной правильного телосложения, язык обложен серым налётом, разлитая боль в эпигастральной области, спазмированная сигмовидная кишка. При ЭГДС – небольшая язва на малой кривизне желудка, по соседству с которой обнаружен небольшой рубец. Слизистая вокруг язвы отёчна, гиперемирована.

- Ваш диагноз.
- Какие дополнительные методы исследования Вы рекомендуете?
- Программа лечения больного.

ЗАДАЧА 6

49-летняя женщина в течение нескольких лет обращается к врачу с жалобами на периодически возникающий кожный зуд, желтуху, тяжесть в правом подреберье. В детстве болела малярией, алкоголь не употребляет. Настоящее обострение началось две недели назад после грубого нарушения диеты, появился мучительный кожный зуд, пожелтели склеры и кожа, появилась тёмная моча, боли в костях.

При осмотре кожа и слизистые желтушны, имеются многочисленные следы расчёсов, на коже – ксантомы, печень выступает из-под рёберного края на 5 см, край её острый, плотный, селезёнка пальпируется на 1 см ниже рёберной дуги. В биохимическом анализе крови: билирубин 110 мкмоль/л (N 8,5-20,5 мкмоль/л), связанный 88 мкмоль/л (N 0-5,1 мкмоль/л), свободный (N до 16,5 мкмоль/л), щелочная фосфатаза 540 (N 40-190), АСТ 45 ед/л (норма 0-40), АЛТ 68 (N 0 –38 ед/л), холестерин 12,8 ммоль/л (N 3,1-5,2 ммоль/л), Б-липопротеиды 92 ед (норма 35-55 ед).

- Ведущий синдром у больной и его биохимическое обоснование.
- О каких заболеваниях следует думать при наличии данного синдрома?
- Предварительный диагноз больной.
- Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
- Назначьте лечение больной.

ЗАДАЧА 7

У больного 18 лет во время профилактического медицинского осмотра выявлены иктеричность склер, повышение уровня билирубина до 45 ммоль/л. В последующие три года чувствовал себя хорошо, хотя периодически появлялась лёгкая иктеричность склер.

При осмотре – печень выступает из-под реберного края на 1 см, край её мягкий, пальпация безболезненная. Содержание билирубина в крови 40 мкмоль/л, непрямой – 36 мкмоль/л. При пункционной биопсии дольковая структура печени сохранена, определяются включения липофусцина.

- Поставьте диагноз.
- С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
- Дополнительные исследования, которые необходимо назначить больному?
- Ваши рекомендации больному.

ЗАДАЧА 8

Больная 46 лет жалуется на кожный зуд, появившийся полгода назад. Лечился безуспешно у терапевта, дерматолога, невролога. Присоединившаяся желтуха послужила поводом для госпитализации в терапевтическое отделение.

Объективно: состояние больной удовлетворительное, кожные покровы слегка желтушны со следами расчёсов на животе, на руках. Склеры иктеричны. Органы грудной клетки без отклонений от нормы. Живот не увеличен, мягкий, печень выступает из-под правой рёберной дуги на 3-4 см, умеренной плотности, безболезненная. Селезёнка перкуторно увеличена, не пальпируется.

Анализ крови: НВ 140 г/л, эр $4,5 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоц $4,4 \cdot 10^9$ /л, эоз 4%, п/я 6%, сегм 60%, лимф 22%, мон 10%, тромбоциты $320 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 8 мм/час. В анализе мочи реакция на уробилин отрицательная, реакция на билирубин положительная. Биохимическое исследование сыворотки крови: билирубин 56 мкмоль/л, прямой 46 мкмоль/л, не прямой 10 мкмоль/л, МНО (Международное нормализованное отношение – протромбиновый тест) 1,1 (норма 1,1-1,2), АЛТ, АСТ в пределах нормы, щелочная фосфатаза 360 ед/л (норма 40-190), холестерин 8,8 ммоль/л (норма 3,1-5,2), общий белок 82 г/л, альбумины 52%, глобулины: альфа₁ 11,3%, альфа₂ 12%, бета 15%, гамма 18%. В течение трёх недель проводилась стандартная терапия, которая не дала выраженного клинического эффекта, особенно упорно не уменьшался кожный зуд. Последнее послужило основанием для назначения преднизолона в дозе 20 мг/с внутрь. Постепенно кожный зуд снизился, уменьшилась желтуха. На поддерживающей дозе гормонов больной выписан.

- Назовите ведущий синдром, имеющий место у больного.
- Дополнительные исследования, которые Вы назначите больному.
- Сформулируйте диагноз.
- Нужна ли коррекция лечения, с Вашей точки зрения?

ЗАДАЧА 9

Больной 23 лет с 8-летнего возраста периодически отмечает появление небольшой желтушности кожных покровов, не сопровождавшихся никакими другими жалобами, не лечился. Желтуха проходила самостоятельно. Такие эпизоды отмечались 2-3 раза в год. В анамнезе в 7-летнем возрасте – вирусный гепатит.

При осмотре кожные покровы и склеры желтушны, внепечёночных знаков нет, печень выступает из-под рёберного края на 2 см, селезёнка не пальпируется.

В анализе крови Нв 130г/л, эр $4,3 \cdot 10^{12}$ /л, лейко $5,5 \cdot 10^9$ /л, лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ 7 мм/час. Биохимическое исследование сыворотки крови: билирубин 56,5 мкмоль/л, прямой 10,3 мкмоль/л, непрямой 46,6 мкмоль/л. АСТ, АЛТ, общий белок и белковые фракции в пределах нормы.

- О каком синдроме следует думать в первую очередь?
- С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
- Составьте программу обследования больного.

ЗАДАЧА 10

Больная 42 лет предъявляет жалобы на резкие боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую лопатку и левое плечо. Боли возникают после приёма жирной, жареной пищи, сопровождаются тошнотой, рвотой, не приносящей облегчения. Одновременно возникают боли в эпигастрии, отдающие в спину.

Впервые боли возникли год назад. Приступ начался после обильной еды, длился всю ночь, прошёл самостоятельно. Желтухи, потемнения мочи не было. Неделю держалась субфебрильная температура, тошнота, стул был по 3 раза в день, неоформленный. В течение года аналогичных приступов было 6. При соблюдении диеты боли не возникали.

При осмотре – патологии дыхательной, сердечно-сосудистой системы не выявлено. Рост больной 164 см, масса тела – 72 кг. Живот несколько вздут, мышечного напряжения нет. Повышенная кожная чувствительность в левом подреберье. Печень не увеличена, жёлчный пузырь не пальпируется. Величина подкожно жировой складки слева от пупка меньше, чем справа. Резкая болезненность при пальпации над пупком и на 3 см ниже середины левой рёберной дуги. Болезненность уменьшается при повороте на левый бок.

- Сформулируйте диагностическую концепцию.
- Составьте план обследования больной.
- В консультации каких специалистов нуждается больная?

ЗАДАЧА 11

Пациент 64 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на слабость, кожный зуд, желтушность кожи и склер, обесцвеченный кал.

4 года назад после приступа печёночной колики выявлены камни в жёлчном пузыре и выполнена холецистэктомия. Спустя два года появился рецидивирующий фурункулёз, в крови натощак выявлена гипергликемия (8,4 ммоль/л), назначен манинил. Месяц назад обратил внимание на потемнение мочи, через неделю заметил необычный цвет кала – серо-глинистый. Появилась желтушность склер, похудел.

При осмотре – состояние больного средней тяжести. Рост 175 см, масса тела 61 кг. Кожа и склеры желтушны. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритм правильный 52 удара в 1 мин, А/Д 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, свободной жидкости в брюшной полости нет. Печень по средне-ключичной линии выходит из-под рёберного края на 3 см, край заострен, умеренно плотный, безболезненный. Селезёнка не увеличена. Определяется болезненность в пилородуоденальной области. В правом подреберье определяется эластичное образование, размером 8 х 6 см.

- О какой патологии нужно думать прежде всего?
- Какие клинические синдромы выявляются у больного?
- Перечислите необходимые лабораторные и инструментальные исследования.

ЗАДАЧА 12

Больной 44 лет находится в стационаре по поводу резко выраженных болей в эпигастрии опоясывающего характера. Из-за болей отказывается от еды, беспокоит изжога, стихающая после приёма питьевой соды, температура тела 37,9°. Отмечается мышечная защита слева в эпигастрии, глубокая пальпация невозможна из-за болезненности. Амилаза в моче 680 мг/мл/час. УЗИ – выраженный отёк поджелудочной железы, фиброз в области головки. Лейкоциты крови – $11,3 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ – 34 мм/час.

- Сформулируйте предварительный диагноз.
- Какие лабораторные и инструментальные исследования необходимо назначить больному?
- Определите лечебную тактику.

ЗАДАЧА 13

50-летняя пациентка в течение 6 лет страдает приступами болей в правом подреберье, возникающими преимущественно после жирной пищи. Год назад после обследования рекомендована холецистэктомия, от которой больная отказалась. За последнюю неделю приступы болей стали ежедневными (прежде бывали 1-2 раза в месяц) и значительно более сильными. Больную госпитализировали. На третий день пребывания в стационаре появилась желтушность склер и кожных покровов, «замазкообразный» стул, тёмная моча. В анализе крови нейтрофильный лейкоцитоз – $13,1 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ 28 мм/час.

- Какие изменения в моче, биохимическом анализе крови Вы ожидаете обнаружить?
- Какой основной синдром выявляется у больной?
- Определите характер желтухи в данном случае.
- Ваша дальнейшая тактика.

ЗАДАЧА 14

Больная 32 лет поступила в клинику с диагнозом хронический холецистит, хронический гастрит. В детстве перенесла вирусный гепатит, малярию. 9 лет назад отметила появление болей в правом подреберье после жирной пищи, иногда рвоту. Диагностировали холецистит, хотя уже тогда отмечалось увеличение печени. Все последующие годы беспокоили слабость, постоянные ноющие боли в правом подреберье, не зависящие от приёма пищи. Лечилась амбулаторно жёлчегонными средствами.

Больная пониженного питания, печень выступает на 2-3 см из-под края рёберной дуги, плотновата, край её закруглен, безболезненный. Селезёнка не пальпируется. В анализе крови лейкоц 4,2*10⁹/л, формула без особенностей, СОЭ 12 мм/час.

В биохимическом анализе: общий билирубин 15,6 мкмоль/л, прямой 4,6, непрямой 11 мкмоль/л, АСТ 32 ед, АЛТ 36 ед, общий белок 82,5 г/л, альбумины 43,7%, глобулины: альфа₁ 5,3%, альфа₂ 13%, бета 16%, гамма 22%. При УЗИ – увеличение печени, структура её сохранена, сосуды и жёлчные протоки не расширены, утолщена стенка увеличенного жёлчного пузыря, конкрементов не обнаружено. Холецистография выявила снижение сократительной функции пузыря. Пункционная биопсия печени: в препарате несколько долек печени. Печёночные клетки довольно крупные, с мелкозернистой цитоплазмой, жировые включения в них не выявляются. Купферовские клетки с небольшими ядрами, удлинённой и овальной формы. Видны небольшие участки пролиферации купферовских клеток с их превращением в эндотелиальные клетки. Портальные тракты заметно утолщены, склерозированы, содержат немногочисленные фибробласты, видны деформированные сосуды и небольшое число мелких жёлчных ходов. Очаговая гистиолимфоцитарная инфильтрация.

- Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
- Какие методы исследования необходимо дополнительно назначить?
- Наметьте программу лечения больной.

ЗАДАЧА 15

Больная 29 лет поступила в клинику с жалобами на боли в эпигастральной области, которые возникают натощак и в ночное время. Боли почти полностью снимаются приёмом пищи, запоры.

Объективно: правильного телосложения, несколько повышенного питания. Кожа влажная, кисти холодные, выраженный красный дермографизм. Пальпация живота болезненная, особенно в пилородуоденальной зоне, там же незначительное мышечное напряжение. Болезненность по ходу нисходящей и сигмовидной кишки. Рентгеноскопия: луковица 12-ти перстной кишки раздражена, перистальтика её ускорена, симптом «ниши» неубедительный, в желудке небольшое количество жидкости.

- Предварительный диагноз.
- Назовите заболевания, которые могут протекать с подобной клиникой.
- Составьте план обследования больной.
- Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 16

Больной 58 лет поступил в гастроэнтерологическое отделение по поводу одышки, слабости, анорексии, болей в животе, метеоризма, снижение суточного диуреза. Перечисленные симптомы развились в течение 1,5-2 недель.

При осмотре состояние больного тяжёлое, выраженная одышка, отёки нижних конечностей и пояснично-крестцовой области. Кожные покровы желтовато-землистого цвета, склеры субиктеричны. Живот увеличен в объёме за счёт метеоризма и асцита. Печень несколько увеличена (+1 см), плотная с острым краем, селезёнка не пальпируется. Сердце умеренно увеличено влево, АД 145/85 мм рт.ст. Нижняя граница лёгких приподнята, перкуторный коробочный звук, дыхание в нижних отделах лёгких ослабленное.

Анализ крови: Нв 115 г/л, эритроциты $3,8 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты $5,8 \cdot 10^9$ /л, эозинофилы 2%, п/я 4%, сегментоядерные 61%, лимфоциты 20%, моноциты 13%, тромбоциты $182 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 48 мм/час. В анализе мочи реакция на уробилин положительная, на билирубин – отрицательная. В биохимическом анализе крови: общий билирубин 45 мкмоль/л, прямой 25 мкмоль/л, непрямой 20 мкмоль/л, МНО 3,0 (Международное нормализованное отношение – протромбиновый тест - норма 1,1-1,2), АЛТ 188 ед/л (норма 0-38), АСТ 145 ед/л (норма 0-40), общий белок 58 г/л, альбумины 33%, глобулины: альфа₁ 4%, альфа₂ 11%, бета 18%, гамма 34%. Лапароскопия с прицельной биопсией: в брюшной полости значительное количество асцитической жидкости, сосуды париетальной брюшины расширены, извиты. Печень небольших размеров, поверхность мелкозернистая, с налётами фибрина. Сосуды сальника и желудка расширены. Больной получает лечение: бессолевая диета, витамины, эуфиллин, дигоксин, мочегонные. Состояние не улучшается, нарастает асцит.

- Сформулируйте клинический диагноз.
- Нуждается ли больной в коррекции лечения?
- Ваши дополнительные назначения.

ЗАДАЧА 17

Больной 18 лет в семилетнем возрасте перенёс вирусный гепатит. Через два года появилась не резко выраженная желтуха, увеличение печени. В последующие годы рецидивы желтухи наблюдались 2-3 раза в год, общее самочувствие больного при этом не изменялось. При осмотре кожные покровы и склеры иктеричны, внепечёночных знаков нет, печень выступает из-под реберного края на 2 см, селезёнка не пальпируется. Анализ крови клинический без отклонений от нормы. В сыворотке крови: билирубин 56,4 мкмоль/л, прямой 10,3 мкмоль/л, непрямой - 46,1 мкмоль/л, АСТ 46 ед/л, АЛТ 38 ед/л.

- Ваш предварительный диагноз.
- Составьте программу дообследования больного для уточнения диагноза.
- С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

ЗАДАЧА 18

Больной 29 лет жалуется на боли в подложечной области, возникающие через 1,5-2 часа после еды, а в последнее время по ночам и натощак. Иногда на высоте болей возникает рвота кислым содержимым, после рвоты боли стихают. Аппетит не изменился, масса тела прежняя, стул нормальный. При осмотре отмечается локальная болезненность в эпигастральной области.

- О каком заболевании нужно думать прежде всего?
- Назначьте программу обследования больного.
- Какие изменения ВБІ ожидается увидеть в анализах?
- Что, по Вашему мнению, может быть обнаружено при проведении инструментальных методов обследования?

ЗАДАЧА 19

Больной 34 лет поступил в клинику с жалобами на желтуху, увеличение живота в объёме, общую слабость, плохой аппетит. В течение 10 лет злоупотребляет алкоголем. Пять лет назад перенёс вирусный гепатит, после выписки из инфекционной больницы режим питания не соблюдал, употреблял алкоголь. Вскоре появились ноющие боли в правом подреберье, желтушное окрашивание кожи, склер, два года назад отметил увеличение живота, эпизодически повышалась температура до 38⁰ С.

При поступлении: больной пониженного питания, склеры и кожные покровы желтушные, единичные «сосудистые звёздочки», печень выступает из-под рёберного края на 5 см, плотная, безболезненная при пальпации. Пальпируется край селезёнки. Живот увеличен в объёме за счёт свободной жидкости, отёки голеней.

- Составьте план обследования больного.
- Какие изменения Вы ожидаете увидеть в биохимическом анализе крови, в анализе мочи?
- Какие синдромы имеются у больного?
- Сформулируйте клинический диагноз.
- Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 20

Больная 42 лет поступила в стационар с жалобами на неприятные ощущения в эпигастриальной области непосредственно после еды, лёгкую тошноту. В последние полторы недели появилось отвращение к мясной пище, значительно ухудшился аппетит, нарастала слабость. За три недели похудела на 2 кг. В прошлом каких-либо заболеваний желудочно-кишечного тракта не было. Дед больной по материнской линии умер от рака желудка.

При осмотре: больная подавлена своим состоянием. Отмечается небольшая бледность кожи и слизистых. Язык обложен белым налётом, живот мягкий, глубокая пальпация всех его отделов слегка болезненна. Со стороны сердечно-сосудистой системы и органов дыхания, мочевыделительной системы патология не выявлена. Анализ крови: НВ – 102 г/л, эр – $3,7 \cdot 10^{12}$ /л, ЦП – 0,9, лейкоцитарная формула не изменена, СОЭ 28 мм/час. Анализ кала: реакция на скрытую кровь отрицательная, яйца глистов не обнаружены. Рентгеноскопия желудка: пищевод не изменён, кардия полностью не смыкается, в желудке натощак небольшое количество жидкости. Складки слизистой истончены, извилисты, особенно в фундальном отделе и по большой кривизне, антральный отдел желудка и двенадцатиперстная кишка не изменены.

- Сформулируйте предварительный диагноз.
- Какие дополнительные исследования целесообразно провести данной больной?
- Назначьте лечение.