

Задача №1.

Больная, 28 лет, поступила в клинику с жалобами на постоянные боли в эпигастриальной области, усиливающиеся натощак, ощущение тяжести в эпигастрии, тошноту, снижение аппетита и потерю в весе около 4 кг за последние 1,5-2 месяца. Считает себя больной около 10 лет, когда впервые появились боли в подложечной области, без четкой связи с приемом пищи, тошнота, позывы к рвоте, периодически изжога после погрешностей в диете. Боли несколько облегчались после приема соды или щелочной минеральной воды. В поликлинике по месту жительства проведено рентгенологическое исследование желудка, при котором было выявлено: натощак значительное количество жидкости, утолщение складок, живая перистальтика, луковица 12-перстной кишки не изменена. Лечилась амбулаторно гастропептином, но-шпой с кратковременным эффектом. В дальнейшем боли возобновлялись после нарушения диеты (острого, жареного, жирного), четкой сезонности обострений не было. Настоящее обострение около 2 месяцев, когда после нарушения диеты (съела грибную солянку) возобновились боли в подложечной области, появилась изжога, отрыжки кислым, в дальнейшем присоединились тошнота, позывы к рвоте, исчез аппетит, потеряла в весе за время обострения около 4 кг. Прием но-шпы не принес облегчения. Поступила в клинику для обследования и лечения.

При поступлении: состояние удовлетворительное. Питание несколько снижено. Дыхание везикулярное, тоны сердца ясные, ритмичные. АД-110/70мм.рт.ст., пульс 68 уд. в мин. При пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастриальной и пилородуоденальной областях, печень, селезенка не увеличены.

При обследовании: Эр.-4300000, НВ-12,7гр%, Лейк-6700, формула крови без особенностей, СОЭ-11 мм/час. Анализ кала на скрытую кровь - отрицательный. При РН-метрии базальная секреция 1,5, после стимуляции-1,2. При ЭГДС: пищевод без изменений, кардия смыкается полностью. Слизистая желудка гиперемирована, в желудке натощак много прозрачной жидкости и слизи. Складки слизистой резко утолщены извиты, в антральном отделе подслизистые кровоизлияния и плоские эрозии. Луковица 12-перстной кишки не изменена. Взята биопсия из антрального отдела желудка: гиперплазия слизистой, базальная мембрана не изменена, местами имеются скопления лимфоидных элементов, а также очаги кишечной гиперплазии. Множество *Helicobacter pylori* на поверхности и в глубине ямок.

Дайте ответы на следующие вопросы:

1. Проведите диагностический поиск.
2. После II этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
4. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.
5. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Задача № 2.

Больной 65 лет, предъявляет жалобы на постоянные ноющие боли и тяжесть подложечной области, неприятный вкус во рту, снижение аппетита, тошноту, отрыжку воздухом, иногда тухлым, неустойчивый стул (до 3-х раз в сутки), вздутие живота, слабость, недомогание, похудание на 3 кг за последние 2 месяца.

Болен в течение 10 лет, когда впервые появились чувство тяжести в верхней половине живота, отрыжка воздухом, неустойчивый стул. «Дискомфорт» в верхней половине живота, неустойчивый стул возникали периодически, чаще были связаны с нарушением диеты (прием жирной, жареной пищи, алкоголя) и проходили через некоторое время самостоятельно. К врачам не обращался, не лечился. Последние 5 лет диспепсические расстройства стали беспокоить чаще. В поликлинике, по месту жительства, при исследовании желудочного содержимого, со слов пациента, были выявлены признаки снижения секреторной функции желудка. ЭГДС не проводилась. Лечился но-шпой, ферментными препаратами (мезим-форте, фестал) с кратковременным положительным эффектом. Настоящее ухудшение самочувствия отметил в течение последних 2-х месяцев, когда стали нарастать диспепсические явления, похудел на 3 кг.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледноваты, атрофия и сглаженность сосочков языка, отпечатки зубов на боковой поверхности языка, ангулярный стоматит. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД-130 и 80 мм.рт.ст. Пульс-68 уд. в мин., ритмичный. Живот умеренно вздут, при пальпации разлитая болезненность в эпигастральной области, печень и селезенка не увеличены.

При обследовании: Эр.-5350000, Нв-11,5гр%, Лейк.-6200,Цв. пок.-0,98, формула крови без особенностей, СОЭ-12мм/час. При исследовании кала - проба с бензидином отрицательная. При РН-метрии: базальная секреция 4,5, после стимуляции-3,0. Гастродуоденоскопия: пищевод не изменен, в желудке небольшое количество жидкости, складки слизистой сглажены, слизистая желудка бледная, атрофичная. Взята биопсия слизистой из тела желудка (атрофия железистого эпителия, признаки кишечной метаплазии, минимальные признаки воспаления, НР и антитела к НР не обнаружены).

Дайте ответы на следующие вопросы:

1. Проведите диагностический поиск.
2. После второго этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
3. Составьте план обследования больного, укажите какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза.
4. Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические критерии.
5. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Задача №3.

Больной 28 лет, поступил в клинику с жалобами на однократную необильную рвоту кровью. Из анамнеза известно, что примерно с 20 лет, периодически наблюдались ноющие боли в эпигастрии, усиливающиеся после приема пищи. Ночных и голодных болей никогда не было. Обострения наблюдались почти ежегодно, независимо от времени года. При гастродуоденоскопии выявлялись признаки хронического гастрита. Обострения заканчивались самостоятельно через 2-3 недели после соблюдения диеты и приема но-шпы и альмагеля. Сегодня, после обеда (принимал острую, горячую пищу, вино), спустя 2-3 часа внезапно появились тошнота и рвота. В начале желудочным содержимым, а затем небольшим количеством алой крови. При осмотре: состояние больного удовлетворительное, немного бледен. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, пульс-80 уд. в мин. АД-120/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, умеренно болезненный в пилорoduodenальной области, печень и селезенка не увеличены. Стул нормальный. Нв-138 г\л., гематокрит-47%. При экстренной ЭГДС: слизистая пищевода не изменена, желудок содержит небольшое количество жидкости с примесью крови. Складки слизистой несколько утолщены, извиты, слизистая гиперемирована. По передней стенке тела желудка множественные мелкие, местами сливающиеся, свежие эрозии.

Дайте ответы на следующие вопросы:

1. Проведите диагностический поиск.
2. После второго этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
3. Составьте план обследования больного, укажите какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза.
4. Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические критерии.
5. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Задача №4.

Больной, 23 лет, шофер по профессии, поступил в клинику с жалобами на «голодные» боли в эпигастральной области через 1,5 часа после еды, ночные боли, заставляющие проснуться и уменьшающиеся после приема соды или молока. Кроме того, беспокоит постоянная изжога, тошнота, рвота на высоте болей кислым желудочным содержимым, приносящая облегчение. Считает себя больным с 18 лет, когда периодически стала беспокоить изжога, особенно после употребления кислых фруктов, овощей. Через год, весной, появились неинтенсивные боли в подложечной области, возникающие перед обедом и исчезающие после еды. Боли продолжались 2-3 недели, а затем самостоятельно исчезли. Начиная с 20 лет, боли подобного характера возникали ежегодно в весенне-осенний период, затем присоединились ночные боли, заставляющие больного проснуться среди ночи и выпить молока или принять соду.

При амбулаторном обследовании по месту жительства выявлены повышенные цифры кислотности (со слов больного проводилась РН-метрия), при рентгеноскопии желудка были выявлены признаки гастрита, язвенной «ниши» не определялось. Лечился амбулаторно, старался соблюдать диету, режим питания, при болях принимал ранитидин 300мг в сутки, но после уменьшения болевого синдрома прием препарата прекращал. Периоды обострений, судя по продолжительности болей, занимали 2-3 недели. Настоящее обострение с начала марта и длится уже 3 недели и сопровождается выше указанными жалобами, также рвотой кислым содержимым на высоте болей, что приносит облегчение. Примеси крови в рвотных массах не было, мелены не наблюдалось. За время обострения похудел на 5 кг, за счет ограничений в еде (боялся есть из-за болей). Прием альмагеля облегчения не приносил. Поступил для обследования и лечения.

При поступлении: состояние удовлетворительное. Подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, АД- 110 и 70 мм.рт.ст., пульс 64 уд. в мин. ритмичный, удовлетворительного наполнения. Живот равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации умеренное локальное напряжение мышц в эпигастрии, болезненность в пилорoduodenальной зоне, умеренная разлитая болезненность в эпигастральной области. Печень, селезенка не увеличены.

Анализ крови: эритроциты - 5.350.000, Hb-13,2 гр%, лейкоциты-8000. формула без особенностей. Анализ кала на скрытую кровь отрицательный. При РН- метрии: РН- базальной фазы-1,5., РН стимулированной фазы- 1,2. Уреазный экспресс-метод на *Helicobacter pylori* выявил инфицированность слизистой (+++). При гастродуоденоскопии: желудок содержит значительное количество жидкости и слизи, слизистая гиперемирована, складки слизистой антрального отдела гиперемированы, извиты, наблюдается выраженный рефлюкс желчи. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке определяется хроническая язва, размерами 3 на 4мм., края её возвышаются, отечны.

Дайте ответы на следующие вопросы:

1. Проведите диагностический поиск.
2. После второго этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
3. Составьте план обследования больного, укажите какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза.
4. Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические критерии.
5. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Задача №5.

Больной, 52 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в подложечной области. Возникающие через 20-30 минут после приема пищи, отрыжку воздухом, снижение массы тела на 3кг за последний месяц. Первые признаки заболевания появились осенью, 3 года назад (стали возникать боли в эпигастральной области через 30-40 минут после приема пищи, самостоятельно принимал но-шпу и альмагель, с кратковременным эффектом), не обследовался, обратил внимание на сезонность появления болей (весной и осенью). Последнее ухудшение самочувствия в течение последнего месяца, боли носили прежний характер, на высоте болей наблюдалась иррадиация в спину. Появилась отрыжка воздухом. Для уточнения диагноза лечения поступил в клинику.

При поступлении общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые слегка бледноваты. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, тоны сердца ритмичные, ясные, АД-140 и 80 мм.рт.ст. Пульс -80 уд. в мин. Живот мягкий, умеренное напряжение мышц в эпигастрии, локальная болезненность в эпигастральной области. Печень, селезенка не увеличены. В ан. крови: Эр-3750000 НВ-10,7 гр%, цв. пок.-0,9, СОЭ-15 мм.час. При ЭГДС - пищевод не изменен, кардия смыкается полностью. Желудок хорошо расправляется воздухом. На малой кривизне, в средней ее трети, имеется звездчатый белесый рубец с отчетливой конвергенцией складок. Там же свежая язва с отечными, воспалительно-измененными краями, размерами 6х8 мм. В глубине язвы имеется сгусток крови. Луковица 12-перстной кишки не изменена. Произведена биопсия слизистой из краев язвы. Гистологическое исследование: картина атрофического гастрита с явлениями кишечной метаплазии эпителия, Край язвы, попавший в срез с признаками хронического воспаления. НР выявлен в небольшом количестве. РН-метрию не проводили, в связи с характером локализации язвы.

Дайте ответы на следующие вопросы:

1. Проведите диагностический поиск.
2. После второго этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
3. Составьте план обследования больного, укажите какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза.
4. Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические критерии.
5. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Задача №6.

Больной 25 лет, обратился в приемный покой больницы с жалобами на тошноту, общую слабость, сердцебиение, повышенное потоотделение, частый, плохо оформленный стул черного цвета. Ранее считал себя здоровым человеком, хотя иногда беспокоили ночные, «голодные» боли, изжоги, периодически принимал соду, к врачам не обращался. Вчера вечером появилась тошнота, рвоты не было, развилась резкая слабость, ощущение озноба. Ночью почти не спал. В течение ночи 5-6 раз наблюдался стул черного цвета, неоформленный. Утром слабость усилилась, появились сердцебиения, головокружения. Самостоятельно обратился в приемное отделение больницы по месту жительства. При осмотре: состояние средней тяжести, кожа бледная, влажная, дыхание везикулярное, хрипов нет, тоны сердца ритмичные, пульс 112 уд. в мин, слабого наполнения. АД – 90 и 60 мм рт.ст. Живот вздут, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены.

Проведите диагностический поиск. Назначьте необходимые дополнительные исследования и обоснуйте их назначение.

Дайте ответы на следующие вопросы:

1. Проведите диагностический поиск.
2. После второго этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
3. Составьте план обследования больного, укажите какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза.
4. Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические критерии.
5. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Задача №7.

Больная К., 48 лет, предъявляет жалобы на практически постоянные ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи, а также при физической нагрузке, перемене положения тела.

Из семейного анамнеза известно, что мать, 72 лет, перенесла операцию холецистэктомии, отец страдал мочекаменной болезнью, умер в возрасте 68 лет от инсульта. Больная в возрасте 17 лет перенесла операцию аппендэктомии, в 45 лет операцию дистанционной литотрипсии по поводу камня левого мочеточника. С возраста 25 лет отмечает повышенный вес, варикозное расширение вен нижних конечностей.

В течение последних 10-15 лет у больной возникают эпизоды ноющих болей в правом подреберье после жирной и острой пищи. По этому поводу не обследовалась, боли купировала приемом но-шпы, анальгина, баралгина. Диету не соблюдала. Настоящее ухудшение в течение последних 2 недель: после употребления большого количества жирной, жареной пищи появились описанные выше боли, иногда сопровождающиеся тошнотой, ознобом. Прием но-шпы, анальгетиков оказывает кратковременное действие.

Объективно: повышенного питания (98 кг при росте 164 см), температура тела 36,6°C, кожные покровы чистые, обычной окраски и влажности. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Печень выступает на 1 см из-под реберной дуги, мягко-эластической консистенции, край закруглен, умеренно болезненный при пальпации. Положительные симптомы Мэрфи, Лепене, Ортнера. Селезенка не пальпируется.

В анализе крови: лейкоциты 9100/мкл, формула без особенностей, эритроциты 4500 млн/мкл, гемоглобин 135 г/л, тромбоциты 250 000/мкл, СОЭ 22 мм/ч. Билирубин общий 1,0 мг/дл, прямой 0,3 мг/дл. Холестерин общий 222 мг/дл. Фибриноген 4,82 г/л. Общий белок 82 г/л. Альбумины 53%, α 1-глобулины 3%, α 2-глобулины 7%, β -глобулины 14%, γ -глобулины 23%. АЛТ 25 МЕ, АСТ 24 МЕ, γ -ГТ 36 МЕ.

При обзорной рентгенографии органов брюшной полости кишечник умеренно вздут, в остальном – без патологии.

При эзофагогастродуоденоскопии выявляются признаки умеренно выраженного очагового гастрита, дуоденита, заброс желчи из двенадцатиперстной кишки в желудок.

При УЗИ органов брюшной полости: печень увеличена за счет обеих долей, контуры ровные, паренхима умеренно повышенной эхогенности. Внутри- и внепеченочные желчные протоки не увеличены. Желчный пузырь увеличен (до 4 см в поперечнике), с перегибом в шейке. Стенки утолщены, уплотнены, контур их ровный. В просвете желчного пузыря большое количество эхоплотных структур размерами до 2,5 см. Ductus choledochus 6 мм. Поджелудочная железа нормальных размеров и формы, эхогенность умеренно повышена. Панкреатический проток не расширен.

Дайте ответы на следующие вопросы:

1. Проведите диагностический поиск.
2. После второго этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
3. Составьте план обследования больного, укажите какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза.
4. Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические критерии.
5. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Задача №8.

Больная С., 32 лет, предъявляет жалобы на озноб, слабость, головную боль, разбитость, тошноту, интенсивные боли в правом подреберье, возникшие вчера вечером, после потребления жирного мяса, и с небольшими перерывами продолжавшиеся всю ночь. Боли усиливаются при перемене положения тела, поворотах.

Известно, что у старшей сестры в 44 года был диагностирован калькулезный холецистит.

В возрасте 7 лет больная перенесла гепатит А, после чего в течение нескольких лет отмечала эпизоды болей в правом подреберье после жирной пищи, иногда сопровождавшиеся рвотой. В 18 лет при анализе желчи, полученной при дуоденальном зондировании, выявлено большое количество лейкоцитов в порциях В и С. Неоднократно лечилась в санаториях (Трускавец, Железноводск), принимала желчегонные препараты. Со слов больной, при повторных УЗИ желчных путей «выявлялся песок». Чувствовала себя удовлетворительно. В анамнезе у пациентки 5 беременностей, завершившихся нормальными срочными родами. В настоящее время пациентка беременна, срок 18 недель.

Объективно: гиперстенического телосложения, повышенного питания (индекс массы тела 33), кожные покровы чистые, иктеричность склер, температура тела 39°C. Печень не выступает из-под реберной дуги, мягко-эластической консистенции, пальпация резко болезненная. Резко положительные симптомы Георгиевского-Мюсси, Ортнера, Мэрфи, Лепене. Живот слегка вздут. Селезенка не пальпируется.

В анализе крови: лейкоциты 15100/мкл, ПЯ 11%, СЯ 53%, Лимф 19%, Мон 12%, Эоз 5%. эритроциты 4200 млн/мкл, гемоглобин 121 г/л, тромбоциты 290 000/мкл, СОЭ 17 мм/ч. Билирубин общий 2,6 мг/дл, прямой 0,5 мг/дл. Фибриноген 4,82 г/л. Общий белок 82 г/л, Альбумин 5,6 г/л. АЛТ 24 МЕ, АСТ 18 МЕ, γ -ГТ 160 МЕ, ЩФ 380 МЕ/л.

При эзофагогастродуоденоскопии гастроэзофагальный рефлюкс, другой патологии не выявлено.

При УЗИ органов брюшной полости: печень немного увеличена (+1 см), контуры ровные, паренхима обычной эхогенности. Внутривенечные желчные протоки расширены, ductus choledochus 6 мм. Желчный пузырь увеличен до 5 см в поперечнике, стенки утолщены, выявляется «двойной контур», УЗ-симптом Мюсси. В шейке желчного пузыря эхоплотная тень размером 1,5 см. Поджелудочная железа нормальных размеров и формы, эхогенность нормальная. Панкреатический проток не расширен.

Дайте ответы на следующие вопросы:

1. Проведите диагностический поиск.
2. После второго этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
3. Составьте план обследования больного, укажите какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза.
4. Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические критерии.
5. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Задача №9.

Больная Б., 58 лет, предъявляет жалобы на частые ноющие боли в правом подреберье, не всегда связанные с приемом пищи, физической нагрузкой, переменой положения тела.

Из семейного анамнеза известно, что мать страдала язвенной болезнью желудка, умерла в возрасте 72 лет от инфаркта миокарда, отец страдал хронической обструктивной болезнью легких, умер в возрасте 68 лет от рака предстательной железы. У больной в возрасте 40 лет был диагностирован хронический гастрит с частыми обострениями, последнее обострение около 1 года назад. Описанные боли эпизодически отмечала в течение последних 15 лет, связывала их с гастритом. По этому поводу не обследовалась, принимала но-шпу, мезим-форте, альмагель без существенного эффекта. Соблюдает диету с ограничением жирной, острой пищи. Настоящее ухудшение в течение последних 2 месяцев, когда после поездки в дом отдыха и приема там непривычно острой пищи стали появляться описанные боли. За это время изменений стула не отмечала. Эпизодически беспокоила тошнота, не всегда одновременно с болями. В последние дни приступы болей участились, в связи с чем обратилась к врачу.

Объективно: пониженного питания (48 кг при росте 164 см), температура тела 36,7°C, кожные покровы чистые, обычной окраски и влажности. Вены на ногах не расширены, отеков нет. Печень не выступает из-под края реберной дуги, пальпация затруднена из-за болезненности, преимущественно в точке желчного пузыря. Положительный симптом Ортнера. Селезенка не пальпируется.

В анализе крови: лейкоциты 7100/мкл, формула без особенностей, эритроциты 4500 млн/мкл, гемоглобин 125 г/л, тромбоциты 195 000/мкл, СОЭ 18 мм/ч. Билирубин общий 1,0 мг/дл, прямой 0,3 мг/дл. Холестерин общий 200 мг/дл. Фибриноген 4,22 г/л. Общий белок 82 г/л. Альбумины 54%, α 1-глобулины 3%, α 2-глобулины 7%, β -глобулины 14%, γ -глобулины 22%. АЛТ 25 МЕ, АСТ 24 МЕ, γ -ГТ 36 МЕ.

При обзорной рентгенографии органов брюшной полости патологии не выявлено.

При эзофагогастродуоденоскопии выявляются признаки атрофического гастрита с очаговой гиперемией в антральном отделе.

При УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, контуры ровные, паренхима умеренно повышенной эхогенности. Внутри- и внепеченочные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь увеличен (до 3,5 см в поперечнике), деформирован, с перегибом в шейке. Стенки утолщены, уплотнены, контур их ровный. В просвете желчного пузыря визуализируется взвесь («застойная желчь»). Ductus choledochus 7 мм. Поджелудочная железа нормальных размеров и формы, эхогенность умеренно повышена. Панкреатический проток не расширен.

1. **Дайте ответы на следующие вопросы:**
2. Проведите диагностический поиск.
3. После второго этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
4. Составьте план обследования больного, укажите какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза.
5. Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические критерии.
6. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Задача №10.

Больная 35 лет жалуется на сильный кожный зуд, желтушное окрашивание кожных покровов и склер, потемнение мочи, иногда осветление. 2 года назад после простуды, не сопровождавшейся повышением температуры, отметила появление сильного кожного зуда в области нижней половины тела, общей слабости. В течение последующих ½ года неоднократно обращалась к дерматологу, проводилось лечение антигистаминными средствами, получала мази типа синалара и т.д. Однако кожный зуд не только не исчез, но и усилился. Начала принимать фенобарбитал, бром и др. успокаивающие средства.

Еще через 4 месяца периодически отмечался подъем температуры до 38⁰С, больная отмечала изменение цвета кожных покровов - окраска кожи приняла грязновато-серый оттенок, при осмотре была отмечена увеличенная печень. Объективно: больная удовлетворительного питания. Кожные покровы желтушны с грязновато-серым оттенком, в области нижних век небольшие ксантелазмы. Печень выступает на 2,5 см из-под реберной дуги по среднеключичной линии, плотноватая с гладким закругленным безболезненным краем, селезенка увеличена.

Биохимические показатели: билирубин 3,2 мг/дл, реакция прямая, холестерин 290 мг/дл, общий белок 8,1 г/дл, при электрофорезе белков: альбумины 50 %, γ-глобулины 30 %, тимоловая проба 5,5 ед., АлАТ — 40 ед/л, АсАТ — 55 ед/л, щелочная фосфатаза 300 ед/л, ГГТ — 120 ед/л, ХЭ - 4350 ед/л.

Дайте ответы на следующие вопросы:

1. Проведите диагностический поиск.
2. После второго этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
3. Составьте план обследования больного, укажите какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза.
4. Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические критерии.
5. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Задача №11.

Мужчина 39 лет, житель Поволжья, направлен к гепатологу с целью выяснения причины повышения активности аминотрансфераз. За 3 года до обращения перенес острый гепатит В, выписан с нормальными биохимическими показателями. Алкоголем не злоупотребляет, лекарственные препараты не принимает.

Во время диспансеризации при биохимическом исследовании крови отмечено значительное повышение активности АлАТ (420 ед./л, норма до 40 ед./л) и АсАТ (383 ед./л, норма до 40 ед./л). При исследовании сывороточных маркеров вирусов гепатитов В и С получена следующая картина: HBsAg (+), HBeAg (-), анти-HBcor Jg G (+), анти-HBcor Jg M (-), HBV ДНК (-), анти-HCV (-), HCV РНК (-).

Дополнительно определены маркеры вируса гепатита D. Выявлены суммарные антитела к HD Ag и HDV РНК. При пункционной биопсии печени выявлен гепатит высокой гистологической активности с тяжелым фиброзом (индекс гистологической активности - 14 баллов, индекс фиброза - 3 балла по системе Knodell).

Дайте ответы на следующие вопросы:

1. Проведите диагностический поиск.
2. После второго этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
3. Составьте план обследования больного, укажите какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза.
4. Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические критерии.
5. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Задача №12.

У женщины в возрасте 28 лет во время обследования перед косметической операцией обнаружены антитела к вирусу гепатита С (HCV). Обратилась к инфекционисту, который назначил стандартный комплекс лабораторных исследований. При клиническом анализе крови отмечено снижение уровня гемоглобина до 104 г/л, повышение СОЭ до 37 мм/ч. При биохимическом анализе крови обращало на себя внимание повышение активности АлАТ до 420 ед./л, АсАТ - до 395 ед./л (норма - до 40 ед.). Состояние расценено как хронический гепатит С, начато лечение α -интерфероном и рибавирином. Через 2 недели после начала терапии пациентка отметила нарастание слабости, появление болей в крупных суставах и мышцах, пожелтение склер, что расценено как побочное действие противовирусных препаратов. Прогрессирующее ухудшение самочувствия на протяжении следующей недели послужило основанием для ее госпитализации.

При осмотре обращает внимание субиктеричность слизистых, печени незначительно увеличена, край печени выступает из-под реберной дуги на 1 см по среднеключичной линии, при пальпации уплотнен, безболезненный. Суставы визуально не изменены. При повторном обследовании: панцитопения (эр. - $2,1 \times 10^{12}/л$, л. - $3,25 \times 10^9/л$, тр. - $79 \times 10^9/л$); СОЭ - 55 мм/ч; АлАТ - 1554 ед./л, АсАТ - 1480 ед./л; γ -глобулины - 37 отн.%; выявлены антитела к гладкой мускулатуре (SMA) в титре 1:640 и антинуклеарные антитела (ANA) в титре 1:320.

При биопсии печени определяются гистологические признаки высокоактивного гепатита, фибротические изменения отсутствуют.

Дайте ответы на следующие вопросы:

1. Проведите диагностический поиск.
2. После второго этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
3. Составьте план обследования больного, укажите какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза.
4. Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические критерии.
5. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Задача №13.

Больной М., 52 лет обратился в поликлинику с жалобами на тяжесть и дискомфорт в правом подреберье без четкой связи с приемом пищи, общую слабость, быструю утомляемость, выраженное вздутие живота.

Из анамнеза известно, что больной работает слесарем, часто употребляет алкоголь, однако отрицает злоупотребление. До настоящего времени считал себя здоровым человеком, к врачам не обращался.

При осмотре состояние относительно удовлетворительное, рост 185 см, вес 76 кг. Кожные покровы смуглые, склеры желтушные. На коже груди единичные сосудистые звездочки, контрактура Дюпюитрена больше выражена слева. Отеков ног нет. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 90 уд/мин. АД 120 и 70 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом у корня. Живот вздут. При пальпации болезненный в эпигастрии, правом подреберье, окружность живота 89 см. Печень перкуторно увеличена, выступает из-под реберной дуги на 3 см по среднеключичной линии справа. Край печени заострен, уплотнен, чувствителен при пальпации. Селезенка перкуторно увеличена – 160x100 мм, не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный.

В анализах крови обращало внимание снижение гемоглобина до 105 г/л, эритроц. $3,5 \times 10^{12}/л$, лейкоц. $3,8 \times 10^9/л$, тромбоц. $126 \times 10^9/л$, СОЭ 15 мм/ч. АСТ 86 ед/л, АЛТ 58 ед/л, ГГТ 92 ед/л, ЩФ – 280 ед/л, ХЭ 4533 ед/л, общий билирубин 2,0 мг/мл, альбумин - 3,5 г/дл. Маркеры вирусных гепатитов В и С отрицательные.

При УЗИ органов брюшной полости выявлено увеличение печени и селезенки, расширение печеночной и селезеночной вен, небольшое количество свободной жидкости.

Дайте ответы на следующие вопросы:

1. Проведите диагностический поиск.
2. После второго этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
3. Составьте план обследования больного, укажите какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза.
4. Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические критерии.
5. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Задача №14

Больной Ш., 76 лет поступил в отделение гастроэнтерологии с жалобами на "тяжесть и дискомфорт" и эпизодически боли в правом подреберье, не связанные с приемом пищи; усиление общей слабости, повышенную утомляемость.

Анамнез заболевания: Считает себя больным в течение 8 лет с ноября 2008 года, когда впервые, во время стационарного лечения в клинике нервных болезней (по поводу дисциркуляторной энцефалопатии) появилась желтуха, не сопровождавшаяся лихорадкой или болями. Ранее при УЗИ обнаруживались мелкие конкременты в желчном пузыре. С диагнозом механической желтухи был переведен в хирург. отделение, где на фоне дезинтоксикационной терапии состояние улучшилось, однако, в декабре 2008 года вновь появилась желтуха, лихорадка до 38,2°C. 21 декабря 2008 года проведена операция холецистэктомии, оментофренопексии, произведена биопсия печени. При гистологическом исследовании – монолобулярный цирроз с явлениями умеренной активности в фазе начала формирования. Течение послеоперационного периода гладкое. С середины января 2009 года отметил увеличение размеров живота, появились тяжесть и дискомфорт в правом подреберье, желтушность кожных покровов и склер, нарушения ритма сна. При повторных госпитализациях – февраль-март 2009 года, октябрь-ноябрь 2009 года, март-апрель 2010 года – проводилась терапия ферментными препаратами, мочегонными, внутривенными вливаниями растворов гемодеза и глюкозы 5%. При попытке лечения верошпироном (6 – 8 таб/сут) - головокружения, пошатывание при ходьбе, препарат был отменен. В ноябре 2009, марте 2010 года выполнялись повторные лапароцентезы с удалением асцитической жидкости. С осени 2011 года принимает урсофальк по 250-500 мг/сут.

При поступлении: Состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 36,7°C. Кожные покровы светлые, нормальной влажности, склеры субиктеричны. На коже грудной клетки, живота, единичные неяркие "сосудистые звездочки". Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧД 18/мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, PS - 70 уд. в мин. АД 120 и 80 мм рт. ст. Язык влажный, не обложен. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии, по ходу толстой кишки; окружность живота 122 см. Печень увеличена, выступает на 3-4 см из-под реберной дуги по правой среднеключичной линии, край печени заострен, плотный, умеренно болезненный. Селезенка увеличена, передний полюс выступает из-под реберной дуги на 0,5-1 см, чувствительный. Симптомы Ортнера, Лепене, френикус - отрицательные. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Общий анализ крови: Hb 149.7 г/л, эритро. $4.5 \cdot 10^{12}$ /л, Hct 45.15 %, ЦП 0,99, лейко. $7.95 \cdot 10^9$ /л., нейтрофилы 76.92%, лимфоциты 17.85%, моноциты 3.62%, эозинофилы 1.29%, базофилы 0.32%, тромбоц. $125 \cdot 10^9$ /л., СОЭ 6 мм/ч. Биохимический анализ крови: Общий белок 7,41 г%, альбумин 4,14г%, креатинин 1,23 мг%, неорг. фосфор 3,81 мг%, глюкоза 92 мг%, азот мочевины 12 мг%, мочевиная к-та 7,3 мг%, общий билирубин 1,2 мг%, триглицериды 95 мг/дл, общ. ХС 152 мг/дл, натрий 139 мэкв/л, калий 3.9 мэкв/л, кальций 8.9 мг/дл, железо 63 мкг/дл. Белковые фракции сыворотки: альбумины 60.3 %, глобулины альфа-1 4.2%, альфа-2 8.4%, бета 14%, гамма 14,0 %. АСТ 59 ед/л, АЛТ 34 ед/л, Г-ГТ 321 ед/л, ЩФ 120 ед/л, ХЭ 6143 ед/л.

Иммуноглобулины: А 400 мг%, М 84 мг%, G 840 мг%.

Маркеры гепатитов В и С: HBs Ag отриц., HCV Ab отриц.

Ультразвуковое исследование брюшной полости. Асцит. Незначительное количество. Печень увеличена за счет обеих долей, контуры ровные (пр. доля 219мм; левая 101мм).

Паренхима гомогенна. Изменена по типу жировой дистрофии. Внутривенечные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь удален. Воротная вена до 14мм. Поджелудочная железа гиперэхогенна, нормальных размеров и структуры. Главный панкреатический проток не расширен. Селезенка больше нормы, размерами 133*56мм, сниженной эхогенности. Селезеночная вена на уровне тела поджелудочной железы до 9мм. Почки не увеличены с ровными контурами. Паренхима до 16 мм. Синусы не расширены. Камней нет.

ЭГДС: Пищевод свободно проходим, определяются варикозно расширенные вены 1 ст, слизистая не изменена. Кардия смыкается. В желудке умеренное кол-во жидкости. Складки утолщены, извиты, воздухом расправляются. Слизистая неравномерно очень ярко гиперемизована, главным образом в антральном отделе. Малая кривизна и угол ровные. Привратник округлый, открывается полностью. Луковица 12-п.к-ки и постбульбарный отдел не изменены.

Вопросы:

1. Проведите диагностический поиск.
2. После II этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
3. Какие нужно провести дополнительные исследования? Какую информацию Вы ожидаете получить от этих исследований?
4. Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические критерии.
5. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Задача №15.

Больная К., 52 лет, поступила в стационар с жалобами на желтушность кожных покровов, кожный зуд, кровоточивость десен, тяжесть в правом подреберье, вздутие живота, общую слабость.

Алкоголь не употребляет. Профессиональных вредностей не было.

Из анамнеза известно, что около пяти лет назад стали отмечаться эпизоды повышения температуры до 37,4°–37,6°С, желтушность кожных покровов, кожный зуд, тупые боли в правом подреберье. При обследовании в стационаре по месту жительства выявляли гепатоспленомегалию. Маркеры вирусных гепатитов были отрицательными. При комплексном обследовании данных за механическую желтуху не получено. После выписки принимала спазмолитики, антигистаминные препараты и НПВС с временным эффектом. Продолжала сохраняться желтушность кожи, постепенно нарастала общая слабость, стало беспокоить вздутие живота. Последний месяц отметила повышенную кровоточивость десен.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые желтушные, на коже рук, ног – следы расчесов, единичные петехии. Отеков нет. Болезненность при поколачивании по костям. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 76/мин. АД – 105 и 70 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме, пупок выбухает. Окружность живота на уровне пупка 110 см. Притупление перкуторного звука в боковых отделах живота. Печень и селезенку пальпировать не удается.

Общий анализ крови: эритроциты - $3,121 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин - 99 г/л, лейкоциты - $2,76 \times 10^9$ /л, пал. – 3%, сегм. – 53%, мон. – 7%, лимф. – 35%, эоз. – 1%, баз. – 1%, тромбоциты - $100,8 \times 10^9$ /л, цв. показатель - 0,95, СОЭ - 50 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий белок - 7,8 г/дл, альбумин - 2,9 г/дл, общ. билирубин - 8,4 мг/дл, пр. билирубин - 5,0 мг/дл (0-0,3), триглицериды - 124 мг/дл, общ. холестерин - 351 мг/дл, АСТ - 167 ед/л, АЛТ - 102 ед/л, γ -ГТ - 220 ед/л (3-49), щелочная фосфатаза - 2591 ед/л (98-274), холинэстераза - 3657 ед/л. Электрофорез белков: альбумины - 36%, глобулины: α_1 - 4,3%, α_2 - 13%, β - 12,4%, γ - 34,3%. IgA - 580 мг/дл, IgG – 2420 мг/дл, IgM – 440 мг/дл. Коагулограмма: протромбиновый индекс - 64 %, фибриноген - 3,36 г/л. В анализе мочи: уробилин выше нормы, выявлены желчные пигменты и кристаллы билирубина.

УЗИ брюшной полости: печень увеличена в размерах за счет обеих долей, контуры ровные, паренхима диффузно изменена. Желчевыводящая система без особенностей. Портальная вена 16,6 мм (до 13 мм). Поджелудочная железа нормальных размеров и структуры. Селезенка увеличена до 200x100 мм, селезеночная вена 14 мм (до 10 мм). Свободная жидкость в брюшной полости.

При ЭГДС выявлено варикозное расширение вен пищевода 1 степени.

Биопсия печени: небольшие участки печеночной ткани, нарушение дольковой структуры печени. Отмечается пролиферация, деструкция холангиолы, перидуктулярный фиброз. Портальные поля расширены, фиброзированы. Инфильтрация и фиброз в портальных полях ориентированы на пораженные желчные ходы. Отмечаются признаки холестаза (пигментация, желчные тромбы), более выраженного на периферии дольки.

Дайте ответы на следующие вопросы:

1. Проведите диагностический поиск.
2. После второго этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
3. Составьте план обследования больного, укажите какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза.
4. Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические критерии.
5. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Задача №16.

Больной 42 лет, кладовщик склада алкогольной продукции, предъявляет жалобы на резкие опоясывающие боли в эпигастральной области, возникающие после любой еды, особенно после жирной и острой пищи; боли стихают при голодании, при приеме атропина, омепразола и анальгина. Беспокоит тошнота, рвота на высоте болей, не приносящая облегчения. После еды - сильное вздутие, урчание. Стул 3-4 раза в день, обильный, блестящий, с резким запахом прогорклого масла и гнилого мяса.

Рос и развивался, не отставая от сверстников. После службы в армии работал слесарем на ликероводочном заводе, в настоящее время – кладовщик. Злоупотребляет алкоголем. Три года назад после обильного употребления алкоголя и жирной пищи возникли жгучие опоясывающие боли, рвота, повысилась температура до 42°, пожелтел. Лечился в хирургическом стационаре: голод в течение 4 дней, вливании констрикта, 6-фторурацила, гемодеза, получал антибиотики. Выписался через 2 недели, жалоб не было в течение 4 месяцев. После алкогольного эксцесса вновь возникли боли опоясывающего характера; желтухи и лихорадки не было. Лечился амбулаторно, голодал 4 дня, получал атропин, омепразол, альмагель, креон, антибиотики. После выхода на работу вновь начал употреблять алкоголь. Боли возникали еще трижды после обильной выпивки и обильной еды. Лечился амбулаторно. В течение года после имплантации "эспирале" не пил. Чувствовал себя хорошо, боли не возникали.

Последнее обострение началось неделю назад. Накануне выпил около литра водки, съел много жирной ветчины и соленых огурцов. Ночью начались нестерпимые боли, рвота. Вызванная бригада скорой медицинской помощи осуществила сифонное промывание желудка, сделав инъекции атропина, анальгина, реланиума. От предложенной госпитализации отказался. В течение трех дней голодал, получал перорально атропин и соду. В связи с ухудшением состояния поступил в стационар.

Состояние средней тяжести, пониженного питания, рост 176 см, масса тела 60 кг. Температура тела 37,9°. Склеры субиктеричны. На коже груди и живота мелкие «красные капельки». Над легким притупления перкуторного звука нет, дыхание жесткое, хрипов нет. Пульс 104 ударов в минуту, ритмичный, АД 105 и 60 мм.рт.ст. Язык обложен густым белым налетом. Живот вздут, участвует в дыхании, мышечного напряжения нет, симптомов раздражения брюшины нет. Положительный симптом Кача слева. Печень по средне-ключичной линии выходит на 5 см, край мягкий, эластичный, болезненный при пальпации. Селезенка не увеличена. Определяется резкая болезненность при пальпации. Болезненна также пальпация над пупком, в точке Мейо-Робсона, определяется положительный «симптом поворота» и положительный «симптом натяжения брыжейки». Толстый кишечник спазмирован, чувствительный при пальпации.

При исследовании крови: Нв - 100 г/л, эритроц. – 3.8×10^{12} /л., лейкоц. – 9.7×10^9 /л, юн. - 2%, п/я – 12%, с/я – 58%, лимф.- 24%, эоз. – 4%, СОЭ - 28 мм/час; билирубин общий - 2,1 мг%, прямой - 1,2 мг%, холестерин - 180 мг%, общ.белок - 9,4 мг/дл, АЛТ - 95 ед/мл, АСТ - 108 ед/мл. Амилаза в крови - 79 мг/мл/час. Глюкоза в крови - 100 мг%. Г-ГТП – 164 ед/мл. Амилаза в моче - 180 мг/мл/час. При УЗИ - печень увеличена в размерах, повышенной эхогенности, увеличена в размерах. Поджелудочная железа увеличена на 8 мм в области хвоста и на 12 мм в области головки за счет отека. Главный панкреатический проток расширен, паренхима в области хвоста пониженной эхогенности, в области головки – повышенной.

Дайте ответы на следующие вопросы:

1. Проведите диагностический поиск.
2. После второго этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
3. Составьте план обследования больного, укажите какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза.
4. Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические критерии.
5. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Задача №17.

Мужчина 62 лет, пенсионер. Предъявляет жалобы на слабость, утомляемость, похудание, сухость во рту, жажду, повышение количества мочи, кожный зуд, вздутие живота после еды, частый (до 5-6 раз в день) кашицеобразный обильный «масляного вида» с запахом прогорклого масла стул, профузные поносы после употребления в пищу молока и жиров. Ноющие боли в левом подреберье после употребления жареного, жирного и острого.

Родился в многодетной крестьянской семье, трудовая жизнь с 12 лет. Участник ВОВ, с 1947 года работает бухгалтером. В 1942 году перенес дистрофию II ст. 15 лет лечился по поводу обменного (подагрического?) полиартрита. Соблюдает диету с резким ограничением мяса, рыбы, птицы, творога. Не курил, алкоголь не употреблял.

Пять лет назад отметил, что перестал нормально переносить жиры и молоко - появились поносы. Начал худеть. За 4 года похудел на 12 кг, последний год стал питаться часто из-за вздутия живота после большого количества еды. Стул участился до 4-5 раз в сутки. Ухудшение чаще всего после острой и жареной пищи. Прием антибиотиков облегчения не приносил. Полгода назад появилась сухость во рту, кожный зуд, стал больше выделять мочи, усугубилась слабость.

Пониженного питания. Кожа обычной окраски, сухая, тургор снижен, в углах губ - заеды. Над легкими притупления перкуторного звука нет, звук с коробочным оттенком, дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 76 ударов в минуту, ритмичный, полный. АД 140 и 80 мм.рт.ст. Тоны ясные, шумов нет. Живот мягкий, участвует в дыхании. Печень выступает на 2 см, по среднеключичной линии, край мягкий, закругленный, безболезненный. Селезенка не увеличена. Умеренная болезненность при пальпации поперечно-ободочной кишки и сигмовидной кишки..

При исследовании крови: Нб - 61 г/мл, Эр. - $3,3 \times 10^{12}/л.$, Л - $6,4 \times 10^9/л.$, формула не изменена. СОЭ - 35 мм/час. Общий белок - 50 г/л, билирубин общий - 0,7 мг%, прямого нет. Холестерин - 110 мг%, амилаза в крови - 12 мг/мл/час. Глюкоза - 154 мг%. Анализ кала - реакция на скрытую кровь с бензидином - отр., реакция на стеркобилин - полож; мышечные волокна - ++, нейтральный жир - +++, крахмал - ++, лейкоциты, эритроциты отсутствуют.

При рентгеноскопии желудка органических изменений не выявлено. При ректороманоскопии выявлена гиперемия слизистой, сосудистый рисунок четко выражен. Ирригоскопия опухолевого процесса не выявила. При УЗИ - во всех отделах поджелудочной железы явления фиброза, уменьшение размеров хвоста на 6 мм. При селективной ангиографии - обеднение сосудистого рисунка железы, атипичных, «ампутированных» и новообразованных сосудов нет во всех отделах железы.

При исследовании амилазы в моче и в крови выявлено нормальное количество фермента.

Дайте ответы на следующие вопросы:

1. Проведите диагностический поиск.
2. После второго этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
3. Составьте план обследования больного, укажите какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза.
4. Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические критерии.
5. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Задача №18

Женщина 28 лет, швея-мотористка, предъявляет жалобы на резкие боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую лопатку и правое плечо. Боли возникают после приема жирной, острой пищи, бульона. Боли сопровождаются горечью во рту, тошнотой, рвотой, не приносящей облегчения. Одновременно возникают боли в эпигастрии, отдающие в спину, и болями в левом подреберье, иррадиирующими полупоясом влево. Боли снимаются инъекцией атропина, но-шпы, анальгин. Стихают при голодании.

Больная ведет малоподвижный образ жизни. Не курит, алкоголь не употребляет. Любит и употребляет в большом количестве сладкое и мучное. Прием пищи 1-2 раза в день. За последние 3 года – 2 родов.

Впервые боли возникли год назад. Приступ начался после обильной еды, длился всю ночь, прошел самостоятельно. Легкая желтуха в виде слабой субиктеричности склер, потемнение мочи появилось на следующий день и прошли через 2 дня. Неделью держалась субфебрильная температура, тошнота, стул был до 3 раз в день, неоформленный.

За год таких приступов было 6. Приступы возникали после переедания, употребления острой, жирной пищи. При голодании и соблюдении диеты с исключением жирной, жареной, острой пищи и при приеме но-шпы боли не беспокоили, вес уменьшался за неделю болезни на 2-3 кг, легко восстанавливался.

Последние 4 приступа, начавшие возникать более 8 месяцев назад, длились по 2 недели, боли в эпигастрии и левом подреберье не проходили после приема но-шпы, приходилось голодать по 5-7 дней.

Рост 154 см, масса тела 86 кг. Кожные покровы чистые, склеры не иктеричны. В легких - патологии не выявлено. Пульс 66 уд/мин, ритмичный, полный. АД 135 и 85 мм рт. ст. Живот вздут. Мышечного напряжения нет. Повышенная кожная чувствительность в левом подреберье. Печень не увеличена. Желчный пузырь не пальпируется. Положительны симптомы Мэрфи, Кэра, Лепине, Ортнера. Величина подкожно-жировой складки слева от пупка меньше, чем справа. Резкая болезненность при пальпации над пупком. Болезненность при пальпации на 3 см ниже середины левой реберной дуги. Болезненность уменьшается при повороте на левый бок.

При исследовании крови: Нв – 125 г/л, эритроц. – $3,9 \times 10^{12}/л$, лейкоц. – $15,7 \times 10^9/л$, формула изменена: п/я 9%, СОЭ - 24 мм/час. Билирубин общий - 1,9 мг%. Глюкоза в крови - 100 мг%. Амилаза в крови - 154 МЕ/л. Амилаза в моче - 480 мг/мл/час. Общий анализ кала без особенностей. При УЗИ – определяются мелкие конкременты в просвете желчного пузыря, дающие УЗ-тень, стенки желчного пузыря утолщены и уплотнены, поджелудочная железа увеличена в размерах (преимущественно за счет тела и хвоста), паренхима неоднородна, участки повышенной эхогенности чередуются с гипоехогенными участками.

Дайте ответы на следующие вопросы:

1. Проведите диагностический поиск.
2. После второго этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
3. Составьте план обследования больного, укажите какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза.
4. Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические критерии.
5. Назначьте лечение и обоснуйте его.