

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1.

Мужчина 45 лет, заболел остро после употребления алкоголя, обильной и острой пищи, появилась ноющая боль в правом подреберье и эпигастриальной области. К врачу обратился через 3 суток, когда заметил иктеричность склер, желтушность кожных покровов. Кроме того, беспокоили постоянная тошнота, отрыжка воздухом, выраженная слабость, отсутствие аппетита. Ранее к врачу не обращался.

Объективно: Больной пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые субиктеричны, на коже груди, шеи – телеангиоэктазии, по типу сосудистых «звездочек». Тремор пальцев рук. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, болезненный при пальпации в правом подреберье, зоне Шофара. Печень выступает из под края реберной дуги на 3 см, край ее острый плотный, поверхность гладкая. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД 115/60 мм. рт.ст. ЧСС 68 в минуту. В легких везикулярное дыхание.

Лабораторное обследование: АсАТ, АлаТ – увеличены в 2 раза; ЩФ – в пределах нормы; ГГТП – увеличена до 3 норм; вирусные маркеры (HbsAg, HbeAg, антитела к вирусу гепатита В и С)- отрицательны.

ВОПРОСЫ:

1. Какова дифференциальная диагностика патологии печени у этого больного?
2. Какую информацию по анамнезу необходимо уточнить у больного?
3. Какие лабораторные и инструментальные исследования следует провести; согласно стандартам диагностики?
4. Какие исследования печени могут подтвердить окончательный диагноз у данного пациента?

Ответ Задача № 1.

1. Дифференциальный диагноз между алкогольным гепатитом, токсическим поражением печени пищевыми продуктами, холангитом, обострением хронического панкреатита.
2. В анамнезе следует уточнить факт злоупотребления алкоголем, употребления суррогатов алкоголя, недоброкачественных продуктов питания, имелось ли повышение температуры тела, ознобы, диарея за период ухудшения состояния.
3. Обязательные лабораторные исследования: общий анализ крови и мочи; билирубин и его фракции, амилаза, липаза крови, глюкоза крови, мочевины, общий белок и белковые фракции, коагулограмма.
Обязательные инструментальные исследования: УЗИ органов брюшной полости; ФГДС.
4. Гистологическое исследование биоптата печени, КТ печени, поджел. железы.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2.

Женщина 48 лет, врач, оперирующий акушер гинеколог, госпитализирована с жалобами на резкую слабость, снижение работоспособности, похудание на 5 кг за последний год, вздутие живота, неустойчивый стул.

При осмотре: питание удовлетворительное, субиктеричность склер, язык слегка обложен сероватым налетом. Живот мягкий, слегка болезненный в дистальных отделах, левой подвздошной области. Печень выступает на 1,5-2 см из под ребер, край мягкий закругленный. Селезенка не пальпируется. Сердце и легкие без патологии.

ВОПРОСЫ:

1. Предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные данные из анамнеза следует уточнить?
3. Стандарты диагностики первичные обязательные исследования.
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

Ответ Задача № 2.

1. Немотивированная слабость, снижение работоспособности, диспептические расстройства, похудание, увеличение печени могут быть симптомами гепатита.
2. Следует уточнить не было ли в анамнезе случаев пореза перчаток, рук, во время операции, переливаний крови, других возможных контактов с кровью больных.
3. Необходимо исследовать: согласно стандартам диагностики общий анализ крови и мочи, сывороточные: холестерин, общий белок и белковые фракции, АсАт, АлАт, ЩФ, ГГТП, иммуноглобулины, железо, глюкозу, амилазу крови, кал на скрытую кровь, вирусные маркеры- антитела к вирусам гепатита В, С, Д, и др; ДНК вируса гепатита В, РНК вирусов гепатита С, Д, J и др. методом ПЦР; антинуклеарные, антимитохондриальные, антигладкомышечные и др. аутоантитела, альфа – фетопротеин.

При выявлении маркеров вирусных гепатитов провести гистологическое исследование биоптата печени; исследовать вирусную нагрузку.

4. Дифференциальный диагноз надо проводить с острым вирусным гепатитом, циррозом печени, гепатоцеллюлярной карциномой, аутоиммунным гепатитом, первичным билиарным циррозом, алкогольной болезнью печени.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3.

Больной 22 –х лет, последние 3 года наблюдается в поликлинике по поводу болей в правом подреберье и эпигастральной области, возникающих при употреблении острой и жирной пищи, имеющих приступообразный характер, сопровождающихся тошнотой. Боли купируются инъекцией атропина, но-шпы. За период наблюдения повышения температуры, желтухи не отмечалось.

Неоднократное исследование крови, мочи в период обострения отклонений не установило. Дуоденальное зондирование без особенностей. ФГДС – без патологии.

Холецистография: желчный пузырь хорошо контрастирован, после приема яичных желтков быстро сократился, более чем на 2/3. Теней конкрементов не обнаружено.

ВОПРОСЫ.

1. Каков предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Укажите необходимое обследование для постановки окончательного диагноза, согласно стандартам диагностики.
4. Ваши рекомендации по лечению заболевания и профилактике приступов болей, стандарты терапии.
5. Ваши рекомендации по режиму труда и отдыха, диете, режиму питания?

Ответ Задача № 3

1. Дискинезия желчевыводящих путей (ДЖВП) по гиперкинетическому типу.
2. Дифференциальный диагноз следует проводить с хроническим холециститом и хроническим панкреатитом.
3. С целью исключения патологии:
поджелудочной железы – УЗИ поджелудочной железы; в период обострения исследовать общий анализ крови, амилазу крови и мочи.
Для исключения патологии желчного пузыря и желчевыводящих путей: эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография по показаниям; клиническое и биохимическое исследование желчи; АсАТ, АлаТ, ЩФ, билирубин по фракциям.
4. Принципы лечения ДЖВП:
 - купирование болевого синдрома, спазмолитики.
 - транквилизаторы (по показаниям).
 - профилактика приступов ДЖВП, ЛФК, диета.
5. Достаточный сон, отдых, не рекомендуется работа связанная с управлением самолетами, электровозами и другими транспортными средствами. Диета соответственно столу № 5 по Певзнеру, режим дробного питания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 4.

Женщина 51 год. Жалуется на неприятные ощущения и тяжесть в правом подреберье, вздутие живота, кожный зуд, слабость, похудание, кроме того отмечается снижение памяти, раздражительность.

При осмотре – больная пониженного питания, субиктеричность склер, кожных покровов, следы расчесов кожи различной давности. На коже щеки, плеча – «сосудистые звездочки». Выражена пальмарная эритема. Пальпаторно определяется увеличенная плотная печень (+4 см), плотная селезенка. Умеренно выраженный асцит.

Кровь: Билирубин 96 мкмоль/л, прямой 80 мкмоль/л, щелочная фосфатаза 400 ЕД, АСАТ – 100 ЕД, АЛАТ – 110 ЕД. Умеренная анемия, гипопроотеинемия.

ВОПРОСЫ:

1. Предположительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие данные анамнеза необходимо уточнить у больной?
4. Что из дополнительных методов исследования следует провести, стандарты диагностики?

Ответ Задача № 4

1. Цирроз печени вероятнее всего, первичный билиарный, однако возможен и вторичный билиарный Ц.П.
2. Дифференциальный диагноз следует проводить между ПБЦ
 - вторичным Б.Ц, циррозами печени вирусной этиологии.
 - циррозом печени при болезни Вильсона-Коновалова
 - Ц.П. – при гемохроматозе (пигментный цирроз печени)
 - Ц.П. – алкогольный
3. Из анамнеза следует узнать не болела ли женщина 1) вирусным гепатитом, если да, то каким В,С 2) холециститом, холангитом? 3) (алкогольным гепатитом) имелось ли злоупотребление алкоголем?
4. – Маркеры вирусного гепатита (HbsAg, HbeAg, антитела к вирусу гепатита В, С, Д; ДНК и РНК вирусов методом ПЦР
 - Холестерин, мочевины, креатинин, протромбиновый индекс
 - Общий белок, белковые фракции.
 - Сывороточное железо, маркеры холестаза – ЩФ, ГГТП.
 - УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы.
 - Эзофагогастродуоденоскопия.
 - Биопсия печени, сывороточный маркер ПБЦ – антимитохондриальные антитела (АМА).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 5.

Больная К., 62 лет, доставлена в приемное отделение бригадой скорой помощи. При поступлении предъявляет жалобы на режущие боли сильной интенсивности, локализующиеся в правом подреберье с иррадиацией в правую половину грудной клетки, правое плечо и поясничную область справа; тошноту, рвоту съеденной пищей с примесью желчи, которая не приносила облегчения, t тела до $37,8^{\circ}\text{C}$; выраженную общую слабость. Заболела остро, накануне вечером ела жареную баранину с рисом, после чего появились выше перечисленные жалобы. Вместе с ней данную пищу употребляли еще 3 члена семьи, все здоровы.

При объективном обследовании: язык суховат, умеренно обложен желтовато-белым налетом. Живот мягкий, при пальпации выраженная болезненность в правом подреберье, + симптомы Кера, Мерфи, Мюсси – Георгиевского. Печень по краю правой реберной дуги. АД 130/80 мм.рт.ст. Пульс 74 удара в минуту, ритмичный. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Симптом поколачивания (-) с обеих сторон, мочеиспускание свободное, безболезненное.

ВОПРОСЫ:

1. Какой предположительный диагноз можно поставить данной больной?
2. Какое диагностическое обследование необходимо провести больной для подтверждения диагноза согласно стандартам диагностики?
3. Какие дополнительные симптомы надо проверить?
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
5. Определите тактику дальнейшего ведения, стандарты лечения.

Ответ Задача № 5.

1. Острый холецистит.
2. Общий анализ крови, биохимическое исследование крови, общий анализ мочи + анализ мочи по Нечипоренко; УЗИ ЖКТ; ФГС, ЭКГ, рентгеновское исследование грудной клетки
3. С-м Ортнера-Грекова, с-м Образцова.
4. Пищевой токсиноинфекцией, обострением хронического панкреатита, калькулезным холециститом, желчной коликой.
5. Антибиотики широкого спектра действия (лучше цефалоспоринового ряда), прокинетики при рвоте; спазмолитики, полиферментные препараты, инфузионная терапия, осмотр хирурга.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 6.

Больной С., 45 лет, обратился к кардиологу в поликлинику по месту жительства с жалобами на боли жгучего характера, которые локализуются за грудиной, не имеют четкой связи с физической нагрузкой и возникают сразу после приема пищи, боли не проходят после приема нитроглицерина (который больной начал принимать самостоятельно); а также на изжогу, чувство тяжести и переполнения в эпигастральной области после еды, отрыжку воздухом и съеденной пищей. Болен в течение 6 месяцев, ранее за медицинской помощью не обращался, не обследовался.

Объективно: повышенного питания. Кожные покровы обычной окраски, чистые. АД 125/85 мм.рт.ст. Пульс 74 удара в минуту, ритмичный. Тоны сердца слегка приглушены ритмичные. В легких без патологии. Язык влажный, слегка обложен беловатым налетом. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в эпигастральной области. Печень по краю правой реберной дуги, край ровный, при пальпации безболезненный. Стул, со слов больного, без особенностей.

ВОПРОСЫ:

1. Какой предварительный диагноз можно поставить?
2. Составьте план обследования данному больному согласно стандартам диагностики?
3. Дифференциальную диагностику с какими заболеваниями необходимо провести?
4. Определите тактику ведения данного больного, стандарты лечения.
5. Какие рекомендации по изменению образа жизни необходимо дать пациенту?

Ответ Задача № 6

1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.
2. Внутрипищеводная, эзофагогастродуоденоскопия, pH – метрия, R – скопия пищевода и желудка + в положении по Тренделенбургу, ЭКГ; Общий анализ крови; биохимия крови; общий анализ мочи.
3. ИБС, стенокардия напряжения, язвенная болезнь.
4. Прокинетики, антисекреторные препараты (H₂ блокаторы или ингибиторы протонной помпы) в зависимости от результатов дополнительного обследования, антациды (фосфалюгель, маалокс и др).
5. Спать с приподнятым головным концом кровати на 10-15 см, не лежать после еды в течение 1,5 часов, прием пищи 4-5 раз в день небольшими порциями, последний прием не позже, чем за 2 часа до сна. Не носить тугую стягивающую одежду, тугих поясов, снизить массу тела, прекратить курение и прием алкоголя.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 7.

Больной З., 23 лет, студент ВУЗа, обратился к врачу поликлиники по месту жительства с жалобами на боли и дискомфорт в подложечной области, возникающие натощак, иногда изжогу. Тошноты рвоты не было. Стул регулярный оформленный. Аппетит не изменен. Из анамнеза – считает себя больным в течение около 3-х месяцев, когда впервые стали возникать вышеуказанные жалобы. За медицинской помощью не обращался, не обследовался, не лечился. Курит по пачке сигарет в день в течение 2-х лет. Алкоголь употребляет по праздникам (со слов больного). Двоюродный дядя страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

Объективно: правильного телосложения, слегка пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в эпигастрии. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

ВОПРОСЫ:

1. Каков ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями (состояниями, синдромами) следует проводить дифференциальную диагностику у данного больного?
3. Следует ли уточнить у больного некоторые анамнестические данные?
4. Каков план обследования больного согласно стандартам диагностики?
5. Какова тактика дальнейшего ведения больного, рекомендации.

Ответ Задача № 7.

1. Учитывая жалобы больного, анамнез, результаты физикального обследования можно предположить наличие у больного язвенной болезни 12 перстной кишки.
2. Дифференциальный диагноз следует проводить с хроническим гастритом, дуоденитом, неязвенной диспепсией, гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, раком желудка.
3. Да, следует уточнить регулярность приема пищи, частоту употребления кофе, крепкого чая, алкоголя, стрессовых ситуаций.
4. Общий анализ крови и мочи, кала на скрытую кровь, железо сыворотки, ФГС с обязательной полипозиционной биопсией и морфологическим исследованием слизистой + второй метод для диагностики геликобактерной инфекции, УЗИ печени, желчного пузыря и поджелудочной железы, Ph метрия.
5. При подтверждении диагноза язвенной болезни и в случае выявления гастрита, ассоциированного с НР, лекарственные схемы для эрадикации НР.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 8.

Мужчина 68 лет поступил в отделение с жалобами на тупые, ноющие боли в животе, преимущественно в левой подвздошной области, вздутие, урчание в животе. Стул - запоры, ощущение неполного опорожнения кишечника. При объективном обследовании отклонений от нормы не обнаружено. При ирригоскопии в области сигмовидной кишки выявлены выпячивания типа «карманов».

ВОПРОСЫ:

1. Каков Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями (синдромами) следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Следует ли уточнить некоторые анамнестические данные?
4. Какие дополнительные обследования надо провести, согласно стандартам диагностики?
5. Какие лечебные мероприятия должны быть предусмотрены, согласно стандартам лечения, нужна ли щадящая диета?

Ответ Задача № 8.

1. Наиболее вероятен на основании (студент перечисляет жалобы, объективные данные), диагноз дивертикулеза толстой кишки.
2. Дифференциальный диагноз следует проводить между синдромом раздраженной кишки (СРК), раком толстой кишки, дивертикулитом, полипозом, болезнью Крона, НЯК.
3. Да, следует уточнить режим и характер питания, наличие психотравмирующих ситуаций, длительность вышеуказанных жалоб и т.д.
4. Обязательные – общий анализ крови, с ретикулоцитами, общий анализ мочи, кала на копрологию и скрытую кровь, ЭКГ, биохимическое исследование крови. Колоноскопия с прицельной биопсией, гистологическим и цитологическим исследованием биоптата, ирригоскопия. Консультации колопроктолога, уролога.
5. Нет, щадящая диета при отсутствии воспаления, не показана. Первое, что надо рекомендовать - это диета, богатая растительными волокнами, с добавлением отрубей, пищевых волокон. При болях - спазмолитик.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 9.

Мужчина 35 лет обратился с жалобами на общую слабость, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, схваткообразные боли в животе преимущественно в левой половине, похудание, жидкий стул до 5 раз в сутки. Жидкий стул около 3-х лет с периодами ухудшения и улучшения. Последние ухудшения около 1,5 месяцев, в стуле появилась примесь крови и слизи. Ранее не лечился, к врачу не обращался.

Объективно: правильного телосложения, несколько пониженного питания. Кожные покровы бледноваты, периферические лимфоузлы не увеличены. На слизистой оболочке щек болезненные поверхностные изъязвления. Язык влажный, обложен серым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в левой подвздошной области. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Сердце и легкие - патологии не выявлено. В анализе крови: анемия, ускорение СОЭ до 25мм/час.

ВОПРОСЫ:

1. Каков Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями (состояниями, синдромами) следует проводить дифференциальную диагностику у данного больного?
3. Следует ли уточнить у больного некоторые анамнестические данные?
4. Каков Ваш план обследования больного (перечислить обязательные и дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования, которые следует назначить и провести этому пациенту) согласно стандартам диагностики.

Ответ Задача № 9

1. Учитывая жалобы, данные анамнеза, объективные данные, можно думать о наличии у пациента неспецифического язвенного колита. (НЯК).
2. Да, следует уточнить наличие в кале патологических примесей крови, слизи, гноя. Связь болевого синдрома с актом дефекации, отхождением газов; наличие метеоризма, флатуленции.
3. Дифференциальный диагноз следует проводить с болезнью Крона, опухолью кишечника, синдром раздраженного кишечника, синдром микробной контаминации тонкой кишки.
4. Обязательные – общий анализ крови и мочи, копрограмма, кал на скрытую кровь, посев кала на бактериальную флору, ректороманоскопия с биопсией на цитологическое и гистологическое исследование, биохимическое исследование крови. Дополнительно-УЗИ брюшной полости, ЭРХПГ (по показаниям).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 10.

Больной Л., 42 лет, обратился в приемное отделение с жалобами на боли сильной интенсивности, которые локализуются в подложечной области с иррадиацией в левое подреберье и поясничную область слева. Боли сопровождаются тошнотой, многократной рвотой, не приносящей больному облегчения; однократным жидким стулом. Из анамнеза известно: заболел накануне вечером после «погрешности» в диете. Боли в подложечной области периодически беспокоят в течение последних трех лет, иногда носят опоясывающий характер и провоцируются приемом алкоголя и жирной пищи. До настоящего времени за медицинской помощью не обращался, не обследовался. Объективно: больной пониженного питания; температура - $37,3^{\circ}\text{C}$; АД – 120/ 70 мм рт. ст. В общем анализе крови: Нв – 130 г/л; лейкоциты – $10,8 \cdot 10^9/\text{л}$; СОЭ – 20 мм/час. Б/х исследование крови: амилаза крови – 11,4 мг/сл, АсАт – 98 нмоль/сл, АлАт – 140 нмоль/сл, билирубин общий – 17,3 мкмоль/л.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
3. Какие симптомы необходимо проверить при объективном обследовании больного?
4. Какие еще дополнительные лабораторные и инструментальные методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза, согласно стандартам диагностики.
5. Если предварительный диагноз подтверждается, Ваша тактика ведения больного; стандарты лечения.

Ответ Задача № 10.

1. Предварительный диагноз – хронический панкреатит, стадия обострения.
2. С язвенной болезнью желудка, хроническим холециститом, опухолью поджелудочной железы, левосторонним пиелонефритом.
3. Синдромы Мейно-Робсона, Грея-Тернера, Куллена, Каменчика, Мандора, Воскресенского, Грота.
4. Определение всего спектра ферментов поджелудочной железы (липазы, трипсина, ингибиторов трипсина и др.), определение диастазы мочи; определение антител к эластазе в кале; копрограмма. ФГС с морфологическим исследованием; обзорный Р – снимок брюшной полости; УЗИ ЖКТ; КТ органов брюшной полости; в случае необходимости ЭРХПГ; видеолaparоскопия.
5. Лечебное питание., при болях - анальгетик (парацетамол)., спазмолитики., антисекреторные препараты – (ИПП или H_2 - блокаторы), полиферментные препараты несодержащие желчных кислот (мезим-форте, панкреатин) после купирования болевого синдрома. Дробное питание с исключением животного жира.