

### Задача 1.

Больная К., 34 года, экономист, обратилась к врачу с жалобами на боль в правом подреберье, иррадиирующую в правую лопатку, ключицу, плечевой сустав, плечо, имеющую ноющий характер, продолжающуюся в течение нескольких дней. Возникновение болей связывает с приемом жирной, жареной пищи. Отмечает повышение температуры тела до 37,7°C, тошноту, рвоту желчью, отрыжку горечью. При осмотре: легкие — перкуторно легочной звук, аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 16 в мин. Сердце: перкуторно — границы в пределах нормы, аускультативно — тоны ясные, ритм правильный, ЧСС 90 ударов в мин., пульс 90 в мин удовлетворительных качеств. При поверхностной пальпации живота больная отмечает болезненность в правом подреберье, а также положительный симптом Кера, Мерфи. Больна в течение 2-х лет, когда впервые появились вышеуказанные жалобы, обследовалась амбулаторно.

1) Ваш диагноз?

2) План обследования?

Данные дополнительных методов исследования:

Общий анализ крови: Нв — 130 г/л. Эр —  $4,1 \times 10^{12}$ /л, Л —  $9,2 \times 10^9$ /л, СОЭ — 20 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок — 78 г/л, мочевины - 5,81 ммоль/л, холестерин общий - 4,8 ммоль/л, глюкоза - 4,5 ммоль/л.

Общий анализ мочи: цвет - с/ж, уд.вес - 1020, реакция -кислая, белок - нет, лейкоциты -0-0-2-1, клетки плоского эпителия – 0-0-1.

ЭКГ: ЧСС 55 уд. в мин., синусовая брадикардия, ЭОС не отклонена, умеренные вегетативные нарушения.

При дуоденальном зондировании: в порции «В» 110 мл желчи (норма 30 — 50 мл). Желчь мутная с хлопьями, значительная примесь слизи, цилиндрического эпителия, пигментных клеток, лейкоциты до 25 в поле зрения.

При УЗИ умеренные диффузные изменения в поджелудочной железе, увеличение размеров желчного пузыря, перегиб в области шейки, утолщение стенки желчного пузыря до 3,5 мм, содержимое гомогенное, конкременты не видны.

3) Дайте заключение по результатам лабораторного и инструментального обследования.

4) Какое лечение необходимо назначить больной?

## Задача 2.

Больной Б., 58 лет, обратился с жалобами на общую слабость, недомогание, тошноту, чувство тяжести в правом подреберье, метеоризм, кожный зуд, ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи и физической нагрузки, носовые кровотечения. Из анамнеза выяснилось, что больной много лет употреблял спиртные напитки в большом количестве.

Объективно: температура 36,9°C. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки желтоватого цвета, видны следы расчесов на коже, в правом носовом ходе есть корочки коричневого цвета. Губы яркие, блестящие, язык гладкий, влажный. Ладони гиперемированы. На коже груди есть 2 сосудистые звездочки, на коже живота вокруг пупка расширенные и извитые подкожные вены. Отмечается отсутствие оволосения в подмышечных впадинах, увеличение молочных желез. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Дыхание ослаблено. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 92 в мин., АД 140/90 мм рт. ст. Живот увеличен в размерах, при пальпации слабоболезненный в правом подреберье. Печень на 5 см выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии, слабоболезненная, плотная, поверхность неровная. Селезенка выступает из-под края реберной дуги на 2 см, безболезненная.

### Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

### **Задача 3.**

Больная К., 50 лет, поступила в стационар с жалобами на изжогу, чувство кома за грудиной, боль в нижней части грудины. Отмечает иррадиацию болей в спину, левое плечо, в левую руку. Из анамнеза болезни известно, что в течение 2-х лет больная обращалась в поликлинику по поводу вышеуказанных жалоб. Первоначально был поставлен диагноз стенокардии и больной рекомендовали принимать нитросорбит. Улучшения от назначенного лекарства не было. Последнее время боли стали длительными, усиливаются в горизонтальном положении.

При осмотре в легких перкуторно легочный звук над симметричными участками, аускультативно – дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в мин. Сердце – перкуторно относительные границы в пределах нормы, аускультативно тоны ясные, ритм правильный, ЧСС 78 в мин., пульс 78 уд. в мин., ритмичный, удовлетворительных качеств на обеих руках. АД 130/80 мм рт. ст., язык влажный, обложен серым налетом, живот мягкий, при глубокой пальпации в подложечной области интенсивная боль. Осмотр сопровождается появлением отрыжки. Стул и мочеиспускание в норме.

#### Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Диф-диагностика.
3. План обследования.
4. Лечение.

#### Задача 4.

Больная К., 34 года, обратилась к врачу с жалобами на боль в правом подреберье, иррадиирующую в правую лопатку, ключицу, плечевой сустав, плечо, имеющую ноющий характер, продолжающуюся в течение нескольких дней. Возникновение болей связывает с приемом жирной, жареной пищи. Отмечает повышение температуры тела до  $37,7^{\circ}\text{C}$ , тошноту, рвоту желчью, отрыжку горечью.

При осмотре: легкие – перкуторно легочный звук, аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в мин. Сердце: перкуторно – границы в пределах нормы, аускультативно – тоны ясные, ритм правильный, ЧСС 90 ударов в мин., пульс 90 в мин удовлетворительных качеств.

При поверхностной пальпации живота больная отмечает болезненность в правом подреберье, а также положительный симптом Кера.

Больна в течение 2-х лет, когда впервые появились вышеуказанные жалобы, обследовалась амбулаторно. При дуоденальном зондировании в порции «В» 110 мл желчи (норма 30 – 50 мл). Желчь мутная с хлопьями, значительная примесь слизи, цилиндрического эпителия, пигментных клеток, лейкоциты до 25 в поле зрения.

#### Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Диф-диагностика.
3. План обследования.
4. Лечение.

### **Задача 5.**

Больной Ю., 45 лет, геолог, поступил в клинику с жалобами на постоянные боли в подложечной области, усиливающиеся через 1,5 – 2 часа после приема пищи, ощущение быстрого насыщения, полноты в желудке, независимо от принятой пищи, изжогу кислым, особенно после употребления острых блюд, тошноту, однократную рвоту «кофейной гущей», неустойчивый стул, черной окраски, общую слабость, похудание. Болен в течение 2-х месяцев, принимал но-шпу, папаверин, продолжал работать, однако улучшения не было. При обращении в поликлинику больной был экстренно госпитализирован.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые умеренно бледны. Пульс 90 уд/мин., АД – 120/70 мм рт. ст. Язык умеренно влажный, слегка обложен беловатым налетом. Живот слегка втянут, ограниченно участвует в акте дыхания, особенно в эпигастрии. При поверхностной пальпации отмечается выраженная мышечная защита и значительная болезненность в пилорoduоденальной области. Печень не выступает из-под края реберной дуги, безболезненна. Селезенка не пальпируется. Нервная система: сознание ясное, патологических рефлексов нет. Сон нарушен из-за болей. Больной раздражителен, тревожен.

#### **Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. Диф-диагностика.
3. План обследования.
4. Лечение.

### **Задача 6.**

Больной К., 32 года, шофер, любитель рыбной ловли, употреблял в пищу много вяленой и малосоленой рыбы. Обратился в больницу с жалобами на постоянное чувство горечи во рту, тяжесть в правом подреберье, иногда приступообразные боли в этой области, особенно после приема жирной пищи, отрыжку, иногда рвоту, неустойчивый стул, раздражительность, плохой сон.

Объективно: правильного телосложения, нормального питания. Кожа и слизистые обычной окраски. В легких: перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Границы сердечной тупости в пределах нормы, тоны ясные, единичные экстрасистолы. ЧСС 88 ударов в мин., пульс 85 – 86 ударов в мин., удовлетворительных качеств, неритмичен. АД – 120/80 мм рт. ст. Язык влажный с небольшим беловатым налетом. Живот обычной формы, при поверхностной пальпации умеренно болезнен в эпигастральной области, положительный симптом Кера. Стул обильный, с примесью слизи и остатков клетчатки. Мочеиспускание не нарушено.

#### Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Диф-диагностика.
3. План обследования.
4. Лечение.

## Задача 7.

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

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

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

Общий анализ крови: Нв – 104 г/л, Эр. –  $3,2 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты – 0,3%, тромбоциты –  $240 \times 10^9$ /л, Л –  $8,9 \times 10^9$ /л, Э – 5%, Б – 1%, С – 73%, Л – 17%, М – 4%, СОЭ – 27 мм/ч.

Б/х анализ крови: общий белок – 70 г/л; альбумины – 59%, глобулины:  $\alpha_1$  – 2,9%,  $\alpha_2$  – 7%,  $\beta$  – 12,7%,  $\gamma$  – 18,4%; общий билирубин – 15,6 мкмоль/л, прямой – 3,6 мкмоль/л, непрямой – 12,0 мкмоль/л; остаточный азот – 0,14 г/л; холестерин – 4,6 ммоль/л; сулемовая проба – 1,78 мл; тимоловая – 4 ед., АсАТ – 0,7 ммоль/л; АлАТ – 0,88 ммоль/л.

Общий анализ мочи: цвет – бледнорозовый, реакция – кислая, уд.вес – 1012, белок и сахар – не обнаружены. Лейкоциты – единичные в поле зрения.

### Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Диф-диагностика.
3. План обследования.
4. Лечение.

### Задача 8.

Больной М., 41 год, обратился в поликлинику к участковому терапевту с жалобами на изжогу, кислую отрыжку, поперхивание, желание запивать твердую пищу. Самостоятельно принимал альмагель, но это облегчения не принесло. Обследовался амбулаторно. При рентгенологическом исследовании описан заброс бариевой взвеси из желудка в пищевод в вертикальном положении больного. При ФГДС – диффузная гиперемия и отек слизистой оболочки пищевода и кардии с единичными эрозиями, покрытыми белесоватым налетом. Взята биопсия. Проведена рН-метрия и манометрическое исследование моторной функции пищевода. РН – 4,5 (N 7,0 – 8,0). В положении больного лежа отмечено снижение рН до 3,0. При выполнении манометрии зарегистрированы амплитуды сокращений, неправильная форма сократительного комплекса.

#### Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Диф-диагностика.
3. План обследования.
4. Лечение.



### **Задача 9.**

Больной В., 55 лет внезапно почувствовал острую разлитую боль в животе, более выраженную в околопупочной области. Самостоятельно принимал спазмолитики (баралгин, но-шпа), которые дали слабовыраженный кратковременный эффект. Стула в этот период не было.

При осмотре врачом скорой помощи через 14 часов после начала болевого приступа обращали на себя внимание беспокойное поведение пациента, сухость и бледность кожи, слизистых оболочек. При пальпации живота выявлена умеренная болезненность во всех его отделах, симптомы раздражения брюшины отсутствовали. Температура тела нормальная. Из анамнеза установлено, что 8 месяцев назад произведено аортобедренное шунтирование по поводу распространенного атеросклероза подвздошных артерий.

#### Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. План обследования.
3. Тактика терапевта. Лечение?

### Задача 10.

Больная К., 44 лет, поступила в клинику с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, снижение аппетита, вздутие живота, тупая боль в правой половине живота, неустойчивый стул, кожный зуд. Из анамнеза болезни: пять лет назад перенесла гепатит. При поступлении: состояние больной средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые желтушны, живот увеличен в размерах, на передней брюшной стенке – расширение вен. При осмотре у больной отмечена ладонная эритема, обилие мелких нитевидных подкожных сосудов на лице. При пальпации: печень плотная, болезненная, край ее неровный, увеличена на 5 – 6 см, отмечено увеличение селезенки.

Общий анализ крови: Нв – 110 г/л, Эр. –  $3,0 \times 10^{12}$ /л, Л –  $3,9 \times 10^9$ /л, СОЭ – 45 мм/ч.

Б/х анализ крови: общий белок – 56 г/л; альбумины – 45%, глобулины:  $\alpha_1$  – 4,2%,  $\alpha_2$  – 6,3%,  $\beta$  – 10,3%,  $\gamma$  – 34,2%; общий билирубин – 43,4 мкмоль/л, прямой – 29,1 мкмоль/л, непрямой – 14,3 мкмоль/л; сулемовая проба – 1,6 мл; тимоловая – 44 ед.

#### Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Диф-диагностика.
3. План обследования.
4. Лечение.

### Задача 11.

Больная К., 32 года, поступила в отделение с жалобами на внезапно появляющуюся резкую слабость через 10 – 15 мин. после еды (особенно после употребления сладких и молочных блюд). При этом также отмечает дрожь в теле, чувство жара, повышенное потоотделение, сердцебиение, чувство тяжести в подложечной области, тошноту. Возникает непреодолимое желание принять горизонтальное положение. Продолжительность приступа от 10 – 15 мин. до 1,5 – 2 часов. Подобные состояния больная отмечает ежедневно.

Год назад больная была прооперирована по поводу язвенной болезни 12 – перстной кишки, осложненной кровотечением. В хирургическом отделении кровотечение остановить не смогли, и была выполнена операция по Бильрот II.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Пониженного питания. Легкие – дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердце – границы в пределах нормы, тоны приглушены, ритм правильный. ЧСС 90 ударов в мин., АД – 100/70 мм рт. ст. на обеих руках. Пульс 90 ударов в мин. удовлетворительных качеств. Язык влажный, обложен густым белым налетом. Живот – мягкий, болезненный в эпигастральной области, пальпируются отделы тонкого кишечника (слепая, нисходящая, сигмовидная). Печень, селезенка не увеличены. Стул – имеется склонность к поносам, особенно сразу после приема пищи.

При рентгенологическом исследовании выявлено быстрое опорожнение желудка, ускоренный пассаж бария по тощей кишке.

#### Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Диф-диагностика.
3. План обследования.
4. Лечение.

## Задача 12.

Больной М., 43 года. Около 3-х лет назад перенес вирусный гепатит. Через год при медицинских осмотрах стали находить увеличение печени. Больному было рекомендовано обследование в стационаре, но он продолжал работать. Последние полгода состояние больного ухудшилось: отмечает повышенную утомляемость, постоянно беспокоят тошнота, боль в правом подреберье, желтушность. Больной обратился к врачу.

Объективно: состояние больного удовлетворительное. Легкие и сердце без патологии. Пульс 80 ударов в мин., ритмичный, АД – 120/80 мм рт. ст. На грудной клетке единичные сосудистые «звездочки». Живот при пальпации болезнен в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 – 4 см, умеренной плотности, болезненная. Селезенка не увеличена.

### Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Диф-диагностика.
3. План обследования.
4. Лечение.

### Задача 13.

Больной Г., 42 лет, обратился с жалобами на общую слабость, недомогание, быструю утомляемость, снижение аппетита, чувство тяжести в правом подреберье, тошноту. 10 лет назад перенес острый вирусный гепатит. Ухудшение началось 2 недели назад. Объективно: температура 37,3°C. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Склеры, мягкое небо чистые, с желтушным оттенком. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 82 в минуту, АД 120/80 мм рт.ст. Язык обложен желтоватым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии на 3 см, умеренно болезненная, эластичная. Селезенка не пальпируется.

#### Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

#### **Задача 14.**

Больная С., 45 лет, жалуется на кожный зуд, тяжесть в правом подреберье, желтушное окрашивание кожных покровов, склер, похудание, слабость. Больной себя считает около года, когда впервые стали беспокоить вышеуказанные жалобы. Последнюю неделю больная отмечает повышение температуры тела до субфебрильных цифр, кровоточивость из десен, выраженную утомляемость.

При осмотре: состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые желтушны. Ксантомы на веках, локтях. Кожа на ладонях и подошвенной поверхности стоп пигментирована. Больная пониженного питания. Сердце: перкуторно – левая граница сердца по левой среднеключичной линии, остальные границы относительной тупости в пределах нормы. Пульс 60 ударов в мин. АД – 150/70 мм рт. ст. Легкие: перкуторно – звук легочный, аускультативно – дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот болезнен в правом подреберье. Печень увеличена на 5 см из-под края реберной дуги, плотная, болезненная, желчный пузырь не пальпируется, селезенка увеличена, у края реберной дуги, плотная.

По данным УЗИ наличие камней в желчном пузыре не выявлено. Установлена гипербилирубинемия (общий билирубин 80 ммоль/л за счет прямой фракции), холестерин – 9,2 ммоль/л, щелочная фосфатаза – 12 ЕД,  $\beta$ -липопротеиды – 91 ЕД, ГГТП – 12 ед/л, общий белок – 60,0 г/л, альбумины – 47,2%, глобулины – 52,8%, СОЭ – 36 мм/ч, антимитохондриальные антитела в титре 1:67.

#### Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Диф-диагностика.
3. План обследования.
4. Лечение.

### Задача 15.

Больной З., 62 лет, обратился с жалобами на рвоту вскоре после приема пищи, чувство полноты и тяжести в животе после еды, нарастающую слабость, понижение аппетита, похудание. Болен 5 лет, лечился амбулаторно по поводу анацидного гастрита. Ухудшение самочувствия отмечает в течение 5-и месяцев.

Объективно: температура 36,6°C. Общее состояние средней тяжести. Желтовато-серый цвет лица, тургор кожи понижен. Подкожно-жировой слой выражен недостаточно. Со стороны сердечно-сосудистой системы и легких патологии нет. Язык обложен бело-серым налетом. При пальпации живота разлитая болезненность в эпигастральной области, здесь же пальпируется уплотнение величиной 3 см, подвижное, слабоболезненное. Пальпируется край печени на 1 см ниже реберной дуги по правой среднеключичной линии.

#### Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе заболевания.

### **Задача 16.**

К врачу обратилась женщина, 43 лет, с жалобами на продолжительные ноющие боли слева от пупка, иррадиирующие в спину, под левую лопатку, которые возникают после употребления жирных блюд. Отмечает снижение аппетита, тошноту, чувство тяжести после еды в эпигастральной области. Эти симптомы беспокоят в течение 4-х месяцев. Много лет страдает хроническим холециститом.

Объективно: температура 37,2°C. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая, сухая, с желтушным оттенком. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Легкие и сердце без патологии. Язык обложен беловатым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный в верхней половине и в левом подреберье.

#### Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.



### Задача 17.

Больная В., 70 лет, поступила в клинику с жалобами на сильные, схваткообразные боли в правом подреберье, многократную рвоту желчью, повышение температуры до 37,8°C. Начало настоящего заболевания больная связывает с употреблением жирной пищи. Из анамнеза болезни установлено наличие подобных приступов болей в прошлом.

При осмотре состояние больной средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски, влажные. Губы сухие, язык влажный, покрыт грязно желтым налетом. В легких – дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 12 в мин., перкуторно левая граница сердца расширена: снаруже на 1 см от среднеключичной линии. Аускультативно – тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС – 90 уд/мин., акцент II тона над аортой. Живот умеренно вздут, при пальпации мягкий, тонус мышц передней брюшной стенки нормальный. Определяется болезненность в области желчного пузыря, особенно на вдохе.

Общий анализ крови: Нв – 130 г/л, Л –  $10,1 \times 10^9$ /л, Э – 0%, П – 13%, С – 76%, Л – 7%, М – 4%, СОЭ – 23 мм/ч, сахар крови – 5,7 ммоль/л.

Анализ мочи без особенностей. Диастаза мочи 32 ед.

#### Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Диф-диагностика.
3. План обследования.
4. Лечение.

### **Задача 18.**

Больной А., 36 лет, обратился с жалобами на острые боли в животе, возникающие через 30 мин. после приема пищи, рвоту на высоте боли, приносящую облегчение. Иногда больной сам вызывает рвоту после еды для уменьшения боли. Аппетит сохранен, но из-за появления болей после еды, больной ограничивает прием пищи. Болен несколько лет, ухудшение состояния отмечается в осенне-весенний период, обострения провоцируются эмоциональными перегрузками. Больной курит в течение 20 лет по 1 пачке сигарет в день.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Легкие и сердце без патологии. Язык обложен беловатым налетом. При пальпации живота отмечается болезненность в эпигастральной области. Печень и селезенка не пальпируются.

#### Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

### Задача 19.

Больной Д., 56 лет, водитель. Жалобы: на сильный приступ болей в верхней половине живота, опоясывающего характера, многократную рвоту, расстройство стула, стул более 3-х раз в течение суток с обильным количеством каловых масс серой окраски и каплями жира. Больной отмечает жажду, сухость во рту.

Anamnes morbi. Больным себя считает в течение года, когда после погрешности в диете и злоупотребления алкоголем впервые возник подобный приступ болей с иррадиацией в спину, левую половину грудной клетки. Боль сопровождалась рвотой, расстройством стула. В поликлинику не обращался, самостоятельно принимал баралгин, но-шпу. За последние два месяца подобные приступы болей возникали трижды.

При поступлении: сознание ясное, состояние больного средней степени тяжести. Тургор кожи снижен, кожные покровы и видимые слизистые бледные. В легких дыхание везикулярное 18 в минуту, сердце — границы умеренно расширены влево, аускультативно — тоны приглушены, ритм правильный, ЧСС — 80 уд/мин, АД — 110/70 мм рт. ст. Живот несколько вздут, участвует в акте дыхания, резко болезнен в эпигастриальной области и особенно в левом подреберье. Положительные симптомы Мейо-Робсона, Гротта. Печень и селезенка не увеличены.

1) Ваш диагноз?

2) Какие дополнительные лабораторные и инструментальные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Общий анализ крови: Нв — 156 г/л. Эр —  $5,2 \times 10^{12}/л$ , Л —  $10,5 \times 10^9/л$ , СОЭ — 24 мм/ч. Сахар крови 7,7 ммоль/л.

Общий анализ мочи: уд. вес — 1025, белок отриц., сахар отриц., лейкоциты — ед. в поле зрения, зр — 0—1 в поле зрения, эпителий плоский — до 5 в поле зрения.

Амилаза мочи 0,6 МЕ/мин (норма 0,04 - 0,3 МЕ/мл).

На обзорном рентгеновском снимке органов брюшной полости обнаруживаются кальцификаты в поджелудочной железе. При УЗИ поджелудочной железы: неровность контуров поджелудочной железы, кальцификаты, псевдокисты, расширение и увеличение главного панкреатического протока.

3) Дайте заключение по результатам лабораторного и инструментального обследования. Назовите характерные для данного заболевания изменения в копрограмме.

4) Составьте план лечения.

## Задача 20.

Женщина в возрасте 52 лет страдает язвенной болезнью желудка (язва пилорического отдела) 7 лет. Обострения возникали регулярно весной и осенью. Проводились курсы антисекреторной терапии ранитидином, фамотидином, омепразолом с положительным клиническим и эндоскопическим эффектом. Полгода назад при эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) получен положительный результат быстрого уреазного теста на НР. Назначен курс эрадикационной терапии метранидазолом, субсалицилатом висмута и омепразолом на протяжении 10 дней. При повторной ЭГДС через 2 недели язва зарубцевалась. Результат уреазного теста отрицательный.

При ЭГДС через 6 месяцев в области перехода тела желудка в антральный отдел выявлены глубокая язва с неровными краями и утолщением складок желудка вокруг язвы.

Результат гистологического исследования: аденокарцинома средней степени дифференцировки. Выполнена резекция желудка.

### Вопросы:

1. Назовите основные ошибки, допущенные при назначении эрадикационной терапии.
2. Расположите патологические изменения слизистой оболочки желудка в хронологическом порядке: а) кишечная метаплазия, б) **аденокарцинома**, в) активный поверхностный гастрит, ассоциированный с НР, г) дисплазия, д) атрофический гастрит.
3. Есть ли необходимость в проведении антихеликобактерной терапии у данной больной после резекции желудка.