

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

ЗАДАЧА № 1

Пациент А., 25 лет, обратился к врачу с жалобами на умеренные боли в эпигастральной области, возникающие через 20-30 минут после приема пищи, а также на боли проходящие после приема пищи, без иррадиации, отрыжку кислым, изжогу, неприятный вкус во рту, плохой сон, запоры.

Из анамнеза заболевания: считает себя больным около года, ранее за медицинской помощью не обращался. Самостоятельно принимает альмагель с положительным эффектом. Три дня назад, после погрешностей в диете, усилились боли, отрыжка, изжога, в связи с чем, обратился к врачу.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ. Профессиональный анамнез: работает шофером, часто не регулярный прием пищи и еда всухомятку. Вредные привычки: курит 8 лет по 1 пачке сигарет в день, алкоголь употребляет редко. Наследственность: мать здорова, у отца – язвенная болезнь желудка. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела – 36,5°C. Астеник. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, чистые, влажные. Отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система без особенностей. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧД 24 в минуту. Границы относительной тупости сердца: правая – по правому краю грудины, верхняя – нижний край III ребра, левая – на 1,5 см кнутри от СКЛ. Тоны сердца ясные, ритмичные, 68 уд/мин. АД 120/70 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. При поверхностной пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастральной области, симптом. Перитонеальные симптомы Менделя и Щеткина-Блюмберга отрицательные. При глубокой пальпации все отделы толстого кишечника нормальных размеров, безболезненные, эластичные. Определяется болезненность при пальпации тела и большой кривизны желудка. Размеры печени по Курлову 9×8×7 см. Пузырные симптомы отрицательные. Селезенка не увеличена. Почки не пальпируются, область пальпации безболезненна, симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб – 126 г/л, эр. - $4,1 \times 10^{12}/л$, ЦП - 0,95, лейкоц. – $7,1 \times 10^9/л$, э - 4%, п/я - 3%, с/я - 54%, л - 31%, м - 8%, СОЭ - 9 мм/час.
2. ОАМ: уд. вес – 1019, белок – отр., эритроциты – отр., лейкоциты – 2-3 в поле зрения.
3. ФГДС: пищевод свободно проходим, слизистая розовая, чистая. Желудок обычной формы и размеров, в антральной части желудка слизистая оболочка блестящая с налетом фибрина, отечная, гиперемированная. Взята биопсия.
4. Данные биопсии: выявлен *Helicobacter pylori*.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.

3. Каков механизм появления изжоги?
4. Назовите неинвазивные методы обнаружения *Helicobacter pylori*.
5. Назначьте дополнительное обследование.
6. Сделайте заключение по общему анализу крови.
7. Оцените результаты ФГДС.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА № 2

Больная В., 25 лет, учитель, предъявляет жалобы на боли ноющего характера, возникающие не зависимо от характера пищи, без иррадиации, длятся 20 – 30 минут, проходят самостоятельно и чувство тяжести после еды в эпигастральной области. Отрыжку воздухом, неприятный вкус во рту по утрам, снижение аппетита, ощущение урчания и переливания в животе, вздутие живота, поносы, раздражительность, неустойчивое настроение.

Из анамнеза заболевания: считает себя больной в течение 3-х лет. За медицинской помощью не обращалась, самостоятельно принимала но-шпу, мезим-форте с положительным эффектом. Ухудшение самочувствия около двух месяцев, появились боли в эпигастральной области сразу после еды, которые сохраняются в течение часа.

Перенесенные заболевания: корь, ветряная оспа, аппендэктомия в детстве. Питается нерегулярно, часто всухомятку. В пищу употребляет много консервантов. Вредные привычки отрицает. Наследственность: у матери и брата – хронический гастрит. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Кожа и видимые слизистые бледно-розового цвета, чистые, умеренно влажные. Отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в мин. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 70 уд/мин. АД 110/70 мм рт.ст. Границы относительной сердечной тупости: правая - 1см вправо от правого края грудины, верхняя – нижний край III ребра, левая – на 1,5см кнутри от левой СКЛ. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 70 ударов в мин. Язык обложен белым налетом, на боковых поверхностях языка отпечатки зубов, сосочки сглажены. Живот симметричный, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастрии, перитонеальные симптомы отрицательные. При глубокой пальпации определяются все отделы толстого кишечника, нормальных размеров, сигмовидная и слепая кишка умеренно болезненны, эластичные, при пальпации урчат. Размеры печени по Курлову 9×8×7 см. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нв-130 г/л, эр. - $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. - $7,5 \times 10^9$ /л, э - 5%, п/я - 4%, с/я - 53%, л - 32%, м - 6%, СОЭ - 6 мм/час.

2. ОАМ: отн. плотность - 1,016, эпителий - 2-4 в п.зр., белок, эр., цилиндры, соли не определяются.
3. Биохимическое исследование крови: глюкоза – 4,5 ммоль/л, фибриноген – 2,9 г/л, общий белок – 68 г/л, альбумины – 52%, глобулины – 48%: α_1 – 4%, α_2 – 12%, β – 15%, γ – 17%, билирубин – 8,8 (2,2/6,6) ммоль/л.
4. ФГДС – пищевод свободно проходим, слизистая не изменена, кардиальный жом смыкается. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая оболочка истончена, бледно-серого цвета с просвечивающимися кровеносными сосудами, рельеф сглажен. Участки истонченной слизистой оболочки чередуются с зонами атрофии белесоватого цвета. *Helicobacter pylori* не выявлен.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм развития симптомов кишечной диспепсии.
4. Каков механизм появления болей в эпигастрии после еды?
5. Перечислите дополнительные методы обследования.
6. Сделайте заключение по общему анализу крови.
7. Оцените результаты ФГДС.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА № 3

Больной М., 35 лет, предъявляет жалобы на ноющие, голодные боли по ночам в эпигастральной области, которые проходят после приема пищи. Тошноту и рвоту желудочным содержимым, возникающую на высоте болей и приносящую облегчение, снижение аппетита, запоры.

Из анамнеза заболевания: в течение многих лет наблюдался в поликлинике с диагнозом хронический гастрит, беспокоили боли в эпигастрии после приема острой и жареной пищи, изжога. Впервые вышеперечисленные жалобы возникли около 6 месяцев назад, но боли быстро купировались приемом альмагеля. Ухудшение самочувствия около двух дней, возобновились ночные голодные боли без иррадиации, присоединилась рвота на высоте болей съеденной пищей. Самостоятельно принимал но-шпу, альмагель без эффекта.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, аппендэктомия в детстве. Работает экономистом. Питается нерегулярно, часто всухомятку, часто употребляет алкоголь в больших количествах. Не курит. Наследственность: у отца – язвенная болезнь желудка. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Астеник, пониженного питания. Кожа и видимые слизистые бледные, чистые, умеренно влажные. Отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в мин.. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 74 уд/мин. АД 120/80

мм рт.ст. Границы относительной сердечной тупости: правая – 0,5см вправо от правого края грудины, верхняя – нижний край III ребра, левая – на 1,0 см кнутри от левой СКЛ. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 74 ударов в мин. Язык обложен белым налетом, на боковых поверхностях языка отпечатки зубов, сосочки сглажены. Живот симметричный, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот мягкий, болезненный в правом подреберье, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный, симптом Менделя положительный. При глубокой пальпации определяются все отделы толстого кишечника, нормальных размеров безболезненные, эластичные, определяется болезненность в пилорoduodenальной области. Размеры печени по Курлову 9×8×7 см. Селезенка не увеличена. Поджелудочная железа пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненная. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб-130 г/л, эр. - $4,2 \times 10^{12}/л$, лейкоц. - $6,5 \times 10^9/л$, э - 1%, п/я - 1%, с/я - 60%, л - 30%, м - 8%, СОЭ - 10 мм/час.
2. ОАМ: отн. плотность - 1,018, эпителий - 2-4 в п.зр., белок, эр., цилиндры, соли не определяются.
3. Биохимическое исследование крови: глюкоза – 4,5 ммоль/л, фибриноген – 2,9 г/л, общий белок – 68 г/л, альбумины – 52%, глобулины – 48%: α_1 – 4%, α_2 – 12%, β – 15%, γ – 17%, билирубин – 8,8 (2,2/6,6) ммоль/л.
4. ФГДС – пищевод свободно проходим, слизистая не изменена, кардия смыкается. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая гиперемирована, складки обычной формы и размеров. Луковица двенадцатиперстной кишки обычной формы и размеров, слизистая гиперемирована, определяется язвенный дефект 1,0см в диаметре. Дно прикрыто фибрином. Выявлен *Helicobacter pylori*.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм развития запора в данной ситуации.
4. Каков механизм появления голодных и ночных болей?
5. Перечислите все возможные осложнения данного заболевания.
6. Сделайте заключение по биохимическому анализу крови.
7. Оцените результаты ФГДС.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА № 4

Больной Б., 55 лет, предъявляет жалобы на внезапно возникшую резкую слабость, головокружение, шум в ушах. Накануне вечером были кратковременные боли в эпигастрии, дважды неоформленный черный стул.

Из анамнеза заболевания: в течение месяца беспокоят боли в пояснице, по поводу чего лечится у невролога с диагнозом: поясничный остеохондроз. Ежедневно принимает ибупрофен по 1-2 таблетке в день из-за болей. Самочувствие ухудшилось накануне вечером, когда появилась резкая слабость, темный стул.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, хронический бронхит курильщика. Работает машинистом экскаватора на угольном разрезе. Питается нерегулярно, часто всухомятку, часто употребляет алкоголь в больших количествах. Курит в течение 25 лет по 1 пачке сигарет в день. Наследственность: у отца – гипертоническая болезнь. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Гиперстеник, повышенного питания. Кожа и видимые слизистые бледные, чистые, холодный пот. Отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание жесткое над всеми отделами, хрипов нет. ЧД 22 в мин. Пульс слабого наполнения и напряжения, 124 уд/мин. АД 90/60 мм рт.ст. Границы относительной сердечной тупости: правая – 0,5 см вправо от правого края грудины, верхняя – нижний край III ребра, левая – на 1,0 см кнутри от левой СКЛ. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 124 ударов в мин. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот симметричный, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга, симптом Менделя отрицательные. При глубокой пальпации определяются все отделы толстого кишечника, нормальных размеров безболезненные. Размеры печени по Курлову 9×8×7 см. Селезенка не увеличена. Поджелудочная железа не пальпируется, область пальпации безболезненная. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб-82 г/л, эр. - $2,2 \times 10^{12}/л$, гематокрит – 24, лейкоц. - $6,5 \times 10^9/л$, э - 1%, п/я - 1%, с/я - 60%, л - 30%, м - 8%, СОЭ - 20 мм/час.
2. ОАМ: отн. плотность - 1,018, эпителий - 2-4 в п.зр., белок, эр., цилиндры, соли не определяются.
3. Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,5 ммоль/л, фибриноген – 2,9 г/л, общий белок – 68 г/л, альбумины – 52%, глобулины – 48%: α_1 – 4%, α_2 – 12%, β – 15%, γ – 17%, билирубин – 8,8 (2,2/6,6) ммоль/л.
4. ФГДС – пищевод свободно проходим, слизистая не изменена, кардиальный жом смыкается. Желудок обычной формы и размеров. Из-за большого количества темной крови в желудке осмотреть слизистую оболочку и установить источник кровотечения не удалось. Установлено, что кровь поступает в желудок из двенадцатиперстной кишки.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм появления черного стула.
4. Какой еще патогномоничный симптом может быть в данном случае?
5. Что является наиболее вероятной причиной развития кровотечения?
6. Сделайте заключение по общему анализу крови.
7. Оцените результаты ФГДС.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА № 5

Больная М., 35 лет, предъявляет жалобы на ноющие, голодные боли по ночам в эпигастральной области, которые проходят после приема пищи. Периодически изжогу, кислый вкус во рту. Раздражительность, плаксивость, частую смену настроения. Стул ежедневно, оформленный, без патологических примесей.

Из анамнеза заболевания: считает себя больной в течение 5 лет. Без видимой причины возникли вышеперечисленные жалобы, наблюдается в поликлинике с диагнозом хронический гастрит. Два – три раза в год амбулаторное лечение без эффекта. При обострении принимает спазмолитики, блокаторы кислотности, антациды. Ранее неоднократно проводилась ФГДС - патологических изменений не выявлено. Ухудшение самочувствия около двух дней, усилились боли, после стресса.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ. Работает главным бухгалтером в строительной фирме. Питается нерегулярно, часто всухомятку. Вредные привычки отрицает. Наследственность – не отягощена. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Нормостеник. Кожа и видимые слизистые бледно-розовые, чистые, умеренно влажные. Отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в мин.. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 74 уд/мин. АД 120/80 мм рт.ст. Границы относительной сердечной тупости: правая – 0,5см вправо от правого края грудины, верхняя – нижний край III ребра, левая – на 1,0см кнутри от левой СКЛ. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 74 ударов в мин. Язык влажный, чистый, сосочковый слой сохранен. Живот симметричный, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах, перитонеальные симптомы отрицательные. При глубокой пальпации определяются все отделы толстого кишечника, нормальных размеров, эластичной консистенции, безболезненные. Размеры печени по Курлову 9×8×7 см. Пузырные симптомы отрицательные. Селезенка не увеличена. Поджелудочная железа не пальпируется, область

пальпации безболезненная. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб-130 г/л, эр. - $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. - $6,5 \times 10^9$ /л, э - 1%, п/я - 1%, с/я - 60%, л - 30%, м - 8%, СОЭ - 10 мм/час.
2. ОАМ: отн. плотность - 1,018, эпителий - 2-4 в п.зр., белок, эр., цилиндры, соли не определяются.
3. Биохимический анализ крови: глюкоза - 4,5 ммоль/л, фибриноген - 2,9 г/л, общий белок - 68 г/л, альбумины - 52%, глобулины - 48%: α_1 - 4%, α_2 - 12%, β - 15%, γ - 17%, билирубин - 8,8 (2,2/6,6) ммоль/л, АЛТ - 0,54 ед/л, АСТ - 0,68 ед/л, амилаза - 5,3 мг/с л.
4. ФГДС - пищевод свободно проходим, слизистая не изменена, кардиальный жом смыкается. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая бледно-розовая, складки обычной формы и размеров. Луковица двенадцатиперстной кишки обычной формы и размеров, слизистая не изменена. Тест на *Helicobacter pylori* - отрицательный.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм развития симптомов.
4. Какие варианты данного заболевания выделяют еще?
5. Перечислите необходимые методы дообследования.
6. Сделайте заключение по биохимическому анализу крови.
7. Оцените результаты ФГДС.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА № 6

Больной В., 43 лет, предъявляет жалобы на ноющие, давящие боли в эпигастриальной области, которые возникают через 20-30 мин. после приема пищи. Тошноту и рвоту желудочным содержимым, возникающую на высоте болей и приносящую облегчение, снижение аппетита. Стул ежедневно, оформленный, без патологических примесей.

Из анамнеза заболевания: впервые подобные жалобы возникли около 6 лет назад, но боли быстро купировались приемом альмагеля и ношпы. За медицинской помощью ранее не обращался. Отмечает весенне-осенние обострения заболевания. Ухудшение самочувствия около двух дней, после употребления алкоголя и жареной пищи, возобновились боли, присоединилась рвота на высоте болей.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ, в 20 лет грыжесечение по поводу паховой грыжи справа. Работает водителем такси. Питается нерегулярно, часто всухомятку, часто употребляет алкоголь в больших количествах. Курит в течение 20 лет до 2-х пачек сигарет в день.

Наследственность: у отца – язвенная болезнь желудка. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Астеник, пониженного питания. Кожа и видимые слизистые бледно-розовые, чистые, умеренно влажные. Отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в мин. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 74 уд/мин. АД 120/80 мм рт.ст. Границы относительной сердечной тупости: правая – 0,5 см вправо от правого края грудины, верхняя – нижний край III ребра, левая – на 1,0 см кнутри от левой СКЛ. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 74 ударов в мин. Язык обложен белым налетом, на боковых поверхностях языка отпечатки зубов, сосочки сглажены. Живот симметричный, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастриальной области, симптом Менделя положительный, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. При глубокой пальпации определяются все отделы толстого кишечника, нормальных размеров безболезненные. Большая кривизна желудка определяется на 3 см выше пупка, при пальпации болезненная. В проекции тела и малой кривизны желудка также определяется болезненность. Размеры печени по Курлову 9×8×7 см. Пузырные симптомы отрицательные. Селезенка не увеличена. Поджелудочная железа пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненная. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб-130 г/л, эр. - $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. - $6,5 \times 10^9$ /л, э - 1%, п/я - 1%, с/я - 60%, л - 30%, м - 8%, СОЭ - 10 мм/час.
2. ОАМ: отн. плотность - 1,018, эпителий - 2-4 в п.зр., белок, эр., цилиндры, соли не определяются.
3. Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,5 ммоль/л, фибриноген – 2,9 г/л, общий белок – 68 г/л, альбумины – 52%, глобулины – 48%: α_1 – 4%, α_2 – 12%, β – 15%, γ – 17%, билирубин – 8,8 (2,2/6,6) ммоль/л.
4. ФГДС – пищевод свободно проходим, слизистая не изменена, кардиальный жом смыкается. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая гиперемирована, складки обычной формы и размеров, в кардиальном отделе по большой кривизне определяется язвенный дефект 1,0 – 1,5 см, с ровными краями, не глубокий, дно покрыто фибрином. Луковица двенадцатиперстной кишки обычной формы и размеров, слизистая бледно-розового цвета. Выявлен *Helicobacter pylori*.



ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм развития боли.
4. Какие этиологические факторы данного заболевания Вы знаете?
5. Перечислите все возможные осложнения данного заболевания.
6. Сделайте заключение по биохимическому анализу крови.
7. Оцените результаты ФГДС, дополните недостающие данные.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА № 7

Больной Ж., 47 лет, поступил в экстренном порядке, предъявляет жалобы на боли опоясывающего характера в эпигастриальной области, которые усиливаются после приема пищи через 40 минут, длятся до 2-х часов, проходят самостоятельно. Отрыжку воздухом, многократную рвоту, не приносящую облегчения. Стул ежедневно, оформленный, без патологических примесей.

Из анамнеза заболевания: считает себя больным в течение 7 лет, когда впервые возникли ночные, голодные боли в эпигастрии. При обследовании выявлена язвенная болезнь ДПК. Пролечен, язвенный дефект зарубцевался. С этого времени 2-3 раза год амбулаторное лечение по поводу обострений язвенной болезни ДПК (ингибиторы протоновой помпы, антациды, спазмолитики, репаранты) с положительной динамикой. Ухудшение самочувствия около 2-х недель, возобновились ночные голодные боли. За медицинской помощью не обращался, самостоятельно принимал ношпу и альмагель, боли сохранялись. Вчера после употребления алкоголя боли стали опоясывающими, присоединилась отрыжка воздухом и рвота, не приносящая облегчение.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ. Работает прорабом на стройке. Питается нерегулярно, часто всухомятку. Вредные привычки: злоупотребляет крепкими алкогольными напитками, курит в течение 15 лет 1 пачка сигарет в день. Наследственность – не отягощена. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Нормостеник. Кожа и видимые слизистые бледные, чистые, умеренно влажные. Отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в мин. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 64 уд/мин. АД 110/70 мм рт.ст. Границы относительной сердечной тупости: правая – 0,5 см вправо от правого края грудины, верхняя – нижний край III ребра, левая – на 1,0 см кнутри от левой СКЛ. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 64 ударов в мин. Язык суховат, обложен белым налетом, сосочковый слой сохранен. Живот симметричный, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастрии,

перитонеальные симптомы отрицательные, шумы перистальтики выслушиваются над всеми отделами. При глубокой пальпации определяются все отделы толстого кишечника, нормальных размеров, безболезненные. Размеры печени по Курлову 9×8×7 см. Пузырные симптомы отрицательные. Селезенка не увеличена. Поджелудочная железа не пальпируется, определяется болезненность в зоне Шоффара и точке Дежардена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб-130 г/л, эр. - $4,2 \times 10^{12}/л$, лейкоц. - $6,5 \times 10^9/л$, э - 1%, п/я - 1%, с/я - 60%, л - 30%, м - 8%, СОЭ - 10 мм/час.
2. ОАМ: отн. плотность - 1,018, эпителий - 2-4 в п.зр., белок, эр., цилиндры, соли не определяются.
3. Биохимический анализ крови: глюкоза - 4,5 ммоль/л, фибриноген - 2,9 г/л, общий белок - 68 г/л, альбумины - 52%, глобулины - 48%: α_1 - 4%, α_2 - 12%, β - 15%, γ - 17%, билирубин - 8,8 (2,2/6,6) ммоль/л, АЛТ - 0,54 ед/л, АСТ - 0,68 ед/л, амилаза - 18,3 мг/с л.
4. ФГДС - пищевод свободно проходим, слизистая не изменена, кардиальный жом смыкается. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая бледно-розовая, складки обычной формы и размеров. Луковица двенадцатиперстной кишки обычной формы и размеров, слизистая гиперемирована. На задней стенке глубокий язвенный дефект, кратерообразной формы, размеры 1,5-2,0 см, дно бугристое, ярко красного цвета.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм развития опоясывающих болей.
4. Какие данные глубокой пальпации будут выявлены еще?
5. Перечислите необходимые методы дообследования.
6. Сделайте заключение по биохимическому анализу крови.
7. Оцените результаты ФГДС.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА № 8

Больной Г., 27 лет, предъявляет жалобы на резкие боли по всему животу, которые усиливаются при движении и глубоком дыхании, резкую слабость, головокружение.

Из анамнеза заболевания: считает себя больным в течение 7 дней, когда после употребления алкоголя возникли кратковременные ноющие боли в эпигастрии, прошли самостоятельно. Сегодня после подъема тяжести резко возникла «кинжальная» боль в животе, слабость.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ. Работает строителем. Питается нерегулярно, часто всухомятку. Вредные привычки:

злоупотребляет крепкими алкогольными напитками, курит в течение 10 лет 1 пачка сигарет в день. Наследственность – у отца и старшего брата язвенная болезнь желудка. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: общее состояние тяжелое, сознание ясное, положение вынужденное: лежит на боку с приведенными к животу ногами. Черты лица заострены. Нормостеник. Кожа и видимые слизистые бледные, чистые, холодный пот. Отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 20 в мин. Пульс слабого наполнения и напряжения, 114 уд/мин. АД 90/60 мм рт.ст. Границы относительной сердечной тупости: правая – 0,5см вправо от правого края грудины, верхняя – нижний край III ребра, левая – на 1,0см кнутри от левой СКЛ. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 114 ударов в мин. Язык сухой, обложен бело-коричневым налетом, сосочковый слой сохранен. Живот симметричный, доскообразный, в дыхании не участвует. При поверхностной пальпации живот напряжен, резко болезненный во всех отделах, перистальтика не выслушивается. Глубокая пальпация кишечника не возможна, из-за резкой болезненности во всех отделах. Поджелудочная железа пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненная. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб-120 г/л, эр. - $3,2 \times 10^{12}/л$, лейкоц. - $10,5 \times 10^9/л$, э - 1%, п/я - 10%, с/я - 55%, л - 26%, м - 8%, СОЭ - 19 мм/час.
2. ОАМ: отн. плотность - 1,016, эпителий - 2-4 в п.зр., белок, эр., цилиндры, соли не определяются.
3. Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,5 ммоль/л, фибриноген – 2,9 г/л, билирубин – 8,8 (2,2/6,6) ммоль/л, АЛТ – 0,54 ед/л, АСТ – 0,68 ед/л, амилаза - 5,3 мг/с л.
4. Данные ФГДС



ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм развития клиники «острого живота».
4. Какие данные пальпации будут выявлены еще?
5. Перечислите необходимые методы дообследования.
6. Сделайте заключение по общему анализу крови.
7. Предположите результаты ФГДС.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА № 9

Больная В., 45 лет, обратилась к врачу с жалобами на периодические боли в правом подреберье, тянущие, ноющие, иррадиирующие в правую лопатку и плечо, возникают после приема жирной пищи, длятся до 2-х часов, проходят самостоятельно. Стул один раз в три – четыре дня, оформленный, коричневого цвета, без патологических примесей.

Считает себя больной около 3 лет, когда впервые после употребления алкоголя и жирной пищи возникли боли в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку. За медицинской помощью не обращалась, самостоятельно принимала ношпу. С этого времени после погрешностей в диете подобные обострения, не обследовалась, не лечилась. Около года назад присоединились запоры. Сегодня после употребления алкоголя и жареной пищи возобновились боли, вызвала скорую помощь, доставлена в сан. пропускник.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ. Профессиональный анамнез: работает продавцом в продуктовом магазине, часто не регулярный прием пищи, употребление жирной и жареной пищи. Вредные привычки: не курит, алкоголь – редко в небольших количествах. Наследственность: у мамы – хронический холецистит, у отца – ЖКБ. Ведет малоподвижный образ жизни. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Гиперстеник. Кожные покровы телесного цвета, нормальной влажности, чистые. Видимые слизистые розового цвета, нормальной влажности, чистые. Подкожно жировая клетчатка развита избыточно, распределена равномерно, толщина подкожно-жировой складки на уровне пупка - 6см, по средне-ключичной линии – 4см. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. Частота дыхания 18 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 72 в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/80 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, шумов нет, ЧСС 72 в мин. Язык влажный, у корня обложен бело-желтым налетом, сосочковый слой хорошо выражен. Живот правильной формы, увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При поверхностной пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье, перитонеальные симптомы отрицательные. Симптом флюктуации отрицательный. При перкуссии над всеми отделами тимпанический звук. Аускультативно над всеми отделами выслушиваются шумы перистальтики. При глубокой пальпации пальпируются все отделы толстого кишечника, безболезненны. Эластичной консистенции, подвижность сохранена. Тонкий кишечник не пальпируется, область пальпации безболезненна. Печень не

пальпируется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 9 х 9 х 7 см. Пузырные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера - положительные. Селезенка пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 6 х 4 см. поджелудочная железа не пальпируется, область пальпации безболезненная. Поясничная область при осмотре не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.

Данные дополнительных методов исследования:

1. Общий анализ крови: эритроциты – $3,8 \times 10^{12}/л$, Hb – 135 г/л., ЦП – 1,0, СОЭ – 20 мм/ч, тромбоциты – $320 \times 10^9/л$, лейкоциты – $9,3 \times 10^9/л$: э- 3%, п- 5%, с- 51%, лф- 32%, м- 9%.
2. Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, pH щелочная, удельный вес 1010; белок, сахар - нет, лейкоциты – 1-2, эпителий – 3-4 в поле зрения, эритроциты, цилиндры – нет, оксалаты - небольшое количество.
3. Биохимическое исследование крови: глюкоза – 4,3 ммоль/л, фибриноген – 3,4 г/л, протромбиновый индекс – 90%, АСТ – 0,38 ммоль/л, АЛТ – 0,36 ммоль/л, холестерин – 3,5 ммоль/л, билирубин общий – 19,0 мкмоль/л, прямой – 4,0 мкмоль/л, не прямой – 15,0 мкмоль/л, амилаза – 5,7 г/л·ч, креатинин – 0,07 ммоль/л, общий белок – 75 г/л, альбумины – 54%, глобулины – 46%: α_1 – 5%, α_2 – 10%, β – 15%, γ – 16%.
4. Копрограмма: коричневый, мягкой консистенции, запах – специфический, мышечные волокна – +, нейтральный жир – +, жирные кислоты и мыла - +, крахмал - +, перевариваемая клетчатка - +, соединительная ткань - +, слизь – нет, стеркобилин - +, билирубин – нет.
5. ЭКГ: ритм синусовый, частотой 72 в минуту, электрическая ось расположена горизонтально. Патологических изменений не выявлено.
6. УЗИ: печень нормальных размеров, структура однородная, нормальной эхогенности, протоки не расширены, общий желчный проток 5 мм. Желчный пузырь нормальных размеров, стенка 4 мм, уплотнена. Поджелудочная железа нормальных размеров, повышенной эхогенности, однородная, проток 2 мм.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите синдромы, выделите ведущий синдром.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм характерной иррадиации боли.
4. Перечислите необходимые методы дообследования.
5. Какие возможны осложнения при данном заболевании?
6. Оцените данные общего анализа крови.
7. Оцените данные копрограммы.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА № 10

Больная К., 47 лет, обратилась к врачу с жалобами на частые приступы острой боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую половину шеи, плечо, длящиеся до 3-х часов, сопровождающиеся повышением температуры тела до субфебрильных цифр, тошнотой, рвотой с примесью желчи. Возникают, как правило, после приема острой и жирной пищи. Стул ежедневно, оформленный, коричневого цвета, без патологических примесей.

Считает себя больной около 2 лет, когда впервые возникли боли в правом подреберье. С этого времени после погрешностей в диете подобные обострения, не обследовалась, самостоятельно принимала спазмолитики, пользовалась грелкой. Вчера после погрешностей в диете возобновились боли, присоединились тошнота и рвота с примесью желчи, сегодня повысилась температура тела до $37,7^{\circ}\text{C}$, вызвала скорую помощь, доставлена в сан. пропускник.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ, хронический пиелонефрит. Профессиональный анамнез: домохозяйка, часто не регулярный прием пищи, употребление жирной и жареной пищи. Вредные привычки отрицает. Наследственность не отягощена. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Гиперстеник. ИМТ $25,5 \text{ кг/м}^2$. Кожные покровы и видимые слизистые субъиктеричны, нормальной влажности, чистые. Подкожно жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно, толщина подкожно-жировой складки на уровне пупка - 3см, по средне-ключичной линии – 2см. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. Частота дыхания 18 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 82 в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/80 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, шумов нет, ЧСС 82 в мин. Язык влажный, у корня обложен бело-желтым налетом, сосочковый слой хорошо выражен. Живот правильной формы, увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При поверхностной пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье, перитонеальные симптомы отрицательные. Симптом флюктуации отрицательный. При перкуссии над всеми отделами тимпанический звук. Аускультативно над всеми отделами выслушиваются шумы перистальтики. При глубокой пальпации пальпируются все отделы толстого кишечника, безболезненны. Тонкий кишечник не пальпируется, область пальпации безболезненна. Край печени не пальпируется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 10 x 9 x 8см. Пузырные

симптомы Кера, Мерфи, Ортнера - положительные. Селезенка пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненна. Поджелудочная железа не пальпируется, область пальпации безболезненна. Поясничная область при осмотре не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.

Данные дополнительных методов исследования:

1. Общий анализ крови: эритроциты – $3,8 \times 10^{12}/л$, Нб – 135 г/л., ЦП – 1,0, СОЭ – 18 мм/ч, тромбоциты – $320 \times 10^9/л$, лейкоциты – $11,3 \times 10^9/л$: э- 1%, п- 20%, с- 58%, лф- 12%, м- 9%.
2. Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес 1016; белок, сахар - нет, лейкоциты – 1-2, эпителий – 3-4 в поле зрения, эритроциты, цилиндры – нет, оксалаты - небольшое количество.
3. Биохимическое исследование крови: глюкоза – 4,3 ммоль/л, фибриноген – 3,4 г/л, протромбиновый индекс – 90%, АСТ – 0,38 ммоль/л, АЛТ – 0,36 ммоль/л, холестерин – 5,5 ммоль/л, билирубин общий – 59,0 мкмоль/л, прямой – 44,0 мкмоль/л, непрямой – 15,0 мкмоль/л, амилаза – 5,7 г/л·ч, креатинин – 0,07 ммоль/л, общий белок – 75 г/л, альбумины – 54%, глобулины – 46%: α_1 – 5%, α_2 – 10%, β – 15%, γ – 16%.
4. Копрограмма: светло-желтый, мягкой консистенции, запах – специфический, мышечные волокна – +, нейтральный жир – +++ , жирные кислоты и мыла - +++ , крахмал - +, перевариваемая клетчатка - +, соединительная ткань - +, слизь – нет, стеркобилин - нет, билирубин – нет.
5. ЭКГ: ритм синусовый, частотой 82 в минуту, электрическая ось расположена горизонтально. Патологических изменений не выявлено.
6. УЗИ: печень нормальных размеров, структура однородная, нормальной эхогенности, протоки не расширены, стенка их уплотнена, общий желчный проток 5мм. Желчный пузырь нормальных размеров, стенка 4мм, уплотнена, в просвете определяются множественные конкременты. Поджелудочная железа нормальных размеров, повышенной эхогенности, однородная, проток 2мм.
7. Обзорная рентгенография брюшной полости.



ЗАДАНИЕ:

1. Выделите синдромы, выделите ведущий синдром.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм развития боли.
4. Объясните механизм развития желтухи.
5. Оцените данные обзорной рентгенографии брюшной полости.
6. Оцените данные биохимического анализа крови.
7. Оцените данные копрограммы.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА № 11

Больная О., 37 лет, обратилась к врачу с жалобами на боли и чувство распирания в правом подреберье, без иррадиации, возникают, после приема острой и жирной пищи. Подташнивание и горький вкус во рту по утрам. Стул ежедневно, оформленный, коричневого цвета, без патологических примесей.

Считает себя больной около 1 года, когда после перенесенного острого аднексита появилась тупая боль в правом подреберье, прошла самостоятельно через 5 дней. Через 3 месяца от первого приступа, после погрешностей в диете подобные обострения, не обследовалась, самостоятельно принимала спазмолитики, без эффекта. 3 дня назад после погрешностей в диете возобновились боли, присоединились тошнота и горечь во рту.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ, хронический аднексит. Профессиональный анамнез: менеджер, питается регулярно, часто погрешности в диете. Вредные привычки отрицает. Наследственность не отягощена. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Нормостеник. Рост 164 см, вес 60 кг. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, нормальной влажности, чистые. Подкожно жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. Частота дыхания 18 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 82 в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/75 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, шумов нет, ЧСС 82 в мин. Язык влажный, у корня обложен бело-желтым налетом, сосочковый слой хорошо выражен. Живот правильной формы, увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При пальпации мягкий, незначительно болезненный в правом подреберье, перитонеальные симптомы отрицательные.

Симптом флюктуации отрицательный. При перкуссии над всеми отделами тимпанический звук. Аускультативно над всеми отделами выслушиваются шумы перистальтики. При глубокой пальпации пальпируются все отделы толстого кишечника, безболезненны. Тонкий кишечник не пальпируется, область пальпации безболезненна. Край печени не пальпируется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 8,5 х 7,5 х 7см. Пузырные симптомы Кера, Мерфи, - положительные. Селезенка пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 6 х 4см. Поджелудочная железа не пальпируется, область пальпации безболезненна. Поясничная область при осмотре не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.

Данные дополнительных методов исследования:

1. Общий анализ крови: эритроциты – $3,8 \times 10^{12}/л$, Hb – 135 г/л., ЦП – 1,0, СОЭ – 13 мм/ч, тромбоциты – $350 \times 10^9/л$, лейкоциты – $11,0 \times 10^9/л$: э- 3%, п- 2%, с- 58%, лф- 28%, м- 9%.
2. Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес 1018; белок, сахар - нет, лейкоциты – 1-2, эпителий – 3-4 в поле зрения, эритроциты, цилиндры – нет, оксалаты - небольшое количество.
3. Биохимическое исследование крови: глюкоза – 4,3 ммоль/л, фибриноген – 3,4 г/л, протромбиновый индекс – 90%, АСТ – 0,48 ммоль/л, АЛТ – 0,56 ммоль/л, холестерин – 4,5 ммоль/л, билирубин общий – 19,0 мкмоль/л, прямой – 4,0 мкмоль/л., непрямой – 15,0 мкмоль/л, амилаза – 5,7 г/л.ч, креатинин – 0,09 ммоль/л, общий белок – 75 г/л, альбумины – 54%, глобулины – 46%: α_1 – 5%, α_2 – 10%, β – 15%, γ – 16%.
4. Копрограмма: светло-желтый, мягкой консистенции, запах – специфический, мышечные волокна – +, нейтральный жир – +, жирные кислоты и мыла - +, крахмал - +, перевариваемая клетчатка - +, соединительная ткань - +, слизь – нет, стеркобилин - +, билирубин – нет.
5. ЭКГ: ритм синусовый, частотой 82 в минуту, электрическая ось расположена горизонтально. Патологических изменений не выявлено.
6. УЗИ: печень нормальных размеров, структура однородная, нормальной эхогенности, протоки не расширены, общий желчный проток 4мм. Желчный пузырь увеличен, растянут, стенка 5мм, уплотнена, в просвете определяется замазкообразная желчь. Поджелудочная железа нормальных размеров, нормальной эхогенности, однородная, проток 2мм.
7. ФГДС: пищевод и кардиальный отдел желудка не изменены. Кардиальный жом смыкается не плотно. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая гиперемирована, в просвете следы желчи. Привратник проходим. Луковица 12-перстной кишки без особенностей, слизистая розового цвета, в просвете небольшое количество желчи.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите синдромы, выделите ведущий синдром.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.

3. Объясните механизм развития боли.
4. Какие еще необходимы методы обследования?
5. Оцените данные общего анализа крови.
6. Оцените данные УЗИ.
7. Оцените данные ФГДС.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА № 12

Больная Ж., 33 лет, жалуется на ноющие боли в эпигастральной области, иррадиирующие в спину, возникают через 30-40 минут после приема жирной пищи и алкоголя, длятся до 3-х часов, проходят самостоятельно, тошноту, отрыжку воздухом, вздутие живота. Стул 2-3 раза в день, кашицеобразный, с жирным блеском, зловонный, плохо смывается с унитаза.

Считает себя больной около 1 года, когда постепенно появилась вышеперечисленная симптоматика; за медицинской помощью не обращалась, самостоятельно не лечилась. В течение последнего месяца начала соблюдать диету (исключила прием алкоголя и жирной жареной пищи), принимала ношпу, отметила незначительное улучшение самочувствия – уменьшились боли в животе, сохраняется тяжесть в животе после еды, отрыжка воздухом, вздутие живота, неустойчивый стул.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ. Профессиональный анамнез: официантка в ресторане, питается регулярно, часто погрешности в диете. Вредные привычки: курит в течение 7 лет 1 пачка сигарет в день, употребляет крепкие алкогольные напитки. Наследственность: у матери сахарный диабет 2 типа, отец - ИБС. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: сознание ясное, положение активное. Астеник. ИМТ 17 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, влажные, чистые. Подкожно жировая клетчатка практически отсутствует, распределена равномерно. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. ЧД 18 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 88 в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 100/70 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, шумов нет, ЧСС 88 в мин. Язык влажный, у корня обложен бело-желтым налетом, сосочковый слой хорошо выражен. Живот правильной формы, подвздут, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При пальпации мягкий, незначительно болезненный в правом подреберье, перитонеальные симптомы отрицательные. Симптом флюктуации отрицательный. При перкуссии над всеми отделами

тимпанический звук. Аускультативно над всеми отделами выслушиваются шумы перистальтики. При глубокой пальпации пальпируются все отделы толстого кишечника, безболезненны. Тонкий кишечник не пальпируется, область пальпации безболезненна. Печень не пальпируется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 8 х 7 х 6см. Пузырные симптомы отрицательные. Селезенка пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 6 х 4см. Поджелудочная железа не пальпируется, область пальпации болезненна. Поясничная область при осмотре не изменена, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.

Данные дополнительных методов исследования:

1. Общий анализ крови: эритроциты – $3,8 \times 10^{12}/л$, Hb – 135 г/л., ЦП – 1,0, СОЭ – 9 мм/ч, тромбоциты – $340 \times 10^9/л$, лейкоциты – $7,0 \times 10^9/л$: э- 3%, п- 2%, с- 58%, лф- 28%, м- 9%.
2. Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес 1018; белок, сахар - нет, лейкоциты – 1-2, эпителий – 3-4 в поле зрения, эритроциты, цилиндры – нет, оксалаты - небольшое количество.
3. Биохимическое исследование крови: глюкоза – 8,3 ммоль/л, фибриноген – 2,4 г/л, протромбиновый индекс – 89%, АСТ – 0,58 ммоль/л, АЛТ – 0,66 ммоль/л, холестерин – 3,5 ммоль/л, билирубин общий – 9,0 мкмоль/л, прямой – 2,0 мкмоль/л., непрямой – 7,0 мкмоль/л, амилаза – 20,7 г/л·ч, креатинин – 0,07 ммоль/л, общий белок – 75 г/л, альбумины – 54%, глобулины – 46%: α_1 – 5%, α_2 – 10%, β – 15%, γ – 16%.
4. Копрограмма: светло-желтый, мягкой консистенции, запах – зловонный, мышечные волокна – +++, нейтральный жир – +++, жирные кислоты - +++, мыла - +, крахмал - +++, перевариваемая клетчатка - +, соединительная ткань - +, слизь – нет, стеркобилин - +, билирубин – нет.
5. ЭКГ: ритм синусовый, частотой 88 в минуту, электрическая ось расположена горизонтально. Патологических изменений не выявлено.
6. УЗИ: печень нормальных размеров, структура однородная, нормальной эхогенности, протоки не расширены, общий желчный проток 4 мм. Желчный пузырь без особенностей, стенка 2мм, просвет свободный. Поджелудочная железа увеличена в размерах, повышенной эхогенности, неоднородная, проток 3мм, в паренхиме определяется несколько мелких конкрементов.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите синдромы, выделите ведущий синдром.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм нарушения стула.
4. Какие еще изменения будут выявлены при пальпации поджелудочной железы?
5. Оцените данные биохимического анализа крови.
6. Оцените данные УЗИ.
7. Оцените данные копрограммы.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА № 13

Больная Г., 43 лет, обратилась к врачу с жалобами на постоянные ноющие боли в верхней половине живота, иррадиирующие в спину, усиливаются после погрешностей в диете, снижение веса на 6 кг за 1,5 года, жажду, употребляет до 4 литров жидкости в сутки, зуд в области наружных половых органов. Стул 2-3 раза в день, кашицеобразный, с жирным блеском, зловонный, плохо смывается с унитаза. Много мочи, особенно ночью.

Считает себя больной около 1 года, когда после холецистэктомии по поводу калькулезного холецистита стали беспокоить боли в верхней половине живота после приема жирной пищи. Самостоятельно принимала спазмолитики с положительным эффектом. Ухудшение самочувствия около года, постепенно присоединились жажда, зуд наружных половых органов, кашицеобразный стул.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ. Профессиональный анамнез: учитель, питается регулярно, часто погрешности в диете. Вредные привычки отрицает. Наследственность: у мамы сахарный диабет 2-го типа, отец - здоров. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: общее состояние ближе к удовлетворительному, сознание ясное, положение активное. Нормостеник. ИМТ 25 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, влажные, на передней брюшной стенке несколько капелек Тужилина. Подкожно жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. Частота дыхания 16 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 73 в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/70 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, шумов нет, ЧСС 72 в мин. Язык влажный, у корня обложен белым налетом, сосочковый слой хорошо выражен. Живот правильной формы, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При пальпации мягкий, незначительно болезненный в эпигастрии, перитонеальные симптомы отрицательные. Симптом флюктуации отрицательный. При перкуссии над всеми отделами тимпанический звук. Аускультативно над всеми отделами выслушиваются шумы перистальтики. При глубокой пальпации пальпируются все отделы толстого кишечника, безболезненны. Тонкий кишечник не пальпируется, область пальпации безболезненна. Печень не пальпируется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 10 x 8 x 6 см. Селезенка пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 6 x 4 см. Поджелудочная железа не пальпируется, область пальпации болезненна. Поясничная область при осмотре не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.

Данные дополнительных методов исследования:

1. Общий анализ крови: эритроциты – $3,4 \times 10^{12}/л$, Hb – 130 г/л., ЦП – 1,0, СОЭ – 7 мм/ч, тромбоциты – $350 \times 10^9/л$, лейкоциты – $7,0 \times 10^9/л$: э- 3%, п- 2%, с- 58%, лф- 28%, м- 9%.
2. Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес 1018; белок, сахар - нет, лейкоциты – 1-2, эпителий – 3-4 в поле зрения, эритроциты, цилиндры – нет, оксалаты - небольшое количество.
3. Биохимическое исследование крови: глюкоза натощак – 9,1 ммоль/л, фибриноген – 3,0 г/л, протромбиновый индекс – 85%, АСТ – 0,48 ммоль/л, АЛТ – 0,67 ммоль/л, холестерин – 4,5 ммоль/л, билирубин общий – 9,0 мкмоль/л, прямой – 2,0 мкмоль/л., непрямой – 7,0 мкмоль/л, амилаза – 8,7 г/л·ч, креатинин – 0,06 ммоль/л, общий белок – 76 г/л, альбумины – 54%, глобулины – 46%: α_1 – 5%, α_2 – 10%, β – 15%, γ – 16%.
4. Копрограмма: светло-желтый, мягкой консистенции, запах – зловонный, мышечные волокна – +++, нейтральный жир – +++++, жирные кислоты - +++, мыла - +, крахмал - +++++, перевариваемая клетчатка - +, соединительная ткань - +, слизь – нет, стеркобилин - +, билирубин – нет.
5. ЭКГ: ритм синусовый, частотой 88 в минуту, электрическая ось расположена горизонтально. Патологических изменений не выявлено.
6. УЗИ: печень нормальных размеров, структура однородная, нормальной эхогенности, протоки не расширены, общий желчный проток 4мм. Желчный пузырь удален. Поджелудочная железа нормальных размеров, повышенной эхогенности, неоднородная, проток 2мм.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите синдромы, выделите ведущий синдром.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. О чем свидетельствует наличие капелек Тужилина.
4. Какие еще изменения будут выявлены при пальпации в проекции поджелудочной железы?
5. Оцените данные биохимического анализа крови. Какие исследования необходимы еще?
6. Оцените данные УЗИ.
7. Оцените данные копрограммы.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА № 14

Больной К., 33 лет, обратился к врачу с жалобами на выраженную слабость, утомляемость, снижение трудоспособности. Стул ежедневно, оформленный, коричневого цвета, без патологических примесей. Мочеиспускание 3-4 раза в день, безболезненное.

Считает себя больным около года, когда без видимой причины появились вышеперечисленные жалобы, постепенно нарастали, что заставило обратиться к врачу. Ранее не обследовался, не лечился.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ. Профессиональный анамнез: стоматолог. Вредные привычки отрицает. Наследственность не отягощена. Туберкулез, вирусные гепатиты отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: общее состояние ближе к удовлетворительному, сознание ясное, положение активное. Нормостеник. Рост 178 см, вес 74 кг. Кожные покровы и видимые слизистые с иктеричным оттенком, сухие, пальмарная эритема, на коже груди единичные телеангиэктазии диаметром до 5 мм. Подкожно жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. Частота дыхания 16 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 68 в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/80 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, шумов нет, ЧСС 70 в мин. Язык влажный, у корня обложен белым налетом, сосочковый слой хорошо выражен. Живот правильной формы, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При пальпации мягкий, незначительно болезненный в правом подреберье, перитонеальные симптомы отрицательные. Симптом флюктуации отрицательный. При перкуссии над всеми отделами тимпанический звук. Аускультативно над всеми отделами выслушиваются шумы перистальтики. При глубокой пальпации пальпируются все отделы толстого кишечника, безболезненны, эластичной консистенции. Тонкий кишечник не пальпируется, область пальпации безболезненна. Печень пальпируется на 3 см ниже реберной дуги по средне-ключичной линии, при пальпации поверхность ровная умеренно болезненна, край закруглен, ровный, размеры по Курлову 15 x 11 x 8 см. Селезенка пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 6 x 4 см. Поджелудочная железа не пальпируется, область пальпации болезненна. Поясничная область при осмотре не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.

Данные дополнительных методов исследования:

1. Общий анализ крови: эритроциты – $2,9 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb – 115 г/л., СОЭ – 30 мм/ч, тромбоциты – $350 \times 10^9/\text{л}$, лейкоциты – $8,8 \times 10^9/\text{л}$: э- 3%, п- 2%, с- 58%, лф- 28%, м- 9%.
2. Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес 1021; белок, сахар - нет, лейкоциты – 1-2, эпителий – 3-4 в поле зрения, эритроциты, цилиндры – нет, оксалаты - небольшое количество.
3. Биохимическое исследование крови: глюкоза – 5,1 ммоль/л, фибриноген – 3,0 г/л, протромбиновый индекс – 85%, АСТ – 1,48 ммоль/л, АЛТ – 1,67 ммоль/л, холестерин – 4,5 ммоль/л, билирубин общий – 49,0 мкмоль/л, прямой – 12,0 мкмоль/л., непрямой – 37,0 мкмоль/л, амилаза – 8,7 г/л·ч, креатинин – 0,06 ммоль/л, общий белок – 76 г/л, альбумины – 54%, глобулины – 46%: α_1 – 5%, α_2 – 10%, β – 15%, γ – 16%.
4. Копрограмма: коричневый, мягкой консистенции, запах – специфический, мышечные волокна – +, нейтральный жир – +, жирные кислоты - +, мыла - +, крахмал - +, перевариваемая клетчатка - +, соединительная ткань - +, слизь – нет, стеркобилин - +, билирубин – нет.
5. Кровь на вирусы гепатита: определяется анти-НСV.
6. ЭКГ: ритм синусовый, частотой 88 в минуту, электрическая ось расположена горизонтально. Патологических изменений не выявлено.
7. УЗИ: печень умеренно увеличена, структура однородная, повышенной эхогенности, протоки не расширены, общий желчный проток 4 мм. Желчный пузырь нормальных размеров, стенка 2 мм, просвет свободен. Поджелудочная железа нормальных размеров, средней эхогенности, однородная, проток 2мм.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите синдромы, выделите ведущий синдром.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. О чем свидетельствует наличие пальмарной эритемы и телеангиэктазий.
4. Укажите основной серологический признак, позволяющий подтвердить диагноз.
5. Оцените данные биохимического анализа крови.
6. Оцените данные УЗИ.
7. Оцените данные копрограммы.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА № 15

Больная З., 43 лет, жалуется на интенсивный зуд кожи преимущественно в вечернее время, незначительное увеличение живота в размерах, чувство тяжести в правом подреберье, выраженную слабость, утомляемость, снижение трудоспособности. Физиологические отправления в норме.

Считает себя больной около 3 лет, когда впервые появились слабость и зуд кистей и стоп в ночное время, по поводу которого длительное время лечилась у дерматолога без эффекта. Постепенно присоединилась тяжесть в правом подреберье, увеличился живот, усилилась слабость, зуд стал более интенсивным и распространенным. В связи с прогрессирующим ухудшением состояния обратилась в поликлинику по месту жительства. Участковым врачом направлена на госпитализацию для обследования и подбора терапии.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ. Профессиональный анамнез: бухгалтер, профессиональные вредности отрицает. Диету соблюдает. Вредные привычки отрицает. Наследственность: у матери – ИБС, у отца - ХОБЛ. Туберкулез, вирусные гепатиты отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Нормостеник. Кожные покровы и видимые слизистые желтого цвета, сухие, на спине, животе, предплечьях и голени следы расчесов. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. ЧД 16 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 78 в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/80 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, шумов нет, ЧСС 78 в мин. Язык влажный, у корня обложен белым налетом, сосочковый слой хорошо выражен. Живот правильной формы, равномерно увеличен, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При пальпации мягкий, незначительно болезненный в правом подреберье, перитонеальные симптомы отрицательные. Симптом флюктуации положительный. При перкуссии над всеми отделами тупой звук. Аускультативно над всеми отделами выслушиваются шумы перистальтики. При глубокой пальпации пропальпировать отделы толстого кишечника не удастся, область пальпации безболезненна. Тонкий кишечник не пальпируется, область пальпации безболезненна. Печень пальпируется на 3см ниже реберной дуги по средне-ключичной линии, при пальпации умеренно болезненна, плотная, край острый, размеры по Курлову 12 x 10 x 9см. Селезенка пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 6 x 4см. Поджелудочная железа не пальпируется, область

пальпации болезненна. Поясничная область при осмотре не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: эритроциты – $3,7 \times 10^{12}/л$, Hb – 130 г/л, СОЭ – 32 мм/ч, тромбоциты – $250 \times 10^9/л$, лейкоциты – $7,8 \times 10^9/л$: э- 3%, п- 2%, с- 58%, лф- 28%, м- 9%.
2. ОАМ: светло-желтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес 1017; белок, сахар - нет, лейкоциты – 1-2, эпителий – 3 в поле зрения, эритроциты, цилиндры – нет, оксалаты - небольшое количество.
3. Биохимическое исследование крови: глюкоза – 4,1 ммоль/л, фибриноген – 2,0 г/л, протромбиновый индекс – 75%, АСТ – 2,48 ммоль/л, АЛТ – 3,67 ммоль/л, холестерин – 8,5 ммоль/л, билирубин общий – 149,0 мкмоль/л, прямой – 112,0 мкмоль/л, непрямой – 37,0 мкмоль/л, амилаза – 6,7 г/л·ч, креатинин – 0,06 ммоль/л, общий белок – 56 г/л, альбумины – 44%, глобулины – 56%: α_1 – 5%, α_2 – 15%, β – 15%, γ – 21%, ГГТП – 460 ЕД/л.
4. Копрограмма: коричневый, мягкой консистенции, запах – специфический, мышечные волокна – +, нейтральный жир – +, жирные кислоты - +, мыла - +, крахмал - +, перевариваемая клетчатка - +, соединительная ткань - +, слизь – нет, стеркобилин - +, билирубин – нет.
5. Маркеры вирусных гепатитов не обнаружены.
6. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 78 в минуту, эл. ось расположена горизонтально. Диффузно-дистрофические изменения миокарда левого желудочка
7. УЗИ: печень увеличена в размерах, структура неоднородная, повышенной эхогенности, протоки не расширены, общий желчный проток 4 мм. Желчный пузырь нормальных размеров, стенка 2мм, просвет свободен. Поджелудочная железа нормальных размеров, средней эхогенности, однородная, проток 2 мм. Умеренное расширение воротной вены. Селезенка умеренно увеличена в размерах, структура однородная. В брюшной полости определяется небольшое количество свободной жидкости.
8. ФГДС: в пищеводе определяются варикозно расширенные вены. Кардиальный жом смыкается плотно. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая бледно-розового цвета, складки обычных размеров. Привратник проходим. Луковица 12-перстной кишки без особенностей, слизистая розового цвета, в просвете небольшое количество желчи.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите синдромы, выделите ведущий синдром.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм кожного зуда.
4. Какие методы обследования необходимы для верификации предполагаемого диагноза.
5. Оцените данные биохимического анализа крови.
6. Оцените данные УЗИ.
7. Оцените данные копрограммы.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА № 16

Больная А., 25 лет, обратилась к врачу с жалобами на давящие, сжимающие боли в эпигастриальной области, часто ночью, проходят после еды через 15-20 минут, сопровождаются повышенным слюноотделением; периодически изжогу, кислый вкус во рту, отрыжку кислым, рвоту на высоте болей, приносящую облегчение. Стул один раз в два – три дня, оформленный, коричневого цвета, без патологических примесей.

Считает себя больной около 3 лет, когда впервые во время сдачи экзаменов появились боли в эпигастрии в ночное время, изжога после приема любой пищи. За медицинской помощью не обращалась, изжогу купировала приемом соды. С этого времени весной и осенью подобные обострения, не обследовалась, не лечилась. Около года назад присоединились повышенное слюноотделение, кислый вкус во рту, отрыжка кислым, периодически рвота. 3 дня назад, после употребления алкоголя возобновились боли, изжога, кислый вкус во рту. Принимала соду, ношпу без эффекта. Сегодня присоединилась рвота, вызвала скорую помощь, доставлена в сан. пропускник.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ. Профессиональный анамнез: работает экономистом, часто не регулярный прием пищи и еда всухомятку. Вредные привычки отрицает. Наследственность: мать здорова, у отца – язвенная болезнь желудка. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы телесного цвета, нормальной влажности, чистые. Подкожно жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. ИМТ 20,4 кг/м². Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. Частота дыхания 18 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 68 в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/80 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, шумов нет, ЧСС 68 в мин. Язык влажный, чистый, сосочковый слой хорошо выражен. Живот правильной формы, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии, перитонеальные симптомы отрицательные. Симптом флюктуации отрицательный. При перкуссии над всеми отделами тимпанический звук. Аускультативно над всеми отделами выслушиваются шумы перистальтики. При глубокой пальпации определяется болезненность в пилородуоденальной области, пальпируются все отделы толстого кишечника, безболезненны. Тонкий кишечник не пальпируется, область пальпации безболезненна. Печень не пальпируется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 9 x 8 x 7 см. Пузырные симптомы отрицательные.

Селезенка пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 6 х 4 см. поджелудочная железа не пальпируется, область пальпации безболезненна. Поясничная область при осмотре не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.

Данные дополнительных методов исследования:

1. Общий анализ крови: эритроциты – $4,3 \times 10^{12}/л$, Hb – 135 г/л., ЦП – 1,0, СОЭ – 8 мм/ч, тромбоциты – $320 \times 10^9/л$, лейкоциты – $4,3 \times 10^9/л$: э- 3%, п- 4%, с- 51%, лф- 32%, м- 10%.
2. Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, pH кислая, удельный вес 1016; белок, сахар - нет, лейкоциты – 1-2, эпителий – 3-4 в поле зрения, эритроциты, цилиндры – нет, оксалаты - небольшое количество.
3. Биохимическое исследование крови: глюкоза – 4,3 ммоль/л, фибриноген – 2,4 г/л, протромбиновый индекс – 90%, АСТ – 0,38 ммоль/л, АЛТ – 0,36 ммоль/л, холестерин – 3,5 ммоль/л, билирубин общий – 19,0 мкмоль/л, прямой – 4,0 мкмоль/л., непрямой – 15,0 мкмоль/л, амилаза – 5,7 г/л·ч, креатинин – 0,07 ммоль/л, общий белок – 75 г/л, альбумины – 54%, глобулины – 46%: α_1 – 5%, α_2 – 10%, β – 15%, γ – 16%.
4. Копрограмма: коричневый, мягкой консистенции, запах – специфический, мышечные волокна – ++, нейтральный жир – +, жирные кислоты и мыла - +, крахмал - +, перевариваемая клетчатка - ++, соединительная ткань - ++, слизь – нет, стеркобилин - +, билирубин – нет.
5. ЭКГ: ритм синусовый, частотой 72 в минуту, электрическая ось расположена горизонтально. Патологических изменений не выявлено.
6. ФГДС:



ЗАДАНИЕ:

1. Выделите синдромы, выделите ведущий синдром.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм изжоги.
4. Объясните механизм боли.
5. Что будет выявлено при исследовании желудка?
6. Оцените данные копрограммы.
7. Оцените данные ФГДС.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА № 17

Больная К., 45 лет, обратилась к врачу с жалобами на давящие, сжимающие боли в эпигастральной области, возникают после еды через 15-20 минут, иррадиируют в левую половину грудной клетки, длятся 40-50 минут, проходят самостоятельно или после приема но-шпы. Чувство тяжести и распирания в эпигастрии после употребления небольшого количества пищи, отрыжку съеденной пищей, подташнивание, слабость, недомогание. Стул ежедневно, один раз в день, оформленный, коричневого цвета, без патологических примесей.

Считает себя больной около года, когда впервые без видимой причины появилась давящая боль в эпигастрии после еды. За медицинской помощью не обращалась, самостоятельно принимала но-шпу, альмагель. Боли прошли, чувствовала себя удовлетворительно. Около месяца назад появилось чувство быстрого насыщения, тяжесть после еды, принимала но-шпу, без эффекта. Неделью назад возобновились боли в эпигастрии с иррадиацией в левую половину грудной клетки. Постепенно присоединилась отрыжка пищей, подташнивание.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, аппендэктомия в детстве. Профессиональный анамнез: продавец, питается регулярно. Вредные привычки отрицает. Наследственность не отягощена. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы телесные, нормальной влажности, чистые. Подкожно жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не определяются, область пальпации безболезненна. Тонус и сила мышц в норме, одинаковые с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. Частота дыхания 18 в минуту. Перкуторно над всеми отделами легких определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 68 в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/80 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, шумов нет, ЧСС 68 в мин. Язык влажный, чистый, сосочковый слой хорошо выражен. Живот правильной формы, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При поверхностной пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии, перитонеальные симптомы отрицательные. При глубокой пальпации все отделы толстого кишечника с гладкой поверхностью, эластичные, безболезненны. Методом аускульто-аффрикации нижняя граница желудка на 2 см выше пупка, при пальпации тела желудка и большой кривизны определяется болезненность. Печень не пальпируется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 9 x 8 x 7 x см. Селезенка пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 7 x 5 см. поджелудочная железа не пальпируется, область

пальпации безболезненна. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.

Данные дополнительных методов исследования:

1. Общий анализ крови: эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$, Hb – 125 г/л., ЦП – 1,0, СОЭ – 8 мм/ч, тромбоциты – $300 \times 10^9/л$, лейкоциты – $5,3 \times 10^9/л$: э- 3%, п- 4%, с- 51%, лф- 32%, м- 10%.
2. Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, pH щелочная, удельный вес 1012; белок, сахар - нет, лейкоциты – 1-2, эпителий – 3-4 в поле зрения, эритроциты, цилиндры – нет, оксалаты - небольшое количество.
3. Биохимическое исследование крови: глюкоза – 4,6 ммоль/л, фибриноген – 3,4 г/л, протромбиновый индекс – 92%, АСТ – 0,28 ммоль/л, АЛТ – 0,32 ммоль/л, холестерин – 3,3 ммоль/л, билирубин общий – 19,0 мкмоль/л, прямой – 4,0 мкмоль/л., не прямой – 15,0 мкмоль/л, амилаза – 6,7 г/л·ч, креатинин – 0,08 ммоль/л, общий белок – 73 г/л, альбумины – 54%, глобулины – 46%: α_1 – 5%, α_2 – 10%, β – 15%, γ – 16%.
4. Копрограмма: коричневый, мягкой консистенции, запах – специфический, мышечные волокна – +++++, нейтральный жир – +, жирные кислоты и мыла – +, крахмал – +, перевариваемая клетчатка – ++, соединительная ткань – ++, слизь – нет, стеркобилин – +, билирубин – нет.
5. ЭКГ: ритм синусовый, частотой 72 в минуту, электрическая ось расположена горизонтально. Патологических изменений не выявлено.
6. ФГДС: пищевод и кардиальный отдел желудка не изменены. Кардиальный жом смыкается плотно. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая гиперимирована, в области малой кривизны желудка определяется язвенный дефект 1,0x0,5 см, дно прикрыто фибрином. Привратник проходим. Луковица 12-перстной кишки без особенностей, слизистая розового цвета, в просвете небольшое количество желчи.
7. Рентгенография желудка:



ЗАДАНИЕ:

1. Выделите синдромы, выделите ведущий синдром.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм развития диспепсических явлений.
4. Объясните механизм креатореи.
5. Что будет выявлено при исследовании желчного пузыря?
6. Оцените данные копрограммы.
7. Оцените данные рентгенографии желудка.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА № 18

Больной П., 25 лет, обратился к врачу с жалобами на давящие, сжимающие боли в эпигастральной области, часто ночью, без иррадиации, проходят после еды через 15-20 минут, периодически чувство тяжести и распирания в эпигастрии после еды, отрыжку тухлым, рвоту съеденной пищей накануне, после которой проходят вышеперечисленные жалобы. Слабость, недомогание, головокружение при ходьбе, сухость и шелушение кожи. Запоры до 4 дней, стул самостоятельный, оформленный, коричневого цвета, без патологических примесей.

Считает себя больным с 18 лет, когда впервые во время службы в армии появились боли в подложечной области в ночное время и днем, купировались приемом пищи. За медицинской помощью не обращался. С этого времени весной и осенью подобные обострения, не обследовался, не лечился, боли проходили самостоятельно через 15-20 дней. 3 года назад, после употребления алкоголя возникла острая «кинжальная» боль в животе, потеря сознания. Скорой помощью доставлен в больницу. При обследовании выявлена язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная перфорацией. Произведено ушивание язвенного дефекта. После выписки чувствовал себя удовлетворительно. Ухудшение самочувствия около двух месяцев. Появилась тяжесть в эпигастрии после еды, отрыжка тухлым, слабость, недомогание. Лечился самостоятельно, принимал панкреатин с незначительной положительной динамикой. Постепенно присоединились запоры, сухость кожи. Два дня назад впервые возникла рвота съеденной накануне пищей, после чего самочувствие улучшилось. Сегодня возникла боль давящего характера в эпигастрии, однократно рвота застойным содержимым. Вызвал скорую помощь, доставлен в приемное отделение.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ, пиелонефрит. Профессиональный анамнез: безработный, ранее работал грузчиком. Питается не регулярно, диету не соблюдает. Вредные привычки: курит в течение 10 лет по 1 пачке сигарет в день, часто употребляет крепкие алкогольные напитки. Наследственность не отягощена. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Астеник, пониженного питания. Кожные покровы бледные, сухие, чистые, тургор и эластичность резко снижены. Подкожно жировая клетчатка практически отсутствует, распределена равномерно. Отеки до середины голеней с обеих сторон. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковые с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. Частота дыхания 18 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, частотой 88 в мин., удовлетворительных качеств. АД 100/70 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, соотношение тонов

сохранено, шумов нет, ЧСС 88 в мин. Язык влажный, обложен белым налетом, сосочковый слой хорошо выражен. Живот правильной формы, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии, перитонеальные симптомы отрицательные. При глубокой пальпации определяются все отделы толстого кишечника, с гладкой поверхностью, эластичной консистенции, безболезненны. Методом аускультации нижняя граница желудка определяется на уровне подвздошных остей. Печень не пальпируется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 9х8х7 см. Селезенка пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненна. Поджелудочная железа не пальпируется, область пальпации безболезненна. Визуально поясничная область не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: эритроциты – $3,3 \times 10^{12}/л$, Hb – 105 г/л., ЦП – 1,0, СОЭ – 28 мм/ч, тромбоциты – $320 \times 10^9/л$, лейкоциты – $4,3 \times 10^9/л$: э- 3%, п- 4%, с- 51%, лф- 32%, м- 10%.
2. ОАМ: светло-желтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес 1016; белок – 0,066 г/л, сахар – нет, лейкоциты – 1-2, эпителий – 3-4 в поле зрения, эритроциты, цилиндры – нет, оксалаты – небольшое количество.
3. Биохимическое исследование крови: глюкоза – 3,3 ммоль/л, фибриноген – 2,4 г/л, протромбиновый индекс – 60%, АСТ – 0,38 ммоль/л, АЛТ – 0,36 ммоль/л, холестерин – 3,5 ммоль/л, билирубин общий – 19,0 мкмоль/л, прямой – 4,0 мкмоль/л., не прямой – 15,0 мкмоль/л, амилаза – 5,7 г/л·ч, креатинин – 0,07 ммоль/л, общий белок – 55 г/л, альбумины – 44%, глобулины – 56%: α_1 – 5%, α_2 – 10%, β – 15%, γ – 16%.
4. Копрограмма: коричневый, мягкой консистенции, запах – специфический, мышечные волокна – ++, нейтральный жир – +, жирные кислоты и мыла – +, крахмал – +, перевариваемая клетчатка – ++, соединительная ткань – ++, слизь – нет, стеркобилин – +, билирубин – нет.
5. ЭКГ: ритм синусовый, частотой 92 в минуту, электрическая ось расположена горизонтально. Патологических изменений не выявлено.
6. Рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки: нарушение эвакуации содержимого желудка, гипотония и перерастяжение желудка.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите синдромы, выделите ведущий синдром.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм развития рвоты у данного больного.
4. Объясните изменения желудка при пальпации у данного больного.
5. Что будет выявлено при исследовании желудка.
6. Оцените данные копрограммы.
7. Оцените данные общего анализа крови.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА № 19

Больная Р., 65 лет, обратилась к врачу с жалобами на давящие боли в эпигастриальной области, которые возникают после еды через 15-20 минут, постепенно нарастающие с иррадиацией в спину, отрыжку воздухом, рвоту, не приносящую облегчение.

Считает себя больной около 13 лет, когда впервые возникли давящие боли в эпигастрии после еды через 15-20 минут, без иррадиации. Обратилась в поликлинику, при обследовании по ФГДС выявлена язвенная болезнь желудка. Проведено лечение: омез 20мг х 2 раза в день, вентер 1,0 х 4 раза в день, панкреатин 2 таблетки 3 раза в день во время еды. Боль купирована, язвенный дефект зарубцевался. С этого времени весной и осенью подобная симптоматика, лечилась амбулаторно по поводу обострения язвенной болезни желудка (омез, вентер, панкреатин). В периоды между обострениями чувствовала себя удовлетворительно. Неделью назад вновь появилась давящая боль в эпигастрии после еды, не лечилась, так как находилась за городом. Постепенно боль усилилась, стала более длительной, присоединилась иррадиация в спину, отрыжка воздухом. Три дня назад возникла рвота, съеденной пищей, не приносящая облегчение. До настоящего времени сохраняются вышеперечисленные жалобы.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ, хр. пиелонефрит, остеохондроз поясничного отдела позвоночника. Профессиональный анамнез: пенсионерка, ранее работала бухгалтером. Питается не регулярно, диету не соблюдает. Вредные привычки отрицает. Наследственность неотягощена. Аллергологический анамнез неотягощен.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы телесные, нормальной влажности, чистые. Подкожно жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. Частота дыхания 18 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 68 в мин., удовлетворительных качеств. АД 130/80 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, шумов нет, ЧСС 68 в мин. Язык влажный, у корня обложен белым налетом, сосочковый слой хорошо выражен. Живот правильной формы, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии, перитонеальные симптомы отрицательные. Все отделы толстого кишечника с гладкой поверхностью, эластичные, безболезненные. Тонкий кишечник не пальпируется, область пальпации безболезненна. При глубокой пальпации определяется болезненность при пальпации тела и большой кривизны желудка. Пальпаторно поджелудочная железа не определяется, болезненность в зоне

Шоффера и Губергрица-Скульского, точках Дежардена и Губергрица. Печень не пальпируется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 10 x 8 x 7 см., пузырьные симптомы отрицательные. Поясничная область внешне не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$, Нб – 125 г/л., ЦП – 1,0, СОЭ – 7 мм/ч, тромбоциты – $220 \times 10^9/л$, лейкоциты – $6,3 \times 10^9/л$: э- 3%, п- 4%, с- 51%, лф- 32%, м- 10%.
2. ОАМ: светло-желтая, прозрачная, рН щелочная, удельный вес 1015; белок, сахар - нет, лейкоциты – 1-2, эпителий – 3-4 в поле зрения, эритроциты, цилиндры – нет, оксалаты - небольшое количество.
3. Биохимическое исследование крови: глюкоза – 4,3 ммоль/л, фибриноген – 3,4 г/л, протромбиновый индекс – 87%, АСТ – 0,39 ммоль/л, АЛТ – 0,34 ммоль/л, холестерин – 4,5 ммоль/л, билирубин общий – 19,0 мкмоль/л, прямой – 4,0 мкмоль/л., непрямой – 15,0 мкмоль/л, амилаза – 24 г/л·ч, креатинин – 0,06 ммоль/л, общий белок – 72 г/л, альбумины – 54%, глобулины – 46%: α_1 – 5%, α_2 – 10%, β – 15%, γ – 16%.
4. Копрограмма: коричневый, мягкой консистенции, запах – специфический, мышечные волокна – +++, нейтральный жир – +++, жирные кислоты и мыла - +, крахмал - +++, перевариваемая клетчатка - ++, соединительная ткань - ++, слизь – нет, стеркобилин - +, билирубин – нет.
5. ЭКГ: ритм синусовый, частотой 72 в минуту, электрическая ось расположена горизонтально. Патологических изменений не выявлено.
6. ФГДС: пищевод и кардиальный отдел желудка без особенностей. Желудок



обычной формы и размеров. Слизистая розовая, с участками гиперемии, на задней стенке определяется глубокий язвенный дефект 1,5x2,0см, дно бугристое, ярко красного цвета, складки хорошо выражены. Луковица 12-перстной кишки без особенностей.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите синдромы, выделите ведущий синдром.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм развития боли.
4. Объясните механизм развития креатореи, стеатореи, амилиреи.
5. Что определяется при ФГДС?
6. Оцените данные копрограммы.
7. Оцените данные биохимического анализа крови.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА № 20

Больной Ж., 35 лет, обратился к врачу с жалобами на давящие, сжимающие боли в эпигастральной области, часто ночью, проходят после еды через 15-20 минут, сопровождаются повышенным слюноотделением; периодически изжогу, кислый вкус во рту, отрыжку кислым, рвоту «кофейной гущей», черный дегтеобразный стул до 3 раз в день.

Считает себя больным около месяца, когда впервые после употребления алкоголя возникли боли в эпигастрии, изжога, отрыжка кислым. За медицинской помощью не обращался, изжогу купировал приемом соды. Самочувствие постепенно нормализовалось. 3 дня назад, после употребления алкоголя возобновились боли, изжога, кислый вкус во рту, вчера присоединилась рвота «кофейной гущей» до 4 раз в день, сегодня стул черного цвета. Вызвал бригаду скорой помощи, доставлен в приемное отделение.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ, хронический бронхит курильщика. Профессиональный анамнез: работает водителем. Питается не регулярно, диету не соблюдает. Вредные привычки: курит в течение 15 лет по 1 пачке сигарет в день, часто употребляет крепкие алкогольные напитки. Наследственность не отягощена. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, повышенной влажности, чистые. Подкожно жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. Частота дыхания 22 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, частотой 100 в мин., слабого наполнения и напряжения. АД 120/60 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, шумов нет, ЧСС 120 в мин. Язык суховат, у корня обложен белым налетом, сосочковый слой хорошо выражен. Живот правильной формы, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии, перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтика слабая. Все отделы толстого кишечника с гладкой поверхностью, эластичные, безболезненные. Тонкий кишечник не пальпируется, область пальпации безболезненна. При глубокой пальпации определяется болезненность в пилорoduоденальной области. Печень не пальпируется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 8 x 8 x 7 см, пузырьные симптомы отрицательные. Селезенка пальпаторно не определяется. Поджелудочная железа пальпаторно не определяется, пальпация точек и зон поджелудочной железы безболезненная. Поясничная область при

осмотре не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: эритроциты – $2,3 \times 10^{12}/\text{л}$, Нб – 95 г/л., ЦП – 1,0, СОЭ – 28 мм/ч, тромбоциты – $320 \times 10^9/\text{л}$, лейкоциты – $4,3 \times 10^9/\text{л}$: э- 3%, п- 4%, с- 51%, лф- 32%, м- 10%.
2. ОАМ: светло-желтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес 1016; белок, сахар - нет, лейкоциты – 1-2, эпителий – 3-4 в поле зрения, эритроциты, цилиндры – нет, оксалаты - небольшое количество.
3. Биохимическое исследование крови: глюкоза – 4,3 ммоль/л, фибриноген – 2,4 г/л, протромбиновый индекс – 90%, АСТ – 0,38 ммоль/л, АЛТ – 0,36 ммоль/л, холестерин – 3,5 ммоль/л, билирубин общий – 19,0 мкмоль/л, прямой – 4,0 мкмоль/л., не прямой – 15,0 мкмоль/л, амилаза – 5,7 г/л·ч, креатинин – 0,07 ммоль/л, общий белок – 75 г/л, альбумины – 54%, глобулины – 46%: α_1 – 5%, α_2 – 10%, β – 15%, γ – 16%.
4. ЭКГ: ритм синусовый, частотой 102 в минуту, электрическая ось расположена горизонтально. Диффузно-дистрофические изменения миокарда левого желудочка.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите синдромы, выделите ведущий синдром.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм появления «рвоты кофейной гущей».
4. Объясните механизм появления дегтеобразного стула.
5. Что будет выявлено при пальпации области желудка?
6. Оцените данные биохимического анализа крови.
7. Оцените данные общего анализа крови.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА № 21

Больная А., 45 лет, обратилась к врачу с жалобами на давящие, боли в эпигастриальной области, периодически опоясывающие, возникают через 30-40 минут после употребления жирной и жареной пищи, уменьшаются после приема но-шпы через 30-40 минут, сопровождаются вздутием живота; периодически изжогу, рвоту, не приносящую облегчения, отрыжку воздухом; стул 3-4 раза в день, зловонный, мазевидный, с капельками жира, плохо смывается с унитаза.

Считает себя больной около 5 лет, когда после погрешности в диете (употребление алкоголя, большого количества пищи) стали возникать боли в левом подреберье, проходили самостоятельно в течение 1-2 дней. За медицинской помощью не обращалась, самостоятельно не лечилась. Около года назад боли стали опоясывающими, возникают после приема небольшого количества жирной, жареной и копченой пищи, присоединились поносы до 4

раз в день, вздутие живота. Самостоятельно принимала ношпу, мезим, самочувствие улучшалось. При соблюдении диеты чувствовала себя удовлетворительно. 3 дня назад, после «застолья» возобновились боли, вздутие живота, отрыжка воздухом, тошнота, рвота после приема любой пищи не приносящая облегчения. Принимала ношпу, мезим без эффекта, симптомы сохраняются.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ. Профессиональный анамнез: работает менеджером. Питается не регулярно, диету не соблюдает. Вредные привычки: не курит, алкоголь употребляет редко. Наследственность неотягощена. Аллергологический анамнез неотягощен.

Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розового цвета, нормальной влажности, чистые. Подкожно жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. Частота дыхания 18 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 66 в мин., удовлетворительных качеств. АД 120/80 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, шумов нет, ЧСС 66 в мин. Язык влажный, обложен бело-желтым налетом, сосочковый слой выражен умеренно. Живот правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии, перитонеальные симптомы отрицательные, симптом флюктуации отрицательный. Пальпация толстого кишечника и желудка безболезненная. При глубокой пальпации определяется болезненность в области поджелудочной железы. Печень не пальпируется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 10 x 9 x 7 см., пузырьные симптомы отрицательные. При осмотре поясничная область не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: эритроциты – $4,3 \times 10^{12}/л$, Hb – 135 г/л., ЦП – 1,0, СОЭ – 8 мм/ч, тромбоциты – $320 \times 10^9/л$, лейкоциты – $4,3 \times 10^9/л$: э- 3%, п- 4%, с- 51%, лф- 32%, м- 10%.
2. ОАМ: светло-желтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес 1010; белок, сахар - нет, лейкоциты – 1-2, эпителий – 3-4 в поле зрения, эритроциты, цилиндры – нет, оксалаты - небольшое количество.
3. Биохимическое исследование крови: глюкоза – 4,3 ммоль/л, фибриноген – 2,4 г/л, протромбиновый индекс – 90%, АСТ – 0,38 ммоль/л, АЛТ – 0,36 ммоль/л, холестерин – 3,5 ммоль/л, билирубин общий – 19,0 мкмоль/л, прямой – 4,0 мкмоль/л, непрямой – 15,0 мкмоль/л, амилаза – 15 г/л·ч, креатинин – 0,07 ммоль/л, общий белок – 75 г/л, альбумины – 54%, глобулины – 46%: α_1 – 5%, α_2 – 10%, β – 15%, γ – 16%.

4. Копрограмма: цвет – серовато-белый, консистенция - мажевидная, запах – зловонный, мышечные волокна – +++, нейтральный жир – +++, жирные кислоты и мыла - +, крахмал - ++, перевариваемая клетчатка - ++, соединительная ткань - нет, слизь – нет, стеркобилин - +, билирубин – нет.
5. ЭКГ: ритм синусовый, частотой 72 в минуту, электрическая ось расположена горизонтально. Патологических изменений не выявлено.
6. ФГДС: пищевод и кардиальный отдел желудка без особенностей. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая розовая, с участками атрофии, складки хорошо выражены. Луковица 12-перстной кишки без особенностей.
7. УЗИ: печень нормальных размеров, структура однородная, нормальной эхогенности, протоки не расширены, общий желчный проток 6мм. Желчный пузырь нормальных размеров, стенка 2мм. Поджелудочная железа нормальных размеров, повышенной эхогенности, неоднородная, проток 2мм.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите синдромы, выделите ведущий синдром.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм нарушения стула.
4. Объясните механизм развития болей.
5. Опишите изменения, выявленные при пальпации зон и точек поджелудочной железы.
6. Оцените данные биохимического анализа крови.
7. Оцените данные копрограммы.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА № 22

Больной К., 45 лет, обратился к врачу в связи с жалобами на давящие, боли в эпигастральной области, периодически опоясывающие, возникают через 40 минут после употребления жирной и жареной пищи, уменьшаются самостоятельно через 30-40 минут, но совсем не проходят, сопровождаются вздутием живота; рвоту, не приносящую облегчения, отрыжку воздухом; желтушность кожных покровов и склер, стул 1 раза в день, оформленный, белого цвета, без патологических примесей; мочеиспускание 3-4 раза в день, свободное, безболезненное, моча «цвета пива».

Считает себя больным около года, когда после погрешности в диете (прием алкоголя, жирной и копченой пищи) возникла боль в правом подреберье, желтушность склер. За медицинской помощью не обращался, постепенно симптомы прошли самостоятельно. Около месяца назад боли стали опоясывающими, присоединилось вздутие живота. 3 дня назад, после «застолья» возобновились боли, вздутие живота, отрыжка воздухом, тошнота, рвота после приема любой пищи не приносящая облегчения, коллеги по работе обратили внимание на желтушность кожи и слизистых. Два дня назад стал обесцвеченным кал и моча «цвета пива». Вызвал скорую помощь, доставлен в

инфекционную больницу. Диагноз вирусного гепатита исключен, доставлен в приемное отделение городской больницы для дальнейшего обследования. Вышеперечисленные симптомы сохраняются.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ. Профессиональный анамнез: работает слесарем. Питается не регулярно, диету не соблюдает. Вредные привычки: не курит, алкоголь употребляет редко. Наследственность: у матери – гипертоническая болезнь, у отца – хронический панкреатит. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы и видимые слизистые желтого цвета, нормальной влажности, чистые. Подкожно жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. Частота дыхания 18 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 72 в мин., удовлетворительных качеств. АД 120/80 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, шумов нет, ЧСС 72 в мин. Язык влажный, обложен бело-желтым налетом, сосочковый слой выражен умеренно. Живот правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии, перитонеальные симптомы отрицательные, симптом флюктуации отрицательный. При глубокой пальпации определяется болезненность в области поджелудочной железы. Печень не пальпируется, пальпация безболезненна, размеры по Курлову 9 х 8 х 7см., пузырьные симптомы отрицательные. Селезенка пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 7 х 5см. При осмотре поясничная область не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: эритроциты – $4,3 \times 10^{12}/л$, Нб – 135 г/л., ЦП – 1,0, СОЭ – 8 мм/ч, тромбоциты – $320 \times 10^9/л$, лейкоциты – $4,3 \times 10^9/л$: э- 3%, п- 4%, с- 51%, лф- 32%, м- 10%.
2. ОАМ: темно-желтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес 1016; белок, сахар - нет, лейкоциты – 1-2, эпителий – 3-4 в поле зрения, эритроциты, цилиндры – нет, оксалаты - небольшое количество, билирубин - +++.
3. Биохимическое исследование крови: глюкоза – 4,3 ммоль/л, фибриноген – 2,4 г/л, протромбиновый индекс – 90%, АСТ – 0,38 ммоль/л, АЛТ – 0,36 ммоль/л, холестерин – 3,5 ммоль/л, билирубин общий – 49,0 мкмоль/л, прямой – 39,0 мкмоль/л., непрямой – 10,0 мкмоль/л, амилаза – 15 г/л·ч, креатинин – 0,07 ммоль/л, общий белок – 75 г/л, альбумины – 54%, глобулины – 46%: α_1 – 5%, α_2 – 10%, β – 15%, γ – 16%.

4. Копрограмма: цвет – серовато-белый, консистенция - плотная, запах – специфический, мышечные волокна – +, нейтральный жир – +++, жирные кислоты и мыла - +++, крахмал - ++, перевариваемая клетчатка - ++, соединительная ткань - нет, слизь – нет, стеркобилин - нет, билирубин – нет.
5. ЭКГ: ритм синусовый, частотой 72 в минуту, электрическая ось расположена горизонтально. Патологических изменений не выявлено.
6. ФГДС: пищевод и кардиальный отдел желудка без особенностей. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая розовая, с участками атрофии, складки хорошо выражены. Луковица 12-перстной кишки без особенностей.
7. УЗИ: печень нормальных размеров, структура однородная, нормальной эхогенности, протоки не расширены, общий желчный проток 6мм., желчный пузырь нормальных размеров, стенка 2мм, конкременты не визуализируются. Поджелудочная железа повышенной эхогенности, неоднородная, проток 2мм, головка увеличена в объеме, неоднородная, повышенной эхогенности, конкременты не визуализируются.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите синдромы, выделите ведущий синдром.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм развития желтухи.
4. Объясните механизм изменения цвета мочи и кала.
5. Опишите изменения, выявленные при пальпации зон и точек поджелудочной железы.
6. Оцените данные биохимического анализа крови.
7. Оцените данные копрограммы.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА № 23

Больная Ж., 35 лет, обратилась к врачу с жалобами на схваткообразные боли в правом подреберье, возникают после употребления жирной копченой пищи через 30-40 минут и при тряской езде, иррадиируют в правое плечо, лопатку, сопровождаются тошнотой, рвотой с примесью желчи; периодически горький вкус во рту, отрыжку горьким, слабость, недомогание, чувство неправильного сердцебиения во время болей в правом подреберье, проходит при уменьшении боли.

Считает себя больной около 3 дней, когда впервые во время тряской езды появились боли в правом подреберье. Самостоятельно принимала но-шпу с незначительным положительным эффектом. Вчера после употребления копченой колбасы боли усилились, присоединились тошнота и рвота с примесью желчи не приносящая облегчения. За медицинской помощью не обращалась. Сегодня боли усилились, сохраняется рвота, присоединились горечь во рту и отрыжка горьким, слабость, чувство неправильного

сердцебиения. Скорой помощью доставлена в приемное отделение городской больницы.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ. Профессиональный анамнез: работает учителем. Питается не регулярно, диету не соблюдает. Вредные привычки: не курит, алкоголь употребляет редко. Наследственность: у матери - ЖКБ, у отца – хронический панкреатит. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Температура тела 37,5°C. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, нормальной влажности, чистые. Подкожно жировая клетчатка развита чрезмерно, ИМТ 30 кг/м². Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. Частота дыхания 18 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 98 в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/80 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, шумов нет, ЧСС 98 в мин. Живот правильной формы, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье, перитонеальные симптомы отрицательные, симптом флюктуации отрицательный. Отделы толстого и тонкого кишечника пальпаторно не определяются, из-за выраженного подкожно-жирового слоя, область пальпации безболезненна. При глубокой пальпации определяется болезненность в точке желчного пузыря. Симптомы Кэра, Мэрфи, Ортнера, Мюсси-Георгиевского положительные. Печень не пальпируется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 9 x 8 x 7см. Селезенка пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 6 x 4 см. Зоны и точки поджелудочной железы при пальпации безболезненны. При осмотре поясничная область не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: эритроциты – $4,3 \times 10^{12}/л$, Hb – 135 г/л., ЦП – 1,0, СОЭ – 20 мм/ч, тромбоциты – $320 \times 10^9/л$, лейкоциты – $10,3 \times 10^9/л$: э- 3%, п- 9%, с- 48%, лф- 32%, м- 8%.
2. ОАМ: светло-желтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес 1016; белок, сахар - нет, лейкоциты – 1-2, эпителий – 3-4 в поле зрения, эритроциты, цилиндры – нет, оксалаты – небольшое количество.
3. Биохимическое исследование крови: глюкоза – 4,3 ммоль/л, фибриноген – 2,4 г/л, протромбиновый индекс – 90%, АСТ – 0,38 ммоль/л, АЛТ – 0,36 ммоль/л, холестерин – 3,5 ммоль/л, билирубин общий – 19,0 мкмоль/л, прямой – 4,0 мкмоль/л., непрямой – 15,0 мкмоль/л, амилаза – 5,7 г/л·ч, креатинин – 0,07

ммоль/л, общий белок – 75 г/л, альбумины – 54%, глобулины – 46%: α_1 – 5%, α_2 – 10%, β – 15%, γ – 16%.

4. Копрограмма: цвет – светло-серый, мягкой консистенции, запах – специфический, мышечные волокна – ++, нейтральный жир – +++, жирные кислоты и мыла – +++, крахмал – +, перевариваемая клетчатка – ++, соединительная ткань – ++, слизь – нет, стеркобилин – +, билирубин – нет.
5. ЭКГ: ритм синусовый, частотой 72 в минуту, электрическая ось расположена горизонтально. Редкие желудочковые экстрасистолы. Диффузно-дистрофические изменения миокарда левого желудочка.
6. ФГДС: пищевод свободно проходим, слизистая бледно-розовая. Кардиальный жом смыкается плотно. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая розовая, с участками атрофии, складки хорошо выражены. В просвете желудка небольшое количество желчи. Луковица 12-перстной кишки без особенностей, слизистая бледно-розовая, с участками гиперемии, в просвете желчь.
7. УЗИ: печень нормальных размеров, структура однородная, нормальной эхогенности, внутripеченочные желчные протоки не расширены, общий желчный проток 6мм. Желчный пузырь нормальной формы и размеров, стенка 5 мм, в просвете конкремент 6 мм. Поджелудочная железа нормальных размеров, повышенной эхогенности, однородной структуры, проток 1мм, конкременты не визуализируются. Селезенка нормальных размеров, нормальной эхогенности и эхоструктуры.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите синдромы, выделите ведущий синдром.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм развития боли.
4. Объясните механизм развития стеатореи.
5. Опишите изменения, которые будут выявлены при осмотре языка.
6. Оцените данные биохимического анализа крови.
7. Оцените данные копрограммы.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА № 24

Больная К., 33 лет, обратилась к врачу с жалобами на боли в правом подреберье давящего характера, возникают после употребления жирной копченой пищи через 30-40 минут, иррадиируют в правое плечо, лопатку, проходят самостоятельно через 50-60 минут, сопровождаются тошнотой; периодически горький вкус во рту, отрыжку горьким; стул один раз в день, оформленный, коричневого цвета, без патологических примесей, мочеиспускание в норме.

Считает себя больной около 3 лет, когда впервые появились боли в правом подреберье, условия появления не помнит. Самостоятельно принимала

но-шпу с незначительным положительным эффектом. Не обследовалась. С этого времени после употребления жирной жареной пищи стали возникать боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, купировались приемом ношпы. Вчера, после употребления алкоголя, жаренного картофеля и копченой колбасы, возобновилась боль в правом подреберье, присоединились горький вкус во рту, отрыжка горьким. В течение ночи подобная симптоматика. Обратилась в поликлинику к участковому врачу.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ, НЦД. Профессиональный анамнез: работает учителем. Питается не регулярно, диету не соблюдает. Вредные привычки отрицает. Наследственность: у матери – ИБС, гипертоническая болезнь, у отца – хронический гастрит. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Нормостеник. Кожные покровы телесного цвета, нормальной влажности, чистые. Подкожно жировая клетчатка развита чрезмерно, ИМТ 27 кг/м². Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены, область пальпации безболезненна. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. Частота дыхания 18 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 80 в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/80 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, шумов нет, ЧСС 80 в мин. Язык обычной формы и величины, влажный, сосочковый слой выражен умеренно. Живот правильной формы, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье, перитонеальные симптомы отрицательные. Симптом флюктуации отрицательный. Толстый и тонкий кишечник пальпаторно не определяются, из-за выраженного подкожно-жирового слоя, область пальпации безболезненна. При глубокой пальпации определяется болезненность в точке желчного пузыря. Симптомы Кэра, Мэрфи, Ортнера, Мюсси-Георгиевского положительные. Печень не пальпируется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 9 х 8 х 8 см. Селезенка не пальпируется. Поджелудочная железа пальпаторно не определяется. При осмотре поясничная область не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: эритроциты – $4,4 \times 10^{12}/л$, Hb – 131 г/л., ЦП – 1,0, СОЭ – 20 мм/ч, тромбоциты – $320 \times 10^9/л$, лейкоциты – $11,3 \times 10^9/л$: э- 3%, п- 10%, с- 48%, лф- 31%, м- 8%.
2. ОАМ: светло-желтая, прозрачная, рН щелочная, удельный вес 1009; белок, сахар - нет, лейкоциты – 1-2, эпителий – 2-3 в поле зрения, эритроциты, цилиндры – нет, оксалаты – небольшое количество.

3. Биохимическое исследование крови: глюкоза – 4,3 ммоль/л, фибриноген – 2,4 г/л, протромбиновый индекс – 90%, АСТ – 0,38 ммоль/л, АЛТ – 0,36 ммоль/л, холестерин – 3,5 ммоль/л, билирубин общий – 19,0 мкмоль/л, прямой – 4,0 мкмоль/л, не прямой – 15,0 мкмоль/л, амилаза – 5,7 г/л·ч, креатинин – 0,07 ммоль/л, общий белок – 75 г/л, альбумины – 54%, глобулины – 46%: α_1 – 5%, α_2 – 10%, β – 15%, γ – 16%.
4. Копрограмма: цвет – коричневый, мягкой консистенции, запах – специфический, мышечные волокна – +, нейтральный жир – +++, жирные кислоты и мыла – +, крахмал – +, перевариваемая клетчатка – ++, соединительная ткань – ++, слизь – нет, стеркобилин – +, билирубин – нет.
5. ЭКГ: ритм синусовый, частотой 72 в минуту, электрическая ось расположена горизонтально. Диффузно-дистрофические изменения миокарда левого желудочка.
6. ФГДС: пищевод без особенностей, слизистая розового цвета. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая розовая, складки хорошо выражены, в просвете небольшое количество пенистой желчи. Луковица 12-перстной кишки обычной формы и размеров, слизистая серого цвета, в просвете небольшое количество желчи.
7. УЗИ: печень нормальных размеров, структура однородная, нормальной эхогенности, внутрипеченочные желчные протоки не расширены, общий желчный проток 7мм. Желчный пузырь нормальной формы и размеров, стенка 7 мм, с двойным контуром, уплотнена. Поджелудочная железа нормальных размеров, повышенной эхогенности, однородной эхоструктуры, проток 1мм, конкременты и объемные образования не визуализируются. Селезенка нормальных размеров, однородная, нормальной эхогенности.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите синдромы, выделите ведущий синдром.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм развития боли.
4. Объясните механизм развития горечи во рту.
5. Опишите изменения поджелудочной железы, которые будут выявлены при пальпации.
6. Оцените данные биохимического анализа крови.
7. Оцените данные копрограммы.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА № 25

Больной Г., 45 лет, жалуется на ноющие боли в правом подреберье, постоянные, уменьшаются после приема но-шпы через 30-40 минут, слабость, недомогание, снижение аппетита, сонливость днем и бессонницу ночью, снижение веса (на сколько и за какой период времени - уточнить не может), периодически кровоточивость десен и геморроидальных узлов.

Считает себя больным около 5 лет, когда стали возникать боли в правом подреберье, проходили самостоятельно. За медицинской помощью не обращалась. Около года назад присоединились слабость, недомогание, ухудшился аппетит, стал замечать снижение массы тела. Месяц назад присоединилась кровоточивость десен и геморроидальных узлов. В анамнезе злоупотребление алкоголем.

Перенесенные заболевания: ОРВИ, хронический бронхит курильщика. Профессиональный анамнез: работает слесарем. Питается не регулярно, диету не соблюдает. Вредные привычки: курит в течение 15 лет по 1 пачке сигарет в день, часто употребляет крепкие алкогольные напитки. Наследственность не отягощена. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы и видимые слизистые желтого цвета, нормальной влажности, тургор и эластичность снижены, на груди множественные телеангиэктазии до 0,5–1,0 см в диаметре, гиперемия тенора и гипотенора, обеих ладонных поверхностей. Подкожно жировая клетчатка развита слабо, распределена равномерно, гинекомастия. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц снижены, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. ЧД 16 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 78 в мин., удовлетворительных качеств. АД 110/80 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, соотношение тонов сохранено, шумов нет, ЧСС 78 в мин. Язык влажный, обложен бело-желтым налетом, сосочковый слой выражен умеренно. Живот увеличен в размерах, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания, по боковым поверхностям живота определяется расширенный венозный рисунок. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах, перитонеальные симптомы отрицательные, симптом флюктуации положительный. Пальпация всех отделов толстого и тонкого кишечника затруднена, область пальпации безболезненна. При глубокой пальпации определяется болезненность при пальпации печени + 2 см из под края реберной дуги по среднеключичной линии, размеры по Курлову 13×11×10 см, пузырьные симптомы отрицательные. Поджелудочная железа не пальпируется, область пальпации безболезненна. Селезенка пальпаторно не определяется, размеры по Курлову 9 х 7 см, область пальпации безболезненная. Поясничная область

внешне не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: эритроциты – $3,3 \times 10^{12}/\text{л}$, Нб – 105 г/л., ЦП – 1,0, СОЭ – 18 мм/ч, тромбоциты – $220 \times 10^9/\text{л}$, лейкоциты – $4,3 \times 10^9/\text{л}$: э- 3%, п- 4%, с- 51%, лф- 32%, м- 10%.
2. ОАМ: светло-желтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес 1008; белок, сахар - нет, лейкоциты – 1-2, эпителий – 2-4 в поле зрения, эритроциты, цилиндры – нет, оксалаты - небольшое количество.
3. Биохимическое исследование крови: глюкоза – 4,3 ммоль/л, фибриноген – 1,4 г/л, протромбиновый индекс – 60%, АСТ – 1,38 ммоль/л, АЛТ – 1,36 ммоль/л, холестерин – 2,5 ммоль/л, билирубин общий – 49,0 мкмоль/л, прямой – 14,0 мкмоль/л., непрямой – 35,0 мкмоль/л, амилаза – 5,3 г/л·ч, креатинин – 0,07 ммоль/л, общий белок – 55 г/л, альбумины – 34%, глобулины – 66%: α_1 – 6%, α_2 – 20%, β – 16%, γ – 24%.
4. Копрограмма: цвет – коричневый, консистенция - мажевидная, запах – специфический, мышечные волокна – +, нейтральный жир – +, жирные кислоты и мыла - ++, крахмал - +, перевариваемая клетчатка - +, соединительная ткань - нет, слизь – нет, стеркобилин - нет, билирубин – нет.
5. ЭКГ: ритм синусовый, частотой 72 в минуту, электрическая ось расположена горизонтально, диффузно-дистрофические изменения миокарда левого желудочка.
6. ФГДС: в пищеводе и кардиальном отделе желудка определяется извитость и варикозное расширение вен. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая розовая, с участками атрофии, складки хорошо выражены. Луковица 12-перстной кишки без особенностей, слизистая розового цвета, в просвете небольшое количество желчи.
7. УЗИ: печень увеличена в размерах за счет обеих долей, структура неоднородная за счет узлов до 5 мм в диаметре, повышенной эхогенности, внутрипеченочные желчные - протоки не расширены, общий желчный проток 8мм. Желчный пузырь нормальной формы и размеров, стенка 2мм. Поджелудочная железа нормальных размеров, повышенной эхогенности, неоднородная, проток 1мм. Конкременты и объемные образования не визуализируются.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите синдромы, выделите ведущий синдром.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм образования телеангиэктазий.
4. Объясните механизм развития геморрагического синдрома.
5. Опишите ожидаемые изменения поверхности и края печени у данного больного.
6. Оцените данные биохимического анализа крови.
7. Оцените данные УЗИ.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА № 26

Больной Р., 29 лет, жалуется на слабость, недомогание, снижение аппетита, желтушность кожи и слизистых, подташнивание после еды, повышение температуры тела до 39° С, без озноба, в вечернее время, кожный зуд по всему телу, преимущественно в вечернее и ночное время.

Считает себя больным около месяца, когда родственники отметили желтое окрашивание кожи и слизистых. За медицинской помощью не обращался, самостоятельно не лечился. Около недели назад присоединились слабость, недомогание, кожный зуд, ухудшился аппетит, усилилась интенсивность желтухи. Три дня назад отметил повышение температуры тела. В анамнезе злоупотребление алкоголем около 3 лет, в течение последнего месяца ежедневное употребление пива до 1 литра в сутки, периодически крепкие алкогольные напитки. У жены год назад стационарное лечение в инфекционной больнице по поводу вирусного гепатита С.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ, аппендэктомия в детстве. Профессиональный анамнез: работает отделочником на стройке. Питается не регулярно, диету не соблюдает. Вредные привычки: курит в течение 9 лет по 1 пачке сигарет в день, часто употребляет крепкие алкогольные напитки. Наследственность не отягощена. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы и видимые слизистые желтого цвета, нормальной влажности, тургор и эластичность снижены, на коже лица, груди и спины телеангиэктазии 0,5–1,0 см в диаметре, на лице множественные ксантомы до 3 мм в диаметре, гиперемия тенора и гипотенора. Следы расчесов по всей поверхности тела. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно, гинекомастия. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц снижены одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. Частота дыхания 16 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 74 удара в мин., удовлетворительных качеств. АД 120/80 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, соотношение тонов сохранено, шумов нет, ЧСС 74 в мин. Язык влажный, обложен бело-желтым налетом, сосочковый слой выражен умеренно. Живот незначительно увеличен в размерах, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, перитонеальные симптомы отрицательные, симптом флюктуации отрицательный. При глубокой пальпации определяется болезненность при пальпации нижнего края печени + 2 см из-под края реберной дуги по среднеключичной линии, размеры по Курлову 13×11×10 см, пузырьные симптомы отрицательные. Селезенка не пальпируется, область пальпации безболезненная, размеры по Курлову 8×6 см. поджелудочная железа

не пальпируется. Поясничная область при осмотре не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: эритроциты – $4,3 \times 10^{12}/л$, Hb – 135 г/л., ЦП – 1,0, СОЭ – 38 мм/ч, тромбоциты – $320 \times 10^9/л$, лейкоциты – $24,3 \times 10^9/л$: э- 3%, п- 22%, с- 53%, лф- 22%, м- 1%.
2. ОАМ: светло-желтая, прозрачная, рН щелочная, удельный вес 1016; белок – 0,033, сахар – нет, лейкоциты – 1-2, эпителий – 3-4 в поле зрения, эритроциты, цилиндры – нет, оксалаты – небольшое количество.
3. Биохимическое исследование крови: глюкоза – 4,3 ммоль/л, фибриноген – 2,4 г/л, протромбиновый индекс – 70%, АСТ – 4,38 ммоль/л, АЛТ – 5,36 ммоль/л, холестерин – 3,5 ммоль/л, билирубин общий – 349,0 мкмоль/л, прямой – 214,0 мкмоль/л., непрямой – 135,0 мкмоль/л, ЩФ – 356 мкмоль/л., ГГТП – 234 мкмоль/л., амилаза – 5,3 г/л·ч, креатинин – 0,07 ммоль/л, общий белок – 55 г/л, альбумины – 44%, глобулины – 56%: α_1 – 6%, α_2 – 20%, β – 16%, γ – 24%.
4. Копрограмма: цвет – коричневый, консистенция – мажевидная, запах – специфический, мышечные волокна – +, нейтральный жир – +, жирные кислоты и мыла – ++, крахмал – +, перевариваемая клетчатка – +, соединительная ткань – нет, слизь – нет, стеркобилин – нет, билирубин – нет.
5. ЭКГ: ритм синусовый, частотой 72 в минуту, электрическая ось расположена горизонтально, диффузно-дистрофические изменения миокарда левого желудочка.
6. ФГДС: пищевод проходим, слизистая не изменена, кардиальный жом смыкается плотно. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая розового цвета, складки хорошо выражены. Луковица 12-перстной кишки без особенностей, слизистая розовая, в просвете небольшое количество желчи.
7. УЗИ: печень увеличена в размерах за счет обеих долей, неоднородная, крупнозернистая, повышенной эхогенности, внутривенные желчные протоки не расширены, общий желчный проток 6мм. Желчный пузырь нормальной формы и размеров, стенка 2мм. Поджелудочная железа нормальных размеров, повышенной эхогенности, неоднородная, проток 1мм. Селезенка незначительно увеличена, однородная, повышенной эхогенности. Конкременты и объемные образования не визуализируются.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите синдромы, выделите ведущий синдром.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм образования телеангиэктазий.
4. Объясните механизм развития гипертермии.
5. Опишите изменения поверхности и края печени у данного больного.
6. Оцените данные биохимического анализа крови.
7. Оцените данные общего анализа крови.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА № 27

Больная О., 55 лет, жалуется на ноющие боли в правом подреберье, постоянные, уменьшаются после приема но-шпы через 30-40 мин., слабость, недомогание, снижение аппетита, желтушность кожи и слизистых. Стул ежедневно, однократно, коричневого цвета, без патологических примесей.

Считает себя больной около 5 месяцев, когда во время лечения в неврологическом отделении по поводу поясничного остеохондроза на фоне приема диклофенака, найза стали возникать боли в правом подреберье, проходившие самостоятельно, кратковременная желтуха кожи и слизистых. После выписки чувствовала себя удовлетворительно. Около недели назад возобновились боли в поясничной области, в связи с чем принимала темпалгин, но-шпу, индометацин до 10 таблеток в день.. Три дня назад возникли боли в правом подреберье, без иррадиации, не связанные с приемом пищи, отметила желтушность кожи и слизистых, слабость, недомогание, ухудшение аппетита.

Перенесенные заболевания: аппендэктомия в детстве, поясничный остеохондроз. Профессиональный анамнез: работает бухгалтером. Питается не регулярно, диету не соблюдает. Вредные привычки отрицает. Наследственность не отягощена. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: общее состояние ближе к удовлетворительному, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы и видимые слизистые желтушные, нормальной влажности, тургор и эластичность в норме. Подкожно жировая клетчатка развита избыточно, распределена равномерно. ИМТ 29 кг/м². Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. ЧД 18 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 68 в мин., удовлетворительных качеств. АД 140/80 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, соотношение тонов сохранено, шумов нет, ЧСС 68 в мин. Язык влажный, обложен бело-желтым налетом, сосочковый слой выражен умеренно. Живот увеличен в размерах за счет подкожно-жирового слоя, равномерно участвует в дыхании, при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, перитонеальные симптомы, симптом флюктуации отрицательные. Пальпация желудка, всех отделов толстого и тонкого кишечника затруднена из-за выраженного подкожно-жирового слоя, область пальпации безболезненная. При глубокой пальпации определяется болезненность при пальпации нижнего края печени + 1см. из-под края реберной дуги по среднеключичной линии, размеры по Курлову 11×10×10 см, пузырьные симптомы отрицательные. Селезенка пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненная, размеры по Курлову 6×4см. Поджелудочная железа не пальпируется. Поясничная область внешне не изменена. Симптом

поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: эритроциты – $4,3 \times 10^{12}/л$, Нб – 135 г/л., ЦП – 1,0, СОЭ – 10 мм/ч, тромбоциты – $320 \times 10^9/л$, лейкоциты – $4,3 \times 10^9/л$: э- 3%, п- 4%, с- 51%, лф- 32%, м- 10%.
2. ОАМ: светло-желтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес 1014; белок, сахар - нет, лейкоциты – 1-2, эпителий – 2-3 в поле зрения, эритроциты, цилиндры – нет, оксалаты - небольшое количество.
3. Биохимическое исследование крови: глюкоза – 4,3 ммоль/л, фибриноген – 3,4 г/л, протромбиновый индекс – 80%, АСТ – 4,48 ммоль/л, АЛТ – 5,56 ммоль/л, холестерин – 2,5 ммоль/л, билирубин общий – 29,0 мкмоль/л, прямой – 14,0 мкмоль/л., непрямой – 15,0 мкмоль/л, ЩФ – 45 мкмоль/л., ГГТП – 67 мкмоль/л., амилаза – 5,3 г/л.ч, креатинин – 0,07 ммоль/л, общий белок – 72 г/л, альбумины – 44%, глобулины – 56%: α_1 – 6%, α_2 – 20%, β – 16%, γ – 24%.
4. Копрограмма: цвет – коричневый, консистенция - мягкая, запах – специфический, мышечные волокна – +, нейтральный жир – +, жирные кислоты и мыла - ++, крахмал - +, перевариваемая клетчатка - +, соединительная ткань - нет, слизь – нет, стеркобилин - нет, билирубин – нет.
5. ЭКГ: ритм синусовый, частотой 72 в минуту, электрическая ось расположена горизонтально, диффузно-дистрофические изменения миокарда левого желудочка.
6. ФГДС: пищевод свободно проходим, слизистая розового цвета. Кардиальный жом смыкается плотно. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая розовая, с участками атрофии, складки хорошо выражены. Луковица 12-перстной кишки без особенностей, слизистая розового цвета, в просвете небольшое количество желчи.
7. УЗИ: печень незначительно увеличена в размерах, структура неоднородная, повышенной эхогенности, внутripеченочные желчные протоки не расширены, общий желчный проток 6мм. Желчный пузырь нормальных размеров, стенка 2мм. Поджелудочная железа нормальных размеров, повышенной эхогенности, неоднородная, проток 1 мм. Селезенка нормальных размеров, однородная. Конкременты и объемные образования не визуализируются.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите синдромы, выделите ведущий синдром.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм развития болевого синдрома.
4. Объясните механизм развития желтухи.
5. Опишите изменения поверхности и края печени у данного больного.
6. Оцените данные биохимического анализа крови.
7. Оцените данные общего анализа крови.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА № 28

Больной А., инженер, 55 лет, жалуется на слабость, одышку, головокружение при ходьбе, периодически мазевидный стул черного цвета, отсутствие аппетита, отвращение к мясной пище, похудел на 5кг за 3 месяца, субфебрильную температуру тела в течение дня, без озноба.

Считает себя больным около 3 месяцев, когда впервые появились слабость, недомогание, периодически черный стул. За медицинской помощью не обращался, принимал поливитамины, лекарственные сборы трав. Постепенно присоединились головокружение и одышка при ходьбе. Месяц назад присоединилась субфебрильная температура тела. Обратился к участковому терапевту, для обследования и лечения направлен в терапевтическое отделение городской больницы.

Профессиональный анамнез: инженер. Питается нерегулярно, диету не соблюдает. Вредные привычки отрицает. Наследственность неотягощена. Аллергологический анамнез неотягощен.

Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожные покровы бледные, нормальной влажности, чистые, тургор и эластичность снижены. Подкожно жировая клетчатка практически отсутствует, распределена равномерно. ИМТ 17 кг/м^2 . Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. ЧД 22 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 98 в мин., удовлетворительных качеств. АД 100/70 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, на верхушке нежный систолический шум, ЧСС 98 в мин. Язык влажный, чистый, сосочковый слой сглажен. Живот правильной формы, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При поверхностной пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, перитонеальные симптомы отрицательные, симптом флюктуации отрицательный. Грыжевидные выпячивания не определяются. Пальпируются все отделы толстого кишечника с гладкой поверхностью, эластичной консистенции, безболезненные, не урчат. Тонкий кишечник пальпаторно не определяется область пальпации безболезненная. Методом аускульто-аффрикции нижняя граница желудка на 2см выше пупка. При глубокой пальпации определяется безболезненное уплотнение в проекции большой кривизны желудка. Печень не пальпируется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 9 х 8 х 7см, пузырьные симптомы отрицательные. Селезенка не пальпируется, область пальпации безболезненная, размеры по Курлову 6 х 4см. поджелудочная железа не пальпируется. Поясничная область внешне не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: эритроциты – $2,3 \times 10^{12}/л$, Hb – 75 г/л., ЦП – 0,8, СОЭ – 18 мм/ч, тромбоциты – $320 \times 10^9/л$, лейкоциты – $4,3 \times 10^9/л$: э- 3%, п- 4%, с- 51%, лф- 32%, м- 10%.
2. ОАМ: светло-желтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес 1016; белок, сахар - нет, лейкоциты – 1-2, эпителий – 3-4 в поле зрения, эритроциты, цилиндры – нет, оксалаты – небольшое количество.
3. Биохимическое исследование крови: глюкоза – 4,3 ммоль/л, фибриноген – 2,4 г/л, протромбиновый индекс – 90%, АСТ – 0,38 ммоль/л, АЛТ – 0,36 ммоль/л, холестерин – 3,5 ммоль/л, билирубин общий – 19,0 мкмоль/л, прямой – 4,0 мкмоль/л., не прямой – 15,0 мкмоль/л, амилаза – 5,7 г/л·ч, креатинин – 0,07 ммоль/л, общий белок – 55 г/л, альбумины – 44%, глобулины – 56%: α_1 – 5%, α_2 – 10%, β – 15%, γ – 26%.
4. Копрограмма: коричневый, мягкой консистенции, запах – специфический, мышечные волокна – ++, нейтральный жир – +, жирные кислоты и мыла - +, крахмал - +, перевариваемая клетчатка - ++, соединительная ткань - ++, слизь – нет, стеркобилин - +, билирубин – нет.
5. ЭКГ: ритм синусовый, частотой 72 в минуту, электрическая ось расположена горизонтально. Диффузно-дистрофические изменения миокарда левого желудочка.
6. ФГДС: пищевод и кардиальный отдел желудка не изменены. Кардиальный жом смыкается плотно. Желудок обычной формы и размеров, пустой. Слизистая тусклая, с участками атрофии, складки ригидны, в области тела по большой кривизне определяется возвышение с бугристой поверхностью, плотное, контактно кровоточит. Привратник проходим. Луковица 12-перстной кишки без особенностей, слизистая розового цвета, в просвете небольшое количество желчи.
7. УЗИ: печень нормальных размеров, структура однородная, повышенной эхогенности, внутрипеченочные желчные протоки и вены не расширены, общий желчный проток 7мм. Желчный пузырь нормальной формы и размеров, стенка 2мм. Поджелудочная железа нормальных размеров, повышенной эхогенности, неоднородная, проток 1мм. Селезенка нормальных размеров, однородная, эхогенность в норме. Конкременты и объемные образования не визуализируются.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите синдромы, выделите ведущий синдром.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм развития субфебрильной температуры тела.
4. Объясните механизм развития мелены.
5. Опишите изменения желудка, которые будут выявлены.
6. Оцените данные общего анализа крови.
7. Оцените данные ФГДС.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА № 29

Больная А., 35 лет, жалуется на боли по всему животу схваткообразного характера перед дефекацией, проходят после опорожнения кишечника, вздутие живота после приема любой пищи, раздражительность, часто плохое настроение, стул до 3-4 раз в день, кашецеобразный, коричневого цвета, с небольшим количеством слизи; вес стабилен.

Считает себя больной около 3 лет, когда впервые после психо-эмоционального стресса появились слабость, недомогание, боли в животе без четкой локализации, поносы. За медицинской помощью не обращалась, принимала ферменты, лекарственные сборы трав. Самочувствие постепенно нормализовалось, чувствовала себя удовлетворительно. С этого времени периодически после стресса возобновление симптоматики. Неоднократно обследовалась у гастроэнтеролога, патологических изменений выявлено не было. Вчера после стресса возобновление симптоматики. В ночное время чувствует себя удовлетворительно, жалоб нет.

Перенесенные заболевания: ОРВИ. Профессиональный анамнез: инженер. Питается не регулярно, диету не соблюдает. Вредные привычки отрицает. Наследственность: мать – артериальная гипертензия, отец - здоров. Аллергологический анамнез неотягощен.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розового цвета, нормальной влажности, чистые, тургор и эластичность в норме. Подкожно жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. ИМТ 21 кг/м². Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. ЧД 16 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 68 в мин., удовлетворительных качеств. АД 120/70 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, на верхушке нежный систолический шум, ЧСС 68 в мин. Язык влажный, чистый, сосочковый слой сглажен. Живот правильной формы, равномерно участвует в дыхании. При поверхностной пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, перитонеальные симптомы, симптом флюктуации отрицательные. Пальпируются все отделы толстого кишечника с гладкой поверхностью, эластичной консистенции, болезненные, урчат. Тонкий кишечник пальпаторно не определяется область пальпации безболезненная. Методом аускульто-аффрикации нижняя граница желудка на 2 см выше пупка. Печень не пальпируется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 9×8×7см, пузырьные симптомы отрицательные. Селезенка не пальпируется, область пальпации безболезненна. Поджелудочная железа пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненна. Поясничная область внешне не изменена. Симптом

поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: эритроциты – $4,3 \times 10^{12}/л$, Нб – 135 г/л., ЦП – 0,9, СОЭ – 10 мм/ч, тромбоциты – $320 \times 10^9/л$, лейкоциты – $4,3 \times 10^9/л$: э- 3%, п- 4%, с- 51%, лф- 32%, м- 10%.
2. Биохимическое исследование крови: глюкоза – 4,3 ммоль/л, фибриноген – 2,4 г/л, протромбиновый индекс – 90%, АСТ – 0,38 ммоль/л, АЛТ – 0,36 ммоль/л, холестерин – 3,5 ммоль/л, билирубин общий – 19,0 мкмоль/л, прямой – 4,0 мкмоль/л., не прямой – 15,0 мкмоль/л, амилаза – 5,7 г/л.ч, креатинин – 0,07 ммоль/л, общий белок – 75 г/л, альбумины – 54%, глобулины – 46%: α_1 – 5%, α_2 – 10%, β – 15%, γ – 16%.
3. Копрограмма: коричневый, мягкой консистенции, запах – специфический, мышечные волокна – ++, нейтральный жир – +, жирные кислоты и мыла - +, крахмал - +, перевариваемая клетчатка - ++, соединительная ткань - ++, слизь – нет, стеркобилин - +, билирубин – нет.
4. ЭКГ: ритм синусовый, частотой 72 в минуту, электрическая ось расположена горизонтально. Диффузно-дистрофические изменения миокарда левого желудочка.
5. ФГДС: пищевод и кардиальный отдел желудка не изменены. Кардиальный жом смыкается плотно. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая розовая, складки без изменений. Привратник проходим. Луковица 12-перстной кишки без особенностей, слизистая розового цвета, в просвете небольшое количество желчи.
6. УЗИ: печень нормальных размеров, структура однородная, повышенной эхогенности, внутривенные желчные протоки и вены не расширены, общий желчный проток 7мм. Желчный пузырь нормальной формы и размеров, стенка 2 мм. Поджелудочная железа нормальных размеров, повышенной эхогенности, неоднородная, проток 1мм. Селезенка нормальных размеров, однородная, эхогенность в норме. Конкременты и объемные образования не визуализируются.
7. ФКС: патологических изменений не выявлено.
8. Ирригоскопия: патологических изменений не выявлено.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите синдромы, выделите ведущий синдром.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм развития боли.
4. Объясните механизм развития диспепсических явлений.
5. Опишите данные, которые будут получены при пальпации желудка.
6. Оцените данные общего анализа крови.
7. Оцените данные биохимического анализа крови.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА № 30

Больная А., 30 лет, жалуется на боли по всему животу схваткообразного характера перед дефекацией, проходят после опорожнения кишечника, вздутие живота после приема любой пищи, раздражительность, часто плохое настроение, стул один раз в 3-4 дня после приема слабительных, «овечий», коричневого цвета, с небольшим количеством слизи. Вес стабилен.

Считает себя больной около 2 лет, когда впервые после психо-эмоционального стресса появились слабость, недомогание, боли в животе без четкой локализации. За медицинской помощью не обращалась, принимала ферменты, сборы лекарственных трав. Самочувствие постепенно нормализовалось, чувствовала себя удовлетворительно. Периодически после стресса возобновление симптоматики. Неоднократно обследовалась у гастроэнтеролога, патологических изменений выявлено не было. Ухудшение самочувствия со вчерашнего дня после стресса.

Перенесенные заболевания: ОРВИ. Профессиональный анамнез: главный бухгалтер. Питается не регулярно, диету не соблюдает. Вредные привычки отрицает. Наследственность: мать – артериальная гипертензия, отец - здоров. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розового цвета, нормальной влажности, чистые, тургор и эластичность в норме. Подкожно жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. ЧД 16 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 68 в мин., удовлетворительных качеств. АД 120/70 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, на верхушке нежный систолический шум, ЧСС 68 в мин. Язык влажный, чистый, сосочковый слой сглажен. Живот правильной формы, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При поверхностной пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, перитонеальные симптомы, симптом флюктуации отрицательные. Пальпируются все отделы толстого кишечника с гладкой поверхностью, эластичной консистенции, болезненные, урчат. Тонкий кишечник пальпаторно не определяется область пальпации безболезненная. Методом аускульто-аффрикации нижняя граница желудка на 2 см выше пупка. Печень не пальпируется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 9×8×7см, пузырьные симптомы отрицательные. Селезенка не пальпируется, область пальпации безболезненная, размеры по Курлову 6×4 см. Поджелудочная железа не пальпируется. Поясничная область внешне не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: эритроциты – $4,3 \times 10^{12}/л$, Hb – 135 г/л., ЦП – 0,9, СОЭ – 10 мм/ч, тромбоциты – $320 \times 10^9/л$, лейкоциты – $4,3 \times 10^9/л$: э- 3%, п- 4%, с- 51%, лф- 32%, м- 10%.
2. ОАМ: светло-желтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес 1010; белок, сахар - нет, лейкоциты – 1-2, эпителий – единичный в поле зрения, эритроциты, цилиндры – нет, оксалаты – небольшое количество.
3. Биохимическое исследование крови: глюкоза – 4,3 ммоль/л, фибриноген – 2,4 г/л, протромбиновый индекс – 90%, АСТ – 0,38 ммоль/л, АЛТ – 0,36 ммоль/л, холестерин – 3,5 ммоль/л, билирубин общий – 19,0 мкмоль/л, прямой – 4,0 мкмоль/л., непрямой – 15,0 мкмоль/л, амилаза – 5,7 г/л.ч, креатинин – 0,07 ммоль/л, общий белок – 75 г/л, альбумины – 54%, глобулины – 46%: α_1 – 5%, α_2 – 10%, β – 15%, γ – 16%.
4. Копрограмма: коричневый, плотной консистенции, запах – специфический, мышечные волокна – ++, нейтральный жир – +, жирные кислоты и мыла - +, крахмал - +, перевариваемая клетчатка - ++, соединительная ткань - ++, слизь – нет, стеркобилин - +, билирубин – нет.
5. ЭКГ: ритм синусовый, частотой 72 в минуту, электрическая ось расположена горизонтально. Диффузно-дистрофические изменения миокарда левого желудочка.
6. ФГДС: пищевод и кардиальный отдел желудка не изменены. Кардиальный жом смыкается плотно. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая розовая, складки без изменений. Привратник проходим. Луковица 12-перстной кишки без особенностей, слизистая розового цвета, в просвете небольшое количество желчи.
7. УЗИ: печень нормальных размеров, структура однородная, повышенной эхогенности, внутрипеченочные желчные протоки и вены не расширены, общий желчный проток 7мм. Желчный пузырь нормальной формы и размеров, стенка 2 мм. Поджелудочная железа нормальных размеров, повышенной эхогенности, неоднородная, проток 1мм. Селезенка нормальных размеров, однородная, эхогенность в норме. Конкременты и объемные образования не визуализируются.
8. ФКС: патологических изменений не выявлено.
9. Ирригоскопия: патологических изменений не выявлено.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите синдромы, выделите ведущий синдром.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм развития боли.
4. Объясните механизм развития диспепсических явлений.
5. Опишите данные, полученные при пальпации желудка.
6. Оцените данные общего анализа крови.
7. Оцените данные биохимического анализа крови.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ. ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

ЗАДАЧА № 1

1. Болевой абдоминальный синдром, регургитационный симптомокомплекс, кишечной диспепсии.
2. Хронический *H. pylori*-ассоциированный антральный гастрит в фазе обострения.
3. Забрасывание кислого содержимого желудка в пищевод и раздражение слизистой пищевода.
4. Серологический метод – обнаружение АТ в сыворотке и плазме, уреазный дыхательный тест.
5. Интрагастральная рН-метрия - для оценки кислотообразующей функции желудка.
6. ОАК – показатели в пределах нормы.
7. По данным ФГДС - признаки антрального гастрита.
8. Диагноз выставлен на основании: характерной клинической картины (голодные и ранние боли в эпигастрии); наличия факторов риска (курение и отягощенная наследственность); данных ФГДС: отсутствие язвенного дефекта и наличие признаков антрального гастрита; обнаружения *H. pylori*.

ЗАДАЧА № 2

1. Болевой абдоминальный синдром, желудочной и кишечной диспепсии, астено-вегетативный синдром.
2. Хронический атрофический гастрит в фазе обострения.
3. Нарушение переваривания пищи в верхних отделах ЖКТ вследствие снижения соляной кислоты приводит к развитию синдрома мальдигестии (желудочная форма).
4. Появление ранних болей обусловлено атрофией слизистой оболочки желудка и снижением выработки соляной кислоты.
5. Интрагастральная рН-метрия - для оценки кислотообразующей функции желудка, рентгеноскопия желудка – для оценки моторной функции желудка, копрограмма – выявление синдрома мальдигестии.
6. ОАК – показатели в пределах нормы.
7. По данным ФГДС имеются зоны атрофии слизистой небольших размеров, что свидетельствует о развитии атрофического гастрита.
8. Диагноз выставлен на основании: характерной клинической картины (ранние боли в эпигастрии, наличие синдрома кишечной и желудочной диспепсии); наличия факторов риска (нерегулярное питание, употребление консервантов и отягощенная наследственность); данных ФГДС: отсутствие язвенного дефекта и наличие признаков атрофического гастрита; отсутствия *H. pylori*.

ЗАДАЧА № 3

1. Болевой абдоминальный синдром, синдром желудочной диспепсии, синдром кишечной диспепсии.
2. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, обострение, впервые выявленная. Хроническая язва луковицы двенадцатиперстной кишки (1,0см). Хронический *H. pylori*-ассоциированный антральный гастрит в фазе обострения.
3. Развитие запора обусловлено активацией парасимпатической нервной системы (повышение кислотности желудочного сока, снижение перистальтики, повышение тонуса сфинктеров ЖКТ).
4. В ночное время активизируется работа парасимпатической нервной системы, что приводит к увеличению выработки соляной кислоты и раздражению язвенного дефекта. При употреблении пищи происходит нейтрализация соляной кислоты пищевым комком и уменьшение влияния ее на язвенный дефект.
5. Осложнения язвенной болезни: кровотечение, перфорация, пенетрация, рубцовая деформация и стеноз выходного отдела желудка и ДПК, малигнизация при язвенной болезни желудка.
6. Биохимический анализ крови – показатели в пределах нормы.
7. По данным ФГДС имеются признаки антрального гастрита и язвенного дефекта с локализацией в луковице двенадцатиперстной кишки.
8. Диагноз выставлен на основании: характерной клинической картины (голодные, ночные боли в эпигастрии); наличия факторов риска (злоупотребление алкоголем, нарушение диеты и отягощенная наследственность); данных ФГДС: наличие язвенного дефекта и наличие признаков антрального гастрита; обнаружения *H. pylori*.

ЗАДАЧА № 4

1. Синдром желудочного кровотечения, анемический синдром, болевой абдоминальный синдром.
2. Острая язва двенадцатиперстной кишки, медикаментозная (ибупрофен), осложненная кровотечением. Острая постгеморрагическая анемия.
3. Появление мелены обусловлено образованием солянокислого гематина при контакте соляной кислоты с кровью.
4. Возможно появление рвоты «кофейной гущей», вследствие образования солянокислого гематина.
5. Наиболее вероятная причина кровотечения – прием НПВП.
6. ОАК – имеются признаки постгеморрагической анемии.
7. По данным ФГДС имеются признаки кровотечения из двенадцатиперстной кишки.
8. Диагноз выставлен на основании: характерной клинической картины (исчезновение болей на фоне кровотечения, появление мелены, наличие признаков кровотечения: резкая слабость, шум в ушах, холодный пот,

тахипноэ, тахикардия, снижение АД); наличия факторов риска – длительный прием НПВП; данных ФГДС: признаки кровотечения из двенадцатиперстной кишки; данных ОАК – признаки анемии. Показана консультация хирурга для решения вопроса об оперативном лечении.

ЗАДАЧА № 5

1. Болевой абдоминальный синдром, регургитационный симптомокомплекс.
2. Функциональная неязвенная диспепсия, язвенноподобный вариант.
3. Появление симптомов обусловлено висцеральной гиперчувствительностью.
4. Выделяют дискинетический и неспецифический варианты синдрома неязвенной функциональной диспепсии.
5. Интрагастральная рН-метрия - для оценки кислотообразующей функции желудка, Р- скопия желудка – для изучения моторно-эвакуаторной функции желудка и ДПК, УЗИ органов брюшной полости – для исключения патологии соседних органов, копрограмма – для оценки функциональной способности желудка.
6. Биохимический анализ крови – показатели в пределах нормы.
7. По данным ФГДС патологических изменений не выявлено.
8. Диагноз выставлен на основании отсутствия симптомов тревоги и изменений при лабораторно-инструментальном обследовании.

ЗАДАЧА № 6

1. Болевой абдоминальный синдром, синдром желудочной диспепсии.
2. Язвенная болезнь желудка, обострение, впервые выявленная. Хроническая язва кардиального отдела желудка (1,0 – 1,5см). Хронический Н. pylori-ассоциированный антральный гастрит в фазе обострения.
3. Развитие боли обусловлено спазмом мышц и непосредственным раздражением нервных окончаний в дне язвенного дефекта. Так как локализация язвенного дефекта в кардиальном отделе, возникают ранние боли.
4. Основными этиологическими факторами развития язвенной болезни желудка являются: Н. pylori, наследственность, нервно-психический фактор, алиментарный фактор (погрешности в еде и нарушение ритма питания), вредные привычки (курение и алкоголь), лекарственные препараты (НПВП, ГК), заболевания внутренних органов (хронические болезни легких, ССС, печени, поджелудочной железы).
5. Осложнения язвенной болезни: кровотечение, перфорация, пенетрация, рубцовая деформация и стеноз выходного отдела желудка, малигнизация.
6. Биохимический анализ крови – показатели в пределах нормы.
7. По данным ФГДС имеются признаки Н. pylori – ассоциированного гастрита и язвенного дефекта с локализацией в кардиальном отделе желудка. В кардиальном отделе по большой кривизне определяется язвенный дефект 1,0 – 1,5см, дно прикрыто фибрином.

8. Диагноз выставлен на основании: характерной клинической картины (ранние боли в эпигастрии, рвота приносящая облегчение); наличия факторов риска (злоупотребление алкоголем, нарушение диеты и отягощенная наследственность); данных ФГДС: наличие язвенного дефекта и наличие признаков гастрита; обнаружения *H. pylori*.

ЗАДАЧА № 7

1. Болевой абдоминальный синдром, синдром желудочной диспепсии.
2. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, тяжелое течение, обострение, осложненная пенетрацией в поджелудочную железу. Хроническая язва луковицы двенадцатиперстной кишки (1,5-2,0см).
3. Развитие опоясывающих болей обусловлено пенетрацией язвы в поджелудочную железу и развитием панкреатита.
4. при глубокой пальпации будет выявлена болезненность в пилородуоденальной области.
5. Интрагастральная рН-метрия - для оценки кислотообразующей функции желудка, R- скопия желудка – для уточнения глубины язвенного дефекта, УЗИ органов брюшной полости – для уточнения характера повреждения поджелудочной железы, диастаза мочи – для подтверждения поражения поджелудочной железы, выявление *H. pylori*.
6. Биохимический анализ крови – гиперамилаземия, что свидетельствует о поражении поджелудочной железы.
7. По данным ФГДС имеются признаки язвенного дефекта с локализацией в луковице двенадцатиперстной кишки и возможно пенетрация язвы в поджелудочную железу.
8. Диагноз выставлен на основании: характерной клинической картины (изменение характера боли при прогрессировании заболевания); наличия длительного «язвенного» анамнеза, данных ФГДС: наличие кратерообразного глубокого язвенного дефекта; гиперамилаземии.

ЗАДАЧА № 8

1. Болевой абдоминальный синдром.
2. Язвенная болезнь желудка, обострение, впервые выявленная, осложненная перфорацией. Перитонит.
3. Развитие клиники «острого живота» обусловлено, нарушением целостности стенки полого органа и выходом содержимого желудка в брюшную полость, что и привело к развитию перитонита.
4. При пальпации будут выявлены положительные перитонеальные симптомы. При перкуссии тимпанический перкуторный звук в эпигастрии и исчезновение печеночной тупости.
5. Необходимо провести обзорную R-графию брюшной полости – для выявления свободного воздуха в брюшной полости; УЗИ органов брюшной полости, лапароскопию – для уточнения диагноза. ФГДС по показаниям.

6. ОАК – признаки воспалительной реакции: лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, ускоренная СОЭ.
7. По данным ФГДС выявлен язвенный дефект желудка с перфорацией стенки.
8. Диагноз выставлен на основании: характерной клинической картины: остро возникшая «кинжальная» боль, клинических признаков острого живота (доскообразный живот, резкая болезненность при пальпации во всех отделах живота, положительные перитонеальные симптомы), воспалительной реакции со стороны периферической крови.

ЗАДАЧА № 9

1. Абдоминальный болевой синдром (билиарный тип боли), кишечной диспепсии, ожирения.
2. Хронический некалькулезный? холецистит, в стадии обострения. С учетом характерного болевого абдоминального синдрома (боли в правом подреберье с иррадиацией вправо и вверх, возникают после погрешностей в диете, положительные пузырьные симптомы), наличия факторов риска (отягощенная наследственность, избыточная масса тела, малоподвижный образ жизни, женский пол, возраст).
3. Характерная иррадиация боли обусловлена иннервацией желчного пузыря правым диафрагмальным нервом.
4. Фракционное дуоденальное зондирование, холецистография.
5. Возможные осложнения: перихолецистит, холангит, перфорация желчного пузыря, водянка желчного пузыря, эмпиема желчного пузыря, образование камней.
6. В общем анализе крови признаки воспалительной реакции: лейкоцитоз, ускоренная СОЭ.
7. Показатели копрограммы в пределах нормы.
8. Хронический некалькулезный холецистит, в стадии обострения. Ожирение абдоминального типа. (Характерный билиарный тип боли, наличие факторов риска, воспалительная реакция крови, признаки холецистита по данным УЗИ – утолщение и уплотнение стенки желчного пузыря).

ЗАДАЧА № 10

1. Абдоминальный болевой синдром (билиарный тип боли), желудочной диспепсии, синдром желтухи, интоксикационный синдром.
2. ЖКБ? Хронический калькулезный холецистит, в стадии обострения. Холестаз. Холангит? С учетом характерного болевого абдоминального синдрома (боли в правом подреберье с иррадиацией вправо и вверх, возникают после погрешностей в диете, положительные пузырьные симптомы), наличия факторов риска (женский пол, возраст), признаков желтухи и повышения температуры тела.

3. Возникновение боли обусловлено раздражением стенки желчного пузыря конкрементом.
4. Синдром желтухи развивается вследствие закупорки протоков конкрементом, что приводит к нарушению оттока желчи.
5. На обзорной рентгенограмме определяются множественные конкременты желчного пузыря.
6. В биохимическом анализе крови признаки механической желтухи.
7. По данным копрграммы – признаки нарушенного поступления желчи в кишечник.
8. ЖКБ, множественные конкременты желчного пузыря. Хронический калькулезный холецистит, в стадии обострения. Холестаз. Холангит. (Характерный билиарный тип боли; наличие факторов риска; воспалительная реакция крови; признаки механической желтухи – субъектеричность склер и кожных покровов, повышение билирубина за счет прямого; признаки холецистита, холангита и конкремента желчного пузыря по данным УЗИ – утолщение и уплотнение стенки желчного пузыря и внутрипеченочных протоков).

ЗАДАЧА № 11

1. Абдоминальный болевой синдром (билиарный тип боли), синдром желудочной диспепсии, регургитационный синдром.
2. Хронический некалькулезный холецистит, часто рецидивирующее течение, обострение. Гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей. С учетом характерного болевого абдоминального синдрома (боли в правом подреберье возникающие после погрешностей в диете, положительные пузырьные симптомы), наличия факторов риска (женский пол, возраст).
3. Возникновение боли обусловлено растяжением стенки желчного пузыря из-за застоя желчи и воспалительным процессом.
4. Необходимо провести фракционное дуоденальное зондирование, УЗИ желчного пузыря с пробным завтраком, холецистографию – для уточнения сократительной способности желчевыводящих путей, липидограмму.
5. В общем анализе крови признаки воспалительной реакции: лейкоцитоз.
6. По данным УЗИ – признаки холецистита (утолщение и уплотнение стенки желчного пузыря), признаки гипомоторной дискинезии желчного пузыря (растянутый желчный пузырь, замазкообразная желчь).
7. По данным ФГДС – признаки дуоденогастрального рефлюкса, поверхностного гастрита.
8. Хронический некалькулезный холецистит, часто рецидивирующее течение, в стадии обострения. Гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей. Хронический рефлюкс-гастрит, обострение. (Характерный билиарный тип боли; наличие факторов риска; воспалительная реакция крови; признаки холецистита и гипомоторной дискинезии желчного пузыря по данным УЗИ – утолщение и уплотнение стенки, увеличение размеров желчного пузыря; признаки рефлюкс-гастрита по данным ФГДС).

ЗАДАЧА № 12

1. Абдоминальный болевой синдром, синдром желудочной диспепсии, синдром внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы.
2. Хронический алкогольный панкреатит, болевая форма, средней степени тяжести, обострение, с нарушением внешнесекреторной функции. С учетом характерной клинической картины, наличия факторов риска (погрешности в диете, прием алкоголя).
3. Нарушения стула обусловлено внешнесекреторной недостаточностью поджелудочной железы, вследствие недостаточной выработки ферментов, нарушено переваривание жиров, белков и углеводов.
4. При пальпации будет определяться болезненность в зоне Шоффара и Губергрица-Скульского, точках Дежардена, Губергрица и Мейо-Робсона.
5. В биохимическом анализе крови гиперاميлаземия и гипергликемия.
6. По данным УЗИ – признаки алкогольного панкреатита: увеличение поджелудочной железы, неоднородная структура повышенной эхогенности, расширение Вирсунгова протока, наличие мелких конкрементов.
7. По данным копрограммы – признаки внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы (амилорея, креаторея, стеаторея).
8. Хронический алкогольный панкреатит, болевая форма, средней степени тяжести, обострение, с нарушением внешнесекреторной функции. Вторичный (панкреатогенный) сахарный диабет. На основании клинической картины, данных биохимического анализа крови (гиперاميлаземия, гипергликемия), данных копрограммы – признаки внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы, данных УЗИ – признаки алкогольного панкреатита.

ЗАДАЧА № 13

1. Абдоминальный болевой синдром, синдром внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы, гипергликемии натошак, инсипидарный (жажда и полиурия).
2. ЖКБ. Холецистэктомия (год назад). Хронический паренхиматозный панкреатит, билиарнозависимый, болевая форма, средней степени тяжести, обострение, с нарушением внешнесекреторной функции. Сахарный диабет 2 типа? С учетом характерной клинической картины, наличия факторов риска (погрешности в диете, холецистэктомия).
3. Наличие капелек Тужилина на передней брюшной стенке свидетельствует о поражении поджелудочной железы.
4. При пальпации будет определяться болезненность в зоне Шоффара и Губергрица-Скульского, точках Дежардена, Губергрица и Мейо-Робсона.
5. В биохимическом анализе крови гипергликемия натошак. Исследование гликемии в случайное время, исследование кетоновых тел в моче.
6. По данным УЗИ – признаки панкреатита: неоднородная структура повышенной эхогенности.

7. По данным копрограммы – признаки внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы (амилорея, креаторея, стеаторея).
8. ЖКБ. Холецистэктомия (год назад). Хронический паренхиматозный панкреатит, болевая форма, средней степени тяжести, обострение, с нарушением внешнесекреторной функции. Сахарный диабет 2 типа (панкреатогенный) легкое течение. На основании клинической картины, данных биохимического анализа крови (гипергликемия), данных копрограммы – признаки внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы, данных УЗИ – признаки панкреатита.

ЗАДАЧА № 14

1. Синдром цитолиза (астенический синдром, печеночно-клеточной недостаточности, гепатомегалии), синдром желтухи.
2. Хронический вирусный гепатит С?, минимальной степени активности. На основании клинической картины (ведущий синдром цитолиза), профессионального анамнеза.
3. Наличие пальмарной эритемы и телеангиэктазий свидетельствует о печеночно-клеточной недостаточности (нарушение метаболизма эстрогенов).
4. HCV-RНК.
5. В биохимическом анализе крови признаки паренхиматозной желтухи (гипербилирубинемия за счет обеих фракций) и синдрома цитолиза (повышение трансаминаз).
6. По данным УЗИ – патологии не выявлено.
7. По данным копрограммы – показатели в пределах нормы.
8. Хронический вирусный гепатит С, минимальной степени активности. На основании клинической картины (ведущий синдром цитолиза), профессионального анамнеза, умеренного повышения трансаминаз, выявления маркеров вирусного гепатита С.

ЗАДАЧА № 15

1. Синдром холестаза, синдром цитолиза (астенический синдром, печеночно-клеточной недостаточности, гепатомегалии), синдром желтухи, синдром портальной гипертензии.
2. Первичный билиарный цирроз печени. Портальная гипертензия. Асцит. Холестаз.
3. Кожный зуд развивается вследствие накопления желчных кислот в коже, на фоне холестаза, и раздражении нервных окончаний.
4. Необходимо определить антимитохондриальные антитела, биопсию печени и морфологическое исследование биоптата.
5. В биохимическом анализе крови признаки подпеченочной желтухи (гипербилирубинемия за счет прямой фракции билирубина), синдрома цитолиза (повышение трансаминаз), печеночно-клеточной недостаточности

(снижение белка, альбуминов, фибриногена, протромбинового индекса), синдрома холестаза (увеличение холестерина и ГГТП).

6. По данным УЗИ – признаки портальной гипертензии, гепатоспленомегалии, асцита.
7. По данным копрограммы – показатели в пределах нормы.
8. Первичный билиарный цирроз печени, умеренной активности, декомпенсированный, класс В по Чайлд-Пью. Портальная гипертензия. Асцит. Холестаз. На основании характерной клинической картины, данных биохимического анализа крови, УЗИ.

ЗАДАЧА №16

1. Абдоминальный болевой синдром, желудочной диспепсии, кишечной диспепсии, синдром регургитации.
2. С учетом характерного болевого абдоминального синдрома, сопутствующего диспепсического синдрома говорящего о гиперацидности, связь со стрессом и сезонности обострений больше данных за язвенную болезнь ДПК.
3. Вследствие регургитации желудочного сока в пищевод, где в норме щелочная среда, происходит раздражение слизистой оболочки пищевода.
4. Раздражение болевых рецепторов в дне язвы соляной кислотой, спазм гладкомышечных волокон. Ночные боли за счет преобладания вагусного влияния в это время суток и повышения секреции, проходят после приема пищи, так как происходит нейтрализация соляной кислоты.
5. Большая кривизна, методом аускульто-аффрикции, определяется на 2 см выше пупка, пальпация безболезненная; тело желудка гладкой поверхности, безболезненное, положительный симптом Менделя.
6. Показатели копрограммы в пределах нормы.
7. По данным ФГДС выявлен язвенный дефект.
8. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, впервые выявленная, средней степени тяжести, Нр ?, обострение (ночные голодные боли, отрыжка кислым, изжога, сезонность течения заболевания, болезненность при пальпации в пилорoduodenальной области).

ЗАДАЧА №17

1. Абдоминальный болевой синдром, синдром желудочной диспепсии, астенический синдром.
2. Характерные болевой и диспепсический синдромы, болезненность при пальпации желудка, свидетельствуют о поражении желудка (гастрит, язвенная болезнь).
3. Язвенная болезнь желудка протекает на фоне пониженной секреции желудочного сока, недостаточное переваривание пищи, а также снижение моторики желудка приводит к подобным диспепсическим проявлениям.

4. Язвенная болезнь желудка протекает на фоне пониженной секреции желудочного сока, из-за сниженного содержания соляной кислоты нарушено переваривание белков.
5. Желчный пузырь не пальпируется, область пальпации безболезненная, пузырьные симптомы отрицательные.
6. В копрограмме признаки креатореи, что свидетельствует о нарушении пищеварения в желудке, из-за сниженного содержания соляной кислоты;
7. На рентгенограмме желудка определяется язвенный дефект малой кривизны желудка (симптом ниши, симптом перста).
8. Язвенная болезнь желудка, впервые выявленная, легкое течение, Нр?, обострение (на основании характерных жалоб, болезненности при пальпации желудка, признаков креатореи, данных ФГДС, рентгенографии желудка).

ЗАДАЧА № 18

1. Абдоминальный болевой синдром, синдром желудочной и кишечной диспепсии, обменно-дистрофический синдром.
2. С учетом рвоты застойным содержимым, язвенной болезни в анамнезе, больше данных за стеноз выходного отдела желудка.
3. Так как пища не может пройти ниже места сужения, происходит ее застой и при переполнении желудка рвота, приносящая облегчение.
4. Вследствие стеноза выходного отдела желудка и двенадцатиперстной кишки произошло перерастяжение желудка скапливающимися пищевыми массами.
5. Болезненность при пальпации, шум плеска.
6. Показатели копрограммы в пределах нормы.
7. В общем анализе крови определяются признаки нормохромной анемии.
8. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, тяжелое течение, Нр?, обострение. Декомпенсированный стеноз выходного отдела.

ЗАДАЧА № 19

1. Абдоминальный болевой синдром, синдром желудочной диспепсии, синдром внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы.
2. С учетом длительного язвенного анамнеза с сезонными обострениями, изменением болевого синдрома – приобрел черты характерные для поражения поджелудочной железы, характерного диспепсического синдрома, больше данных за пенетрацию язвы в поджелудочную железу.
3. Произошла пенетрация язвы желудка в поджелудочную железу, вследствие чего изменился характер боли, которая стала носить черты характерные для поражения поджелудочной железы – опоясывающая боль за счет раздражения солнечного сплетения увеличенной поджелудочной железой.
4. Так как поражена поджелудочная железа, нарушена ее функция – выделение панкреатического сока, который участвует в переваривании белков, жиров и углеводов.

5. ФГДС: глубокий язвенный дефект, проникающий за стенку желудка (пенетрация в поджелудочную железу).
6. Имеются признаки креатореи, амилореи, стеатореи, что говорит о внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы.
7. В биохимическом анализе крове гиперاميлаземия, свидетельствует о поражении поджелудочной железы.
8. Язвенная болезнь желудка, средней степени тяжести, Нр?, обострение. Пенетрация язвы в поджелудочную железу.

ЗАДАЧА № 20

1. Абдоминальный болевой синдром, синдром желудочной диспепсии, регургитационный симптомокомплекс, синдром желудочного кровотечения, анемический синдром.
2. С учетом характерного болевого абдоминального синдрома, диспепсического синдрома и признаков кровотечения из верхних отделов ЖКТ (рвота кофейной гущей и мелена), признаков анемии больше данных за язвенную болезнь, осложненную кровотечением.
3. Контакт крови с кислым содержимым желудка приводит к образованию солянокислого гематина, который дает характерное окрашивание рвотным и каловым массам.
4. Контакт крови с кислым содержимым желудка приводит к образованию солянокислого гематина, который дает характерное окрашивание рвотным и каловым массам.
5. Область желудка при пальпации безболезненная.
6. Данные биохимического анализа крови в пределах нормы.
7. В общем анализе крови признаки анемии, развившейся на фоне кровотечения.
8. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, впервые выявленная, тяжелое течение, Нр?, обострение, осложненная кровотечением средней степени тяжести. Постгеморрагическая анемия легкой степени.

ЗАДАЧА № 21

1. Болевой абдоминальный синдром, синдром желудочной и кишечной диспепсии, регургитационный симптомокомплекс, синдром экзокринной недостаточности поджелудочной железы.
2. На основании характерного болевого абдоминального синдрома, признаков внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы, диспепсического синдрома больше данных за поражение поджелудочной железы.
3. При рецидивирующем течении панкреатита происходит замещение ткани железы на соединительную ткань, снижается выработка ферментов и развивается внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы.

4. Воспаление проявляется отеком поджелудочной железы, так как она увеличивается в размерах, происходит давление на солнечное сплетение и появление опоясывающих болей. А также за счет рефлекторного пареза поперечно-ободочной кишки.
5. При пальпации в проекции поджелудочной железы, зоне Шоффара и Губергрица Скульского, точках Дежардена, Губергрица и Мейо-Робсона определяется болезненность.
6. Данные биохимического анализа крови в пределах нормы.
7. Признаки креатореи, амилореи, стеатореи – признаки внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы.
8. Хронический паренхиматозный панкреатит, склеротический, редко рецидивирующий, с нарушением внешнесекреторной функции поджелудочной железы, обострение.

ЗАДАЧА № 22

1. Болевой абдоминальный синдром, синдром желудочной и кишечной диспепсии, синдром механической желтухи, синдром экзокринной недостаточности поджелудочной железы.
2. Наличие характерной клинической картины: опоясывающие боли, признаки нарушения функции поджелудочной железы, признаки механической желтухи, говорит о ЖКБ или псевдотуморозной форме хронического панкреатита.
3. Вследствие отека головки поджелудочной железы происходит сдавление большого дуоденального сосочка и нарушается отток желчи с развитием механической желтухи.
4. Проявление механической желтухи, так как прямой билирубин не поступает в кишечник и не образуются уробилин и стеркобилин.
5. При пальпации в проекции поджелудочной железы, зоне Шоффара и Губергрица Скульского, точках Дежардена, Губергрица и Мейо-Робсона определяется болезненность.
6. В биохимическом анализе крови признаки механической желтухи.
7. Признаки креатореи, амилореи, стеатореи – признаки внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы.
8. Хронический паренхиматозный панкреатит, псевдотуморозный, редко рецидивирующий, с нарушением внешнесекреторной функции поджелудочной железы, обострение.

ЗАДАЧА № 23

1. Болевой абдоминальный синдром (билиарный тип боли), синдром кишечной и желудочной диспепсии, регургитационный симптомокомплекс, астеновегетативный синдром, холецисто-кардиальный синдром, синдром ожирения.

2. На основании вышеперечисленных синдромов больше данных за поражение желчного пузыря – холецистит, ЖКБ.
3. Раздражение конкрементом слизистой оболочки желчного пузыря приводит появлению боли, а также возникновение спазма; иррадиация боли обусловлена иннервацией правым диафрагмальным нервом.
4. Стеаторея - нарушение поступления желчи в кишечник влечет за собой нарушение эмульгации жиров, следовательно, нарушено их переваривание.
5. Язык влажный, у корня обложен желто-коричневым налетом, сосочковый слой хорошо выражен.
6. Данные биохимического анализа крови в пределах нормы.
7. В копрограмме признаки стеатореи.
8. Желчнокаменная болезнь, камень желчного пузыря 6 мм, хронический калькулезный холецистит, торпидное течение, обострение. Хронический гастрит, обострение. Хронический дуоденит, обострение.

ЗАДАЧА № 24

1. Болевой абдоминальный синдром (билиарный тип боли), синдром кишечной и желудочной диспепсии, регургитационный симптомокомплекс, синдром ожирения.
2. На основании вышеперечисленных синдромов больше данных за поражение желчного пузыря – хронический холецистит.
3. Воспаление слизистой оболочки желчного пузыря приводит появлению боли вследствие возникновения спазма и отека; иррадиация боли обусловлена иннервацией правым диафрагмальным нервом желчного пузыря.
4. Вследствие регургитации происходит заброс желчи в ротовую полость.
5. Поджелудочная железа пальпаторно не определяется, болезненности в проекции поджелудочной железы, зонах и точках не определяется.
6. Данные биохимического анализа крови в пределах нормы.
7. Стеаторея - нарушение поступления желчи в кишечник.
8. Хронический холецистит, обострение.

ЗАДАЧА № 25

1. Синдром цитолиза (гепатомегалии, спленомегалии, печеночно-клеточной недостаточности), синдром паренхиматозной желтухи, печеночной энцефалопатии, портальной гипертензии.
2. На основании вышеперечисленных синдромов, анамнеза – злоупотребление алкоголем, больше данных за поражение печени – хронический гепатит, цирроз печени.
3. Появление телеангиэктазий обусловлено повышенным содержанием эстрогенов, так как нарушена дезинтоксикационная функция печени.
4. Геморрагический синдром развивается вследствие портальной гипертензии – повышение давления в венах, а также за счет снижения синтеза печенью факторов свертывания крови (печеночно-клеточная недостаточность).

5. Край острый, поверхность бугристая, плотной консистенции, болезненная при пальпации.
6. В биохимическом анализе крови признаки синдрома цитолиза, печеночно-клеточной недостаточности, паренхиматозной желтухи.
7. По УЗИ признаки цирроза печени: увеличена, неоднородная, повышенной эхогенности, узлы регенерации.
8. Цирроз печени, алкогольный, макронодулярный, активность? Синдром портальной гипертензии.

ЗАДАЧА № 26

1. Синдром цитолиза (гепатоспленомегалии, печеночно-клеточной недостаточности), синдром паренхиматозной желтухи, синдром холестаза, синдром мезенхимального воспаления.
2. На основании вышеперечисленных синдромов, анамнеза – злоупотребление алкоголем, контакт с инфицированной вирусом гепатита С, можно предположить поражение печени – хронический гепатит, цирроз печени.
3. Появление телеангиэктазий обусловлено повышенным содержанием эстрогенов, так как нарушен их метаболизм в печени.
4. Гипертермия проявление синдрома мезенхимального воспаления, а также печеночно-клеточной недостаточности – нарушена детоксикация пирогенных веществ.
5. Край закруглен, поверхность гладкая, эластичной консистенции, умеренно болезненная.
6. В биохимическом анализе крови признаки синдрома цитолиза, печеночно-клеточной недостаточности, паренхиматозной желтухи, холестаза.
7. В общем анализе крови выявлены признаки синдрома мезенхимального воспаления: ускоренная СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.
8. Хронический гепатит, смешанной этиологии (вирусный, алкогольный), высокой активности. Синдром холестаза.

ЗАДАЧА № 27

1. Синдром цитолиза (астенический, печеночно-клеточной недостаточности, гепатомегалии, болевой), синдром желтухи.
2. На основании выделенных синдромов, анамнеза – прием гепатотоксичных препаратов, больше данных за токсическое поражение печени.
3. Вследствие воспаления происходит увеличение печени, что приводит к перерастяжению глиссоновой капсулы и раздражению болевых рецепторов.
4. Желтуха развивается вследствие развития синдрома цитолиза – непосредственное разрушение гепатоцитов с выходом билирубина, а также из-за нарушения функции печени.
5. Край закруглен, поверхность гладкая, эластичной консистенции.

6. В биохимическом анализе крови имеются признаки синдрома цитолиза, паренхиматозной желтухи, печеночно-клеточной недостаточности.
7. Показатели общего анализа крови в пределах нормы.
8. Хронический лекарственный гепатит, высокой активности, стадия?

ЗАДАЧА № 28

1. Анемический синдром, синдром малых признаков, синдром желудочного кровотечения.
2. На основании характерного синдрома малых признаков, опухолевидного образования в проекции желудка при пальпации, больше данных за рак желудка.
3. Вследствие всасывания продуктов распада опухоли.
4. Мелена – проявление кровотечения из распадающейся опухоли желудка, черное окрашивание стула обусловлено образованием соляно-кислого гематина, при контакте крови с соляной кислотой.
5. Определяемое уплотнение обусловлено опухолевым образованием, плотной консистенции, болезненное при пальпации.
6. в общем анализе крови имеются признаки гипохромной анемии, которая развивается вследствие кровотечения из распадающейся опухоли.
7. Данные ФГДС подтверждают наличие злокачественной опухоли тела желудка.
8. Рак желудка, осложненный кровотечением (состоявшееся кровотечение). Хроническая постгеморрагическая анемия, средней степени тяжести.

ЗАДАЧА № 29

1. Болевой абдоминальный синдром, синдром кишечной диспепсии, астеновегетативный синдром.
2. Наличие болевого абдоминального и диспепсического синдромов, сопровождаемых эмоциональной окраской, женский пол и возраст позволяют заподозрить поражение толстого кишечника, либо при исключении органической патологии, синдрома раздраженного кишечника.
3. Нарушение висцеральной чувствительности.
4. Нарушение висцеральной чувствительности.
5. При глубокой пальпации желудка пальпируется большая кривизна в виде безболезненного валика, тело с гладкой поверхностью, при пальпации безболезненное.
6. Показатели общего анализа крови в пределах нормы.
7. Показатели биохимического анализа крови в пределах нормы.
8. Синдром раздраженного кишечника с поносами.

ЗАДАЧА № 30

1. Болевой абдоминальный синдром, синдром кишечной диспепсии, астеновегетативный синдром.
2. Наличие болевого абдоминального и диспепсического синдромов, сопровождаемых эмоциональной окраской, женский пол и возраст позволяют заподозрить поражение толстого кишечника, либо при исключении органической патологии, синдрома раздраженного кишечника.
3. Нарушение висцеральной чувствительности.
4. Нарушение висцеральной чувствительности.
5. При глубокой пальпации желудка пальпируется большая кривизна в виде безболезненного валика, тело с гладкой поверхностью, при пальпации безболезненное.
6. Показатели общего анализа крови в пределах нормы.
7. Показатели биохимического анализа крови в пределах нормы.
8. Синдром раздраженного кишечника с поносами.