

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ 3 ЭТАП
(СОБЕСЕДОВАНИЕ)
ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ

Модуль «ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ»

ЗАДАЧА №1

Девочка 13 лет, жалуется на боли в животе, слабость, быструю утомляемость. Боли беспокоят в течение трёх лет, возникают чаще натощак, иногда ночью, локализуются в верхней половине живота, исчезают после приема пищи. В течение последних 2-х недель интенсивность болей уменьшилась, однако появились головокружения, сонливость, слабость, быстрая утомляемость, эпизоды черного стула.

Девочка от I физиологической беременности, срочных родов. Находилась на естественном вскармливании до 2-х месяцев. Раннее развитие по возрасту. Прививки по календарю. Аллергоанамнез не отягощен.

Генеалогический анамнез: мать 36 лет, страдает гастритом, отец 38 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, дедушка (по линии матери) – язвенной болезнью желудка.

При осмотре: рост 153 см, масса тела 40 кг. Ребенок вялый. Кожные покровы, слизистые оболочки ротовой полости, конъюнктивы бледные. Выражена мраморность кожных покровов, ладони и стопы холодные на ощупь. В легких дыхание проводится равномерно, везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, ритм правильный, ЧСС 116 ударов в 1 минуту. АД 85/50 мм.рт.ст. Живот округлой формы, мягкий, болезненный при глубокой пальпации в эпигастрии и пилородуоденальной области. Отмечается умеренная болезненность в точках Дежардена и Мейо-Робсона. Печень у края правой рёберной дуги, пальпация безболезненная. Селезёнка не пальпируется. Стул дёгтеобразный 2 раз в сутки. Дизурии нет.

Анализ крови клинический: Нb – 75 г/л; эритроциты – $2,8 \times 10^{12}$ /л; ЦП – 0,77; ретикулоциты – 5%, Нt – 29 л/л; лейкоциты – $8,7 \times 10^9$ /л; п/я – 6%; с/я – 50%; эозинофилы – 2%; лимфоциты – 34%; моноциты – 8%; тромбоциты – $390,0 \times 10^9$ /л; СОЭ – 12 мм/час; время кровотечения по Дюку – 60 сек.; время свертывания по Сухареву: начало – 1 мин., конец – 2 мин 30 сек.

Общий анализ мочи: количество - 90 мл, цвет – соломенно-желтый, прозрачность полная, относительная плотность – 1024, рН – 6,0, белок - нет, глюкоза – нет, эпителий плоский – един. в поле зрения, лейкоциты – 2-3 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок – 72 г/л; альбумины – 55%; глобулины: α_1 – 6%, α_2 – 10%, β – 13%, γ – 16%; АсАТ – 34 Ед/л; АлАТ – 29 Ед/л;

ЩФ – 150 Ед/л (норма 70-142); общий билирубин 16 мкмоль/л, прямой билирубин – 3 мкмоль/л, амилаза 125 ед/л (норма до 120), железо сывороточное – 5 мкмоль/л.

Кал на скрытую кровь: реакция Грегерсена положительная (+++).

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность обычная. Внутривенные сосуды и протоки не расширены. Желчный пузырь округлой формы, просвет чистый, стенки 2 мм (норма до 2 мм). Поджелудочная железа: головка 28 мм (норма 22 мм), тело 18 мм (норма 14 мм), хвост 27 мм (норма 20 мм), паренхима повышенной эхогенности, диффузно неоднородная. Селезенка не увеличена.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка пищевода розовая. Кардия смыкается полностью. В теле желудка слизистая оболочка гнездно гиперемирована, отечная, в антральном отделе множественные плоские выбухания. Привратник неправильной формы, зияет. Луковица 12-перстной кишки средних размеров, пустая, деформирована за счет отека слизистой оболочки и конвергенции складок, слизистая оболочка гиперемирована. На передней стенке линейный рубец звездчатой формы ярко-розового цвета, на задней стенке округлый дефект диаметром до 1,7 см, с ровными краями и глубоким дном, заполненным зеленоватым детритом. В дне язвы определяются эрозированные сосуды со сгустком крови. После удаления сгустка крови открылось кровотечение, которое было остановлено наложением клипс на сосуды.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический Диагноз.
2. Укажите этиопатогенез данного заболевания.
3. Оцените состояние ребенка при поступлении.
4. Какие наиболее частые осложнения данного заболевания отмечаются в детском возрасте?
5. Оцените результаты общего анализа крови. Требуется ли дополнительное гематологическое обследование?
6. Чем обусловлены описанные изменения поджелудочной железы?
7. Какие дополнительные методы исследования требуются больному?
8. Назначьте и обоснуйте диету и медикаментозную терапию.
9. Расскажите о методах остановки кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта.
10. Какова тактика диспансерного наблюдения?

ДИАГНОЗ основной: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, впервые выявленная, фаза обострения (активная язва луковицы), осложненная дуоденальным кровотечением. Рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Геморрагический шок II степени. Постгеморрагическая железodefицитная анемия II степени. Реактивные изменения поджелудочной железы.

ЗАДАЧА №2

Мальчик 1 года 8 месяцев.

Анамнез жизни: Ребенок от I беременности, протекавшей с токсикозом, срочных родов. Масса при рождении 3250 г, длина 51 см; закричал сразу. Период новорожденности протекал без особенностей.

На свободном грудном вскармливании до 6 мес. Аппетит был удовлетворительным, срыгивал редко, стул соответствовал возрасту и характеру питания. Периодически, преимущественно в утренние часы, возникали эпизоды вялости, повышенной потливости, судорожных подергиваний конечностей. Вес в возрасте 1 года составил 8500 г, рост 72 см.

При осмотре масса тела 9 кг, рост 74 см. Обращают на себя внимание: «кукольное» лицо, короткая шея, значительно увеличенный живот. Кожа бледно-розовая, пальмарная эритема, венозная сеть на передней брюшной стенке не выражена. Подкожно-жировая клетчатка лица развита избыточно. В легких дыхание пуэрильное, проводится во все отделы, хрипов нет, ЧД 28 в 1 минуту. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, верхняя – 2 ребро, левая - на 0,5 см снаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 120 уд. в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 8 см, край плотный, ровный, закруглен. Селезенка не пальпируется. Нервно-психическое развитие соответствует возрасту. Стул регулярный, оформленный.

Клинический анализ крови: Нв – 120 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $9,0 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 29%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 60%, моноциты – 8%, СОЭ – 5 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 75 г/л, альбумины – 53%, глобулины: α_1 – 5%, α_2 – 12%, β – 15%, γ – 15%, билирубин общий – 10,5 мкмоль/л, прямой – 3,0 мкмоль/л, АлАТ – 187 Ед/л, АсАТ – 270 Ед/л, общ. липиды – 14 г/л (норма 4,5 – 7), триглицериды 4,5 ммоль/л (норма до 1,8), холестерин – 9,2 ммоль/л, глюкоза – 2,6 ммоль/л, мочева кислота – 0,65 ммоль/л (норма – 0,17 – 0,41), молочная кислота – 2,8 ммоль/л (норма – 1,0 – 1,7).

Кислотно-основное состояние крови: рН = 7,32, рСО₂ = 47 мм.рт.ст., рО₂ = 98 мм.рт.ст., ВЕ = - 6 ммоль/л

УЗИ органов брюшной полости и почек: печень резко увеличена до 130 x 115 мм, контуры ровные, паренхима диффузно неоднородная, эхогенность повышена, отмечается ослабление эхо-сигнала. Сосудистый рисунок печени обеднен. Воротная вена не расширена. Желчный пузырь не увеличен, стенки не утолщены. Селезенка не увеличена, структура не изменена. Размеры почек увеличены до 73x36 мм (лев) и 75x37 мм (прав), дифференцировка сохранена, повышена эхогенность коркового слоя.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный Диагноз.
2. Какие нарушения лежат в основе этого заболевания?
3. Какие заболевания из этой группы Вам известны?
4. При каком заболевании из этой группы развиваются тяжелые поражения сердца?
5. Какие причины способствуют увеличению размеров печени при данной патологии?
6. Объясните механизм развития гипогликемических состояний у ребенка.
7. Назовите методы исследования, необходимые для подтверждения Диагноза.
8. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
9. Назовите основные принципы лечения.
10. Что является основной причиной смерти при отсутствии терапии?

ДИАГНОЗ основной: *Болезнь накопления гликогена тип I (болезнь Гирке).*

ЗАДАЧА №3

Мальчик 2г 6 мес. поступил с жалобами на снижение аппетита, периодические приступы рвоты, вялости.

Из анамнеза известно, что ребенок от 1 физиологично протекавшей беременности, срочных родов. Вес при рождении 3640г, рост 51см, оценка по шкале Апгар 7/9 баллов. Раннее развитие без особенностей. На грудном вскармливании до 8 мес., на фоне введения фруктового пюре появились эпизоды отказа от еды, слабости, рвоты.

В 1г 4 мес. при обследовании по поводу ОРВИ и острого бронхита впервые выявлено увеличение размеров печени и селезенки до +3 и +1 см из-под края реберной дуги соответственно. При обследовании в клиническом анализе крови - лейкоциты 10×10^9 /л, п/я 8%, с/я 32%, лимфоциты 46%, моноциты 14%, СОЭ 45мм/ч. В биохимическом анализе крови - ЩФ 770 ед/л, АСТ 71 ед/л, АЛТ 115 ед/л. Маркеры вирусных гепатитов В и С, вируса Эпштейн-Бар, ЦМВ отрицательные.

Наследственный и аллергологический анамнез не отягощен. Вакцинирован по возрасту.

При осмотре самочувствие удовлетворительное. Рост 92 см. Вес 15 кг. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, розовые. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. В легких дыхание пуэрильное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень +4 см из-под края реберной дуги, эластичная, безболезненная. Селезенка не увеличена. Стул

регулярный, оформленный, без патологических примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Анализ крови клинический: Hb – 131 г/л, эритроциты – $4,4 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $7,1 \times 10^9$ /л, п/я - 0%, с/я - 27%, лимфоциты - 64%, эозинофилы - 3%, базофилы - 1%, моноциты - 5%, СОЭ – 6 мм/час.

Клинический анализ мочи: цвет желтый, относительная плотность – 1015; лейкоциты – нет, эритроциты – нет.

Биохимический анализ крови: общий белок – 73 г/л, альбумины – 63%, билирубин общ – 7,7 ммоль/л, билирубин прямой – 1,3 ммоль/л, АЛТ - 101 ед/л, АСТ - 85 ед/л, ЩФ – 246 ед/л (норма 50-400), ГГТ - 29 ед/л (норма 10-40), ЛДГ - 255 ед/л (норма 100-320), холестерин – 4,2 ммоль/л, железо – 15 ммоль/л (норма 7-18), глюкоза – 4,9 ммоль/л.

HbsAg - отрицательно, **antiHCV** – отрицательно

Альфа1-антитрипсин – 131 мг/дл (норма 88-174 мг/дл)

Церулоплазмин – 36 мг/дл (норма 22-58 мг/дл)

Генетический анализ на частые мутации в гене ALDOB: В гене ALDOB обнаружена частая мутация A149P в гомозиготном состоянии.

УЗИ органов брюшной полости и почек: Печень: передне-задний размер правой доли 93 мм, левой доли 56 мм (ув), контуры ровные, паренхима высокой эхогенности, воротная вена не расширена. Желчный пузырь не изменен. Поджелудочная железа не увеличена, обычной эхогенности, Вирсунгов проток не расширен. Селезенка 75x33 мм, не увеличена, однородная, селезеночная вена не расширена.

Почки расположены обычно, не увеличены, паренхима дифференцирована, ЧЛС не расширена.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте и обоснуйте Диагноз.
2. В чем заключается патогенез заболевания?
3. Какие синдромы поражения печени имеются у пациента?
4. Перечислите заболевания, с которыми следует проводить дифференциальную диагностику.
5. Назначьте дополнительное обследование, если это необходимо.
6. Назовите основные принципы лечения.
7. В чем заключаются особенности диетотерапии при данном заболевании?
8. Определите прогноз заболевания.

ДИАГНОЗ основной: *Наследственная непереносимость фруктозы (фруктоземия).*

ЗАДАЧА №4

Мальчик 1 года 2 месяцев, поступил в отделение с жалобами на отеки, уменьшение количества мочи, разжижение стула.

Из анамнеза известно, что ребенок от I физиологично протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении 3300 г, длина 51 см. Закричал сразу. Период новорожденности протекал без особенностей. На грудном вскармливании до 3-х месяцев, далее получал адаптированные смеси. Прикорм кашами с 5-ти месяцев. До 5-ти месяцев рос и развивался соответственно возрасту, в дальнейшем отмечалось разжижение стула, отставание прибавки массы тела. В 1 год ребенок весил 8500 г. В этом возрасте мальчик перенес ОРВИ с кишечным синдромом. Заболевание было затяжным. Посевы кала на патогенную флору возбудителя не выявили. Антибактериальная терапия, пробиотики эффекта не дали. Постепенно состояние ребенка ухудшалось. Два дня назад появились генерализованные отеки, в связи с чем мальчик был госпитализирован в стационар.

При осмотре: состояние тяжелое, выраженные отеки на лице, ногах, пояснице, асцит. Ребенок вялый, самостоятельно не ходит. Appetit снижен. Рост 72 см, масса 8600г. Кожные покровы бледные, сухие. В легких дыхание равномерно проводится во все отделы, пуэрильное, хрипов нет. ЧД 30 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 140 ударов в 1 минуту. Живот увеличен в размерах, печень +1 см из-под реберного края, селезенка не пальпируется. Стул обильный, 6-8 раз в сутки. Мочеиспускание безболезненное.

Анализ крови клинический: Нв – 103 г/л, эритроциты – $3,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $4,2 \times 10^9$ /л, п/я – 1%, с/я – 59%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 31%, моноциты – 7%, СОЭ – 2 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, относительная плотность – 1015, реакция - кислая, белок – нет, эпителий – единичный, лейкоциты – 1-3 в п/зр.

Копрограмма: цвет – светло-желтый, рН 6,9, мышечные волокна – единичные, жирные кислоты – много, крахмал – единичный.

Биохимический анализ крови: общий белок – 52 г/л, альбумины – 28%, глобулины: α_1 – 7%, α_2 – 28%, β – 27%, γ – 10%; калий – 3,2 ммоль/л, кальций ионизированный - 0,47 ммоль/л, холестерин – 2,6 ммоль/л, глюкоза – 3,6 ммоль/л, железо – 6,8 ммоль/л.

Антитела к тканевой трансглутаминазе: IgA - 0,6 ед/мл, IgG – 0 (норма < 10)

Кал на углеводы: 0,3 мг% (норма 0,05-0,5).

Альфа1-антитрипсин в кале: 2500 мг/л (норма < 250)

ЭКГ: умеренная синусовая тахикардия, выраженные обменные нарушения в миокарде с явлениями гипокалиемии.

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, контур ровный; паренхима неоднородная; поджелудочная железа не увеличена, паренхима диффузно неоднородная; в брюшной полости определяется свободная жидкость, петли кишечника расширены, с неравномерно утолщенными стенками, наполнены жидкостным содержимым.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка пищевода розовая, кардиальный сфинктер смыкается. В желудке немного прозрачной слизи. Слизистая оболочка желудка бледно-розовая, блестящая. Привратник округлый, проходим. Луковица средних размеров, пустая. Слизистая двенадцатиперстной кишки бледно-розовая, складки уплощены. Диаметр обычного калибра. В тощей кишке на фоне отечной слизистой определяются округлые образования молочного цвета, а также белесые пятна (изменения по типу «коралловой слизистой»)

Гистологическое исследование биоптата слизистой оболочки тощей кишки: ворсинки нормальной длины, многие с лимфангиэктазией. Слизистая оболочка резко отечная, незначительная лимфогистиоцитарная инфильтрация.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный Диагноз.
2. Укажите триггерные факторы, способствовавшие манифестации заболевания.
3. Назовите клинические проявления, характерные для гипопротеинемии.
4. Назовите клинические проявления, характерные для гипокальциемии; гипокалиемии.
5. Прокомментируйте значения показателей лейкоцитарной формулы крови у данного пациента.
6. Укажите сходства и различия показателей биохимического анализа крови при нефротическом синдроме и этом заболевании.
7. Перечислите необходимые дополнительные методы исследования, которые следует назначить мальчику.
8. Назначьте диету и медикаментозную терапию больному.
9. Укажите, в каких случаях показано назначение кортикостероидов.
10. От чего зависит прогноз заболевания?

ДИАГНОЗ основной: Первичная экссудативная энтеропатия.
Железодефицитная анемия I степени. Белково-энергетическая недостаточность II степени.

Ребенок Ш., 1,5 лет, поступил в больницу с жалобами на отсутствие аппетита, прибавки веса, обильный стул.

Анамнез жизни: ребенок от III беременности, 3-х срочных родов (первый ребенок умер от “кишечной инфекции”, второй – здоров). Настоящая беременность протекала с нефропатией. Роды срочные, масса тела при рождении 3500 гр., длина 54 см. Вскармливание естественное до 4-х месяцев, далее – искусственное. Прикорм кашей с 5 месяцев. Рос и развивался соответственно возрасту. В один год рост 75 см, вес 10 кг. К этому времени хорошо ходил, самостоятельно пил из чашки.

В 1 год 1 месяц ребенок перенес сальмонеллезную инфекцию, лечился в стационаре. Через 1 месяц после выписки из стационара вновь отмечено ухудшение состояния в виде нарастающей вялости, разжижения стула. Бактериологическое исследование кала дало отрицательные результаты. С этого времени ребенок стал беспокойным, агрессивным, плаксивым, отказывался от еды, потерял в весе. Стул участился до 10-12 раз в сутки, стал обильным, с жирным блеском. Ребенок перестал ходить, сидеть.

При поступлении в стационар состояние тяжелое. Вес 9,3 кг, рост 79 см. Тургор тканей снижен. Кожные покровы бледные, сухие. Волосы сухие, тусклые, ломкие. Умеренно выражена отечность в области голеней и передней брюшной стенки. Отмечаются рахитоподобные изменения костей, карпопедальный спазм. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные, ЧСС 120 уд/мин. Живот увеличен в размере, мягкий, при пальпации болезненный во всех отделах, умеренно вздут. Печень +2 см из-под реберного края, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Стул 10 р/сут, обильный, зловонный, пенистый, с жирным блеском. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Анализ крови клинический: Нв – 102 г/л, эритроциты– $3,6 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $5,3 \times 10^9$ /л, п/я – 4%, с/я – 64%, эозинофилы– 1%, лимфоциты– 27%, моноциты – 4%, тромбоциты– $216,0 \times 10^9$ /л, СОЭ – 2 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, реакция – кислая, эпителий – единичный, лейкоциты – 1-2 в п/зр, эритроциты – нет.

Биохимический анализ крови: общий белок – 58 г/л, альбумины – 40%, глобулины: α_1 – 5%, α_2 – 10%, β – 20%, γ – 25%, мочевины – 3,7 ммоль/л, билирубин – 7,0 мкмоль/л, холестерин – 1,8 ммоль/л, ЩФ – 430 Ед/л (норма 50 – 400 Ед/л), глюкоза 4,7 ммоль/л, калий – 3,5 ммоль/л, натрий – 140 ммоль/л, кальций ионизированный – 0,54 ммоль/л, фосфор – 0,93 ммоль/л, железо – 4 мкмоль/л.

Копрограмма: форма кашицеобразная, реакция кислая, цвет – желтый, слизь и кровь – отсутствуют, мышечные волокна – немного, нейтральные жиры – единичные, жирные кислоты – много, крахмал – много.

Пилокарпиновая проба (по Гибсону и Куку): хлориды пота – 28 ммоль/л.

Рентгенография брюшной полости: в петлях тонкой и толстой кишки повышено содержание газов, отмечены уровни жидкости.

Альфа1-антитрипсин в кале: 1500 мг/л (норма 0-250 мг/л)

Углеводы в кале: 1,1 г% (норма 0,05 – 0,5 г%)

УЗИ органов брюшной полости: печень умеренно увеличена, паренхима неоднородная, зернистая; поджелудочная железа увеличена за счет хвоста, паренхима неоднородна. Желчный пузырь не изменен, просвет свободный. Селезенка не увеличена, однородная.

Эзофагогастродуоденоскопия: Слизистая оболочка пищевода и желудка гладкая, блестящая, бледно-розовая. Луковица средних размеров, пустая. Слизистая оболочка двенадцатиперстной кишки бледно-розовая, на верхушках уплощенных складок налет типа «манной крупы». Слизистая оболочка тощей кишки бледно-розовая, блестящая, с уплощенными складками. По гребням складок определяется выраженная поперечная исчерченность. Взята биопсия.

Гистологическое исследование биоптата слизистой оболочки тощей кишки: атрофические изменения слизистой оболочки в виде резкого снижения высоты ворсин, гиперплазии крипт. Соотношение ворсинка/крипта - 1:4. Уменьшение числа бокаловидных клеток, МЭЛ >40.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте и обоснуйте Диагноз.
2. В чём заключается патогенез данного заболевания?
3. Объясните причину появления отека у ребёнка.
4. Укажите основные внекишечные проявления заболевания и объясните причины их возникновения.
5. Перечислите дополнительные методы обследования, необходимые больному. Какие серологические методы исследования следует провести и могут ли возникнуть затруднения в трактовке их результатов при соблюдении диеты? При дефиците IgA?
6. В чём заключается патогенетическая терапия данного заболевания?
7. В каких случаях необходимо назначения глюкокортикостероидов?
8. Назначьте диету и медикаментозную терапию пациенту и укажите длительность их соблюдения.
9. Определите прогноз заболевания.

ДИАГНОЗ основной: Целиакия, симптомная, активный период; вторичная экссудативная энтеропатия, вторичная дисахаридазная недостаточность, Вторичная белково-энергетическая недостаточность I степени Железодефицитная анемия 1 степени. Реактивные изменения поджелудочной железы.

ЗАДАЧА №6

Мальчик 14 лет поступил с жалобами на слабость.

Ребенок от I физиологично протекавшей беременности, срочных родов. Раннее развитие без особенностей. Рос и развивался соответственно возрасту. Полгода назад стал отмечать недомогание, частые головные боли, нарушение сна, периодические боли в животе. 3 месяца назад перенес острую кишечную инфекцию, при обследовании в стационаре выявлено увеличение уровней трансаминаз до 2,5 норм. Маркёры вирусных гепатитов А, В, С – отрицательные.

Родители здоровы, младшая сестра (8 лет) не обследована, у бабушки по материнской линии ишемическая болезнь сердца. Мальчик ходит в школу, успеваемость ниже среднего, запоминает учебный материал с трудом, невнимателен, неусидчив. В последнее время испортился почерк.

При осмотре: рост 178см, вес 61кг. Сознание ясное. Отмечается умеренное снижение мышечного тонуса, походка шаткая. Неустойчив в позе Ромберга. Отмечается девиация языка влево. Кожные покровы смуглые, чистые, усилен венозный рисунок. Краевая субиктеричность склер. В легких дыхание проводится равномерно во все отделы, везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, звучные. Живот доступен глубокой пальпации, мягкий, чувствительный в эпигастрии. Печень выступает на 1см из-под края правой реберной дуги. Селезенка +1см, безболезненная. Стул неустойчивый, окрашен. Мочевыделение свободное, безболезненное.

Анализ крови клинический: Нв – 117 г/л, эритроциты $3,7 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,92, лейкоциты – $5,2 \times 10^9$ /л, п/я - 1%, с/я - 64 %, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 32%, моноциты - 2%, СОЭ 9 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 62 г/л, альбумины – 58%, глобулины: α_1 – 7%, α_2 – 4%, β – 12%, γ – 19%; АЛТ - 264 ед/л, АСТ - 490 ед/л, билир общ - 15,2 мкмоль/л, прямой – 4,7 мкмоль/л, ЩФ 141 ед/л (норма 42-110), ГГТ 49 ед/л (норма 5-35), церулоплазмин 9,5 мг/дл (норма 22-58), альфа1-антитрипсин 110 мг/дл (норма 88-174), глюкоза – 3,6 ммоль/л, железо – 18 ммоль/л.

Суточная экскреция меди с мочой: 204,4 мкг/сут (норма менее 50 мкг/л).
На фоне приема Д-пенициллина: 1730,4 мкг/сут.

УЗИ органов брюшной полости: Печень: Правая доля 126мм, Левая доля 88мм (ув), паренхима неоднородная, гиперэхогенная, воротная вена 15,6мм (расширена). Желчный пузырь не увеличен, просвет свободный, стенки не утолщены. Селезенка 123мм (ув), неоднородная, селезеночная вена 9мм, извита. Поджелудочная железа 17x11x18мм, паренхима однородная.

Фиброэластометрия печени: Стадия фиброза F4 по METAVIR.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический Диагноз.
2. Опишите этиологию и патогенез заболевания.
3. Объясните причину неврологической симптоматики у ребенка.
4. Какие синдромы поражения печени имеются у пациента?
5. Перечислите заболевания, с которыми следует проводить дифференциальную диагностику.
6. Перечислите необходимые дополнительные методы исследования.
7. Назначьте диету и медикаментозную терапию.
8. Определите прогноз заболевания.
9. Есть ли необходимость в обследовании младшего ребенка? Если да, составьте план обследования.

***ДИАГНОЗ основной:** Цирроз печени в исходе болезни Вильсона-Коновалова.
Синдром портальной гипертензии.*

ЗАДАЧА №7

Мальчик, 12 лет, поступил в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на тянущие боли в животе, преимущественно слева, учащенный стул с примесью крови.

Из анамнеза известно, что примерно полгода назад после смерти отца появились слабость, утомляемость, субфебрилитет, снизился аппетит, стул стал неустойчивым до 5-6 раз в сутки, периодически с примесью крови и слизи, дефекация стала болезненной. За 6 месяцев ребенок похудел на 4 кг. Амбулаторно проводились повторные курсы терапии антибактериальными препаратами и пробиотиками без существенного эффекта.

Ребенок от первой беременности, протекавшей без особенностей, рос и развивался соответственно возрасту, привит по национальному календарю. Наследственный анамнез не отягощен.

При осмотре: рост 148 см, масса 34 кг. Температура тела 36,8°C. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые с серым оттенком, «тени» под глазами. Катаральные явления отсутствуют. Сердечные тоны звучные, ритмичные, выслушивается короткий систолический шум на верхушке, ЧСС 96 ударов в 1 минуту. Живот умеренно вздут, при пальпации отмечается болезненность по ходу толстой кишки, петли кишечника спазмированы, резкая болезненность в левой подвздошной области. Печень у края реберной дуги, пальпация безболезненная. Селезёнка не пальпируется. Перианальная область отёчная, гиперемирована, анус податлив. Стул за прошедшие сутки 6 раз (3 из которых в ночное время) с примесью крови, слизи, гноя. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Анализ крови клинический: Нв 92 г/л, эритроциты $3,6 \times 10^{12}$ /л, ЦП - 0,77, лейкоциты - $15,8 \times 10^9$ /л, п/я - 6%, с/я - 63 %, эозинофилы - 5%, лимфоциты - 24%, моноциты - 2%, тромбоциты - $554,8 \times 10^9$ /л, СОЭ 35 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, прозрачность полная, относительная плотность 1020, рН 6,0, белок - нет, сахар - нет, лейкоциты 2-3 в поле зрения, эпителий плоский – немного, эритроциты - нет, оксалаты – немного.

Биохимический анализ крови: общий белок 65 г/л, альбумины 50%, глобулины: α_1 - 5%, α_2 - 11%, β - 9%, γ -25%, фибриноген 5,5 г/л (норма 2-4), билирубин общий 10 мкмоль/л, прямой 1,5 мкмоль/л, ЩФ 620 ед (норма до 600 ед), АлАТ- 24ед/л, АсАТ – 34 ед/л, амилаза 95 ед/л (норма до 120), СРБ 54 мг/л.

рАНСА – положительно.

Копрограмма: кал неоформленный, коричневого цвета, мышечные волокна непереваренные в умеренном количестве, нейтральный жир – нет, жирные кислоты – немного, крахмал внеклеточный – много, Лейкоциты – 20--30 в поле зрения, эритроциты 30-40 в поле зрения, слизь -умеренно.

Фекальный кальпротектин: 1300 мкг/г (норма 0-50).

Илеоколоноскопия: Слизистая оболочка подвздошной кишки бледно-розовая, баугиниева заслонка визуально не изменена. Слизистая оболочка ободочной кишки на всём протяжении отёчная, гиперемирована, сосудистый рисунок смазан или отсутствует, повышена контактная кровоточивость, визуализируются участки кровоизлияний и множественные язвенные дефекты округлой формы, покрытые гноем и фибрином, имеющие тенденцию к слиянию. Описанные изменения усиливаются в каудальном направлении и максимально выражены в сигмовидной и прямой кишке. Гаустрация толстой кишки на всём протяжении значительно снижена. Взята лестничная биопсия.

Гистологическое исследование биоптатов кишечника: в участке слизистой оболочки тонкой кишки умеренное полнокровие сосудов. Во всех фрагментах слизистой оболочки толстого кишечника - отёк собственной пластинки, расширение и полнокровие капилляров, собственная пластинка с выраженной инфильтрацией нейтрофилами, лимфоцитами, плазматическими клетками и макрофагами. Количество бокаловидных клеток снижено. Имеются крипт-абсцессы, архитектура крипт нарушена, имеется их частичная атрофия.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте Диагноз и обоснуйте его.
2. Перечислите клинико-лабораторные и эндоскопические критерии, характеризующие активность процесса.
3. Укажите заболевания, с которыми следует дифференцировать данную патологию.
4. Назначьте дополнительное обследование, если оно необходимо.

5. Назовите внекишечные проявления, характерные для данного заболевания.
6. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
7. В чём заключается патогенетическая терапия данной патологии?
8. Назначьте пациенту диету и медикаментозную терапию.
9. Укажите принципы назначения пероральной терапии глюкокортикостероидами и её основные побочные эффекты.
10. Перечислите показания к хирургическому лечению.

ДИАГНОЗ основной: Язвенный колит, тотальный, тяжёлое течение.
Постгеморрагическая анемия I степени.

ЗАДАЧА №8

Мальчик, 9 лет, во время занятий спортивной борьбой получил удар ногой в область живота, после чего появились сильные схваткообразные боли по всему животу, иррадиирующие в спину, ребёнок занял полусогнутое положение, через 2 часа появилась тошнота, повторная рвота, не приносящая облегчения. Бригадой скорой помощи ребёнок доставлен в больницу.

Семейный анамнез не отягощен.

При осмотре: рост – 136 см, масса 32 кг. Кожные покровы бледные, слизистые розовые, «тени» под глазами. Язык покрыт белым налётом. В легких дыхание проводится равномерно во все отделы, везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны громкие, ритмичные. ЧСС – 106 ударов в 1 минуту. Живот вздут в верхних отделах, небольшой мышечный дефанс в области левого подреберья, болезненность при локальной пальпации в точках Дежардена, Мейо-Робсона, зоне Шоффара, в эпигастрии. Дефекация без особенностей.

Анализ крови клинический: Hb – 124 г/л, эритроциты – $4,1 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,9, лейкоциты – 12×10^9 /л, п/я – 5%, с/я – 57%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 28%, моноциты – 7%, СОЭ – 14 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, прозрачность полная, относительная плотность – 1024, рН – 6,0, белок – нет, сахар – нет, эпителий плоский – немного, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, слизь – немного.

Амилаза мочи: 1512 ед/л (норма – 32-64 ед/л).

Биохимический анализ крови: общий белок – 70 г/л, альбумины – 55 %, глобулины: α_1 – 6%, α_2 – 12%, β – 12%, γ – 15%, билирубин общий – 14 мкмоль/л, связанный – 1,5 мкмоль/л, АЛАТ – 24 ед/л, АсАТ – 36 ед/л, ЩФ – 420 ед/л (норма – до 600), амилаза – 1880 ед/л (норма – до 120).

УЗИ органов брюшной полости: Печень не увеличена, паренхима гомогенная, нормальной эхогенности, сосудистый рисунок не усилен. Желчный пузырь 50x25 мм, толщина стенок 1 мм, содержимое гомогенное.

Поджелудочная железа: головка 32 мм (норма – 18 мм), тело 24 мм (норма – 15 мм), хвост 36 мм (норма – 19 мм), эхогенность снижена, контуры ровные. Селезенка не увеличена.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте и обоснуйте Диагноз.
2. Перечислите патогенетические механизмы заболевания.
3. Оцените параметры клинического и биохимического анализов крови.
4. Прокомментируйте данные ультразвукового исследования.
5. Назначьте дополнительные методы исследования.
6. Назначьте ребёнку диету и медикаментозную терапию.
7. Напишите план дальнейшего наблюдения за ребёнком.

ДИАГНОЗ основной: *Острый посттравматический панкреатит, отёчная форма, среднетяжёлое течение.*

ЗАДАЧА №9

Мальчик, 13-и лет, заболел год назад, когда на фоне слабости, повышенной утомляемости, отсутствия аппетита периодически стали беспокоить схваткообразные боли в животе различной локализации, участился стул до 5-7 раз в сутки, появилась примесь слизи, крови. Ребенок резко похудел. В течение последнего месяца наблюдается у хирурга по поводу трещины ануса, которая не эпителизируется на фоне местной терапии.

Родители ребёнка здоровы. У бабушки по линии отца системная красная волчанка.

При осмотре: состояние средней тяжести, рост – 147 см, масса – 34 кг, температура 37,2°C, кожные покровы бледные, сухие, подкожно-жировая клетчатка развита слабо. Видимые слизистые бледно-розовые. В лёгких дыхание проводится равномерно во все отделы, везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны звучные, ритмичные. ЧСС – 90 ударов в 1 минуту. Живот вздут, доступен глубокой пальпации, болезненный в правой подвздошной области и по ходу толстой кишки. Печень у края реберной дуги, безболезненная. Селезёнка не пальпируется. При осмотре ануса – трещина с отечными подрытыми краями, пальпация резко болезненна. Стул 6 раз в день, кашицеобразный, с примесью крови и слизи в каждой порции. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Анализ крови клинический: Нв – 104 г/л, эр. – $3,9 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,83, лейкоциты – $14,0 \times 10^9$ /л, п/я – 6%, с/я – 70%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 17%, моноциты – 5%, тромбоциты – $330,0 \times 10^9$ /л, СОЭ – 32 мм/час.

Клинический анализ мочи: Цвет – соломенно-жёлтый, прозрачность полная, относительная плотность – 1021, рН – 5,0, белок - нет, сахар - нет, эпителий плоский – немного, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты - нет.

Биохимический анализ крови: общий белок – 63 г/л, альбумины – 48%, глобулины: α_1 – 5%, α_2 – 11%, β – 10%, γ – 26%, билирубин общий – 12 мкмоль/л, билирубин связанный – 10 мкмоль/л, АлАТ – 22 ед/л, АсАТ – 42 ед/л, ЩФ – 530 ед/л (норма – до 600), амилаза – 92 ед/л (норма – до 120), железо – 7 ммоль/л, СРБ – 50 мг/л (норма до 5), ЦИК 75 ед/мл (норма до 20).

Копрограмма: Цвет – тёмно-коричневый, неоформленный, рН-7,0, мышечные волокна – немного, крахмал – немного, лейкоциты – 20-25 в поле зрения, эритроциты – 10-12 в поле зрения, реакция Грегерсена положительная.

Фекальный кальпротектин: 750 мкг/г (норма 0-50).

Остеоденситометрия: снижение плотности костной ткани поясничного отдела позвоночника, соответствующая остеопорозу.

Илеоколоноскопия: Слизистая оболочка подвздошной кишки гиперемирована, отечная, с множественными афтозными высыпаниями. Баугиниева заслонка отёчная, зияет. Слепая, восходящая и поперечно-ободочная кишка обычной формы, слизистая оболочка бледно-розовая, усилен сосудистый рисунок, повышена контактная кровоточивость. Нисходящая и сигмовидная кишка представлены участками отечной гиперемированной слизистой оболочки с множественными язвенными дефектами, преимущественно щелевидной формы, покрытыми фибрином. Описанные изменения чередуются с участками интактной слизистой. Прямая кишка резко отечная, гиперемирована, визуализируется глубокая анальная трещина, края покрыты фибрином. Взята лестничная биопсия.

Гистологическое исследование биоптатов кишки: Во всех исследуемых фрагментах слизистой оболочки тонкой и толстой кишки отмечается полнокровие сосудов и различной степени выраженности инфильтрация лимфоцитами, макрофагами, нейтрофилами. Во фрагменте слизистой оболочки подвздошной кишки – эпителиоидноклеточная гранулёма.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте и обоснуйте Диагноз.
2. Определите степень активности заболевания у пациента.
3. Перечислите заболевания, с которыми следует проводить дифференциальную диагностику.
4. Укажите характерные эндоскопические и гистологические признаки данного заболевания.
5. Назначьте необходимое дополнительное обследование.
6. Перечислите основные методы лечения данного заболевания.
7. Укажите основные препараты, используемые для базисной терапии. Назовите современные принципы биологической терапии.
8. Составьте план лечения данного пациента. Нуждается ли он в госпитализации?

9. Перечислите показания для хирургического вмешательства.
10. Определите прогноз заболевания и принципы диспансерного наблюдения.

ДИАГНОЗ основной: *Болезнь Крона средней активности, язвенный илеоколит, перианальное поражение (анальная трещина). Железодефицитная анемия I степени. Остеопороз.*

ЗАДАЧА №10

Мальчик 1 год 6 месяцев, поступил в стационар с жалобами на отсутствие аппетита, дефицит массы тела, обильный стул.

Анамнез жизни: ребенок от I физиологично протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3520 гр., длина 52 см. Естественное вскармливание до 5 месяцев, далее получал адаптированную молочную смесь. Прикорм кашей с 6 месяцев. Рос и развивался соответственно возрасту, к 1 году рост составил 74 см, масса тела 9 кг. С 1 года перешел на общий стол.

С 9 месяцев ребенок стал беспокойным, стал срыгивать, появился неустойчивый стул, с 11 месяцев – периодически рвота после кормления. Получал курсы ферментной терапии и пробиотиков без существенного эффекта. После 1г 2 месяцев стул постепенно участился до 10-12 раз в сутки, стал непереваренным, с жирным блеском и кислым запахом. Ребенок перестал набирать в весе, стал отказываться от еды. При амбулаторном обследовании выявлена анемия (Hb – 102 г/л, эритроциты – $3,6 \times 10^{12}/л$), копрологическое исследование: рН 5,7, цвет – желтый, мышечные волокна – немного, нейтральный жир – немного, жирные кислоты – много, крахмал – много, слизь и кровь – отсутствуют; анализ кала эластаза >200 мкг/г.

При поступлении в стационар состояние тяжелое, ребенок резко негативно реагирует на осмотр. Вес 9,3 кг, рост 78 см. Кожные покровы бледные, сухие. Волосы сухие, тусклые, ломкие. Тургор тканей снижен. Отмечаются рахитоподобные изменения костей. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные, ЧСС 120 уд/мин. Живот увеличен в размере, мягкий, при пальпации болезненный во всех отделах, умеренно вздут. Печень +1 см из-под реберного края, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Стул 10 р/сут, обильный, зловонный, с жирным блеском. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Анализ крови клинический: Hb – 101 г/л, эритроциты – $3,7 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $5,4 \times 10^9/л$, п/я – 1%, с/я – 38%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 58%, моноциты – 2%, тромбоциты – $230 \times 10^9/л$, СОЭ – 4 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, реакция – кислая, эпителий – единичный, лейкоциты, эритроциты отсутствуют.

Биохимический анализ крови: общий белок – 58 г/л, альбумины – 55%, глобулины: α_1 – 5%, α_2 – 10%, β – 10%, γ – 20%, билирубин – 7,0 мкмоль/л, холестерин – 1,8 ммоль/л, ЩФ – 435 ед/л (норма 50 – 400), глюкоза 4,6 ммоль/л, калий – 3,5 ммоль/л, натрий – 140 ммоль/л, кальций ионизированный – 0,54 ммоль/л, фосфор – 0,93 ммоль/л железо - 4 мкмоль/л.

Углеводы в кале: 1,1 г% (норма 0,05 – 0,5 г%)

УЗИ органов брюшной полости: Печень не увеличена, паренхима однородная. Желчный пузырь не увеличен, стенки не утолщены, просвет свободный. Поджелудочная железа увеличена за счет хвоста, паренхима неоднородная. Селезенка не увеличена, однородная.

Эзофагогастродуоденоскопия: Слизистая оболочка пищевода и желудка гладкая, блестящая, бледно-розовая. Луковица средних размеров, пустая. Слизистая оболочка двенадцатиперстной кишки бледно-розовая, на верхушках уплощенных складок налет типа «манной крупы». Слизистая оболочка тощей кишки бледно-розовая, с уплощенными складками, повышенный световой рефлекс (симптом «солнечного зайчика»). По гребням складок определяется выраженная поперечная исчерченность. Взята биопсия.

Гистологическое исследование биоптата слизистой оболочки тощей кишки: атрофические изменения слизистой оболочки в виде резкого снижения высоты ворсин, гиперплазии крипт. Соотношение ворсинка/крипта - 1:1. Уменьшение числа бокаловидных клеток, МЭЛ >40.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте и обоснуйте Диагноз.
2. В чём заключается патогенез данного заболевания?
3. Объясните причину появления отека у ребёнка.
4. Укажите основные внекишечные проявления заболевания и объясните причины их возникновения.
5. Перечислите дополнительные методы обследования, необходимые больному. Какие серологические методы исследования следует провести и могут ли возникнуть затруднения в трактовке их результатов при соблюдении диеты? При дефиците IgA?
6. В чём заключается патогенетическая терапия данного заболевания?
7. В каких случаях необходимо назначения глюкокортикостероидов?
8. Назначьте диету и медикаментозную терапию пациенту и укажите длительность их соблюдения.
9. Определите прогноз заболевания.

ДИАГНОЗ основной: Целиакия, симптомная, активный период. Вторичная дисахаридазная недостаточность, Вторичная белково-энергетическая недостаточность I степени Железодефицитная анемия 1 степени. Реактивные изменения поджелудочной железы.

ЗАДАЧА №11

Девочка 12 лет поступила в отделение с жалобами на боли в коленных суставах. Из анамнеза известно, что 3 месяца назад появились слабость, снижение аппетита. Периодически отмечался субфебрилитет при отсутствии катаральных явлений. Месяц назад появилась болезненность в коленных суставах, утренняя скованность движений. С течением времени указанная симптоматика постепенно нарастала.

Из анамнеза известно, что ребенок единственный в семье, от I физиологически протекавшей беременности, срочных родов. Раннее развитие без особенностей. Росла и развивалась соответственно возрасту. Для лечения и профилактики респираторных вирусных заболеваний часто получает препараты интерферона. Родители здоровы, у бабушки по материнской линии аутоиммунный тиреоидит.

При осмотре: рост 145см, вес 31кг, t 37,5°C. Кожные покровы иктеричные, с серым оттенком. Катаральных явлений нет. Области коленных суставов отёчные, умеренно гиперемированные, движения ограничены, болезненны. Области других суставов визуально не изменены, движения безболезненные, в полном объёме. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, звучные. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень выступает на 2,5 см из-под правой реберной дуги чувствительная при пальпации. Селезёнка не пальпируется. Стул регулярный, оформленный, окрашен. Дизурии нет.

Анализ крови клинический: Нб 110 г/л, эритроциты $4,2 \times 10^{12}$ /л, ЦП - 0,89, лейкоциты - $14,3 \times 10^9$ /л, п/я 7%, с/я 63 %, эозинофилы - 2%, лимфоциты - 22%, моноциты - 6%, СОЭ - 34 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 86 г/л, альбумины - 53%, глобулины: α_1 - 4%, α_2 - 5%, β - 10%, γ - 28%; АЛТ - 784 ед/л, АСТ - 650 ед/л, билирубин общий - 32,2 мкмоль/л, прямой билирубин - 15,7 мкмоль/л, ЩФ 190 ед/л (норма 42-110), ГГТ 48 ед/л (норма 5-35), церулоплазмин 31г/дл (норма 22-58), ЛДГ 300 ед/л (норма < 250), альфа1-антитрипсин 122 мг/дл (норма 88-174), глюкоза - 3,6 ммоль/л, железо - 8 ммоль/л.

Иммуноглобулины: IgA общий 2,0г/л (норма 0,5-2,2 г/л), IgM общий 4,1 г/л (норма 0,5-1,9 г/л), IgG общий 32,5 г/л (норма 5,5-16 г/л).

HbsAg, antiHCV, antiHAV - отрицательно.

ANA: 1:620.

УЗИ органов брюшной полости: Печень: Правая доля 125мм, Левая доля 86мм (ув), паренхима неоднородная, воротная вена 7,2мм (N). Желчный пузырь не увеличен, просвет свободный, стенки не утолщены. Селезенка 98мм (N), неоднородная, селезеночная вена не изменена. Поджелудочная железа 17x11x18мм, паренхима однородная.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический Диагноз.
2. Опишите этиологию и патогенез заболевания.
3. Объясните причину возникновения у ребенка суставного синдрома.
4. Перечислите заболевания, с которыми следует проводить дифференциальную диагностику.
5. Оцените результаты проведённых исследований.
6. Назначьте дополнительное обследование, если это необходимо.
7. Перечислите современные принципы лечения данного заболевания.
8. Опишите принципы назначения пероральной терапии глюкокортикостероидами и укажите её основные побочные эффекты.
9. Назначьте больному диету и медикаментозную терапию.

ДИАГНОЗ основной: Аутоиммунный гепатит 1 типа высокой активности.

Задача №12

Девочка 14 лет, жалуется на боли в животе, изжогу, слабость, быструю утомляемость.

Из анамнеза: боли беспокоят в течение последних двух лет, возникают чаще натощак или через 1,5-2 часа после еды, локализуются в верхней половине живота, исчезают после приема пищи. Ранее не обследовалась, состояние облегчалось приемом пищи, но-шпы. В течение последних 2-х недель интенсивность болей усилилась, приобрела постоянный характер.

Девочка от I физиологической беременности, срочных родов. Находилась на естественном вскармливании до 2-х месяцев. Ранее развитие по возрасту. Прививки по НКПП и дополнительно. Аллергоанамнез не отягощен.

Семейный анамнез: отягощен по заболеваниям ЖКТ: мать 40 лет - хронический гастродуоденит, отец 45 лет - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, остальные члены семьи здоровы.

При осмотре: рост 160 см, масса тела 52 кг. Состояние средней степени тяжести, самочувствие страдает за счет абдоминального болевого синдрома. Кожные покровы, слизистые оболочки физиологической окраски. В легких дыхание проводится равномерно, везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритм правильный, ЧСС 88 ударов в 1 минуту. АД 110/70 мм.рт.ст. Живот округлой формы, мягкий, при пальпации умеренно болезненный в эпигастрии и правом подреберье. Пузырные симптомы – отр., отмечается болезненность при пальпации в точке Мейо-Робсона и зоне Шоффара, Печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание (со слов девочки) без особенностей.

Анализ крови клинический: Hb – 135 г/л; эритроциты – 3,84x10¹²/л; тромбоциты – 350,0x10⁹/л; лейкоциты – 6,5x10⁹/л; п/я – 2%; с/я – 54%; эозинофилы – 1%; лимфоциты – 33%; моноциты – 10%; СОЭ – 10 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 72 г/л; альбумины – 55%; глобулины: α 1– 6%, α 2– 10%, β – 13%, γ – 16%; билирубин общ. – 9,43 мкмоль/л, тимоловая проба- 1,0 Е/л, АСТ 10,9Е/л, АЛТ 10,4 Е/л.

УЗИ органов брюшной полости: Печень выступает из-под края реберной дуги на 0,5см, размеры правой доли 128 мм, левой 65мм, эхогенность нормальная, паренхима не изменена, структура мелкозернистая. Воротная вена 9 мм.

Желчный пузырь: не сокращен, форма – перегиб функциональный, ширина 26 мм, просвет однородный.

Поджелудочная железа: размеры – голова 20 мм, тело 14 мм, область хвоста не визуализируется, стенки сосудов уплотнены, эхогенность нормальная, паренхима не уплотнена.

Селезенка: топография не изменена, размеры в пределах возрастных норм, контуры ровные, четкие, паренхима однородная, эхогенность не изменена.

Желудок и ДК – без особенностей.

Эзофагогастродуоденоскопия: гиперпластический гастродуоденит, обострение, рН- метрия – гиперацидность. Исследование биоптата на *H. pylori* – положительный

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический Диагноз.
2. Укажите этиопатогенез данного заболевания.
3. Чем обусловлены описанные изменения поджелудочной железы?
4. Какие дополнительные методы исследования требуются больному?
5. Назначьте и обоснуйте диету и медикаментозную терапию.

Диагноз: *Хронический гиперпластический гастродуоденит, гиперацидный, ассоциированный с H. pylori, стадия обострения.*

Задача №13

Мальчик, 15-ти лет, предъявляет жалобы на острые боли в животе, локализующиеся в правом подреберье, иррадиирующие в правую лопатку и поясничную область, тошноту и многократную рвоту съеденной пищей.

Боли в животе появились через 15 минут после завтрака (бутерброд с маслом, яйцо и кофе). Аналогичный приступ наблюдался 7 месяцев назад, был менее выражен и купировался в течение 30-40 минут после приема дротаверина.

Из наследственного анамнеза известно, что мать ребенка страдает желчнокаменной болезнью (проведена холецистэктомия), у отца – хронический гастрит, у бабушки по линии матери – хронический холецистит.

При осмотре: ребенок повышенного питания, рост 170 см, вес 78 кг, кожа с легким желтушным оттенком, склеры субиктеричные. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, звучные. При пальпации живота отмечается умеренное напряжение мышц и болезненность в области правого подреберья. Печень выступает из-под края реберной дуги на 0,5 см. Край печени мягкий, умеренно болезненный. Определяются положительные симптомы Мерфи, Ортнера и Мюсси. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул (со слов) серого цвета, оформленный.

Клинический анализ крови: Нв – 130 г/л, эритроциты – $4,1 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,95, лейкоциты – 10×10^9 /л, п/я – 7%, с/я – 63%, лимфоциты – 24%, моноциты – 4%, эозинофилы – 2%, СОЭ – 16 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, прозрачность - полная, рН – 6,5, плотность – 1025, белок - abs, сахар - abs, лейкоциты – 2-3 в п/зр, эритроциты – нет, желчные пигменты +++.

Биохимический анализ крови: общий белок – 75 г/л, альбумины - 55%, глобулины: α_1 – 3%, α_2 – 12%, β – 12%, γ – 18%, холестерин 6,9 ммоль/л АлАТ – 50 ед/л, АсАТ – 60 ед/л, ЩФ – 180 ед/л (норма до 140), амилаза – 90 ед/л (норма до 120), билирубин – 42 мкмоль/л, прямой – 30 мкмоль/л.

УЗИ органов брюшной полости: печень – не увеличена, контуры ровные, паренхима однородная, эхогенность усилена, сосудистая сеть не расширена, воротная вена не изменена; желчный пузырь – обычной формы, толщина стенок до 4 мм (норма – до 2 мм), в области шейки обнаружено гиперэхогенное образование размером 8x10 мм, дающее акустическую тень; поджелудочная железа – паренхима эхогеннооднородная, головка – 19 мм (N – до 18 мм), тело – 15 мм (N – до 15 мм), хвост – 20 мм (N – до 18 мм). Селезенка не увеличена, паренхима однородная.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте Диагноз.

2. Оцените клинический и биохимический анализы крови.
3. Прокомментируйте данные ультразвукового исследования.
4. Каковы основные принципы диетотерапии и медикаментозного лечения данного заболевания?
5. Оцените физическое развитие и посчитайте ИМТ данному ребенку.

Диагноз: Желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит, обострение. Холестаз.

ИМТ 26,9 (избыточная масса тела)

Задача №14

Девочка 13 лет, жалуется на боли в животе, слабость, быструю утомляемость. Боли беспокоят в течение последних трёх лет, возникают чаще натощак, иногда ночью, локализуются в верхней половине живота, исчезают после приема пищи. В течение последних 2-х недель интенсивность болей уменьшилась, однако появились головокружения, сонливость, слабость, быстрая утомляемость, эпизоды черного стула.

Девочка от I физиологической беременности, срочных родов. Находилась на естественном вскармливании до 2-х месяцев. Раннее развитие по возрасту. Привита полностью в рамках национального календаря профилактических прививок, переносимость хорошая. Аллергоанамнез не отягощен.

Семейный анамнез: мать 36 лет – хронический гастрит, отец 38 лет – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, дедушка (по линии матери) – язвенная болезнь желудка.

При осмотре: рост 153 см, масса тела 40 кг. Ребенок вялый. Кожные покровы, слизистые оболочки ротовой полости, конъюнктивы бледные. Выражена мраморность кожных покровов, ладони и стопы холодные на ощупь. В легких дыхание проводится равномерно, везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, ритм правильный, ЧСС 116 ударов в 1 минуту. АД 85/50 мм.рт.ст. Живот округлой формы, мягкий, при пальпации умеренно болезненный в эпигастрии и пилорoduоденальной области. Отмечается положительный симптом Менделя. Печень и селезёнка не увеличены. Стул (со слов) черного цвета, 2 р/сут. Дизурии нет.

Анализ крови клинический: Hb – 72 г/л; эритроциты – $2,8 \times 10^{12}$ /л; ЦП – 0,77; ретикулоциты – 5%, Ht – 29 л/л; тромбоциты – $390,0 \times 10^9$ /л; лейкоциты – $8,7 \times 10^9$ /л; п/я – 6%; с/я – 50%; эозинофилы – 2%; лимфоциты – 34%; моноциты

железодефицитная анемия II степени. Рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Хронический гастродуоденит, обострение.

Задача №15

Девочка, 15-ти лет, предъявляет жалобы на острые боли в животе, локализующиеся в правом подреберье, иррадиирующие в правую лопатку и поясничную область, тошноту и многократную рвоту съеденной пищей.

Боли в животе появились через 15 минут после завтрака (бутерброд с маслом, яйцо и кофе). Аналогичный приступ наблюдался 7 месяцев назад, был менее выражен и купировался в течение 30-40 минут после приема дротаверина.

Из наследственного анамнеза известно, что мать ребенка страдает желчнокаменной болезнью (проведена холецистэктомия), у отца – хронический гастрит, у бабушки по линии матери – хронический холецистит.

При осмотре: ребенок нормального питания, рост 160 см, вес 55 кг, кожа с легким желтушным оттенком, склеры субиктеричные. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, звучные. При пальпации живота отмечается умеренное напряжение мышц и болезненность в области правого подреберья. Печень выступает из-под края реберной дуги на 0,5 см. Край печени мягкий, умеренно болезненный. Определяются положительные симптомы Мерфи, Ортнера и Мюсси. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул (со слов) серого цвета, оформленный.

Клинический анализ крови: Hb – 130 г/л, эритроциты – $4,1 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,95, лейкоциты – 10×10^9 /л, п/я – 7%, с/я – 63%, лимфоциты – 24%, моноциты – 4%, эозинофилы – 2%, СОЭ – 16 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, прозрачность - полная, pH – 6,5, плотность – 1025, белок - abs, сахар - abs, лейкоциты – 2-3 в п/зр, эритроциты – нет, желчные пигменты +++.

Биохимический анализ крови: общий белок – 75 г/л, альбумины - 55%, глобулины: α_1 – 3%, α_2 – 12%, β – 12%, γ – 18%, холестерин 6,9 ммоль/л АлАТ – 50 ед/л, АсАТ – 60 ед/л, ЩФ – 180 ед/л (норма до 140), амилаза – 90 ед/л (норма до 120), билирубин – 40 мкмоль/л, прямой – 28 мкмоль/л.

УЗИ органов брюшной полости: печень – не увеличена, контуры ровные, паренхима однородная, эхогенность усилена, сосудистая сеть не расширена, воротная вена не изменена; желчный пузырь – обычной формы, толщина стенок до 4 мм (норма – до 2 мм), в области шейки обнаружено гиперэхогенное

образование размером 8x10 мм, дающее акустическую тень; поджелудочная железа – паренхима эхонеоднородная, головка – 19 мм (N – до 18 мм), тело – 15 мм (N – до 15 мм), хвост – 20 мм (N – до 18 мм). Селезенка не увеличена, паренхима однородная.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте Диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику, укажите дифференциально-диагностические критерии?
3. Каковы современные представления об этиологии и патогенезе заболевания?
4. Назначьте терапию данному больному.
5. Перечислите возможные осложнения заболевания.

***Диагноз:** Желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит, обострение.*

Задача №16

Девочка 10-ти лет, в течение года предъявляет жалобы на боли в животе, в околопупочной области и правом подреберье, через 20-30 минут после приёма обильной или жирной пищи, беспокоят тошнота, горечь во рту, изредка отмечается осветлённый стул. Жалобы появились 1 год назад после перенесённой кишечной инфекции (повышение температуры, рвота, боли в животе, жидкий стул). Ребёнок питается нерегулярно, так как имеет дополнительные учебные нагрузки (занятия в музыкальной школе и хореографической студии).

Семейный анамнез: у матери – гастрит, отец – здоров. У бабушки по материнской линии – желчнокаменная болезнь.

При осмотре: рост – 141 см, масса – 34 кг. Кожные покровы бледно-розовые, краевая субиктеричность склер. Язык влажный, обложен белым налётом. В лёгких дыхание проводится во все отделы лёгких, везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны звучные, ритмичные, ЧСС – 84 уд/мин. Живот слегка вздут, болезненный при пальпации в эпигастрии, точке проекции желчного пузыря. Пузырные симптомы (Кера, Ортнера, Мэрфи) - положительные. Отмечается болезненность при пальпации в точке Мейо-Робсона, зоне Шоффара. Печень выступает на 1см из-под края реберной дуги, край печени мягкоэластичной консистенции. Селезёнка не пальпируется. Стул (со слов) неустойчивый, 1-2 р/сут, окрашен.

Анализ крови клинический: Hb – 134 г/л, эритроциты – $4,3 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,93, лейкоциты – $13,2 \times 10^9$ /л, п/я – 7%, с/я – 65%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 23%, моноциты – 3%, СОЭ – 15 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – светло-жёлтый, прозрачная, относительная плотность – 1016, рН – 5,5, белок - abs, сахар - abs, желчные пигменты - abs, лейкоциты – 2-3 в п/зр, эритроциты - abs, слизь – немного.

Биохимический анализ крови: общий белок – 70 г/л, альбумины – 40 %, билирубин общий – 18 мкмоль/л, связанный – 3 мкмоль/л, АлАт – 30 ед/л, АсАт – 28 ед/л, ЩФ – 720 ед/л (норма – до 600), амилаза – 170 ед/л (норма – до 120), γ ГТП – 48 ед/л (норма до 32), СРБ - положит.

УЗИ брюшной полости: печень незначительно увеличена правая доля, уплотнены внутривенные желчные протоки. Желчный пузырь грушевидной формы 70x45 мм, стенки утолщены до 3-4 мм, слоистые, внутренние контуры неровные, в полости густая взвесь, общий пузырный проток расширен до 5-6 мм, стенки утолщены. Поджелудочная железа: размеры – голова 20 мм, тело 14 мм, область хвоста не визуализируется, стенки сосудов уплотнены, эхогенность нормальная, паренхима не уплотнена.

Анализ кала на эластазу-1: 150 мкг/г (норма более 200 мкг/г).

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте основной и сопутствующий Диагноз.
2. Оцените результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.
3. Перечислите основные причины данного заболевания. Что является провоцирующим фактором для развития болевого абдоминального синдрома?
4. Что такое симптомы Кера, Ортнера, Мэрфи?
5. Назначьте лечение.

Диагноз: *Хронический холецистит, хронический холангит, стадия обострения. Хронический панкреатит, латентная форма.*