

ЗАДАЧА 1

Пациент 47 лет, поступил в клинику с жалобами на понижение аппетита, быструю утомляемость, обильную ежедневную рвоту застойным кислым содежимым, после которой отмечал облегчение, периодические боли в эпигастральной области, похудение за последние два месяца на 10 кг.

Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела 36,9. Пациент пониженного питания, астенического телосложения. Кожные покровы бледные, сухие, тургор снижен. При аускультации легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм сердца правильный, ЧСС 90 уд/мин. АД 110/60 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, незначительно болезненный в эпигастральной области. Печень по краю реберной дуги. Мочеиспускание не учащенное. Стул 1 раз в 2-3 дня, плотный, оформленный.

Пациенту была выполнена контрастная рентгенография с сульфатом бария (см. рисунок).

При контрольном снимке через 24 часа следы контрастного вещества сохранились в просвете исследуемого органа.

1. *Сформулируйте и обоснуйте диагноз.*
2. *Дайте описание рентгенограммы.*
3. *Какие дополнительные методы исследования показаны пациенту?*
4. *Какое лечение показано данному пациенту?*



ЗАДАЧА 2

Пациентка 66 лет обратилась к врачу с жалобами на беспричинно похудение на 12 кг в течение одного месяца, слабость, потерю аппетита, болезненность в подложечной области с иррадиацией в спину, периодическое повышение температуры, нарушение стула в виде запоров и поносов, периодическую рвоту.

Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела 36,9. Пациентка пониженного питания, астенического телосложения. Кожные покровы бледные, сухие, тургор снижен. При аускультации легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм сердца правильный, ЧСС 110 уд/мин. АД 100/60 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненность в эпигастриальной области. Печень по краю реберной дуги.

В клиническом анализе крови выявлена анемия: уровень Hb 86 г/л, повышение СОЭ, в биохимическом анализе крови – значительная гипопроотеинемия, в скрининге гемостаза – протромбиновый индекс 154%.

Пациентке была проведена гастроскопия (см. Рисунок)

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Предложите дальнейшую тактику обследования и лечения.
3. Что такое протромбиновый индекс, на что указывает его значение в 154%



ЗАДАЧА 3

Пациентка 41 года, жалобы на боли в области правого подреберья, резкое похудение на 10 кг в течение 1 месяца, желтушность кожи, склер и видимых слизистых оболочек, горечь и сухость во рту, особенно по утрам.

В анамнезе-гепатит С, осложнившийся циррозом печени. Заболела в 2015 году.

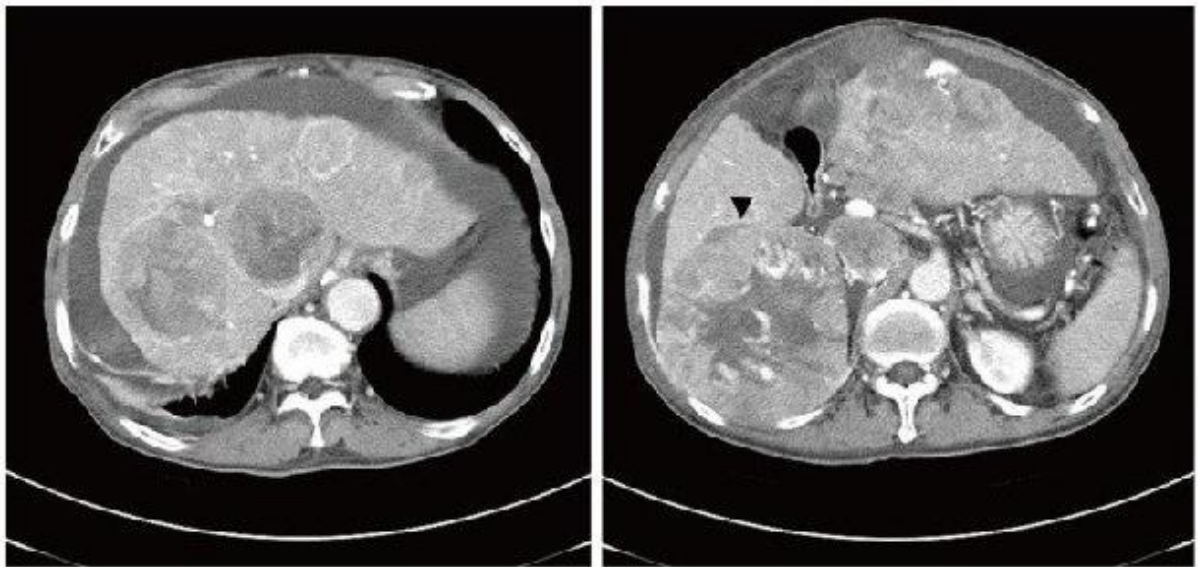
Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела 36,9.

Пациентка пониженного питания, астенического телосложения. Кожные покровы желтушные, сухие, тургор снижен. При аускультации легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм сердца правильный, ЧСС 110 уд/мин. АД 110/70 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при пальпации увеличен в объеме, напряжен, отмечаются вены на животе типа «головы медузы», при пальпации печень болезненная, увеличенная, края неровные бугристые, отмечается спленомегалия.

В сыворотке крови отмечается повышение альфа-фетопротеина.

Ниже представлена компьютерная томограмма с контрастированием.

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз,
2. Предложите дальнейшую тактику лечения.
3. Что вы видите на томограмме?



ЗАДАЧА 4

Пациент 50 лет поступил с жалобами на слабость, похудение на 8 кг за 3 недели, боли в эпигастральной области, снижение аппетита, искажение вкусовых ощущений, отвращение от мясных и жирных продуктов, боль опоясывающий характер в верхних отделах живота, которая иррадирует в позвоночник.

Больным себя считает около 6 месяцев, в анамнезе – хронический панкреатит.

При осмотре - желтушный оттенок кожи, больной истощен, также при осмотре пациента выявлен симптом Курвуазье.

Больному было назначено проведение компьютерной томографии с контрастированием. Изображение представлено ниже.

1. *Сформулируйте диагноз.*
2. *Какие еще исследования необходимо произвести для верификации диагноза?*
3. *Что можно видеть на представленной томограмме?*
4. *Что такое симптом Курвуазье?*
5. *С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?*
6. *Целесообразно ли проведение операции, если да, то какой?*



ЗАДАЧА 5

Пациент 64 лет, поступил в клинику с жалобами на интенсивные ноющие боли в верхней части живота с иррадиацией в спину, тошноту, неоформленный стул, вздутие и урчание живота.

Из анамнеза: в течение 10-12 лет злоупотребляет алкоголем. Последние несколько лет стали беспокоить периодические боли в верхней части живота, учащенный и неоформленный стул. Около 2-месяцев назад появилась общая слабость и потеря аппетита, усилились боли особенно по ночам. Потеря в весе составила 15 кг.

Объективно: Состояние средней тяжести. Температура тела 36,5 град. Больной пониженного питания, астенического телосложения. Кожные покровы иктеричные, сухие, тургор снижен. При аускультации легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм сердца правильный, ЧСС 100 уд/мин. АД 100/60 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области. Положительный симптом Курвуазье. Печень на 2 см ниже края реберной дуги. Физиологические отправления в норме. Мочеиспускание не нарушено. Стул был накануне, жидкий. 2,4 x 10¹²/л, тромбоциты 400 x 10⁹/л, лейкоциты 6 x 10⁹/л, СОЭ 30 мм/ч

Б/х анализ крови: гипербилирубинемия, повышение амилазы, трипсина, липазы

Вопросы:

- 1. Какое заболевание можно предположить у пациента?*
- 2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?*
- 3. Какие методы исследования нужно назначить данному пациенту?*
- 4. Какие возможны методы лечения?*

ЗАДАЧА 6

Пациент 70 лет, поступил в клинику с жалобами на ноющие боли в надлобковой области и в области ануса, периодически задержку стула до 3-4 дней, примесь алой крови в кале, ложные позывы на дефекацию, сопровождающиеся выделением слизи, слабость, снижение аппетита, головокружение.

Из анамнеза: 25 лет работал водителем по перевозке грузов на дальние расстояния, часто отмечались нарушения режима питания, страдает запорами с 40 лет. 11 лет назад выполнена полипэктомия полипов толстой кишки. В последние 7 месяцев отмечает снижение веса на 13 кг, ухудшение общего самочувствия, появились боли в левой половине живота, отмечаются ложные позывы на дефекацию с выделением слизи, стул с примесью крови.

Объективно: Состояние средней тяжести. Температура тела 37 град. Больной пониженного питания, астенического телосложения. Кожные покровы бледные, сухие, тургор снижен. При аускультации легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм сердца правильный, ЧСС 98 уд/мин. АД 100/60 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненность в нижних отделах. Печень по краю реберной дуги. Мочеиспускание не нарушено, стул последний раз был 3 дня назад.

Ректально: Периаанальная область не изменена. На высоте пальца патологических образований нет. На перчатке следы крови алого цвета.

Пациенту выполнена ирригоскопия (см. рисунок)

Клинический анализ крови: гемоглобин 76 г/л, эритроциты $2,6 \times 10^{12}/л$, тромбоциты $380 \times 10^9/л$, лейкоциты $5,9 \times 10^9/л$,

лимфоциты 23%, моноциты 10%, п/я 1%, с/я 51%, СОЭ 24 мм/ч

Б/х анализ крови: гипопроотеинемия, диспротеинемия

Коагулограмма: признаки гиперкоагуляции

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить у пациента?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие возможны методы лечения?
4. Какие лабораторные данные могут позволить предположить гиперкоагуляционное состояние?
5. Какие показатели свидетельствуют о гипопроотеинемии?
6. Какой показатель уровня гемоглобина указывает на хроническую анемию средней степени тяжести?



ЗАДАЧА 7

Пациентка 65 лет, поступила в клинику с жалобами на ноющие боли в верхней части живота, периодическую рвоту кислым содержимым, снижение аппетита, слабость, головокружение.

Из анамнеза: в течение 15 лет страдает язвенной болезнью желудка с обострениями 2-3 раза в год. За последние 6 месяцев наблюдает ухудшение самочувствия, обострения участились, отмечает снижение веса на 15 кг.

Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела 36,9. Больная пониженного питания, астенического телосложения. Кожные покровы бледные, сухие, тургор снижен. При аускультации легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм сердца правильный, ЧСС 110 уд/мин. АД 110/80 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастриальной области. Печень по краю реберной дуги. Физиологические отправления не нарушены.

ОАК: гемоглобин 83 г/л, эритроциты $2,4 \times 10^{12}/л$, тромбоциты $400 \times 10^9/л$, лейкоциты $6 \times 10^9/л$, лимфоциты 24%, моноциты 10%, п/я 1%, с/я 50%, СОЭ 25 мм/ч

Пациентке выполнена гастроскопия (см. рисунок).

1. Какое заболевание можно предположить у пациентки?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие инструментальные методы исследования нужно назначить данной пациентке?
4. Какие возможны методы лечения?



ЗАДАЧА 8

Пациентка 76 лет страдает хроническим атрофическим гастритом на протяжении 20 лет. В течение последних 4 месяцев отмечает снижение аппетита, отвращение к мясной пище, общая немотивированная слабость, боли и чувство тяжести в эпигастральной области после еды, тошнота, изредка рвота пищей, съеденной накануне, резкое похудение на 7 кг.

Объективно: состояние на момент осмотра - удовлетворительное. Температура тела 36,7 С. Больная пониженного питания. Тип телосложения: астенический. Рост 167 см, вес 48 кг, ИМТ 17.2. Кожные покровы и видимые слизистые бледные; кожа сухая, эластичность ее снижена.

Система органов дыхания: дыхание везикулярное, ЧДД 17/мин, побочных дыхательных шумов нет; Система органов кровообращения: тоны сердца ритмичные, звучные, ЧСС 81/мин, АД 125/86 мм.рт.ст. Система органов пищеварения: живот при пальпации мягкий, пальпация умеренно болезненная в проекции антрального отдела желудка на переднюю брюшную стенку. Печень и селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме.

Лабораторные исследования:

В общем анализе крови отмечается снижение эритроцитов, гемоглобина, незначительное повышение лейкоцитов, повышение СОЭ. Реакция кала на скрытую кровь: положительная.

Пациентке выполнена рентгенография желудка (см. рисунок).

1. Какое заболевание можно заподозрить?
2. Какие методы инструментального исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Предложите тактику лечения.



ЗАДАЧА 9

Пациент 69 лет, обратился в больницу с жалобами на постоянные ноющие боли в эпигастральной области, иррадиирующие в спину.

Впервые отметил появление болей около 5 месяцев назад, в течение последних 2 недель боль носит постоянный характер, не связана с изменениями положения тела или физической нагрузкой. Также пациент отмечает потерю аппетита, тошноту, рвоту, запоры. Снижение массы тела на 9 кг за 2 месяца.

Объективно: состояние на момент осмотра - средней тяжести. Больной пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Дыхание везикулярное, ЧДД 19/мин, хрипы, шум трения плевры отсутствуют. Тоны сердца звучные, ритмичные. ЧСС - 76/мин, АД - 135/100 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий. Пальпация эпигастральной области болезненная. Стул был накануне, жидкий. Мочеиспускание не нарушено.

Лабораторная диагностика:

Клинический анализ крови: отмечено снижение уровня эритроцитов, гемоглобина, повышение количества лейкоцитов и повышение СОЭ.

Инструментальные методы обследования:

При ЭГДС: патологии пищевода и желудка не обнаружены.

УЗИ органов брюшной полости: в области тела и хвоста поджелудочной железы определяется объемное образование диаметром около 80 мм, панкреатический проток нормального диаметра (см. рисунок).

1. Предположите диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимы данному пациенту?
3. Какой метод диагностики лежит в основе постановки диагноза?



ЗАДАЧА 10

Пациент 65 лет, обратился к врачу с жалобами на боли в животе, примесь алой крови в кале, задержку стула, общую слабость и снижение работоспособности. Из наследственного анамнеза известно, что отец обследуемого страдал болезнью Крона.

При осмотре состояние удовлетворительное, температура 36,6 °С. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Конституция нормостеническая, рост 180 см, вес – 90 кг. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в минуту. Тоны сердца звучные, ритм правильный. ЧСС 84 уд/мин. АД 130/80 мм. рт. ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный при глубокой пальпации в левой подвздошной области. Печень не увеличена, пальпация безболезненна. Селезенка не увеличена.

При пальцевом исследовании прямой кишки каких-либо новообразований на расстоянии 7 см не выявлено.

Выполнена колоноскопия (см. рисунок).

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие методы обследования необходимо провести?
3. Назначьте лечение.

