

Задача № 1.

Пациентка П., 54 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на боли ноющего характера в верхних отделах живота с иррадиацией в правую лопатку, тошноту, рвоту желудочным содержимым, сухость во рту, общую слабость.

Появление болей пациентка связывает с приемом жирной пищи, после чего впервые появились ноющие боли в верхних отделах живота, чувство тошноты, многократная рвота желудочным содержимым и желчью, не приносящая облегчения. Обратилась к врачу «скорой помощи», была выполнена инъекция спазмолитика с кратковременным положительным эффектом в виде прекращения болей, уменьшения чувства тошноты, от предложенной госпитализации отказалась. Позже боли возобновились, отмечалось повышение температуры тела до 37,4 градусов, в связи с чем пациентка обратилась к участковому врачу-хирургу.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 37,0°C. Кожный покров и склеры нормальной окраски. Пульс – 82 удара в минуту, АД – 135/90 мм рт. ст. Язык влажный, покрыт белым налетом. Живот увеличен в объеме за счет выраженной подкожной жировой клетчатки, не вздут. Перистальтика выслушивается, активная. Притупления перкуторного звука в отлогих местах живота нет. При пальпации живот мягкий, болезненный в верхних отделах. Печень, селезенка не увеличены. Симптомы Ортнера-Грекова, Мерфи положительные. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Кишечные газы отходят.

В клиническом анализе крови отмечается повышение лейкоцитов до 16,9 тыс. В биохимическом анализе крови: АЛТ - 35 Ед/л, АСТ – 41 Ед/л, щелочная фосфатаза - 180 Ед/л, прямой билирубин – 4 мкмоль/л, общий билирубин – 15 мкмоль/л.

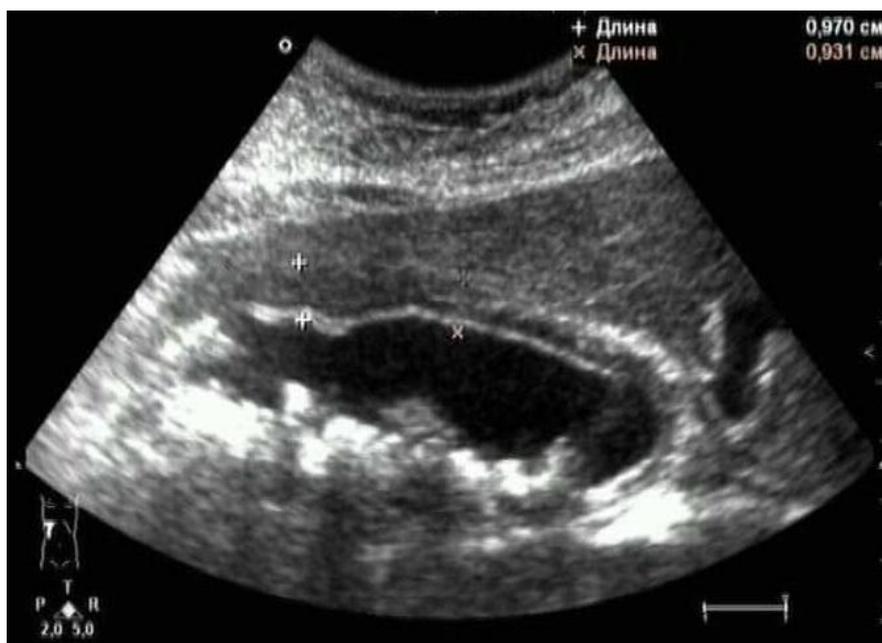


Рис. 1. Данные ультразвукового исследования гепатобилиарной зоны

Вопросы:

1. Опишите ультразвуковую картину.
2. Ваш предварительный диагноз?
3. К какому виду диспепсии относятся указанные у больной расстройства?
4. Какая Ваша дальнейшая лечебно-диагностическая тактика?

Задача № 2.

Пациентка Е., 78 лет, на приеме у врача-хирурга городской поликлиники. Предъявляет жалобы на боли ноющего характера в эпигастрии, чувство тошноты в утренние часы, изжогу, рвоту желудочным содержимым с неперевавленными остатками пищи, вздутие живота, общую слабость, снижение массы тела за 5 лет на 10 кг.

Со слов пациентки, длительное время страдает язвенной болезнью желудка. Периодически отмечает появление болей ноющего характера в эпигастрии, изжогу. Неоднократно проводились курсы эрадикационной терапии с положительным эффектом в виде исчезновения болей. Настоящее ухудшение в течение полугода, когда боли в эпигастрии приобрели постоянный характер, также присоединилось чувство тошноты по утрам, рвота съеденной накануне пищей. Пациентка отмечает снижение массы тела на 10 кг за 5 лет. Самостоятельно не лечилась. Ранее была выполнена ЭГДС (мед. документация не представлена), со слов пациентки, было выявлено язвенное поражение антрального отдела желудка. В связи с сохраняющимися болями пациентка обратилась к врачу поликлиники.

Состояние больной средней тяжести. Температура тела 36,8°C. Кожный покров и склеры умеренно бледные, тургор снижен. Пульс – 68 уд/ мин, АД – 140/80 мм рт. ст. Язык влажный, обложен налетом желто-зеленого цвета. Живот не увеличен в объеме, не вздут. Перистальтика выслушивается, активная. При аускультации живота в эпигастральной области натощак выслушивается «шум плеска». Притупления перкуторного звука в отлогих местах живота нет. При пальпации живот мягкий, незначительно болезненный в верхних отделах. Печень, селезенка не увеличены. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Кишечные газы отходят. Стул нерегулярный, мягко-эластической консистенции, отмечается склонность к запорам.

В клиническом анализе крови отмечается повышение лейкоцитов до 9,3 тыс., снижение лимфоцитов до 18%. В биохимическом анализе крови без патологических отклонений от нормы.



Рис. 1. Рентгенография желудка через 12 ч от момента приема бариевой взвеси

Вопросы:

1. Опишите рентгенограмму.
2. С чем связано изменение диспепсических расстройств у больной за последние полгода?
3. Какой вид диспепсических расстройств у больной?
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

Задача № 3.

Пациентка С., 35 лет, предъявляет жалобы на периодические боли в эпигастральной области, возникающие преимущественно в ночное время и проходящие после приема пищи, на высоте болей часто отмечается рвота кислым желудочным содержимым с примесью желчи, приносящая облегчение, изжогу. Из анамнеза известно, что указанные жалобы беспокоят в течение последнего года. Самостоятельно лечилась приемом антацидов с положительным эффектом в виде исчезновения болей в животе. К врачам не обращалась, питание нерегулярное с погрешностями в виде перекусов и переедания в ночное время.

Состояние больной относительно удовлетворительное. Кожный покров и склеры обычной окраски. Периферические лимфатические узлы при пальпации безболезненны, не увеличены. АД 120/70 мм рт. ст. Пульс 68 в 1 мин. Язык влажный, покрыт желтоватым налетом. Живот не увеличен в объеме, не вздут. Перистальтика выслушивается, активная. При пальпации живот мягкий, незначительно болезненный в эпигастрии. Печень, селезенка не увеличены. Симптом Щеткина-Блюмберга – отрицательный. Притупления в отлогих местах живота нет. **Per rectum:** Перианальная область не изменена, сфинктер тоничен. На высоте пальца патологические образования не определяются. На перчатке следы кала коричневого цвета.

В клиническом анализе крови гемоглобин 124 г/л, эритроциты 3,5 млн, гематокрит 38,4%, лейкоциты 8,4 тыс. В биохимическом анализе крови, коагулограмме патологических отклонений от нормы не выявлено.

Вопросы:

1. Какому заболеванию соответствует данная клиническая картина?
2. Какой вид диспепсии у больной?
3. Какие методы дообследования необходимы для окончательной постановки диагноза?

Задача №4.

Больная К., 35 лет, обратилась к врачу поликлиники для обследования с подозрением на новообразование кишечника. Жалобы на упорные запоры до 4 дней, периодические схваткообразные боли по всему животу, снижение аппетита.

По данным анамнеза с 20 лет регулярно принимает слабительные препараты. Неоднократно обращалась к врачам, от назначенного лечения категорически отказывалась.

При объективном осмотре: Общее состояние удовлетворительное. Т-ра 36,6°C. Конституция: астеничная. Влажность кожи нормальная. Отеков нет. Лимфоузлы не увеличены. Пульс 92 в мин., ритмичный. АД 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, обычной формы, участвует в акте дыхания. Перистальтика не усилена. При пальпации мягкий, незначительно болезненный по ходу ободочной кишки. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Больная беспокойна, истерична, при личной беседе высказывает канцерофобические идеи, плаксива. Патологические симптомы со стороны ЦНС отрицательные.

В общем, биохимическом анализах крови патологических отклонений от нормы не выявлено.

При колоноскопии ввиду выраженного болевого синдрома осмотреть удалось лишь сигмовидную и часть нисходящей кишки на протяжении 40 см: тонус кишечника снижен, слизистая розовая, складки ее сглажены, просвечивает сосудистая сеть. Полипов, контактной кровоточивости в процессе исследования не отмечено.

Вопросы:

1. Имеются ли у больной диспепсические расстройства?
2. Чем могут быть обусловлены боли в животе у данной пациентки?
3. Какие методы обследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?

Задача №5.

Больной Д., 63 года, на приеме у врача-гастроэнтеролога. Предъявляет жалобы на изжогу, преимущественно в горизонтальном положении, тошноту, боли за грудиной тянущего характера, преимущественно справа.

Считает себя больным около 5 лет, когда впервые стал отмечать появление изжоги, которая появлялась после приема пищи и усиливалась в горизонтальном положении тела, тянущие боли за грудиной, горечь во рту. Самостоятельно принимал Омепразол, Дюспаталин без положительного эффекта.

Общее состояние удовлетворительное. Т-ра 36,5°C. Конституция: нормостеник. Влажность кожи нормальная. Отеков нет. Лимфоузлы не увеличены. Пульс 84 в мин., ритмичный. АД 120/85 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Глотание и прохождение пищи по пищеводу не нарушено. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Перистальтика не усилена.

В лабораторных анализах без патологических отклонений от нормы.

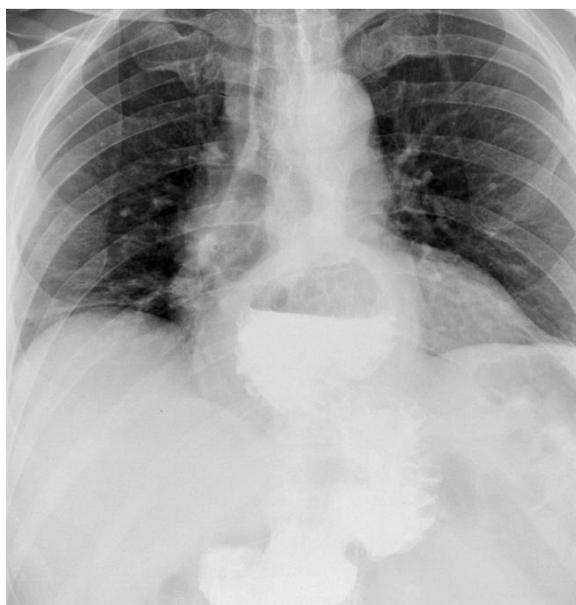
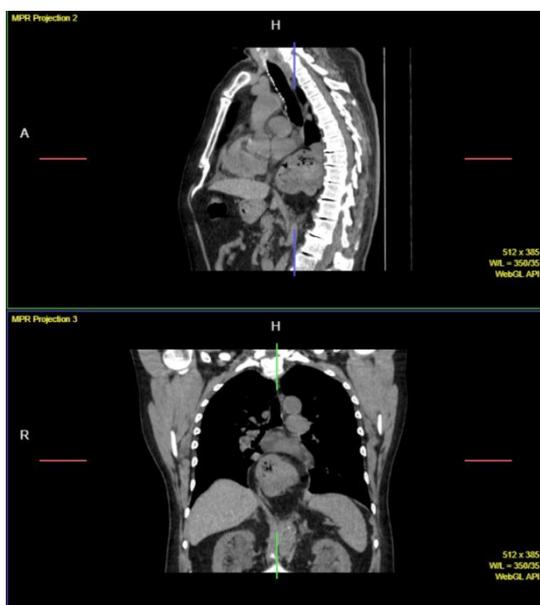


Рис. 1. МСКТ органов грудной клетки и брюшной полости Рис. 2 . Рентгенография и рентгеноскопия желудка

Вопросы:

1. К какому виду диспепсии относятся жалобы больного?
2. О чем свидетельствуют данные рентгенологического исследования?
3. Какие методы лечения можно использовать в данной ситуации?

Задача №6.

Больная К., 70 лет, обратилась с целью консультации к врачу-хирургу поликлиники. Предъявляет жалобы на интенсивные боли ноющего характера в правых отделах живота, тошноту, снижение массы тела на 6 кг за 3 месяца, периодическое вздутие живота, задержку стула и газов до 4 дней, проходящую после приема слабительных.

Пациентка считает себя больной в течение последних 3 месяцев, когда впервые появились периодические ноющие боли в правых отделах живота. Также больная отмечает снижение массы тела на 6 кг, выраженную общую слабость. 2 недели назад пациентка стала отмечать вздутие живота, задержку стула и отхождения кишечных газов. К врачам не обращалась, самостоятельно принимала слабительные препараты с кратковременным положительным эффектом.

Состояние больной средней тяжести. Температура тела 36,7°C. Кожный покров и склеры бледные. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 120/80 мм рт. ст. Пульс 80 в 1 мин, удовлетворительных качеств. Язык влажный, чистый. Живот незначительно увеличен в объеме, вздут. Перистальтика выслушивается, активная. Отмечается локальное притупление перкуторного звука в правой подвздошной области. При пальпации живот мягкий, незначительно болезненный в правых отделах. В правой подвздошной области пальпаторно определяется умеренно болезненный участок уплотнения размерами 12,0 x 10,0 x 6,0 см. Печень, селезенка не увеличены. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Кишечные газы отходят. Стул нерегулярный, отмечается склонность к запорам.

В клиническом анализе крови отмечается снижение гемоглобина до 68 г/л. **В биохимическом анализе крови** отмечается снижение сывороточного железа до 1,1 мкмоль/л.

Вопросы:

1. С чем по Вашему мнению связаны проявления кишечной диспепсии?
2. Необходима ли пациентке госпитализация?
3. Определите необходимые дополнительные исследования для уточнения диагноза.

Задача №7.

Пациент **Т.**, **65 лет**, находился на стационарном лечении в хирургическом отделении по поводу абсцесса брюшной полости с распространением гнойного процесса в забрюшинное пространство и формированием забрюшинной флегмоны, выписан 6 дней назад.

Пациенту была выполнена операция: «Вскрытие гнойной полости, дренирование и тампонирование забрюшинного пространства». В раннем послеоперационном периоде начата антибактериальная (Метрогил 300г/сутки, Цефотаксим 6г/сутки), корригирующая инфузионная дезинтоксикационная терапия, энтеральное питание смесями «Регидрон», «Ресурс оптимум», «Нутрифлекс», а также противовоспалительная терапия (Кетонал 2,0 х 2р/сутки), профилактика тромбоэмболических осложнений (Клексан 0,4 п/к), профилактика стресс-повреждений желудка и 12перстной кишки (Омез 20 мг х 2 р/сутки). Был выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение врача-хирурга в поликлинике по месту жительства. Спустя 6 дней после выписки пациент отметил появление многократного жидкого стула зеленоватого цвета, общую слабость, повышение температуры тела до 37,4 градусов.

Общий анализ крови: Эритроциты 3,7 млн, HGB 108,0 г/л. Гематокрит 32,3 %. Тромбоциты 463,0 тыс. Лейкоциты 13,0 тыс. MON 10 %. LYM 26 %.

Биохимический анализ крови: Общ. Белок 82,9 г/л. Альбумин – 42,1 г/л. Мочевина 4,16 ммоль/л. Креатинин 81 мкмоль/л. Билирубин общ. 8,6 мкмоль/л. Билирубин прямой 2,7 мкмоль/л. АЛТ 18,1 Ед/л, АСТ 20,4 Ед/л. Глюкоза 4,8 ммоль/л. Альфа-амилаза 59,1 Ед/л. Хлор 102 ммоль/л. Натрий 140 ммоль/л. Калий 4,8 ммоль/л. СРБ – 26,6 мг/л.

Клинический анализ мочи: pH 5,72. Уд. вес 1024. Белок – нет. Глюкоза - не обнаружено. Кетоновые тела – не обнаружено. Лейкоциты 5-10 в п/з. Эритроциты – не обнаружены.

Был выполнен анализ кала на токсины *C. difficile*: Токсин А – положит., Токсин В – положит.

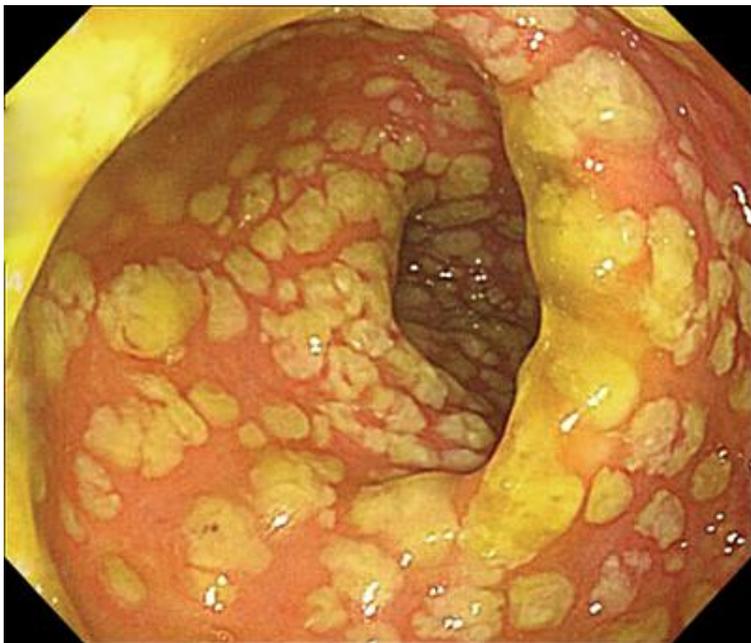


Рис.1. Эндоскопическая картина слизистой ободочной кишки при видеокколоноскопии

Вопросы:

1. Имеются ли у больного диспепсические расстройства?
2. Чем может быть обусловлена данная клиническая картина?
3. Врачи какой специальности должны в дальнейшем лечить больного?

Задача №8.

Пациентка Н., 35 лет, обратилась к врачу-терапевту амбулаторно с жалобами на повышение температуры тела до 38,5°C, чувство тошноты, рвоту непереваденными остатками пищи, боли схваткообразного характера во всех отделах живота, многократный водянистый зловонный стул с патологическими примесями, головную боль, прогрессирующую общую слабость.

Заболела остро приблизительно 12 часов назад после приема пищи в поезде дальнего следования. Пациентка отметила резкое ухудшение самочувствия в виде повышения температуры тела, озноба, позже присоединились тошнота и многократная рвота, приносящая кратковременное облегчение, боли в животе схваткообразного характера, многократный жидкий стул.

При осмотре: Состояние средней тяжести. Температура тела 37,2°C. Кожный покров и склеры обычной окраски. Тургор снижен. Пульс 96 в минуту слабого наполнения, АД 110/70 мм рт.ст, тоны сердца приглушены. Живот увеличен в объеме, вздут. Перистальтика усилена. При пальпации живот мягкий, болезненный во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Мочеиспускание свободное, диурез снижен. Стул многократный, жидкий с патологическими примесями.

В клиническом анализе крови выраженный лейкоцитоз 15,0 тыс, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ до 55 мм/ч, снижение гемоглобина до 104 г/л.

Вопросы:

1. С чем связаны проявления диспепсических расстройств?
2. Какие дополнительные лабораторные данные необходимы для уточнения диагноза?
3. Нуждается ли данная пациентка в госпитализации?

Задача № 9.

Пациентка Г., 49 лет, обратилась к врачу-хирургу поликлиники с жалобами на чувство тяжести и распиравания в эпигастрии сразу после приема пищи, снижение аппетита, общую слабость.

К врачу не обращалась, самостоятельно принимала препараты ИПП в течение 10 лет без выраженного положительного эффекта. Настоящее ухудшение состояния отмечает в течение последней недели, когда отметила усиление вышеперечисленных жалоб.

Общее состояние удовлетворительное. Т-ра 36,6°С. Конституция: нормостеник. Влажность кожи нормальная. Отеков нет. Лимфоузлы не увеличены. Пульс 80 в мин., ритмичный. АД 120/85 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Глотание и прохождение пищи по пищеводу не нарушено. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Перистальтика не усилена.

Вопросы:

1. Имеются ли у больной признаки желудочной функциональной диспепсии?
2. Установите план обследования данной пациентки.
3. Какие заболевания следует исключить в первую очередь во время диагностического поиска?

Задача № 10.

Пациентка Л., 25 лет, обратилась к врачу-хирургу поликлиники с жалобами на тошноту, рвоту желудочным содержимым, которая не приносит облегчения, выраженную слабость, головокружение.

Считает себя больной в течение месяца, когда впервые отметила появление тошноты в утреннее время, чуть позже присоединилась рвота желудочным содержимым, не приносящая облегчения до 2 раз в сутки. Рвота не связана с приемом пищи. Самостоятельно лечилась приемом активированного угля, церукала без положительного эффекта, к врачам не обращалась.

Анамнез жизни: Соматически здорова. Операции, травмы отрицает. Менструации с 12 лет, установились в течение 1 года, менструальный цикл 28-30 дней, по 5 дней, умеренные, безболезненные. Дата последней менструации – месяц назад. Беременностей не было. Контрацепция – прерванный половой акт.

Объективно: Состояние относительно удовлетворительное. Температура тела = 36,6°C. Кожный покров чистый, физиологической окраски. Носовое дыхание не затруднено. В легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс = 74 в 1 мин. АД = 100/60 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот не увеличен в объеме, не вздут. Кишечные шумы выслушиваются. Притупления перкуторного звука в отлогих местах живота нет. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Выделений из половых путей нет.

Результаты лабораторных методов обследования:

ОАК: Эр. = $3,4 \times 10^{12}/л.$, Нб = 100 г/л. Лейкоциты = $9,8 \times 10^9 / л.$ СОЭ = 12 мм/час. ОАМ: цвет - сол-желт., уд. плотность = 1008; реакция - слабо кислая, белок = 0 г/л. Лейкоциты отр, эритроциты - отр, бактерии - отр. Биохимическое исследование крови: сахар = 5,6 ммоль/л, общий белок = 55,7 г/л, общий билирубин = 20,4 мкмоль/л. Группа крови O(I) первая, резус отрицательный.

Вопросы:

1. Имеется ли у больной желудочная диспепсия?
2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для уточнения диагноза.