

**ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА (СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ) ДЛЯ
ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.28 «ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ»**

Ситуационная задача 1

На прием из московской области приехали родители с ребенком 7 мес с жалобами на плохую прибавку в массе тела, отставание в физическом развитии, увеличение живота, иногда разжиженный стул.

Анамнез жизни: девочка от II беременности, протекавшей с токсикозом в 1/3, II срочных родов (I беременность – срочные роды, ребенок погиб в возрасте 1,5 мес, диагноз не установлен). При рождении состояние удовлетворительное, масса тела 3600 г, длина 53 см; закричала сразу, по шкале Апгар 8/9 баллов. Период новорожденности протекал без особенностей, вскармливание грудное, прикорм введен по возрасту. Профилактические прививки не проводились (отказ родителей), кроме БЦЖ и гепатита В.

В возрасте 2 мес появились жалобы на вялость, потливость, похолодание конечностей, иногда цианоз носогубного треугольника при более длительном, чем обычно промежутке между кормлениями. Однократно наблюдались судорожные подергивания конечностей, ребенок был госпитализирован в областную больницу, при обследовании выявлено: гипогликемия до 1,2 ммоль/л, лактацидоз, получала симптоматическое лечение в виде в/в инфузий глюкозы, витаминов. Обследована на галактоземию, результат отрицательный. Маме было рекомендовано кормить ребенка чаще меньшими объемами молока (с интервалом в 2,0 - 2,5 часа, с ночным перерывом в 4 часа), на фоне чего подобных приступов не повторялось. Однако у ребенка отмечалась плохая динамика массы тела (300-400 г/мес), в возрасте 4 мес педиатром отмечено некоторое увеличение размеров печени. В возрасте 5 мес в связи с изменениями в анализах мочи ребенку проведено УЗ-исследование органов брюшной полости и почек, обнаружено увеличение размеров печени, повышение эхогенности паренхимы, реактивные изменения поджелудочной железы; увеличение размеров почек.

При осмотре: масса тела 7400 г, рост 68 см. Обращают на себя внимание: «кукольное» лицо с толстыми щеками, увеличение размеров живота, тонкие ручки и ножки. Кожа чистая, бледно-розовая, лимфоузлы не увеличены. Отеков нет. Зев не гиперемирован, миндалины чистые. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет, ЧД 26 в 1 минуту. Границы сердца в пределах возрастной нормы: правая – по правой парастернальной линии, верхняя – 2 ребро, левая – на 1,5 см снаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 120 уд. в мин, шумов нет. Печень выступает из-под края реберной дуги на 6 см, плотная, безболезненная, край закруглен. Селезенка не пальпируется. Нервно-психическое развитие соответствует возрасту.

По результатам обследования:

- общий анализ крови: Нб – 116 г/л, Эр – $3,7 \times 10^{12}$ /л, Лейк – $6,9 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 32%, э – 1%, л – 59%, м – 6 %, СОЭ – 5 мм/час

- биохимический анализ крови: общий белок – 69 г/л, альбумины – 49%, глобулины: α_1 - 5%, α_2 - 12%, β - 25%, γ – 15%, мочевины – 3,6 ммоль/л (норма 2,8-6,4 ммоль/л), креатинин 46 мкмоль/л (норма до 1 г.ж. 36-62 мкмоль/л), билирубин общ. – 14,1 мкмоль/л, билирубин пр. 3,1 мкмоль/л, АЛТ – 56 Ед/л, АСТ – 52 Ед/л, ЩФ – 241 Ед/л (норма 50-330 Ед/л), холестерин – 7,6 ммоль/л (норма для детей 1 г.ж. 1,8-4,9), ТГ – 1,02 ммоль/л (норма 0,39-0,93 ммоль/л), глюкоза – 2,2 ммоль/л, мочевины – 0,65 ммоль/л (норма – 0,17 – 0,41), молочная кислота – 2,9 ммоль/л (норма – 1,0 – 1,7).

- кислотно-основное состояние крови: pH = 7,34, BE = - 6 ммоль/л, лактат 4,0 ммоль/л.

• УЗИ брюшной полости: печень увеличена (правая доля 67 мм, левая 54 мм), контуры нечеткие, края сглажены, структура диффузно неоднородна, эхогенность повышена; желчный пузырь, поджелудочная железа – без особенностей. Почки расположены обычно, увеличены, паренхима – норма, ЧЛК не расширена.

Задания:

1. Ваш диагноз.
2. Дифференциально диагностический алгоритм.
3. Основные принципы лечения данного заболевания.

Ситуационная задача 2

Мальчик Н. 9 мес., направлен на консультацию из районной поликлиники, где наблюдается специалистами – педиатром, неврологом, кардиологом. Родители предъявляют жалобы на отставание в нервно-психическом развитии и частые респираторные инфекции.

Анамнез: ребенок от I, физиологически протекавшей беременности, I срочных родов. Масса тела при рождении 3100 г, длина 52 см, кричал сразу, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Семейный анамнез: родители ребенка здоровы, двоюродный дедушка по отцовской линии погиб в возрасте 17 лет от «мышечного» заболевания, диагноз точно не установлен. Ребенок находился на грудном вскармливании, период новорожденности протекал без особенностей, однако мама отмечала, что ребенок «слабый», головку не держит, не активен. В 1 мес ребенок планово осмотрен неврологом, поставлен диагноз мышечной гипотонии, получал пантогам, курсы массажа с нестойким положительным эффектом. Профилактические прививки – до 6 мес по календарю, далее – мед.отвод. С 6 мес начал часто болеть респираторными инфекциями; мама стала замечать у ребенка одышку после нагрузки. Мышечная гипотония сохранялась, навыки психомоторного развития приобретал с задержкой – голову держит с 3 мес, переворачивается с 6 мес, сидит с 8 мес.

При осмотре: мальчик 9 мес, масса тела 7300 г, длина тела 63 см, ПЖК развита недостаточно. Обращает на себя внимание макроглоссия, увеличение живота в объеме. Кожа чистая, бледно-розовая, лимфоузлы мелкие, видимых отеков нет. Мышечный тонус значительно снижен. Зев не гиперемирован, миндалины чистые. В легких дыхание несколько ослаблено, хрипов нет, ЧД 29 в 1 минуту. Границы сердца: правая – на 1 см кнаружи от правой парастернальной линии, левая – на 3,5 см кнаружи кнаружи от срединно-ключичной линии, верхняя – 2 ребро. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные, ЧСС 146 уд. в мин, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный при пальпации; печень + 4 см, плотная, безболезненная, край закруглен, селезенка не пальпируется. Стул, мочеиспускание – без особенностей. Нервно-психическое развитие: к игрушке тянется, хватает, переворачивается, ползет по-пластунски, сидит неуверенно, недолго, стоит недолго, гулит.

По данным обследования:

• общий анализ крови: Hb – 127 г/л, Эр – $3,7 \times 10^{12}$ /л, лейкоц – $5,9 \times 10^9$ /л, п/я – 1%, с/я – 33%, э – 1%, л – 59%, м – 6%, СОЭ – 5 мм/час.

• биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, альбумины – 55%, глобулины: α_1 – 5%, α_2 – 14%, β – 11%, γ – 15%, мочевины – 3,6 ммоль/л (норма 2,8-6,4 ммоль/л), креатинин – 46 мкмоль/л (норма до 1 г.ж. 36-62 мкмоль/л), билирубин общ. – 16,7 мкмоль/л, билирубин пр. 4,1 мкмоль/л, АЛТ – 38 Ед/л, АСТ – 48 Ед/л, КФК – 467 Ед/л (норма 0-203 Ед/л), ЩФ – 347 Ед/л (норма 50-330 Ед/л), ЛДГ 502 (норма 180-430 Ед/л), глюкоза – 2,2 ммоль/л.

• ЭКГ: синусовая аритмия, ЧСС – 126-141 в мин, э.о.с. отклонена влево, увеличение вольтажа комплекса QRS, признаки гипертрофии миокарда желудочков.

• Рентгенограмма грудной клетки: легочный рисунок усилен, очаговых и инфильтративных теней не выявлено, КТИ (кардиоторакальный индекс) – 66%.

• УЗИ брюшной полости: печень увеличена, контуры нечеткие, края сглажены, структура диффузно неоднородна, эхогенность повышена; желчный пузырь, поджелудочная железа, почки – без особенностей.

Задания:

1. Ваш диагноз.
2. Дифференциально-диагностический алгоритм.
3. Основные принципы лечения данного заболевания.

Ситуационная задача 3

Ребенок 8 месяцев.

Анамнез: ребенок от молодых, здоровых родителей. Беременность первая, протекала физиологически, первые срочные роды. Масса тела при рождении 3100 г, длина 50 см, закричал сразу, оценка по Апгар 8/9 баллов, к груди приложен в родильном зале, из родильного дома выписан на 5 сутки. В первые 4 месяца жизни в развитии ребенка изменений не наблюдалось, на учете у специалистов не состоял, прививки по плану. Находится на грудном вскармливании, прикорм по возрасту.

С 5 – 6 месяцев у ребенка нарушилась двигательная активность, возникли периодические бесцельные движения, ритмические покачивания туловища, появился гипертонус конечностей. Ребенок начал отставать в нервно-психическом развитии. Временами отмечались приступы неукротимой рвоты.

Объективно: ребенок правильного телосложения, удовлетворительного питания. Обращает на себя внимание очень светлая кожа, белокурые волосы, ярко голубые глаза и своеобразный «мышинный» запах. В легких дыхание пуэрильное, проводится во все отделы. ЧДД = 32/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС = 124 /мин. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги, эластичной консистенции, безболезненная. Неврологический статус: ребенок эмоционально вял, издает редкие монотонные звуки, не узнает мать; отмечается выраженный гипертонус, усиление глубоких сухожильных рефлексов.

Общий анализ крови: Нв - 110г/л., Эр - $4,3 \times 10^{12}$ /л., Лейк - $5,8 \times 10^9$ /л, п/я – 1%, с/я – 32%, лимфоциты – 58%, моноциты – 8%, эозинофилы – 1%, СОЭ – 2 мм/час.

Общий анализ мочи: количество – 40 мл, относительная плотность – 1012, лейкоциты – 2-3 в п/зр, эритроциты – нет, слизь – немного.

Скрининг тест Гатри: положительный

Задания:

1. Ваш диагноз.
2. Дифференциально-диагностический алгоритм.
3. Основные принципы лечения данного заболевания.

Ситуационная задача 4

В приемное отделение планово доставлен мальчик 1 года с направляющим диагнозом: «Гипотрофия 3й степени. Гепатоспленомегалия неясной этиологии».

Из анамнеза известно: ребенок от матери 30 лет, соматически здоровой, от 1й бер, протекавшей с умеренным многоводием по данным УЗИ, 1-х срочных естественных родов, Масса тела 3020г, длина тела 49 см, оценка по шкале Апгар - 8/9 баллов. Ранний и поздний неонатальный периоды протекали без особенностей. Со слов матери, начиная с 1 го мес жизни, ребенок плохо

прибавлял в весе (масса в 1 мес - 3150г), отмечались частые срыгивания, периодическая рвота, отказ от груди, задержка моторного развития (в 3 мес неуверенно держал голову, к 6 мес не переворачивался). В возрасте 1 мес. осмотрен неврологом: «Последствия перинатального поражения ЦНС гипоксически-ишемического генеза, синдром мышечной дистонии». Назначены массаж и лечебная гимнастика, курс ноотропных препаратов (пантогам, витамины гр В), которые не принесли видимого результата. Мальчик плохо прибавлял в весе, был плаксивым, не интересовался окружающими людьми, игрушками. В 8 мес не ползал, сидел с поддержкой взрослых. За период 1го года жизни ребенок перенес 5 эпизодов ОРВИ, 1 эпизод острого среднего катарального отита. Педиатром по месту жительства дано направление в стационар для обследования.

При осмотре: вес 7000г, рост 60 см. Ребенок астенического телосложения, пониженного питания. При осмотре обращает на себя внимание увеличение окружности живота. Костно-мышечная система: избыточно выражены грудной кифоз и поясничный лордоз, крыловидные лопатки. Кожные покровы гиперпигментированы, чистые, сухие, выражен периорбитальный цианоз. Периферические лимфоузлы: пальпируются увеличенные задне- и переднешейные, подчелюстные лимфоузлы, а также подмышечные и паховые подвижные, плотноватой консистенции. Зев не гиперемирован, в легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧСС-120 в минуту, систолический шум с р. мах в V т. Перкуторно - границы сердца в пределах возрастной нормы. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 4,0 см, край эластичный, безболезненный, селезенка – на 2,5 см. Стул, мочеиспускание не нарушены. В неврологическом статусе: выраженное снижение мышечного тонуса и мышечной силы (ребенок встает с поддержкой, не ходит), снижение сухожильных рефлексов, негативизм, плаксивость, слабая реакция ребенка на обращенную речь. Мальчик не говорит, отсутствуют элементарные моторные навыки самообслуживания (не пьет самостоятельно из бутылочки, чашки; не держит ложку).

По результатам обследования:

- общий анализ крови: гемоглобин 90 г/л, эритроциты- $4,2 \cdot 10^{12}/л$, ЦП-0,85, НСТ-30%, тромбоциты $215 \cdot 10^9/л$, лейкоциты- $5,2 \cdot 10^9/л$, ретикулоциты-2%, п/я -2%, с/я- 18%, эоз- 2%, баз-1%, лимф-63%, мон-5%, СОЭ-15 мм/час. В мазке периферической крови - вакуолизированные лимфоциты.

- биохимическое исследование крови: общий белок, белковые фракции, альбумин- в пределах- нормы, АСТ- 85 Ед/л, АЛТ – 76 Ед/л, общий холестерин-5,8 ммоль/л (норма 1,8-4,9), триглицериды- 2,5 ммоль/л (норма 0,4-1,69).

- УЗИ органов брюшной полости: печень- увеличена, контуры ровные, паренхима неоднородная, эхогенность усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена; желчный пузырь обычной формы, толщина стенок до 2.7 мм, поджелудочная железа – без патологических изменений.

- по данным осмотра офтальмолога: выявлено помутнение роговицы, при осмотре глазного дна – вишнево-красное пятно в области желтого пятна сетчатки.

- Консультация оториноларинголога: нейросенсорная тугоухость OU.

Задания:

1. Ваш диагноз.
2. Дифференциально диагностический алгоритм.
3. Основные принципы лечения данного заболевания.

Ситуационная задача 5

Ребенок 4 лет 1 мес. из многодетной семьи госпитализирован в отделение по экстренным показаниям по направлению участкового педиатра с жалобами на отставание в физическом развитии, увеличение размеров живота, жидкий стул после приема молока и фруктов, слабость, вялость.

Анамнез жизни: Ребенок от X беременности, протекавшей с резус – конфликтом, от 5-х преждевременных родов путем Кесарева сечения, родившимся с массой тела 2900 г и длиной тела 50 см, перенесшим ЗПК на 2е сутки жизни. Мать ребенка больна гепатитом С. На 1 мес. жизни на фоне СДР перенес пневмонию (ТДГКБ). Анемия с рождения, лечение не получал. С рождения на искусственном вскармливании стул неустойчивый с тенденцией к неоформленному, прикорм введен после года, мясо после 3 лет, рацион: преимущественно молочно-растительная пища, фрукты (бананы) хлеб, печенье. Вес в 1 год 10 кг. Семейный анамнез – отец ребенка не переносит молоко (жидкий стул, боли в животе), мать с отягощенным аллергоанамнезом (аллергический конъюнктивит, поллиноз).

Анамнез заболевания: Со слов матери до 3 лет рос и развивался нормально, наблюдался у педиатра 1 раз в год. В течение последнего года отмечается увеличение размеров живота, вырос на 5 см, в весе потерял 800 г, на фоне приема молока и кисломолочных продуктов, овощей, фруктов – неоформленный стул, светло- коричневого цвета, темнеет и оформляется при приеме мяса и картофеля и каш.

При поступлении: t°-36,3, ЧСС 110/мин. ЧД 22/мин. Вялый, выражены признаки хронической интоксикации. Вес 11,8 кг. Рост 94 см. Кожные покровы сухие, бледные, с землистым оттенком, цианоз носогубного треугольника. Пастозность голеней, стоп и верхних век. Подкожно – жировой слой выражен слабо, распределен равномерно, резко выраженная ягодичная складка. Тургор тканей снижен. Язык обложен белым налетом, больше у корня. Живот увеличен в размерах стоя и лежа, вздут, глубокая пальпация затруднена. Перкуторно свободная жидкость в брюшной полости не определяется. При пальпации петли кишечника раздуты, наполнены газами, аускультативно определяется урчание Печень у края реберной дуги, край острый, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Стул получен после очистительной клизмы в приемном отделении 20.06.13 (ахоличный, в небольшом количестве). В отделении после клизмы стул полуоформленный, ахоличный, с жирным блеском. Область почек не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Ребенок в сознании, менингеальных знаков нет, вялый, на осмотр реагирует негативно.

Клинический анализ крови 20.06.13: Нв 83.0 г/л Эр 3.93, тромбоциты 309.0 Лейкоциты 9.2, нейтрофилы п/я 2%, нейтрофилы с/я 33%, эозинофилы 3%, базофилы 0%, лимфоциты 53%, моноциты 8%, СОЭ 9 мм/час.

Биохимический анализ крови: 21.06.13: АлАт - 66 ед\л (до 40), АсАт – 92 ед\л (до 40), щелочная фосфатаза – 112 ед\л, амилаза – 35 ед\л (до 80), панкреатическая амилаза 12 ед/л (17-115), ГГТ 39 ед/л (9-64), ЛДГ 306,00 ед/л (125-450), общий белок – 49,70 г\л (65 – 85), альбумин 20 г/л (35-50), холестерин – 2,26 ммоль\л (1,7 - 5,2), билирубин общий – 3,50 мкмоль\л (1,3 – 20,5), глюкоза – 4,36 ммоль\л (3,00-5,55), железо 2,80 мкмоль/л (4,50-27,90), трансферрин 1,18 г/л (1,91-3,15), кальций общий 1,88 ммоль/л (2-2,70), хлориды 111 ммоль/л (98-111), натрий 137 ммоль/л (136-152), СРБ 0,20 мг/л (0,10-8,20), а1-кислый гликопротеин 1,65 г/л (0,50-1,20).

Результат биопсии: 1,2 – 12 п.к Ворсины отсутствуют, крипты глубокие, с выраженной пролиферативной активностью эпителия. Покровный эпителий уплощен, обильно инфильтрирован лимфоцитами, щеточная кайма низкая. В собственной пластинке определяется обильный диффузный инфильтрат из лимфоцитов, лейкоцитов, плазмоцитов. 3- слизистая антрального отдела желудка, представленная глубоким фовеолярным эпителием и мелкими

прилежащими фрагментами функциональных желез. В покровно-ямочном эпителии определяется распространенная необильная инфильтрация лимфоцитами, гистиоцитами.

Задания:

1. Ваш диагноз.
2. Дифференциально-диагностический алгоритм.
3. Основные принципы лечения данного заболевания.

Ситуационная задача 6

Девочка Алина, 6 лет, поступила в отделение гастроэнтерологии впервые для обследования. При поступлении жалобы отсутствовали.

Из анамнеза: ребенок от 1-й беременности, протекавшей без особенностей, срочных, физиологических родов. Масса тела при рождении 3750г, рост 50 см, по Апгар 8/9 баллов. Росла и развивалась по возрасту. Прививки – по календарю. Перенесенные заболевания: ОРВИ 1-2 раза в год, ветряная оспа в 4 года.

Около полугода назад мама заметила у девочки желтушность склер и кожных покровов, ахоличный стул, потемнение мочи. При обследовании в поликлинике по месту жительства: общий анализ крови - эр $3,25 \times 10^{12}/л$, Нв 120г/л, Л $5,4 \times 10^9/л$, п-1, с-62, л-35, м-5, Тц $328 \times 10^9/л$. СОЭ-41 мм/час, общий анализ мочи – белок 0.01 г/л, присутствует прямой билирубин (+), уробилиноиды (+), остальные показатели – норма. В б/х крови – повышение АЛТ до 211 Ед/л, АСТ 198 Ед/л, билирубин общ. - 46,7, прямой 19,4 мкмоль/л; маркеры вирусных гепатитов А, В, С – отрицательные. Ребенок направлен в стационар.

При поступлении состояние средней тяжести. Температура тела не повышена. Девочка правильного телосложения, удовлетворительного питания. Рост 118 см, вес 18,5 кг. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, отмечается пальмарная эритема. Склеры субиктеричны. Периферические лимфоузлы не увеличены. Косто-мышечная система без особенностей. Слизистая ротоглотки розовая, чистая, зев не гиперемирован. Носовое дыхание не затруднено, в легких дыхание проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС 100 уд/мин, шумы не выслушиваются. Язык чистый. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Симптомы Кера, Ортнера – отрицательные. Печень +2 – +3 – ср/3, эластичная, безболезненная. Селезенка - у края реберной дуги. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Стул оформленный, коричневый. Мочеиспускание свободное, моча темная. Сознание ясное, психомоторное развитие по возрасту. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

При обследовании:

- общий анализ крови: эр $4,55 \times 10^{12}/л$, Нв 139 г/л, л $9,4 \times 10^9/л$, п-3, с-51, л-34, эоз.-5, мон.- 7, тромб $314 \times 10^9/л$. СОЭ 37 мм/час.

- общий анализ мочи: плотность 1015, рН 5.5, белок – 0,180 г/л, глюкоза – abs, уробилиноген (+), эритроц.-0-1 в п/зр, лейкоц.-2 в п/зр, соли - нет, слизь – немного.

- б/х крови: общий белок 94 г/л, мочевины 2.2 ммоль/л, билирубин общ. 27.2 мкмоль/л, билирубин прямой 11.0 мкмоль/л, АЛТ 874.0 Ед/л, АСТ 1155 Ед/л, ЩФ 199 Ед/л, ЛДГ 189 Ед/л, ГГТП 96 Ед/л, глюкоза 3.9 ммоль/л, холестерин 4.09 ммоль/л.

- белковые фракции крови: альбумин 40.5 % (норма 55,8-66,1), α_1 – 2.9 (2,9-4,9), α_2 – 7.1 (7,1-11,8), β_1 – 5.0 (4.7-7.2), β_2 – 3.8 (3.2-6.5), γ – 41.8 (11.1 – 18.8).

- уровень сывороточных антител: IgA 227 мг/дл (норма 60-380), IgG 4960 мг/дл (600-1600), IgM 360 мг/дл (40-345).

• УЗИ органов брюшной полости: гепатомегалия, диффузные изменения паренхимы печени без гемодинамических нарушений; S-образная деформация желчного пузыря, утолщение его стенок. Реактивные изменения поджелудочной железы.

Задания:

1. Ваш диагноз.
2. Дифференциально-диагностический алгоритм.
3. Основные принципы лечения данного заболевания.

Ситуационная задача 7

На приеме мальчик 14 лет, предъявляет жалобы на утомляемость, снижение массы тела, боли в животе без четкой локализации, боли в суставах. Данные симптомы появились около года назад.

Из анамнеза известно: ребенок от I беременности, I срочных родов; раннее развитие по возрасту, привит по календарю. До 10 лет болел редко, перенес ветряную оспу в 6 лет. С 10 лет мальчик наблюдается эндокринологом с диагнозом «сахарный диабет I типа», получает препараты инсулина. Аллергоанамнез не отягощен. Семейный анамнез: отец – язвенная болезнь желудка, бабушка по материнской линии – инсулинозависимый сахарный диабет; младший брат - здоров.

При осмотре: мальчик астенического телосложения, рост 167 см, вес 42 кг. Кожные покровы гиперпигментированы, бронзового оттенка, сухие, с единичными телеангиоэктазиями на груди. Волосы тонкие, ногти - с поперечной исчерченностью. Склеры субиктеричны. Лимфоузлы не увеличены, видимых отеков нет. Зев не гиперемирован, миндалины чистые, язык обложен беложелтым налетом. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца в пределах возрастной нормы, тоны сердца громкие, аритмичные, ЧСС 68-82 уд. в мин, шумов нет. Живот мягкий, глубокой пальпации доступен во всех отделах; печень + 6 см, плотная, безболезненная. Селезенка пальпируется у края реберной дуги. Стул регулярный, оформленный, мочеиспускание – без особенностей, моча светлая. Половое развитие – отмечается гипогонадизм.

По результатам обследования:

• общий анализ крови: Hb – 171 г/л, Эр – $3,6 \times 10^{12}$ /л, MCV 82 фл (норма 80-100 фл), MCH 38 пг (норма 27-34 пг), MCHC 40 (норма 30-34 г/дл), лейкоц – $5,3 \times 10^9$ /л, п/я – 1%, с/я – 59%, э – 2%, баз – 1%, лимф. – 29%, м – 8 %, тромб. 356×10^9 /л, СОЭ – 8 мм/час.

• биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, альбумин – 45 г/л, глобулины: α_1 - 6%, α_2 - 9%, β - 14%, γ – 18 %, мочевины – 5,9 ммоль/л (норма 2,8-6,4 ммоль/л), креатинин – 87 мкмоль/л (норма 45-105 мкмоль/л), билирубин общ. – 29 мкмоль/л, билирубин пр. 8.1 мкмоль/л, АЛТ – 56 Ед/л, АСТ – 62 Ед/л, ЩФ – 297 Ед/л (норма 50-330 Ед/л), глюкоза – 6.5 ммоль/л, холестерин 3,1 ммоль/л (норма 3.7-6.5 ммоль/л), железо сывороточное 42 мкмоль/л (норма 9.3-21.5 мкмоль/л), ОЖСС 31 мкмоль/л (норма 50-85 мкмоль/л), трансферрин 200 (норма 220-350 мг/дл), ферритин 506 мкг/л (норма 6 – 320 мкг/л), коэффициент насыщения трансферрина железом 66% (норма – менее 60%).

• ЭКГ: ритм предсердный, выраженная аритмия, ЧСС 60-94 уд.в мин, единичные желудочковые экстрасистолы; вертикальное положение э.о.с.; диффузные изменения миокарда левого желудочка.

• УЗИ брюшной полости: размеры печени увеличены, паренхима, края ровные, четкие, структура неоднородная, эхогенность повышена. Желчный пузырь без особенностей, поджелудочная железа – размеры меньше физиологической нормы, эхогенность повышена.

Задания:

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Современные методы лечения.

Ситуационная задача 8

Девочка Оля Д., 17 лет, поступила в отделении гастроэнтерологии с жалобами на слабость, периодические боли в животе.

Из анамнеза: девочка от 2й беременности, 2х срочных родов, ранний анамнез не отягощен. В возрасте 5 лет перенесла лакунарную ангину, из детских инфекций перенесла краснуху, ветряную оспу.

Около 2-3 месяцев назад девочку стали беспокоить периодические боли в животе, головные боли, утомляемость, испортился почерк. При обследовании в поликлинике выявлено повышение трансаминаз до 2-3 норм, маркеры гепатитов А, В, С – отрицательные.

При поступлении: состояние средней тяжести, самочувствие удовлетворительное. Телосложение правильное, питание удовлетворительное. Рост 175 см, вес 58 кг. Кожные покровы бледно-розовые, на коже лица и спины единичные элементы угревой сыпи. Видимые слизистые розовые, чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система без особенностей. Носовое дыхание не затруднено. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, безболезненный. Печень +2 см из-под края реберной дуги, плотно-эластичной консистенции, безболезненная; селезенка не пальпируется. Стул регулярный, оформленный, коричневый. Симптом «поколачивания» отрицательный. Мочеиспускание свободное. Сознание ясное, контакт с окружающими адекватный, психическое развитие по возрасту. Менингеальной и очаговой симптоматики нет.

При обследовании:

• общий анализ крови: эр $4,29 \times 10^{12}/л$, Нв 135 г/л, л $7,6 \times 10^9/л$, п-0, с-50, л-38, эоз.-2, баз.-1, мон.- 9, тромб $200 \times 10^9/л$. СОЭ 3 мм/час.

• общий анализ мочи: цвет- желтый, плотность 1024, рН 6.0, белок – отр., глюкоза – отр., уробилиноиды – отр., эпителий плоский немного, переходный – нет, эритроциты измененные 0-1 в п/зр, лейкоц. 0-1 в п/зр, слизь – много, оксалаты – немного.

• б/х крови: общий белок 66 г/л, альбумин 35 г/л, мочевины 4.1 ммоль/л, креатинин 65.9 ммоль/л, билирубин общ. 15.2 мкмоль/л, билирубин прямой 2.7 мкмоль/л, АЛТ 161 Ед/л, АСТ 80.3 Ед/л, ЩФ 141 (норма 42-110) Ед/л, ЛДГ 141 (100-320) Ед/л, ГГТП 49 (норма 5.0-35.0) Ед/л, глюкоза 4.5 ммоль/л.

• уровень альфа-1-антитрипсина: 110 мг/дл (норма 88.0-174.0)

• уровень церулоплазмينا в сыворотке 10,50 мг/дл (норма 22.0-58.0).

• суточный объем меди в моче: 204,4 мкг/сут (норма <50 мкг/л).

• проба с Д-пеницилламином: суточный объем меди в моче 799,2 мкг/сут

• УЗИ органов брюшной полости: негрубые диффузные изменения паренхимы печени с легкими гемодинамическими нарушениями. Реактивные изменения поджелудочной железы, утолщение стенок желчного пузыря. .

• Эластометрия печени: стадия фиброза F1-2 по METAVIR.

Задания:

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Современные методы лечения.

Ситуационная задача 9

На приеме мальчик 2,5 лет, со слов матери у ребенка запоры, стул 1 раз в 3 суток, чаще по типу «овечьего».

Из анамнеза известно, что ребенок от молодых, здоровых родителей, 2-й беременности (1-я, мальчик, здоров) и самостоятельных срочных родов. Масса тела при рождении 3250 г, рост – 51 см. С рождения на искусственном вскармливании, с этого же времени отмечается склонность к запору, которая усилилась с переводом ребенка на общий стол. В рационе преобладают макаронные изделия, манная и рисовая каши, печенья, сушки, редко мясо, из супов – только бульоны. Для нормализации стула мама добавляла в пищу чернослив, свежие овощи. Ухудшение состояние наблюдается в течение последних трех месяцев, когда ребенок пошел впервые в ясли-сад. С этого времени акт дефекации раз в 3-4 дня, часто с помощью клизмы. Мальчик малоподвижен, много сидит у телевизора.

При осмотре состояние удовлетворительное. Удовлетворительного питания. Масса тела 14 кг, рост 88 см. Кожные покровы бледно-розовые, периорбитальный цианоз. В углах рта «заеды», язык густо обложен белым налетом. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. Живот правильной формы, не увеличен. Тонус мышц передней брюшной стенки снижен. При пальпации живот мягкий, чувствительный по ходу толстой кишки, сигмовидная кишка пальпируется в виде плотного тяжа. Печень +2 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу. Периаанальная область слабо гиперемирована, на 6 часах трещина слизистой оболочки.

Задания:

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Современные методы лечения.

Ситуационная задача 10

Девушка 16 лет. 1 мес, экстренно госпитализирована с жалобами на сильные боли в животе, 3х кратную рвоту желчью.

Анамнез заболевания: на протяжении 2х лет девочка похудела на 23 кг, страдает рвотами, принимает слабительные. При ФГДС от 17.04.15г Гастродуоденит, эпителизирующиеся эрозии пилорического отдела желудка. На УЗИ органов брюшной полости от августа 2015г - конкременты в полости желчного пузыря. 22.03.16г одномоментно приняла 8 табл. сенаде, 23.03.16. появились сильные боли в животе, 3 раза рвота желчью.

При поступлении астенического типа телосложения, сниженного питания. Состояние средней тяжести. Апатична, амимична. Жалобы на тошноту, боли в животе. Физическое развитие высокое, дисгармоничное за счет дефицита веса, ИМТ 18,6. Рост 170 см, масса тела 54 кг. ЧД 20 в/мин. ЧСС 72/мин. АД 110/60 мм.рт.ст. Аппетит отсутствует. Кожные покровы бледные, чистые от инфекционных высыпаний, «тени» под глазами. Видимые слизистые бледные чистые. Подкожно-жировой слой достаточно выражен, распределен равномерно по всему телу. Периферических отеков нет. Тургор тканей удовлетворительный. Костно-мышечная система без особенностей, сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. Постоянная тошнота, рвота после приема пищи. Зев – розовый, чистый. Язык обложен белым налетом преимущественно в области корня. Живот плоский, равномерно участвует в акте дыхания, мягкий, при пальпации чувствительный во всех областях. Пузырные симптомы отрицательные. Печень у края реберной дуги, эластичной консистенции, безболезненная, селезенка не пальпируется. Стул со слов девочки с задержкой до 3 дней без патологических примесей. Область почек не изменена. Дизурии нет.

Эндокринная система: пальпируется щитовидная железа, эластической консистенции, не увеличена. Половое развитие по Таннеру: Рb 4 Ах 4 Ма 2-3 Ме с 12 лет.

Задания:

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Современные методы лечения.

Ситуационная задача 11

На приеме у гастроэнтеролога ребенок 4 месяцев с массой 5060 г. длина тела 57 см с рождения находится на искусственном вскармливании смесью «Малютка 1». Жалобы на частый водянистый пенистый стул с кислым запахом с примесью слизи и зелени, выраженные приступы кишечной колики, срыгивания после каждого кормления. Родился с массой 3900 г длина тела 54 см от матери 25 лет, от 1 патологически протекавшей беременности, с угрозой прерывания на всем протяжении, от 1 срочных быстрых родов. При осмотре обращает на себя внимание сухость кожных покровов, снижение тургора тканей, живот резко вздут, при пальпации «урчание» по ходу кишечника, ребенок возбужден, правосторонняя кривошея.

Задания:

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Современные методы лечения.

Ситуационная задача 12

Маша Д., 16 лет, поступила повторно с жалобами на разжиженный стул до 5 раз в сутки, с примесью крови, слизи. Рост 160 см, вес 45 кг.

Заболела 4 года назад, когда на фоне полного здоровья появились боли в нижней половине живота, примесь крови в стуле (стул 1 раз в сутки, оформленный, сверху небольшой сгусток темной крови). Через 1,5 мес. на фоне ОРВИ и повышения температуры до 38°C – стул после каждого приема пищи, малыми порциями, жидкий, непереваренный, со слизью и кровью. В связи с чем госпитализирована по месту жительства, проведена ректороманоскопия: Эрозивно-язвенный проктосигмоидит, период обострения, осложненный кишечным кровотечением. гемоглобин 116 г/л, γ -глобулины 20%. Получала симптоматическую терапию без значительного эффекта (кратность стула уменьшилась с 5 раз до 1-2 раз в день, сохранялась примесь крови). Через год госпитализирована с жалобами на опухание и болезненность голеностопных суставов, разжиженный стул 3-4 раза со слизью и кровью. При обследовании: вес 45 кг, кожа сухая, бледная, умеренная болезненность живота во всех отделах, максимальная в мезогастррии, гемоглобин 100 г/л, СОЭ 22 мм/час, сывороточное железо 2,6 мкмоль/л; Б/х крови: α -глобулины 6-12%, β -глобулины 10-11%, γ -глобулины 17%, СРБ ++. Получала лечение: диета №4, инфузионная терапия, преднизолон из расчета 1,5 мг/кг 7 дней, сульфасалазин 1,0 г х2 раза. На фоне лечения состояние улучшилось: стул 1 раз в сутки без патологических примесей. В дальнейшем отмечалось обострение через 2 мес. после снижения дозы сульфасалазина (500 мг в сутки), протекало с учащением стула до 2-х раз в сутки, стабилизировалось при увеличении дозы до 1,0 г х 2 раза. Второе обострение через год на фоне психо-эмоционального стресса (смерть отца). Получала метипред 40 мг в/м однократно, преднизолон 1,5 мг/кг курсом, сульфасалазин 0,5 г дважды в сутки 6-8 мес.

Два года назад впервые выявлено увеличение печени (+ 2 см по среднеключичной линии). Транзиторно отмечается повышение ферментов: АСТ максимально до 2 норм, АЛТ до 3 норм, ЩФ до 3 норм, ГГТП до 2 норм.

В анализах крови: эритроциты - $3,66 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 102 г/л, лейкоциты $11,9 \times 10^9/л$, тромбоциты $178 \times 10^9/л$, СОЭ 25 мм/ч; общий билирубин – 45 ммоль/л, ЩФ – 625 ед/л, АЛТ 68 ед/л, АСТ 54 ед/л, ГГТП 184 ед/л, сывороточное железо 7,2 мкмоль/л; анализ кала на скрытую кровь положительный. Маркеры вирусных гепатитов А, В и С отрицательные. Сывороточное содержание железа, меди и церулоплазмينا в норме, также как и ANA, AMA, альфа-1-антитрипсин в пределах нормы.

При УЗИ органов брюшной полости размеры печени увеличены, паренхима умеренно уплотнена, эхооднородна, подчеркнут рисунок ветвей печеночных вен. Уплотнены стенки сосудов. Контуры ровные. Из-под края реберной дуги выступает на 30 мм. Поджелудочная железа равномерно увеличена, паренхима умеренно уплотнена. Желчный пузырь увеличен в объеме, форма обычная, стенка уплотнена, толщиной 2 мм, в просвете много рыхлого осадка. Стенки общего желчного протока уплотнены. Селезенка не увеличена. Паренхима умеренно уплотнена.

Колоноскопия: Слизистая подвздошной кишки розовая, бледная, определяются множественные лимфатические фолликулы диаметром до 2-3 мм. Сосудистый рисунок смазан, определяются множественные подслизистые петехиальные кровоизлияния. Слизистая слепой, восходящей, поперечноободочной, нисходящей кишки розовая, сосудистый рисунок местами смазан, определяются точечные втяжения. В сигмовидной и прямой кишке сосудистый рисунок отсутствует, определяются множественные точечные втяжения. Просвет не деформирован.

Биопсия слизистой ЖКТ: на всем протяжении определяются фрагменты атрофичной оболочки толстой кишки. Бокаловидные клетки немногочисленные. Большое количество интраэпителиальных лейкоцитов. Базальная мембрана резко утолщена, однородна. Крипты умеренно деформированы с многочисленными фигурами митозов. Собственная пластинка слизистой отека. Клеточный инфильтрат обильный, смешанноклеточный с преобладанием нейтрофильных и эозинофильных лейкоцитов.

Биопсия печени: порталы не расширены. Видимые желчевыводящие протоки мелкие. Отмечается умеренная инфильтрация лимфоцитами, гистиоцитами. Фрагменты печеночных долек с дисконфлексацией балок. Гепатоциты со слабо выраженными явлениями зернистой дистрофии. Встречаются единичные гепатоциты с вакуолизированными ядрами.

Задания:

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Современные методы лечения.

Ситуационная задача 13

Пациент А., 57 лет, водитель, поступил в стационар с жалобами на постоянные тупые ноющие боли в правом подреберье, не связанные с приемом пищи, тошноту, увеличение живота в объеме, повышенное газообразование, отеки нижних конечностей, повышение температуры тела до субфебрильных значений, не сопровождающееся ознобом и потливостью, общую слабость, головокружение, нарушение сна.

Из анамнеза известно, что в течение длительного времени злоупотреблял алкоголем. В детстве перенес вирусный гепатит А. Дискомфорт в правом подреберье беспокоит периодически в течение года, связан с приемом алкоголя и жирной пищи. Амбулаторно не обследовался и не лечился. Настоящее ухудшение состояния в течение последнего месяца, когда после ежедневного приема алкоголя в течение 2-х недель усилились боли в правом подреберье, увеличился живот в объеме, появились отеки на голенях и стопах.

При обследовании: состояние больного средней тяжести. Питания умеренного. Температура тела $37,2^{\circ}C$. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Обращает на себя внимание

субиктеричность склер. На коже верхней половины туловища и плеч визуализируются «сосудистые звездочки». Симптом «щипка» положительный. Эритема ладоней. Контрактура Дюпюитрена. При осмотре живота имеет место расширение подкожных вен. Отеки стоп и голеней до верхней трети, симметричные. ЧДД 20 в мин. Над легкими дыхание везикулярное, ослаблено над ниже-боковыми отделами справа, хрипы не выслушиваются. ЧСС 102 в мин. Тоны сердца глухие, ритм правильный. Патологические шумы не выслушиваются. АД 90/60 мм рт.ст. Язык влажный, обложен грязно-желтым налетом у корня. Живот умеренно увеличен в объеме, при пальпации несколько вздут, мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Размеры печени по Курлову: 16-14-12 см. Край печени плотный, гладкий. Селезенка увеличена. Стул - склонность к запорам.

В анализах крови: гемоглобин - 110г/л, лейкоциты - $3,2 \times 10^9$ /л, тромбоциты - 98×10^9 /л, СОЭ - 37мм/ч, АЛТ - 100Ед, АСТ - 155Ед, ГГТП - 358Ед, щелочная фосфатаза – 410 Ед., общий билирубин - 87 и прямой билирубин - 55 мкмоль/л, ПТИ – 68%, альбумин - 28 г/л.

При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки инфильтративных изменений в легких не выявлено. Приподнят правый купол диафрагмы.

При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости выявлены выраженные диффузные изменения печени, гепатоспленомегалия, свободная жидкость в брюшной полости, расширение портальной вены.

Задания:

1. Перечислите лабораторные синдромы, имеющиеся у пациента.
2. Перечислите клинические синдромы, имеющиеся у пациента.
3. Установите диагноз и осложнения заболевания, если они есть.
4. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
5. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 14

Пациентка К., 23 лет, в октябре 2019 года, ей произведено диагностическое выскабливание матки по поводу самопроизвольно прервавшейся беременности. В апреле 2020 года появились боли в правом подреберье, субфебрильная температура, потемнела моча. Данная симптоматика была расценена участковым врачом как пищевое отравление, лечение не проводилось. До октября 2006 года чувствовала себя удовлетворительно, хотя все время сохранялись недомогание и субфебрильная температура по вечерам. 25.10.21 г. появились тошнота, слабость, боли в мелких суставах по типу мигрирующих артралгий, желтушность кожных покровов, потемнела моча. Госпитализирована в стационар. При осмотре: кожные покровы несколько желтушны, склеры субиктеричны, лимфатические узлы не увеличены, периферических отеков нет, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, мягкой консистенции, селезенка не пальпируется.

Из данных обследования:

1. Клинический анализ крови – эритроциты $4,4 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин 138 г/л, лейкоциты $6,7 \times 10^9$ /л, тромбоциты 150×10^9 /л, СОЭ – 18 мм/ч;
2. Биохимический анализ крови - АлАТ 272 ед/л, АсАТ 136 ед/л, ГГТП 68 ед/л, билирубин общий 43 мкмоль/л, общий белок 70 г/л, щелочная фосфатаза – 301ед/л.
3. Гистологическое исследование ткани печени: лимфогистиоцитарная и плазмоцитарная инфильтрация перипортальных зон дольки. Цепочки лимфоцитов в просвете желчных протоков, жировая инфильтрация, пролиферация эпителия желчных протоков.

Задания:

1. Перечислите клинические и лабораторные синдромы, имеющиеся у пациентки.
2. Установите предварительный диагноз и осложнения заболевания, если они есть.

3. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 15

Пациент У. 59 лет, поступил в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, бессонницу, снижение памяти, тяжесть в правом подреберье, периодически изжогу, отрыжку кислым или воздухом, потерю аппетита, похудание.

В анамнезе: в конце восьмидесятых годов прошлого века пациент перенёс острый вирусный гепатит ни А ни В, желтушная форма, лечился в КИБ. Не работает, раньше служил на северном флоте, ушёл в отставку. Наследственность отягощена по материнской линии – рак желудка. Женат с 28 лет, имеет двух детей. Не курит, алкоголь употребляет не чаще 1 раза в неделю, не более 200 мл водки за один раз.

В течение года отмечает слабость, утомляемость, тяжесть в правом подреберье. За последний год похудел на 17кг.

При осмотре: гипотрофия мышц плечевого пояса, непропорционально большой живот. Кожные покровы чистые бледные, сухие, видимые слизистые оболочки и склеры субиктеричны. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца глухие, ритм правильный, ЧСС-90 в минуту, на верхушке выслушивается «дующий» систолический шум. АД – 110/60 мм.рт.ст. Язык малинового цвета с атрофичным сосочковым слоем, чистый. Живот при пальпации мягкий, свободной жидкости в брюшной полости не выявляется, имеется незначительное притупление перкуторного звука в отлогих местах живота. В правом подреберье пальпируется увеличенная печень, выступающая на 7-8 см из-под рёберной дуги. Край её закруглён, плотный безболезненный, поверхность неровная. Пальпация живота безболезненна. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул один раз в сутки оформленный, коричневого цвета.

Обследование:

1. Общий анализ крови: гемоглобин – 114г/л, эритроциты – $3,9 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель – 0,85, ретикулоциты – 9%, тромбоциты – 120×10^9 /л, лейкоциты – $9,4 \times 10^9$ /л, СОЭ – 77мм/ч.
2. Биохимический анализ крови: билирубин общий – 51,7мкмоль/л; прямой - 40,2 мкмоль/л; АЛТ – 48ед/л; АСТ – 36ед/л; калий – 3,7 ммоль/л; кальций – 2,0 ммоль/л; общий белок 49 г/л; альбумины – 27 г/л; ЩФ – 347ед; ГГТП – 57ед; ПТИ – 57%; фибриноген – 4,7.
1. α -фетопроtein – 340 ед (N-0-10ед).
2. Анализ мочи и кала без особенностей.
3. УЗИ органов брюшной полости: гепатомегалия, неоднородность печёночной паренхимы, воротная вена – 13мм, селезёночная вена – 7мм, ЖКБ, утолщение стенки желчного пузыря. Небольшое количество свободной жидкости в брюшной полости.
4. ЭГДС – в н/3 пищевода контурируются вены не выступающие в просвет пищевода, отмечается умеренная рубцовая деформация пилоро-бульбарной зоны.
5. ПЦР: HCV RNA + (3×10^4 копий/мл).

Задания:

1. Перечислите клинические и лабораторные синдромы, имеющиеся у пациента.
2. Установите предварительный диагноз.
3. Какие исследования необходимо провести для подтверждения и уточнения диагноза?
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 16

Пациент А., 28 лет, поступил в стационар с жалобами на жидкий стул до 4-5 раз в сутки без патологических примесей, похудание на 30 кг за последние 2 года, боль в правой подвздошной области, усиливающуюся через 2-2,5 часа после еды, общую слабость.

Anamnesis morbi: из анамнеза известно, что указанные выше жалобы появились около 2 лет назад. Пациент неоднократно обследовался в поликлинике по месту жительства. Ему проводилось комплексное обследование, включая колоноскопию, в ходе которого не было выявлено никаких отклонений. Поставлен диагноз синдрома раздраженного кишечника: вариант с преобладанием диареи. Лечение по поводу поставленного диагноза облегчения пациенту не принесло. Последние 6 месяцев за медицинской помощью не обращался. Самостоятельно принимал симетикон, дротаверин, лоперамид, панкреатин, однако, улучшений не было. За последнюю неделю стала резко нарастать слабость в связи с чем и был госпитализирован.

Anamnesis vitae: клинически значимых заболеваний у пациента не было. Он курит 5-6 сигарет в день, на протяжении 10 лет. По профессии экономист. В настоящее время не работает. Аллергических реакций не было. Эпидемиологический анамнез без особенностей.

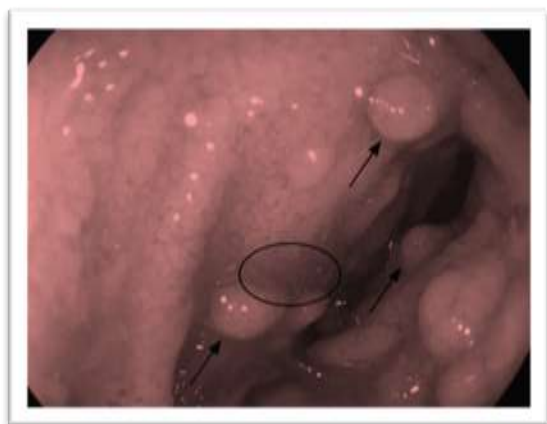
Status praesens: общее состояние средней тяжести. Рост 173 см, масса тела 41 кг, ИМТ 13,7 кг/м². Телосложение астеническое. Кожные покровы бледные, высыпаний нет. Умеренная отечность стоп и голеней. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Мышечная система и подкожно-жировая клетчатка выражены слабо. В легких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧД 16 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 80 в 1 минуту. АД 110/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в правой подвздошной области. Кишечные шумы ослаблены. Перкуторно размеры печени в норме. Селезенка не пальпируется. Поколачивание по поясничной области с обеих сторон безболезненное.

Данные лабораторных, инструментальных методов исследования:

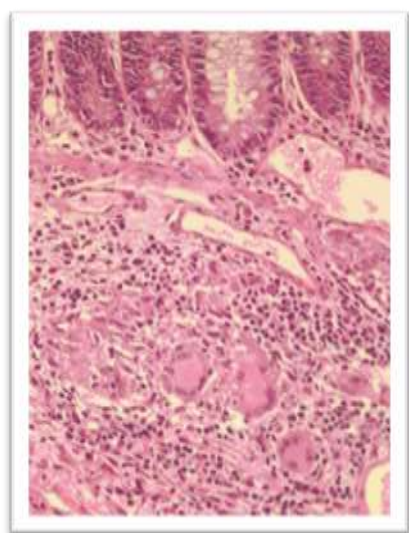
Показатель	Результат	Норма
Гемоглобин	86 г/л	132-164
Эритроциты	$3,26 \times 10^{12}/л$	$4,0-5,6 \times 10^{12}/л$
Гематокрит	27,5%	40-54%
Лейкоциты	$9,2 \times 10^9 /л$	$4-9 \times 10^9 /л$
СОЭ	57 мм/ч	2-10 мм/ч
Общий белок	53,2 г/л	65-85 г/л
Альбумин	25 г/л	35-50 г/л
Холестерин	1,96 ммоль/л	3,9-6,5 ммоль/л
Кальций	1,91 ммоль/л	2,2-2,75 ммоль/л
Железо	4,0 мкмоль/л	13,0-30,0 мкмоль/л
СРБ	4,2 мг/дл	0-0,8 мг/дл
Витамин В ₁₂	<125 пг/мл	125-8000 пг/мл
Анализ кала на токсины А и В <i>Cl.difficile</i>	Отрицательный	Отрицательный
Тест на СИБР	Отрицательный	Отрицательный
Антитела к тканевой транскляминазе	Не обнаружены	Не обнаружены
Тест на стеаторею	Отрицательный	Отрицательный
ЭГДС	Дистальный рефлюкс эзофагит, недостаточность кардии, антральный гастрит, дуоденит. ХЕЛПИЛ-тест	

	отрицательный.
--	----------------

Пациенту выполнена колоноскопия. Патологии толстой кишки обнаружено не было. Осмотрено 10 см подвздошной кишки. Выявлены изменения, представленные на иллюстрации ниже.



Из терминального отдела подвздошной кишки взята биопсия. Результат гистологического исследования представлен ниже.



Задания:

1. Выделите ведущий клинический синдром.
2. Перечислите заболевания, которые сопровождаются ведущим клиническим синдромом, выявленным у пациента.
3. Какая патология выявлена при эндоскопическом исследовании в подвздошной кишке?
4. Какая гистологическая патология представлена на картинке?
5. Поставьте диагноз пациенту и обоснуйте его.
6. Назначьте пациенту лечение.

Ситуационная задача 17

Жалобы и Anamnesis morbi: Пациент Г., 59 лет, находится 5-ые сутки в стационаре по поводу обострения ХОБЛ, тяжелого течения. На фоне проводимой терапии (бронходилататоры, оксигенотерапия, муколитики, антибиотики, инфузионная терапия) самочувствие пациента и показатели ФВД значительно улучшились. Однако появились жалобы на частый жидкий стул до 8 раз в сутки, схваткообразные боли в левой подвздошной области. Ранее расстройства стула не было, отмечает, что всегда была склонность к запорам.

Anamnesis vitae: Более 10 лет страдает ХОБЛ, по этому поводу наблюдается в профильной клинике. Пациент в прошлом курильщик (не курит около 5 лет) индекс курения 51. Алкоголем не злоупотребляет. По профессии автомеханик. Работат в автомастерской. Аллергических реакций не было. Эпидемиологический анамнез без особенностей.

Status praesens: общее состояние средней тяжести. Рост 184 см, масса тела 90 кг, ИМТ 26,6 кг/м². Телосложение гиперстеническое. Температура тела 37,4°C. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, высыпаний нет. Отмечается пастозность голеней. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Костно-суставная система без особенностей. В легких дыхание везикулярное с жестким оттенком, единичные сухие рассеянные хрипы над всей поверхностью легких. ЧД 20 в 1 минуту. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные. ЧСС 83 в 1 минуту. АД 125/85 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в левой подвздошной области. Перкуторно размеры печени несколько увеличены (+2 см). Край печени плотный, закругленный, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Поколачивание по поясничной области с обеих сторон безболезненное.

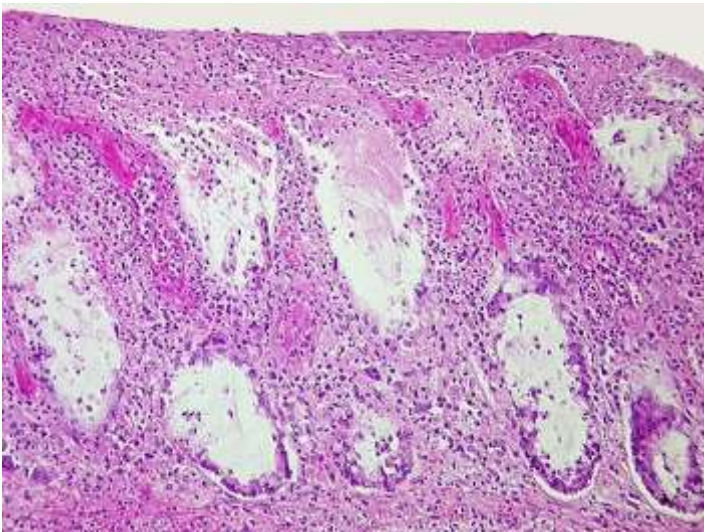
Данные лабораторных, инструментальных методов исследования:

Показатель	Результат	Норма
Гемоглобин	150 г/л	132-164
Эритроциты	$5,2 \times 10^{12}/л$	$4,0-5,6 \times 10^{12}/л$
Лейкоциты	$10,3 \times 10^9/л$	$4-9 \times 10^9/л$
Палочкоядерные нейтрофилы	7%	1-6%
Сегментоядерные нейтрофилы	63%	47-72%
Лимфоциты	25%	19-37%
Эозинофилы	1%	1-5%
Моноциты	4%	3-11%
СОЭ	36 мм/ч	2-10 мм/ч
Общий белок	63г/л	65-85 г/л
Альбумин	32 г/л	35-50 г/л
Холестерин	5,6 ммоль/л	3,9-6,5 ммоль/л
Креатинин	92 ммоль/л	60-125 ммоль/л
Железо	25,3 мкмоль/л	13,0-30,0 мкмоль/л
СРБ	3,5 мг/дл	0-0,8 мг/дл
АСТ	45	0-40 Ед/л
АЛТ	39	0-40 Ед/л
Рентгенография легких	На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в передней и левой боковой проекции повышена пневматизация легких, расширены межреберные промежутки, легочные поля без инфильтративных изменений. Корни фиброзно деформированы, структурные. Сердце без особенностей. Диафрагма расположена низко, синусы свободные. Аорта уплотнена.	
Копрограмма	Количество за сутки – 180 г, жидкий, реакция на скрытую кровь - +, лейкоциты – много, слизь – много, эритроциты – единичные, яйца глистов – отсутствуют, простейшие – отсутствуют.	

Пациенту выполнена колоноскопия. Данные изменения прослеживаются в прямой кишке, сигмовидной кишке и в нисходящей ободочной кишке. Взята биопсия.



Взята биопсия. Результат гистологического исследования представлен ниже.



Задания:

1. Выделите ведущий клинический синдром.
2. Перечислите заболевания, которые сопровождаются ведущим клиническим синдромом, выявленным у пациента.
3. Какая патология выявлена при эндоскопическом исследовании?
4. Какая гистологическая патология представлена на картинке?
5. Какое исследование необходимо провести пациенту для подтверждения диагноза?
6. Поставьте диагноз пациенту и обоснуйте его.
7. Назначьте пациенту лечение.

Ситуационная задача 18

Пациентка В., 32 лет, поступила в стационар с жалобами на жидкий стул до 10-11 раз в сутки, с выделением слизи и крови, частые ложные позывы на дефекацию, ноющую боль в левой подвздошной области, усиливающуюся перед дефекацией, боли в коленных и голеностопных суставах, общую слабость.

Anamnesis morbi: из анамнеза известно, что указанные выше жалобы появились около 2 месяцев назад. Пациентка обратила внимание на появление крови в виде сгустков на поверхности оформленного кала. Так как ранее у пациентки был выявлен хронический геморрой, решила, что появление крови связано с обострением геморроя, в связи с чем самостоятельно стала использовать гепарин натрия в виде геля, ректально и диосмин с флавоноидами по 1000 мг в сутки. Однако улучшения не наступало, постепенно стул участился до 10 раз в сутки, увеличилось содержание в нем крови, появились боли в животе и суставах. Нарастала слабость, и общее недомогание. За время болезни похудела на 2 кг. В связи с ухудшением состояния обратилась к врачу и была госпитализирована.

Anamnesis vitae: клинически значимых заболеваний у пациентки не было. Она не курит, алкоголь употребляет редко, 5-6 раз в год, не более 3-4 алкогольных единиц. Принимает комбинированные оральные контрацептивы, под контролем гинеколога. Работает менеджером по продажам офисной техники. Замужем, имеет двоих детей. Аллергических реакций не было. Эпидемиологический анамнез без особенностей.

Status praesens: общее состояние средней тяжести. Рост 168 см, масса тела 65 кг, ИМТ 23 кг/м². Телосложение нормостеническое. Температура тела 37,6°C. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, высыпаний нет. Отеков нет. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Суставы внешне не изменены. В легких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧД 14 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 94 в 1 минуту. АД 108/68 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в левой подвздошной области. Сигмовидная кишка при глубокой пальпации плотная, болезненная. Перкуторно размеры печени в норме. Край печени мягкий, острый, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Поколачивание по поясничной области с обеих сторон безболезненное.

Данные лабораторных, инструментальных методов исследования:

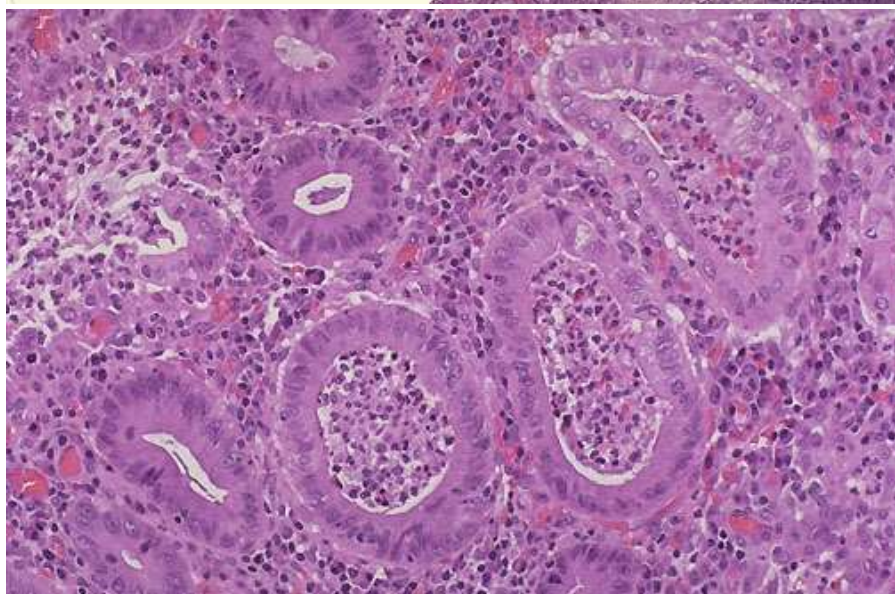
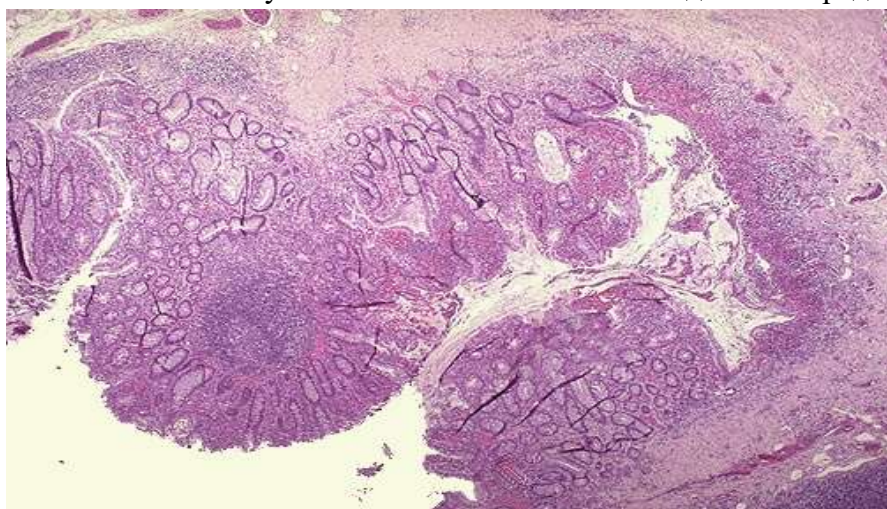
Показатель	Результат	Норма
Гемоглобин	90 г/л	120-160
Эритроциты	$3,45 \times 10^{12}/л$	$3,4-5,0 \times 10^{12}/л$
Лейкоциты	$11,2 \times 10^9/л$	$4-9 \times 10^9/л$
Палочкоядерные нейтрофилы	1%	1-6%
Сегментоядерные нейтрофилы	65%	47-72%
Лимфоциты	30%	19-37%
Эозинофилы	1%	1-5%
Моноциты	3%	3-11%
СОЭ	32 мм/ч	2-20 мм/ч
Общий белок	60 г/л	65-85 г/л
Альбумин	34 г/л	35-50 г/л
Холестерин	4,2 ммоль/л	3,2-5,6 ммоль/л
Креатинин	102 ммоль/л	60-125 ммоль/л
Железо	4,0 мкмоль/л	9,0-30,4 мкмоль/л
СРБ	2,2 мг/дл	0-0,8 мг/дл
Витамин В ₁₂	4532 пг/мл	125-8000 пг/мл
АСТ	30	0-35 Ед/л
АЛТ	20	0-35 Ед/л
Рентгенография легких	Патологии не выявлено.	
УЗИ органов брюшной	Патологии не выявлено.	

полости и почек	
Кoproгpaммa	Количество за сутки – 200 г, жидкий, реакция на скрытую кровь - +++++, лейкоциты – много, слизь – много, эритроциты – много, яйца глистов – отсутствуют, простейшие – отсутствуют.

Пациентке выполнена колоноскопия. Обнаружены изменения в прямой кишке, сигмовидной кишке и нисходящей ободочной кишке вплоть до ее селезеночного изгиба. Выраженная контактная кровоточивость слизистой оболочки.



Взята биопсия. Результат гистологического исследования представлен ниже.



Вопросы:

1. Выделите ведущий клинический синдром.

2. Перечислите заболевания, которые сопровождаются ведущим клиническим синдромом, выявленным у пациентки.
3. Какая патология выявлена при эндоскопическом исследовании?
4. Какая гистологическая патология представлена на картинках?
5. Поставьте диагноз пациентке и обоснуйте его.
6. Какое исследование необходимо провести пациентке для оценки динамики заболевания на фоне терапии?
7. Назначьте пациентке лечение.

Ситуационная задача 19

Больная 42 лет предъявляет жалобы на выраженный кожный зуд, тяжесть в правом подреберье, тошноту, отсутствие аппетита, дисменорею, повышение температуры тела до субфебрильных цифр.

Объективно: пациентка пониженного питания (ИМТ 18), кожные покровы желтушные, со следами от расчесов и участками гиперпигментации, в легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см., из-под края реберной дуги, пальпируется селезенка.

Клинический анализ крови: эритроциты – $3,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 110 г/л, лейкоциты – $7,9 \times 10^9/л$, тромбоциты – $150 \times 10^9/л$, СОЭ – 36 мм/ч.

Биохимический анализ крови: билирубин общ. – 35 мкмоль/л, билирубин прямой – 26 мкмоль/л, холестерин 7,75 ммоль/л, общий белок 70 г/л, альбумины – 30 г/л, АЛТ 87 ед/л, АСТ – 93 ед/л, щелочная фосфатаза – 572 ед/л, ГГТП-145 г/л., протромбиновый индекс - 70%. ИФА: АМА - > 1:40.

УЗИ органов брюшной полости – признаки гепатоспленомегалии.

Для уточнения диагноза была выполнена пункционная биопсия печени. Заключение: негнойные деструктивные изменения междольковых желчных протоков, холестаз преимущественно на периферии дольки, эпителиоидно-клеточные гранулемы.

Задания:

1. Выделите ведущий синдром.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Дайте рекомендации по лечению данной больной и прогноз ее состояния.

Ситуационная задача 20

Пациентка Б., 65 лет, обратилась с жалобами на схваткообразные боли в левой подвздошной области, возникающие через 15-20 минут после употребления жирной и жареной пищи, обильной еды, неустойчивый стул с чередованием запоров и поносов, метеоризм, похудание на 3 кг за последние 3 месяца, пониженный фон настроения.

В анамнезе хронический бронхит, сахарный диабет. Регулярно принимает метформин в дозе 1000 мг 2 р. в день. Также отмечает периодическое повышение АД максимально до 170 и 100 мм рт. ст., лекарственной терапии не получает. Курит 5-8 сигарет в день с 25-летнего возраста, алкоголь 1-2 раза в месяц – до 300 мл вина.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост - 162 см, масса тела - 85 кг. Абдоминальное ожирение. Кожные покровы обычной окраски. ЧДД – 18/мин. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца глухие, ритм правильный. ЧСС - 78 уд/ мин, АД - 150 и 95 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 14x12x8 см. Печень выступает на 6 см из-под правого края реберной дуги, край закруглен, тестоватый, поверхность гладкая. Селезенка не пальпируется.

В клиническом анализе крови: гемоглобин - 105 г/л, эритроциты – $4,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $6,8 \times 10^9$ /л, тромбоциты - 284×10^9 /л, лейкоцитарная формула – п/я – 5%, с/я – 67%, э - 1%, б - 1%, мон - 8%, лим - 18%, СОЭ – 30 мм/час.

Глюкоза (капиллярная кровь, натощак) – 9,4 ммоль/л. Гликозилированный гемоглобин (2 месяца назад) – 8,3%.

В биохимическом анализе крови: общий белок - 65 г/л, альбумин - 30 г/л, общий билирубин - 18 мкмоль/л, креатинин - 150 мкмоль/л, мочевины - 11,5 ммоль/л, АСТ - 32 ЕД/л, АЛТ - 25 ЕД/л, ЩФ - 250 ЕД/л, ГГТП - 58 ЕД/л, холестерин - 8,9 ммоль/л, ХС-ЛПНП - 5,2 ммоль/л.

Копрограмма: рН кала 8,0, стеркобилин ++, слизь – небольшое количество, лейкоциты 20-40 в п/зр., эритроциты - 10-20 в п/зр., кишечный эпителий – умеренное количество; йодофильная флора, дрожжевые грибы, бактерии, яйца гельминтов не обнаружены.

Ректороманоскопия: изменений прямой кишки не выявлено.

Ирригоскопия; в нисходящей ободочной кишке от селезеночного угла отмечается симптом «отпечатка большого пальца».

ФКС: в нисходящей ободочной и сигмовидной кишке отмечается отечность слизистой оболочки, единичные эрозии. Биопсия слизистой.

Гистологическое исследование слизистой: отек, утолщение, фиброз подслизистого слоя, инфильтрация лимфоцитами, плазматическими клетками.

Задания:

1. Выделите основной клинический синдром и симптомы заболевания. Сформулируйте предварительный клинический диагноз, обоснуйте его, используя имеющиеся в условии задачи данные. Укажите изменения, отражающие наличие сопутствующей патологии.

2. Сформулируйте и обоснуйте необходимый план дообследования.

3. Дифференциальный диагноз.

4. Опишите и обоснуйте тактику ведения пациентки на данном этапе.

Ситуационная задача 21

Больная Б., 30 лет, заболела 4 года назад, когда впервые появился субфебрилитет, частый жидкий стул. При амбулаторном обследовании инфекционная природа заболевания исключена, поставлен диагноз "хронический энтерит". В последующие годы изредка возникали ноющего характера боли в животе, вздутие, жидкий стул. Два месяца назад состояние больной значительно ухудшилось: появился жидкий стул до 10 раз в сутки, повышение температуры до 38-38,5, приступообразные боли в правой половине живота, похудела на 10 кг.

Состояние больной средней тяжести. Кожные покровы бледные, сухие. Питание снижено (рост 160 см, масса тела 45 кг). Со стороны легких патологии нет. Тоны сердца приглушены, тахикардия. АД 100/60 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот умеренно вздут, болезненный в правой подвздошной области. При наружном осмотре заднего прохода - язва-трещина с отеком кожи в виде валика в перианальной области.

Обследование:

1. **Клинический анализ крови:** Гемоглобин – 100 г/л, эритроциты $3,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты- $12,3 \times 10^9$ /л, тромбоциты – 440×10^9 /л., СОЭ – 36 мм/ч.

2. **Клинический анализ мочи** – лейкоциты – 15-20 в п/зр.

3. **Биохимия** – АЛТ – 44 ед/л, АСТ – 64 ед/л, ГГТП – 22 ед/л, ЩФ – 189 ед/л, СРБ – 98 мг/л, фибриноген – 7,2 г/л. общий белок 55 г/л

4. **УЗИ органов брюшной полости, почек** – диффузные изменения незначительно увеличенной печени, диффузные изменения поджелудочной железы. Микролиты обеих почек.

5. Колоноскопия в терминальном отделе подвздошной кишки визуализируется неравномерное сужение просвета кишки, трансформация слизистой по типу "булыжной мостовой". На осмотренных участках толстой кишки (поперечный, нисходящий, сигмовидная, прямая), слизистая бледная с желтоватым оттенком, сосудистый рисунок обеднен. Проведена лестничная биопсия.

Гистология: в препаратах фрагменты стенки подвздошной и толстой кишок с умеренной лимфоплазмоцитарной инфильтрацией в собственной пластинке, с участками трансмурального воспаления, а также эпителиоидно-клеточными гранулемами с многоядерными гигантскими клетками в толще кишечной стенки.

Задания:

1. Предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные обследования необходимо провести?
4. Тактика лечения?

Ситуационная задача 22

Больная М., 50 лет, обратилась к участковому терапевту с жалобами на ноющую боль в левом подреберье, в эпигастральной области, слева от пупка, иррадирующую в спину, в лопатку. Боль усиливается в положении на спине. Также беспокоит тошнота, метеоризм, вздутие живота, частый, обильный кашицеобразный стул 3-5 раз в день, блестящий с неприятным запахом, плохо смывающийся.

Из анамнеза - год назад перенесла холецистэктомию по поводу ЖКБ, периодически после погрешности в диете появляются боли в эпигастральной области, опоясывающие с иррадиацией в поясничную область, тошнота, рвота. Последнее ухудшение состояния в течение 3 недель, когда появились вышеуказанные жалобы.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ = 24.

Кожные покровы обычной окраски, видимые слизистые бледные, тургор кожных покровов снижен. На кожи груди мелко красные пятна «красные капельки», не исчезающие при надавливании, кожа сухая. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, аритмичные, 2-3 экстрасистолы в минуту, ЧСС 82 в минуту, АД 110/70 мм рт.ст. Язык влажный, у корня обложен белым налетом. Живот равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации – болезненность в точке Мейо – Робсона, положительный френерус - симптом слева, положительный симптом Катча. Поколачивание сзади слева поясничной области вызывает болезненность. Печень не увеличена, при пальпации безболезненна, селезенка не пальпируется. Отеков нет. Стул 3 – 5 раз в день, кашицеобразный.

Клинический анализ крови: Нб 110 г/л., эритроциты – $3,6 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $10,9 \times 10^9/л$, тромбоциты – $150 \times 10^9/л$, СОЭ – 30 мм/ч.

Биохимия: билирубин общ. – 8 мкмоль/л, билирубин прямой – 4 мкмоль/л, общий белок 70 г/л, АЛТ 37 ед/л, АСТ – 45 ед/л, ГГТП-45 г/л., панкреатическая амилаза 60 ед/л., липаза-70 МЕ/л.

Общий анализ мочи: удельный вес – 1020, реакция – кислая, белок – нет, глюкоза – нет, кетоновые тела – нет, эпителий плоский немного, лейкоциты

0 – 1 в поле зрения.

Копрограмма: мышечные волокна переваренные +++, жир нейтральный +++ жирные кислоты много, крахмал внутриклеточный немного, йодофильная флора немного, лейкоциты нет.

УЗИ поджелудочной железы: поджелудочная железа увеличена, головка 2,4, тело – 1,8. хвост – 2,8. контуры неровные, структура не однородная, участки повышенной эхогенности чередуются с участками пониженной эхогенности.

Задания:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимы еще?
3. Назначьте необходимое лечение.