



**ФГБОУ ВО «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

КАФЕДРА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ №5

**Методическая разработка
для преподавателя на тему:**

"Дифференциальный диагноз при болях в верхней половине живота"

Составлено на основании
унифицированной программы
последипломного обучения

Методическая разработка
обсуждена и утверждена
на заседании кафедры.

Составители разработки:

проф. Бурдули Н.М., доц. Гутнова С.К.

Владикавказ

Тема занятия: «Дифференциальный диагноз при болях в верхней половине живота».

Место проведения занятия: учебная комната, гастроэнтерологическое отделение.

Учебная цель занятия: На основе клиники, инструментально-лабораторных данных заболеваний, сопровождающихся болями в верхней половине живота, научить слушателей дифференциальному диагнозу при этом синдроме, способам диагностики данного заболевания, правильной формулировки диагноза.

Задачи занятия:

- а) анализ жалоб и клинических данных;
- б) синтез клинических синдромов и выделение из них ведущего;
- в) проведение дифференциального диагноза по ведущему синдрому;
- г) составление программы исследования;
- д) интерпретация результатов лабораторно-инструментальных исследований;
- е) обоснование клинического диагноза.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ И ВОСПИТАТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗАНЯТИЯ

При разборе во введении преподаватель должен подчеркнуть роль отечественных ученых в исследовании разбираемой темы, начиная с исследований по физиологии пищеварения, выполненных И.П. Павловым и кончая современными разработками В.Х. Василенко, А.А. Гребенев, Ч.Г. Масевич, указав прогресс в методах инструментально-лабораторных исследованиях за последние годы.

Применение дифференциального диагноза следует начинать с выявления ведущего синдрома (по общепринятым критериям) с определением возможного круга заболеваний (установление сходного в разном). Дифференциальный диагноз строится путем сопоставления клиники дифференцируемого заболевания с проявлениями болезни разбираемого больного (ни в коем случае не наоборот), начиная с наименее вероятных заболеваний. Клинический диагноз ставится после синдромной оценки клинико-лабораторно-инструментальных данных.

В процессе разбора материала используются знания слушателей по физиологии пищеварения, этиопатогенезу язвенной болезни, хронических гастритов. Следует обратить внимание слушателей на особенности изменения

психики больных в связи с возможностью длительного болевого синдрома, наличием громкой отрыжки, икоты.

В связи с этим следует разобрать особенности деонтологических аспектов больных с заболеваниями желудка.

Начиная дифференциальный диагноз по болевому синдрому, следует подчеркнуть, что хотя ранняя боль более характерна для желудка, а поздняя, ночная и голодная для дуоденальных язв, боль при язвенной болезни часто не имеет четкого ритма, так как зависит от глубины язвенного дефекта и распространенности и выраженности воспалительного процесса в гастродуоденальной слизистой оболочке.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ВРЕМЕНИ И МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ

<i>№</i>	<i>Наименование этапов занятия</i>	<i>Время</i>
1	Введение	5
2	Контроль исходного уровня знаний	15
3	Курация больных с язвенной болезнью, дуоденитом, гастритом, раком желудка, панкреатитом, холециститом, абдоминальной формой ИБС	15
4	Выделение синдромов, ведущего синдрома (боли в верхней половине живота), диф. диагноз по ведущему синдрому	15
5	Обоснование программ дополнительных исследований, интерпретация полученных данных	10
6	Обоснование и формулировка клинического диагноза	5
7	Анализ ошибок в введении курируемых больных слушателями	40
8	Прогноз	5
9	Профилактика (диспансеризация)	5
10	ВТЭ	5
11	Итоговый контроль знаний слушателей	10

ГРАФ ЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ТЕМЫ: «ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ БОЛЯХ В ВЕРХНЕЙ ПОЛОВИНЕ ЖИВОТА»



РЕКОМЕНДАЦИИ К ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЯ

ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП

Накануне занятия подбираются больные с болями в верхней половине живота (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, дуоденит, хронический гастрит, рак желудка, холецистит, панкреатит, абдоминальная форма ИБС). Провести подробный разбор двух больных – с язвой желудка и хроническим гастритом. Аспиранты курируют больных заранее и докладывают их на обходе.

В день занятия в учебной комнате преподаватель определяет цель и план занятия и проводит контроль исходного уровня знаний слушателей по теме. Проверяет их готовность к занятию (больной, рефераты, демонстрационный материал).

ОСНОВНОЙ ЭТАП

В палате проводится разбор больного до постановки диагноза. Обращается внимание на особенности болевого синдрома у больных с различной патологией, особенно с заболеваниями желудка. При хроническом гастрите выделяются и другие синдромы (диспепсический, анемический, нарушенного питания). Обсуждение больных ведется в учебной комнате.

Следует разобрать 2 вида болевого синдрома:

1. Висцеральный.
2. Висцеральный с иррадиацией.
3. Висцерально-соматический.

I. Висцеральный болевой синдром (поверхностные язвы):

- а) Язвы пилорического отдела желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки – поздняя боль (через 1,5-2 часа после еды), ночная, голодная (снимается приемом пищи, антацидов).
- б) Язва тела и кардиального отдела желудка – ранняя боль (через 0,5-1 час после приема еды), прекращается после опорожнения желудка (через 1,5-2 часа).

При глубоких язвах (не выходящих за пределы органа) боли почти постоянные, временами острые. Ритм боли непрерывный, исчезает зависимость от приема пищи и антацидов.

Топика и иррадиация болей.

<i>Локализация</i>	<i>Топика</i>	<i>Иррадиация</i>
Язвы малой кривизны желудка	Эпигастрий, справа от срединной линии	Вверх, влево
Язвы кардиального отдела желудка	Зона мечевидного отростка	Вверх, влево
Пилоробульбарные язвы	Правее срединной линии и на 5-7 см выше пупка	В правое подреберье

II. Висцеросоматический болевой синдром

(пенетрация в соседние органы).

Боль с точной локализацией, интенсивная, с постоянной иррадиацией.

Суточный ритм утрачивается.

Локализация и иррадиация болей зависит от органа, в который проникает язва.

<i>Пенетрация</i>	<i>Иррадиация</i>
В малый сальник (язвы малой кривизны желудка)	Правое подреберье, под правую лопатку
В желудочно-селезеночную связку (язвы задней стенки и большой кривизны)	Вверх, влево
К диафрагме (язвы субкардиального и кардиального отдела желудка)	Влево или правосторонний френикус-синдром
В брыжейку тонкой или поперечной ободочной кишки (постбульбарные язвы)	Область пупка, гипогастрий
Поджелудочная железа (дуоденальные язвы)	В спину

При проведении дифференциального диагноза по болевому синдрому в верхней половине живота (кроме язвенной болезни и дуоденита дифференцировать с гастритом, холециститом, хроническим панкреатитом, раком желудка) используют и другие, часто встречающиеся симптомы: икота, отрыжка, рвота, важна характеристика стула, характеристика аппетита.

В процессе дифференциального диагноза появляется диагностическое предположение, для доказательства которого, а также для разграничения от других процессов требуются дополнительные исследования. Составляется программа исследований. Используя знания и практические навыки, полученные от предшествующих занятий (лабораторно-инструментальная диагностика ЖКТ) проводится разбор основных методов дополнительного исследования, включая

рентгенологические методы (прямые и косвенные признаки язвы). Преподаватель подчеркивает особенно важное значение эндоскопических методов (ЭГДС, дуоденоскопия), которые позволяют обнаружить не только характер процесса, но позволяет следить за эффективностью течения, а при прицельной биопсии делает возможным и морфологический метод исследования.

Разбираются сроки повторных ЭГДС при хроническом гастрите и язвенном процессе в желудке и двенадцатиперстной кишке (ДПК).

При незарубцевавшейся язве – через 3-4 недели, и по показаниям при красном рубце – через 3-6 месяцев, при белом рубце – через 12 месяцев. Проводится интерпретация результатов дополнительных исследований разбираемого больного.

Затем разбирается современная классификация язвенной болезни и хронических гастритов, согласно которым выставляется клинический диагноз.

Далее демонстрируются 2 других больных – фиксируются разность в характере, ритмике и иррадиации болей.

В заключение преподаватель подчеркивает важность и доступность ранней диагностики язвенной болезни и хронического гастрита, что позволяет более эффективно проводить лечение и делает возможным предотвращение различных, подчас опасных для жизни осложнений.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП

После разбора больных проводится контроль конечного уровня знаний по разобранной теме с выставлением оценки. Контроль проводится по тестам. В конце занятия дается задание на дом на следующий день.

Демонстрационный материал:

- тематические больные с язвенной болезнью желудка и ДПК, гастритами, панкреатитами, дуоденитами, холециститами, ИБС (гастралгические формы стенокардии и инфаркта миокарда)
- истории болезни
- рентгенограммы желудочно-кишечного тракта
- результаты эзофагогастродуоденоскопии
- набор анализов
- наборы лекарственных препаратов
- таблицы
- слайды

СЕМИНАР

Подготовить доклады

1. Трудности и ошибки диагностики пилорических язв желудка (30 мин).
2. Рентгенологические и гастроскопические параллели в диагностике болезней желудка (35 мин).
3. Роль ультразвукового исследования в диагностике заболеваний желчного пузыря и поджелудочной железы (30 мин).
4. Особенности клиники и диагностики абдоминальной формы ИБС (25 мин).

Перечень учебных и практических навыков, необходимых для усвоения по данной теме

1. Знать клинику заболеваний, подлежащих дифференцировке (язвенная болезнь, дуоденит, гастрит, рак желудка, хронический холецистит, хронический панкреатит).
2. Знать этиопатогенез язвенной болезни и хронических гастритов, уметь выявить конкретные знания этиопатогенеза разбираемых больных.
3. На основе вышеописанного, уметь провести дифференциальный диагноз по ведущему синдрому.
 - а) Уметь сформулировать предварительный диагноз.
 - б) Знать классификации заболеваний, подлежащих дифференцировке.
4. Уметь составлять необходимую программу лабораторно-диагностических исследований, интерпретировать результаты обследования.
5. Знать основы построения клинического диагноза, уметь его обосновать.
6. Уметь провести экспертную оценку качества ведения истории болезни.

Вопросы для контроля исходного уровня знаний

1. Перечислить основные заболевания, проявляющиеся болями в верхней половине живота.
2. Кратко перечислить другие (кроме болевого) синдромы, характерные для этих заболеваний.
3. Укажите зависимость болевого синдрома в зависимости от локализации язвы и воспалительного процесса при гастритах.
4. Перечислить необходимый минимум исследований, необходимых для диагностики болезней желудка, желчного пузыря, поджелудочной железы.
5. Перечислить прямые и косвенные рентгенологические признаки язвы желудка и ДПК.
6. Каково значение ЭГДС в диагностике заболеваний, проявляющихся болями в верхней половине живота.
7. Основные звенья патогенеза язвенной болезни, хронического гастрита, хронического холецистита, хронического панкреатита, абдоминальной формы ИБС.

ВОПРОСЫ ДЛЯ КОНТРОЛЯ КОНЕЧНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ.

1. Язвенной болезни с локализацией язвы в пилорическом канале свойственны:
 - А. Наличие ранних болей.
 - Б. Редкие рецидивы заболевания.
 - В. Изжога.
 - Г. Короткие и редкие ремиссии с частым осложнением кровотечением и стенозированием выходного отдела желудка.
 - Д. Все перечисленное верно.

2. В дифференциальной диагностике между язвенной болезнью желудка и раком желудка наиболее важны:
 - А. Рентгенологическое исследование.
 - Б. Исследование желудочной секреции с её стимуляцией гистамином.
 - В. Гастродуоденоскопия.
 - Г. Цитологическое исследование промывных вод желудка.
 - Д. Все перечисленное верно.

3. Каков характер боли при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки:
 - А. Тупая, давящая боль в эпигастральной области, усиливающаяся при приеме пищи
 - Б. Схваткообразные боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо при приеме жирной пищи.
 - В. Постоянная, тупая боль в эпигастрии, не связанная с приемом пищи.
 - Г. Боли в эпигастральной области, возникающие натощак и через 2-3 часа после приема пищи.
 - Д. Давящие боли в левом подреберье, усиливающиеся после приема пищи и иррадиирующие в спину.

4. Больной жалуется на ощущение тяжести в эпигастрии после еды, отрыжку воздухом, неустойчивый стул. При исследовании желудочной секреции выявлена гистаминрефрактерная ахилия. Какое из перечисленных исследований должно быть первоочередным?
 - А. Общий клинический анализ крови.
 - Б. Исследование внешней секреции поджелудочной железы.
 - В. Микроскопия кала.
 - Г. Гастродуоденоскопия с последующей биопсией.

Д. Рентгенологическое исследование желудка.

5. Факторами, способствующими развитию хронического панкреатита, являются все перечисленные, кроме одного:
- А. Склеротические изменения большого дуоденального сосочка.
 - Б. Высокая кислотность желудочного сока.
 - В. Рефлюкс желчи в панкреатический проток.
 - Г. Лимфогенное проникновение инфекции.
 - Д. Злоупотребление алкоголем.
6. Все перечисленное определяет степень тяжести течения хронического бескаменного холецистита, кроме одного:
- А. Выраженность болевого синдрома.
 - Б. Наличие и выраженность желудочной диспепсии.
 - В. Возникновение 1-2 раза в месяц продолжительных желчных колик.
 - Г. Нарушение функции кишечника.
 - Д. Формирование холелитиаза.
7. Какой из перечисленных методов является наиболее существенным в диагностике хронического панкреатита?
- А. Дуоденальный секретин-панкреозиминный тест.
 - Б. Сцинтиграфия поджелудочной железы.
 - В. Определение содержания жира в кале.
 - Г. Все перечисленные методы.
 - Д. Ни один из перечисленных методов.
8. Куда наиболее часто иррадиируют боли при хроническом холецистите?
- А. В левое плечо, лопатку, ключицу.
 - Б. В правую ногу.
 - В. В область сердца.
 - Г. В правое плечо, лопатку, ключицу.
 - Д. В поясничную область.
9. Хронический рецидивирующий панкреатит наблюдается чаще всего при:
- А. Язвенной болезни.
 - Б. Холелитиазе.
 - В. Постгастрорезекционном синдроме.
 - Г. Хроническом колите.
 - Д. Лямблиозе.

10. Какой из перечисленных методов исследования является ведущим в диагностике хронического бескаменного холецистита?
- А. Дуоденальное зондирование.
 - Б. Клинический анализ крови.
 - В. УЗИ желчного пузыря.
 - Г. Холецистография.
 - Д. Биохимический анализ крови.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ НА ВОПРОСЫ

1. Правильный ответ – Г. Для данной локализации язвы характерны упорное рецидивирующее течение, короткие и нестойкие ремиссии.
2. Правильный ответ – В. Гастродуоденоскопия позволяет при непосредственном осмотре определить особенности патологии, существенно различной при дифференцируемых заболеваниях. Кроме того, во время исследования берется биопсийный материал для гистологического исследования.
3. Правильный ответ – Г. При язвенной болезни двенадцатиперстной кишки «голодные» и поздние боли обусловлены повышенной продукцией соляной кислоты и связанными с нею моторными нарушениями функции желудка (раннее опорожнение желудка и поступление больших масс кислого содержимого в двенадцатиперстную кишку).
4. Правильный ответ – Г. Сочетание подобной симптоматики с гистаминрефрактерной ахилией требует исключения полипоза и, особенно, рака желудка, высокодостоверные результаты в этом случае дает гастродуоденоскопия с биопсией.
5. Правильный ответ – Г. Лимфогенное проникновение инфекции не приводит к активации ферментов поджелудочной железы, но может быть причиной её флегмоны.
6. Правильный ответ – Г. Тяжесть течения бескаменного холецистита определяется выраженным болевым и диспепсическим синдромами, частыми и продолжительными желчными коликами, осложнениями в виде неспецифического реактивного гепатита, жировой дистрофии печени, холелитиаза. Нарушение функции кишечника не является определяющим.

7. Правильный ответ – А. Внутривенное введение стимулятора внешнесекреторной функции позволяет выявить ранние нарушения: снижение продукции жидкой части сока, гидрокарбонатов и ферментов – при развитии фиброза железы – или определить феномен «раздраженного органа» (то есть повышение секреции, наблюдаемое на начальных этапах хронического панкреатита при его обострении).
8. Правильный ответ – Г. Наиболее типичной является иррадиация болей в правое плечо, лопатку, ключицу. При атипичной форме боли могут иррадиировать в область сердца или возникать только в прекардиальной области (после обильной пищи, в положении лежа).
9. Правильный ответ – Б. Холелитиаз приводит к резкому повышению давления в главном панкреатическом (вирсунговом) протоке с последующим поступлением составляющих панкреатического сока в ткань железы и развитием активации ферментов (то есть к рецидиву панкреатита). Подъем давления в вирсунговом протоке происходит чаще всего из-за обтурации дистальной части общего желчного протока конкрементом.
10. Правильный ответ – В. Ведущий метод диагностики хронического бескаменного холецистита – УЗИ. Оно наиболее доступно, безопасно и информативно, позволяет выявить утолщение стенки пузыря ($>4\text{ мм}$), изменение его формы (сферический или деформирован), увеличение размеров ($>4\text{ мм}$ в диаметре и $>12\text{ см}$ в длину), регионарное утолщение стенок. Остальные перечисленные методы менее информативны, но в совокупности позволяют составить полную картину хронического холецистита. Так, лейкоцитоз, повышение СОЭ, уровня фибриногена, α_2 -глобулинов свидетельствуют в пользу обострения холецистита. Наличие лейкоцитов в дуоденальном содержимом не является абсолютным признаком хронического холецистита, так как может наблюдаться при дуодените, язвенной болезни. Холецистография, как правило, не дает убедительных данных о наличии холецистита.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача №1

Больной Н., 24 лет, в клинику поступил в плановом порядке, с жалобами на боль в надчревьё, возникающую через 1,5-2 часа после приема пищи, больше к вечеру, а иногда и ночью, изжогу, кислый вкус во рту, запор. Боль усиливается при приеме острой, соленой и кислой пищи, уменьшается – после употребления соды и применения грелки. Болен около года. Состояние ухудшилось с осени.

Из анамнеза известно, что живет в общежитии, отец страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

При осмотре: больной пониженного питания, язык не обложен, влажный. Перкуссия и поверхностная пальпация живота болезненны в области надчревьё справа, в этой же области – резистентность мышц брюшного пресса. Пульс 60 в 1 мин, ритмичный. АД 13,3/10,7 кПа (100/80 мм. рт. ст.).

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные исследования?
3. Какие заболевания следует исключить?
4. Ваша врачебная тактика

Задача №2

Больная М., 44 лет, доставлена в больницу с жалобами на боли в правом подреберье, горечь во рту, отрыжку, тошноту, повышение температуры тела до 37,5 С, запоры.

В анамнезе плохая переносимость жирной пищи и зуд кожных покровов, тяжесть в правом подреберье, беспокоящие в течение последних 5 лет.

При осмотре: больная повышенного питания.

Объективно: кожный покров обычной окраски со следами расчесов на животе и спине. Краевая иктеричность склер. Лимфатические узлы не увеличены. Пульс 80 в минуту, ритмичный. АД – 130/80 мм рт.ст. Тоны сердца звучные. Дыхание везикулярное с частотой 18 в минуту. Язык влажный, обложен у корня коричневым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье, положительный симптом Мерфи. Размеры печени по Курлову – 12х10х8 см. При пальпации печень плотно-эластической консистенции, болезненная. Селезенка не увеличена. Область почек безболезненна. Стула не было 2 дня.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.

3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

Дополнительные методы обследования к задаче №2:

1. Анализ крови: эритроциты – $4,5 \times 10^{12}$ /л, цветной показатель – 0,9, лейкоциты – $10,8 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 4%, сегментоядерные – 52%, лимфоциты – 24%, моноциты – 10%, СОЭ – 30 мм/час.
2. Анализ мочи: уд.вес – 1014, реакция кислая, белок и сахар отсутствуют, лейкоц. – 2-3 в поле зрения.
3. Биохимия: Общий билирубин – 28 ммоль/л, прямая фракция – 24,0 ммоль/л, холестерин – 7,0 ммоль/л, АСТ – 86 ед (норма – 65 ед), АЛТ – 80 ед (норма – 45), щелочная фосфатаза – 80 МЕ (норма – 40-60 МЕ).
4. Ультразвуковое исследование: желчный пузырь с нефиксированным перегибом в теле, размер его 10 см, стенка толщиной 4 мм, двухконтурная в области дна. Общий желчный проток 5 мм. Печень: сагиттальный размер 14 см, эхоуплотнена.
5. Дуоденальное зондирование:

I	5 минут – 4,0 мл;	минут – 4,0 мл; минут – 4,3 мл.
II	7 минут	
III	5 минут – 10 мл	
IV	30 минут – 90 мл	
V	10 минут – 15 мл.	

 Остаточная желчь – 45 мл. рН желчи- -5,0.
 При микроскопическом исследовании – в порции В много лейкоцитов, слизи, кристаллы холестерина.
6. Флюорография – без патологии.
 ЭКГ – синусовый ритм, 76 в минуту, электрическая ось сердца не отклонена.
 Неспецифические изменения миокарда.

Задача №3

Больной М., 38 лет, жалуется на изжогу, кислую отрыжку, кислый привкус во рту, боль ноющего характера, почти постоянную, уменьшающуюся после еды.

Имеет вредные привычки: курит более 15 лет, алкоголь употребляет часто. Работа связана с частыми командировками. Питается нерегулярно.

Настоящее ухудшение самочувствия отмечает в течение 1,5 недель.

Объективно: состояние удовлетворительное. Питание понижено (рост 182 см, масса тела 68 кг). Язык густо обложен налетом желто-белого цвета. Живот мягкий, умеренно вздут, болезненный при глубокой пальпации в

пилородуоденальной зоне. Печень увеличена на 3,5 см, поверхность гладкая, несколько плотноватой консистенции, безболезненная. Селезенка не увеличена. Отрезки кишечника обычных пальпаторных свойств.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

Дополнительные методы обследования к задаче №3:

1. Анализ крови: Нb - 118 г\л, ц.п. - 0,9, эр. - $3,2 \times 10^{12}$ \л, лейкоц. - $4,8 \times 10^9$ \л, СОЭ - 18 мм\ч.
2. Анализ мочи: уд.вес - 1014, реакция кислая, белок и сахар отсутствуют, лейкоц. - 1-2 в поле зрения.
3. ФГДС: слизистая оболочка желудка гиперемированная, отечная, покрыта слизью. Складки извиты, утолщены, с явлениями очаговой гиперплазии.
4. Де-нол - тест - положительный.
5. Ph - метрия - непрерывное кислотообразование средней степени интенсивности.
6. УЗИ органов брюшной полости: увеличение печени до 3 см. Диффузные изменения в печени и поджелудочной железе.
7. Флюорография - без патологии.
8. Биохимия крови: холестерин - 6,1 ммоль\л, общий билирубин - 28 мкмоль\л. АСТ - 55 ед, АЛТ - 78 ед. ПТИ - 68%. Сахар крови - 4,3 ммоль\л.
9. ЭКГ - синусовый ритм 72 в минуту, электрическая ось сердца не отклонена.
10. Реакция Греггера отрицательная.

ЭТАЛОНЫ РЕШЕНИЙ ЗАДАЧ

Задача №1

1. Язвенная болезнь в фазе обострения. Хроническая язва луковицы двенадцатиперстной кишки.
 2. Фиброгастродуоденоскопия, рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки, фракционное исследование желудочной секреции, общеклинические анализы крови, мочи, кала (на скрытую кровь).
 3. Хронический гастрит с повышенной секреторной функцией, хронический холецистит, хронический панкреатит, рак желудка, диафрагмальная грыжа.
 4. Лечение в условиях стационара, лучше гастроэнтерологического отделения. Диета №10, далее - №1, курение исключается, седативные средства (настой корня валерианы, тазепам), холинолитики (инъекции атропина, метацила), антациды (викалин, алмагель), анаболические стероиды (ретаболил), другие стимуляторы регенерации слизистой оболочки (тиамин, пиридоксина гидрохлорид в инъекциях, ретинола ацетат в каплях), трихопол.
- Физиотерапевтические процедуры в фазе стихания процесса – электрофорез на область надчревья папаверина, хвойные ванны.

Задача №2

1. Диагноз: Хронический холецистит в стадии обострения. Дискинезия желчевыводящих путей: гипертония сфинктера Одди и гипотония желчного пузыря. Реактивный гепатит.
2. Обследование:
 - анализ крови общий
 - анализ мочи общий
 - копрограмма
 - диастаза мочи
 - ЭГДС
 - дуоденальное зондирование
 - флюорография
 - УЗИ брюшной полости
3. Дифференциальная диагностика:
 - дуоденит
 - холангит
 - панкреатит
 - гепатит
4. Лечение:
 - 1) диета
 - 2) антибиотики

- 3) спазмолитики
- 4) желчегонные препараты
- 5) антигистаминные препараты
- 6) слабительные средства
- 7) дезинтоксикационная терапия

Задача №3

1. Диагноз: Хронический гастрит, ассоциированный с Нр в стадии обострения. Повышенная кислотообразующая функция желудка. Реактивный гепатит.
2. Дообследование:
 - 1) анализ крови общий
 - 2) анализ мочи общий
 - 3) копрограмма
 - 4) исследование функции печени (трансаминазы, билирубин, холестерин, протромбиновый индекс)
 - 5) анализ желудочного сока
 - 6) рН-метрия
 - 7) рентген желудка
 - 8) ФГДС
 - 9) флюорография
 - 10) биопсия слизистой желудка с гистологическим исследованием
 - 11) с целью исключения хеликобактериоза исследования мазков - отпечатков, полученных из биоптатов
 - 12) УЗИ органов брюшной полости
3. Дифференциальный диагноз: хронический гепатит, дуоденит, язвенная болезнь
4. Лечение:
 - диета (исключение продуктов с раздражающим влиянием на слизистую оболочку)
 - подбор медикаментов по одной из трех схем:
 - «Двойная»-де-нол + метронидазол
 - де-нол + тетрациклин
 - «Тройная»- де-нол + тетрациклин + метронидазол
 - «Четвертная» - к тройной добавляется омепразол.
 - для подавления кислотопродукции - блокаторы H-2 рецепторов гистамина
 - для снятия изжоги и боли - антациды, холинолитики периферического действия (метацин, платифиллин и т.д.)
 - витаминотерапия, гепатопротекторы
 - физиолечение

Список литературы

1. Баранская Е.К. Боль в животе: клинический подход к больному и алгоритм лечения. Место спазмолитической терапии в лечении абдоминальной боли. // Фарматека.- 2005.- №14.- С.49-57.
2. Белоусова Е.А., Златкина А.Р. Абдоминальная боль при функциональных расстройствах желудочно-кишечного тракта: основные механизмы и пути устранения. // Южно-Российский медицинский журнал.- 2002.- №2.- С.51-58.
3. Дифференциальная диагностика и лечение внутренних болезней: Руководство для врачей. / Под редакцией А.И. Хазанова. – Т.2. Болезни органов пищеварения. – М.: Медицина, 2003.- 480с.
4. Комаров Ф.И., Шептулин А.А. Боли в животе. // Клин. медицина.- 2000.- №1.- С.46-50.
5. Логинов А.С., Мягкова Л.П., Колосова О.Л. Об ошибках диагностики заболеваний органов пищеварения. // Тер. Архив.- 1978.- №1.- С.17-21.
6. Луканов В.В., Фомина И.Г. Трудности дифференциальной диагностики болей в животе. // Клин. медицина.- 2002.- №10.- С.60-65.
7. Ойроткинова О.Ш., Немытин Ю.В. Атеросклероз и абдоминальная ишемическая болезнь.- М.: Медицина. 2001.- 312с.
8. Померанцев В.П. Руководство по диагностике и лечению внутренних болезней.- М.: ГОУ ВУНМЦ РФ, 2001.- 528с.
9. Руководство по гастроэнтерологии. / Под редакцией Ф.И. Комарова, А.Л. Гребенева, А.А. Шептулина. Т.1. Болезни пищевода и желудка. – М.: Медицина, 1995.- 672с.
10. Рысс Е.С. Введение в гастроэнтерологию.- СПб.: СпецЛит, 2005.- 175с.
11. Фомина И.Г., Георгадзе З.О., Луканов В.В. и др. Абдоминальный ишемический синдром при ишемической болезни сердца. // Клин. медицина.- 2005.- №4.- С.62-66.
12. Хили П.М., Джекобсон Э.Дж. Дифференциальный диагноз внутренних болезней: Алгоритмический подход. М.: ЗАО «Издательство БИНОМ», 2002.- 280с.

- 13.Шульпекова Ю.О., Драпкина О.М., Ивашкин В.Т.
Абдоминальный болевой синдром. // Российский журнал
гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии.- 2002.- №4.- С.8-15.
- 14.Шептулин А.А. Функциональная абдоминальная боль. // Российский
журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии.- 2004.- №5.-
С.9-13.