

Лечебное дело (ПП) - кейс 2

Materials for the selected specialty

Тип: Кейсы | Образование: Высшее образование | Специализация: Лечебное дело (ПП) | Записей: 1 | Кейс: 2 | Вопросов: 12

Лечебное дело (ПП) - кейс 2

Образование: Высшее образование | Специализация: Лечебное дело (ПП)

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Пациентка К. 54 лет на осмотре у врача-гастроэнтеролога.

1.2. Жалобы

- на постоянные ноющие боли в эпигастральной области, усиливающиеся через 30-40 мин после приема жирной и острой пищи, с иррадиацией в спину, левую половину грудной клетки, часто принимающих характер опоясывающих;
- частый стул до 3-5 раз в день, обильный, «блестящий», зловонный, трудно смывается с унитаза;
- похудание за 1,5 месяца на 7 кг;
- ощущение сухости во рту;
- повышенную жажду;
- кожный зуд.

1.3. Анамнез заболевания

У больной 10 лет назад, после приема большого количества жирной пищи, развился приступ боли в области правого подреберья, сопровождавшийся рвотой с примесью желчи, повышением температуры до субфебрильных цифр. В районной больнице, куда срочно была госпитализирована больная, диагностировали острый калькулезный холецистит и экстренно произведена холецистэктомия. Через 1 неделю после выписки у больной появились периодические ноющие боли в области левого подреберья, возникавшие после приема жирной и острой пищи. К врачам больная не обращалась, обследование не проводилось. По совету друзей принимала но-шпу и фестал с умеренным эффектом. Ухудшение состояния примерно 6 месяцев назад, когда боли в эпигастральной области стали постоянными, усиливаясь после приема пищи, появился частый, зловонный, трудно смываемый с унитаза стул. Похудела на 7 кг. В течение последнего месяца отмечает появление сухости во рту, повышенной жажды, кожного зуда. По поводу кожного зуда была осмотрена дерматологом, кожных заболеваний выявлено не было.

1.4. Анамнез жизни

- росла и развивалась нормально;
- замужем, имеет двоих здоровых детей;
- работает продавцом в продуктовом магазине. Питается не регулярно, диету не соблюдает;
- курит по 20 сигарет в день в течение 30 лет, злоупотребление алкоголем отрицает;
- в анамнезе – детские инфекции, ОРВИ, желчнокаменная болезнь;
- не переносимости лекарственных препаратов и пищевых продуктов не отмечено;
- наследственность: у матери гипертоническая болезнь, отец умер от инсульта.

1.5. Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение больной активное. Телосложение нормостеническое. Рост 169 см. Масса тела 75 кг. Индекс массы тела 26,22 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. Подкожная клетчатка развита хорошо. Отеков нет. Лимфатические узлы не пальпируются. Общее развитие мышечной системы умеренное. Костная система без видимых изменений. Суставы не изменены, движения в полном объеме. Тип дыхания грудной. Ритм дыхания правильный. ЧДД 20 в 1 мин. При сравнительной перкуссии над всей поверхностью легких звук ясный. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Область сердца не изменена. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации тоны сердца нормальной звучности, шумы не выслушиваются. Пульс 76 уд. 1 мин., ритмичный. АД 110/65 мм.рт.ст.

Живот обычной формы, симметричный, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, больше слева. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. При глубокой пальпации определяются сигмовидная и слепая кишка, безболезненные, урчащие при надавливании. Печень и селезенка не увеличены. Поджелудочная железа не пальпируется. Выявляется положительный симптом Керте. Френикус-симптом положителен слева. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена.

1. Диагноз

1. Вопрос

У больной наиболее вероятным диагнозом является

1. Синдром раздраженной кишки

2. Хронический билиарнозависимый панкреатит

3. Глютеновая энтеропатия

4. Хронический гепатит

Правильный ответ: Хронический билиарнозависимый панкреатит

На возможное наличие у больной хронического панкреатита указывает локализация боли и ее характерная иррадиация. Частый неоформленный стул, содержащий большое количество нейтрального жира (стул «блестящий», с неприятным запахом, плохо смывается с унитаза), обусловлен внешнесекреторной недостаточностью поджелудочной железы. В анамнезе желчнокаменная болезнь. Выявлены, встречающиеся при панкреатите, положительный симптом Керте (локальное мышечное напряжение в области проекции поджелудочной железы на переднюю брюшную стенку) и левосторонний френикус-симптом. Больная курит в течение 20 лет. Курение является независимым фактором риска развития хронического панкреатита.

Клинические рекомендации Минздрава России. Хронический панкреатит, 2024 г.

(1)

(2)

(3)

(4)

2. Вопрос

Ведущим в клинической картине хронического панкреатита у больной является синдром

1. Вернера-Моррисона

2. внешнесекреторной панкреатической недостаточности

3. холестаза

4. избыточного бактериального роста

Правильный ответ: внешнесекреторной панкреатической недостаточности

Частый стул до 3-5 раз в день, кашицеобразный, «блестящий», зловонный, плохо смывается с унитаза, говорит о большом содержании нейтрального жира, в следствии недостаточной выработки панкреатической липазы. Больная за 1,5 месяца потеряла 7 кг массы тела.

Клинические рекомендации Минздрава России. Хронический панкреатит, 2024 г.

(1)

3. Вопрос

В течение последнего месяца заболевания у больной появились симптомы синдрома

1. недостаточности кишечного всасывания
2. избыточного бактериального роста
3. холестаза

4. эндокринной панкреатической недостаточности

Правильный ответ: эндокринной панкреатической недостаточности

В течение последнего месяца больная отмечает появление характерных для сахарного диабета жалоб: сухости во рту, повышенной жажды, кожного зуда.

Согласно статистике, у 70% пациентов с хроническим панкреатитом со временем нарушается толерантность к глюкозе

Клинические рекомендации Минздрава России. Хронический панкреатит, 2024 г.

(1)

2. План обследования

4. Вопрос

Наиболее информативным методом визуализации для подтверждения диагноза хронического панкреатита является

1. мультиспиральная компьютерная томография
2. УЗИ
3. ангиография
4. ЭРХПГ

Правильный ответ: мультиспиральная компьютерная томография

Мультиспиральная компьютерная томография в настоящее время является одним из лучших методов для первичной диагностики хронического панкреатита, превосходя диагностическую ценность трансабдоминального УЗИ. Чувствительность метода составляет 75-90%, специфичность 85-90%.

Клинические рекомендации Минздрава России. Хронический панкреатит, 2024 г.

(1)

5. Вопрос

Для диагностики эндокринной недостаточности поджелудочной железы, у данной больной, целесообразно использовать определение

1. гликозилированного гемоглобина HbA1c
2. амилазы в сыворотке крови и моче
3. уровня сахара в сыворотке крови с нагрузкой глюкозой

4. гликогена в сыворотке крови

Правильный ответ: гликозилированного гемоглобина HbA1c

Диагностика эндокринной недостаточности должно осуществляться путем регулярного определения концентрации гликозилированного гемоглобина (HbA1c), уровня глюкозы крови натощак. Преимущество HbA1c заключается в более низкой вариабельности результатов относительно показателей глюкозы крови.

Клинические рекомендации Минздрава России. Хронический панкреатит, 2024 г.

(1)

6. Вопрос

Для диагностики нарушения внешнесекреторной функции поджелудочной железы в клинических условиях показано определение

1. амилазы в моче
2. растительной клетчатки в кале
3. липазы в сыворотке крови

4. фекальной эластазы (ФЭ-1)

Правильный ответ: фекальной эластазы (ФЭ-1)

Фекальный эластазный тест — очень простой анализ для не прямой и неинвазивной оценки секреции поджелудочной железы. Этот анализ широко доступен и требует всего лишь небольшого образца кала для исследования. Общеизвестным является факт, что чем ниже концентрация ФЭ-1, тем выше вероятность внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы.

Клинические рекомендации Минздрава России. Хронический панкреатит, 2024 г.

(1)

7. Вопрос

О тяжелой степени экзокринной недостаточности говорит содержание эластазы-1 в кале равной + _____ + мкг/г

1. 101-200
2. 201-300

3. 0-100

4. 301-400

Правильный ответ: 0-100

Снижение содержания эластазы в кале свидетельствует о первичной экзокринной недостаточности ПЖ (0–100 мкг/г — тяжелая; 101–200 — средняя или легкая), что является показанием для пожизненной, чаще всего для так называемой высокодозной заместительной ферментной терапии.

Клинические рекомендации Минздрава России. Хронический панкреатит, 2024 г.

(1)

3. Лечение

8. Вопрос

Лечение внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы включает, прежде всего, назначение

1. спазмолитиков
2. обезболивающих

3. антибиотиков

4. ферментных препаратов

Правильный ответ: ферментных препаратов

При наличии клинически выраженной стеатореи (неоформленный, зловонный с жирным блеском стул), признаков нутритивной недостаточности (потеря массы тела) показано назначение ферментных препаратов.

Клинические рекомендации Минздрава России. Хронический панкреатит, 2024 г.

(1)

9. Вопрос

Минимальная доза заместительной полиферментной начальной терапии должна назначаться из расчета

1. 10-20 тыс. ед. панкреатина только в основные приемы пищи
2. 10-20 тыс. ед. панкреатина в основной прием пищи + 10 тыс. ед. в промежуточный прием
3. 40-60 тыс. ед. панкреатина в основной прием пищи + 20-25 тыс. ед. в промежуточный прием

4. 40-50 тыс. ед. панкреатина в основной прием пищи + 20-25 тыс. ед. в промежуточный прием

Правильный ответ: 40-50 тыс. ед. панкреатина в основной прием пищи + 20-25 тыс. ед. в промежуточный прием

У пациентов с клиническими симптомами экзокринной недостаточности ПЖ рекомендуемая минимальная доза капсулированного панкреатина для начального лечения составляет 40-50 тыс. ед. на основной прием (3 раза в день) и половинная доза (20-25 тыс. ед.) на промежуточные приемы пищи (общая кратность не менее 5 раз в сутки).

Клинические рекомендации Минздрава России. Хронический панкреатит, 2024 г.

(1)

10. Вопрос

При развитии панкреатогенного сахарного диабета (тип IIIc) лечение, в большинстве случаев, должно проводиться

1. производными сульфонилмочевины
2. тиазолидиндионами

3. инсулином

4. ингибиторами альфа-глюкозидазы

Правильный ответ: инсулином

Развитие сахарного диабета при хроническом панкреатите происходит в результате выраженного фиброза паренхимы поджелудочной железы, поэтому пероральные гипогликемические средства в терапии не играют существенной роли. Большинству пациентов с панкреатогенным сахарным диабетом требуется назначение инсулина.

Клинические рекомендации Минздрава России. Хронический панкреатит, 2024 г.

(1)

11. Вопрос

Предпочтительным анальгетиком первого уровня для купирования болевого синдрома при хроническом панкреатите является

1. морфин

2. парацетамол

3. стероидные противовоспалительные препараты

4. промедол

Правильный ответ: парацетамол

Предпочтительным анальгетиком 1-го уровня является парацетамол в силу его ограниченных побочных эффектов, тогда как нестероидных противовоспалительных препаратов рекомендуется избегать из-за их способности повреждать слизистую оболочку пищеварительного тракта.

Клинические рекомендации Минздрава России. Хронический панкреатит, 2024 г.

(1)

4. Вариатив

12. Вопрос

У данной больной, с большой долей вероятности, можно ожидать развитие осложнения

1. реактивного артрита

2. спленомегалии

3. остеопороза

4. мышечной дистрофии

Правильный ответ: остеопороза

Пациенты с ХП подвержены высокому риску развития остеопороза и остеопении и высокому риску возникновения спонтанного перелома.

Клинические рекомендации Минздрава России. Хронический панкреатит, 2024 г.

(1)