

Оценочные материалы для промежуточной аттестации по дисциплине

Госпитальная терапия, эндокринология

Код, направление подготовки	31.05.01
Направленность (профиль)	Лечебное дело
Форма обучения	очная
Кафедра-разработчик	Внутренних болезней
Выпускающая кафедра	Внутренних болезней

Типовые задания для контрольной работы:

1. Контрольная работа 9 семестр проводится в виде написания и защиты истории болезни

История болезни оценивается по наличию и качеству заполнения разделов:

1. Паспортная часть
2. Жалобы больного.
3. Сбор анамнеза.
 - 3.1. История настоящего заболевания.
 - 3.1. История жизни.
4. Непосредственное (клиническое) обследование больного с выделением выявленных синдромов.
5. Предварительный диагноз.
6. Дополнительные методы обследования с интерпретацией полученных данных.
 - 6.1. Лабораторные методы.
 - 6.2. Инструментальные методы.
7. Клинический диагноз и его обоснование.
8. Назначение лечения.
9. Дневник курации.

Перечень заболеваний и синдромов, которые могут быть использованы для написания контрольной работы:

1. Ревматоидный артрит.
2. Подагра.
3. Анкилозирующий спондилит.
4. Остеоартрит.
5. Системная красная волчанка.
6. Системная склеродермия.
7. Нефротический синдром.
8. Хроническая почечная недостаточность.
9. Неспецифический аортоартериит.
10. Узловый полиартериит.
11. Язвенный колит.
12. Болезнь Крона.

2. Контрольная работа 10 семестр

Проводится в виде решения ситуационных задач.

Задача 1

Больная Ж., 33 лет, жалоб активно не предъявляет, считает себя здоровым человеком, занимается спортом.

При плановом медицинском обследовании в клиническом анализе крови выявлен лейкоцитоз, тромбоцитоз: гемоглобин 123 г/л; эритроциты $4,6 \times 10^{12}$ /л; гематокрит 43%; МСН 30 пг; тромбоциты $860,0 \times 10^9$ /л; лейкоциты $17,8 \times 10^9$ /л; палочкоядерные 5%; сегментоядерные 63%; эозинофилы 8%; базофилы 6%; лимфоциты 16 %; моноциты 2%; СОЭ 10 мм/час.

Объективно: кожные покровы нормального цвета, геморрагического синдрома нет.

Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет.

Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД 120/70 мм рт. ст. ЧСС 70 в минуту.

Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см.

Селезенка +2 см.

Вопросы:

- 1 Выделите синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
- 3 Назначьте дополнительные исследования.
4. Сформулируйте диагноз
- 5 Определите тактику ведения больного.

Задача 2

Больной Р., 56 лет, в отделение неврологии с жалобами на слабость в ногах и боли в грудном и поясничном отделах позвоночника.

Из анамнеза известно, что боли в спине у больного появились около 2х лет назад. А слабость в ногах появилась и нарастает последний месяц.

При осмотре – состояние тяжелое. Кожные покровы сухие, бледные. АД 160/100 мм рт ст.

В легких дыхание жесткое, сухое.

Анализ крови: гемоглобин 87 г/л; эритроциты $2,7 \times 10^{12}$ /л; гематокрит 34%; МСН 28 пг; тромбоциты $49,0 \times 10^9$ /л; лейкоциты $9,0 \times 10^9$ /л; палочкоядерные 6%; сегментоядерные 72%; эозинофилы 0%; базофилы 0%; лимфоциты 16 %; моноциты 6%;

Биохимия крови общий белок 145 г/л, альбумин 28 г/л, мочевины 20 ммоль/л, креатинин 180 мкмоль/л, ЛДГ 650 ЕД/л, ЩФ 460 ЕД/л, АСТ 32 ЕД/л, АЛТ 34 ЕД/л

Миелограмма клеточность костного лимфоидный ряд 12%, моноцитарный ряд 7%, эритроидный ряд 34%, плазматические клетки 23%

Вопросы:

- 1 Предварительный диагноз.
- 2 Экстренные лечебные мероприятия.
- 3 Необходимое дообследование.
- 4 Сформулируйте диагноз
5. Алгоритм лечения.

Задача 3

Больной Н., 45 лет, обратился к врачу с жалобами на головокружение, слабость, кашель, лихорадку до 39° С. Нарастание симптомов наблюдается в последние 2 недели. Накануне поступления в клинику на коже конечностей появилась геморрагическая сыпь.

При осмотре: состояние больного тяжелое. Кожные покровы бледные. На коже нижних конечностей- петехии. Выявляется гипертрофический гингивит. В нижних отделах легких слева выслушиваются влажные хрипы. ЧСС 110 уд/минуту, АД 100/70 мм рт ст. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: гемоглобин 45 г/л; эритроциты $1,7 \times 10^{12}/л$; гематокрит 22%; МСН 26 пг; тромбоциты $9,0 \times 10^9/л$; лейкоциты $2,0 \times 10^9/л$; бласты 0%, промиелоциты 0%, миелоциты 0%, метамиелоциты 0%, палочкоядерные 0%; сегментоядерные 13%; эозинофилы 0%; базофилы 0%, лимфоциты 80 %; моноциты 7%; анизоцитоз +, микроцитоз -, макроцитоз +, пойкилоцитоз +, полихроматофилия СОЭ 48 мм/час.

Миелограмма: клеточность костного мозга $500 \times 10^{12}/л$, бласты 63%, гранулоцитарный ряд 10%, лимфоидный ряд 7%, моноцитарный ряд 2%, эритроидный ряд 18%

Вопросы:

- 1 Предварительный диагноз.
- 2 Какое необходимо провести дообследование?
- 3 Каков алгоритм проведения лечения?

Задача 4

Больная Е., 16 лет, считает себя больной около года, когда регулярно стали появляться ночные проливные поты. Около 8 месяцев назад появились приступы лихорадки до 38° - 39° °С. Около 2х недель назад у больной появился сухой кашель.

Объективно: состояние средней тяжести. При осмотре обнаружено увеличение всех групп лимфоузлов «каменной» плотности, мало смещаемые по отношению к окружающим тканям. Селезенка увеличена и выступает на 2 см из-под края реберной дуги.

Анализ крови: гемоглобин 87 г/л, эритроциты $2,70 \times 10^{12}/л$, гематокрит 30 %, МСН 29 пг, тромбоциты $210,0 \times 10^9/л$, лейкоциты $8,0 \times 10^9/л$, бласты 0%, палочкоядерные 10 %, сегментоядерные 70%, эозинофилы 0%, базофилы 0%, лимфоциты 20%, моноциты 0%, СОЭ 60 мм/час

Миелограмма: клеточность костного мозга $140 \times 10^{12}/л$ (норма до $130 \times 10^{12}/л$), бласты 2% , гранулоцитарный ряд 42%, лимфоидный ряд 20%, моноцитарный ряд 8%, эритроидный ряд 27%

биохимия крови - общий белок 64 г/л, альбумин 30 г/л, мочевины 6 ммоль/л, креатинин 77 мкмоль/л, ЛДГ 460 ЕД/л, щелочная фосфатаза 320 ЕД/л, АЛТ 34 ЕД/л, ГГТП 560 ЕД/л

В трепанобиопсии костного мозга в межбалочном пространстве обнаружены крупные многоядерные клетки, подозрительные на клетки Рид-Штернбернга.

Проведена иммуногистохимия: все атипичные клетки экспрессируют маркеры CD 15 + ,CD 30+

Вопросы:

- 1 Выделите синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
- 3 Назначьте дополнительные исследования.
4. Сформулируйте диагноз
- 5 Определите тактику ведения больного

Задача 5

Больной Ш., 67 лет, обратился к врачу с жалобами на головокружение, слабость, боли в области сердца, сердцебиение. Нарастание симптомов наблюдается в последние 2 недели. Накануне поступления в клинику на коже ног появилась геморрагическая сыпь.

При осмотре: состояние больного тяжелое. Кожные покровы бледные, субиктеричные. На коже нижних конечностей имеются различной степени давности геморрагии. В легких дыхание жесткое. ЧСС 110 уд/минуту, АД 100/70 мм рт ст. Печень и селезенка не увеличены. В биохимии крови ЛДГ- 2500 ЕД/л. Больной направлен в отделение кардиореанимации

Анализ крови: гемоглобин 89 г/л; эритроциты $1,7 \times 10^{12}/л$; гематокрит 30%; МСН 33 пг; тромбоциты $49,0 \times 10^9/л$; лейкоциты $2,0 \times 10^9/л$; бласты 0%, промиелоциты 0%, миелоциты 0%, метамиелоциты 0%, палочкоядерные 1%; сегментоядерные 73%; эозинофилы 3%; базофилы 1%, лимфоциты 20 %; моноциты 2%, анизоцитоз +, микроцитоз -, макроцитоз +, пойкилоцитоз +, полихроматофилия +, гиперсегментация ядер +, СОЭ 48 мм/час.

Вопросы:

- 1 Предварительный диагноз
- 2 Какое необходимо провести дообследование?
- 3 Каков алгоритм проведения лечения?

Задача 6

Женщина 63 года, пенсионер, жалуется на наличие на тяжесть в левом подреберье при быстрой ходьбе, повышенную потливость.

Вышеуказанные жалобы появились около года назад, постепенно нарастали.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Пальпируются конгломераты увеличенных подчелюстных, шейных, подмышечных, паховых лимфоузлов, при пальпации – эластичные, безболезненные, малоподвижные, кожа над ними не изменена, симметрично увеличены – шейные и подчелюстные до 2-3 см, подмышечные до 3-4 см, паховые до 4 см в диаметре. В легких дыхание везикулярное, хрипов не слышно, ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ЧСС – 78 ударов в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Край печени не выступает из-под края рёберной дуги. Селезёнка выступает на 2 см из-под края рёберной дуги, край эластичный, безболезненный.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,6 \times 10^{12}$, Нв – 109 г/л, тромбоциты – 200×10^9 /л, МСН - 28 пг, лейкоциты – 29×10^9 /л, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 2%, лимфоциты – 92%, моноциты – 4%, СОЭ – 30 мм/ч.

Вопросы.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Выберите и обоснуйте тактику ведения больного.

Задача 7

Больной В., 50 лет. Три года назад перенес обширную резекцию желудка по поводу язвенной болезни. После операции уровень гемоглобина составлял 81 г/л. Лечился препаратами железа, гемоглобин поднялся до 134 г/л.

В течение года состояние ухудшилось: появились резкая слабость, одышка при ходьбе, сердцебиение, мелькание мушек перед глазами.

Объективно состояние тяжелое, кожные покровы бледные, чистые. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 17 в мин. покое. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 112 в мин., АД 110/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет. Стул без особенностей.

Анализ крови: гемоглобин-38г/л, эритроциты- $2,3 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты 450×10^9 /л лейкоциты- $3,7 \times 10^9$ /л; эозинофилы- 2%, палочкоядерные-2%, сегментоядерные- 56%, лимфоциты-34%, моноциты-6%, СОЭ-17мм/час, МСН 19 пг, MCV 74 фл, пойкилоцитоз. Сывороточное железо- 10мкмоль/л.

Вопросы

1. Сформулируйте диагноз и составьте план обследования.
2. Какое лечение показано больному?
3. Какие профилактические мероприятия необходимы для больного в будущем?

Задача 8

Больная Н. 63 лет, пенсионерка, обратилась на приём к участковому врачу в сопровождении дочери. Предъявляет жалобы на выраженную слабость, нарастающую в течение последних шести месяцев. Также дочь указывает на появление когнитивных нарушений у мамы (забывчива, иногда теряется при пользовании бытовой техникой) Из анамнеза известно, что пациентка страдает артериальной гипертензией, целевые показатели АД достигнуты на фоне комбинированного приема лизиноприла и амлодипина. За медицинской помощью ранее обращалась редко, преимущественно для прохождения диспансеризации.

Состояние удовлетворительное. Рост 161 см, вес 56 кг, ИМТ 21,6 кг/м². Кожа и слизистые бледные. Лимфоузлы не увеличены. Отеков нет. Костно-суставно-мышечная система – без особенностей. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 84 в 1 мин. АД – 130/80 мм.рт.ст. Язык малинового цвета, не обложен. Живот мягкий, чувствительный в эпигастральной области. Печень выступает на 2 см из-под рёберной дуги, край эластичный. Селезёнка не увеличена. Стул оформлен, регулярный, обычного цвета. Чувствительных и двигательных нарушений не выявлено.

ОАК эритроциты - $2,31 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 52 г/л, MCV – 108 фл, MCH – 36,1 пг, MCHC – 391 г/л, лейкоциты - $2,8 \times 10^9/л$: базофилы – 0%, эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 84%, лимфоциты – 12%, моноциты – 2%. Тромбоциты – $76 \times 10^9/л$. СОЭ - 31 мм/час.

Вопросы

1. Выделите синдромы.
2. Выскажите и обоснуйте мнение о наиболее вероятных диагнозах.
3. Предложите и обоснуйте дальнейшую тактику ведения пациентки.

Задача № 9.

Пациентка Р., 25 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на петехиальные высыпания и синячки на коже нижних конечностей, передней поверхности туловища, возникающие спонтанно или из-за малейшей травматизации, и меноррагию, носовые кровотечения. Из истории болезни известно, что в течение последнего месяца трижды были спонтанные кровотечения из носа и синячки на коже после незначительных ушибов. 3 дня назад после экстракции зуба сразу же началось кровотечение, которое удалось купировать только через 12 ч. В связи с этим событием больная решила обследоваться в стационаре. Из истории жизни известно, что в детстве болела корью, ОРВИ, наследственность не отягощена, вредные привычки отрицает. Объективно: состояние относительно удовлетворительное, на коже нижних конечностей и передней поверхности туловища петехиальные высыпания, не выступающие над поверхностью кожи, безболезненные при надавливании, и небольшое количество синячков неправильной формы. В других органах и системах патологии не выявлено.

Данные лабораторных методов исследования.

Клинический анализ крови: Hb - 120 г/л, лейкоциты - $6,5 \times 10^9/л$, эритроциты - $4,5 \times 10^{12}/л$, тромбоциты - $50 \times 10^9/л$.

Биохимический анализ крови без патологии.

Время свёртывания крови - норма. Активированное частичное тромбопластиновое время - норма. Время кровотечения - 4,5 мин.

Вопросы 1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Какие показатели из скрининг-тестов нарушения гемостаза изменены у данной больной?
3. Составьте план обследования.
4. Составьте последовательный план лечения этой пациентки.

Задача 10

Женщина, 38 лет, воспитательница детского сада. Жалобы на умеренную общую слабость, головокружение, усиливающееся при переходе из горизонтального в вертикальное положение, одышку при привычной физической нагрузке (подъеме по лестнице на 3–4 этаж), усиленное выпадение волос, ломкость ногтей, снижение массы тела на 4 кг за последний месяц.

Из анамнеза заболевания. Ранее во время беременностей и кормления детей грудью неоднократно находили снижение Hb (минимально 76 г/л). Эпизодически самостоятельно принимала препараты железа. Не обследовалась.

Слабость, головокружение, выпадение волос отметила около полугода назад. В последний месяц состояние ухудшилось: увеличилась слабость, появились одышка, извращение вкуса (любит есть мел, нравятся запахи бензина, керосина), утренние периорбитальные отеки. Ухудшение состояния в динамике стало поводом обращения за медицинской помощью.

Из анамнеза жизни: Беременностей – 4. Роды – 4. Питание нерегулярное, несбалансированное. Часто придерживается диет. Около года вегетарианка.

Объективно. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. ИМТ 18,6 кг/м². Кожный покров и видимые слизистые бледные, пониженной влажности, чистые. Тургор кожи снижен. Дериваты кожи: исчерченность ногтей, койлонихии, ломкость волос. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 96 в мин. На верхушке сердца выслушивается систолический шум, не проводится в подмышечную впадину. АД 110/70 мм. рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову: 9; 8; 7 см. Край печени мягко-эластичный, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Стул: склонность к запорам. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочевыделение свободное, безболезненное.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нв–80 г/л; гематокрит – 34 %; эритроциты – $2,6 \times 10^{12}/л$; средний размер эритроцитов – 74 фл; среднее содержание Нв в эритроцитах – 23 пг; лейкоциты – $6,4 \times 10^9/л$; тромбоциты – $210 \times 10^9/л$; ширина распределения эритроцитов по объему – 16 %; СОЭ – 20 мм/ч; ретикулоциты – 1 %; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 1 %, нейтрофилы п/я – 4 %, с/я – 68 %, лимфоциты – 22 %, моноциты – 5 %, базофилы – 0 %.

ЭКГ: ритм синусовый, 96 уд./мин, амплитуда зубца Т в левых грудных отведениях снижена.

1. Выделение основных симптомов и синдромов на основании клинических и параклинических результатов обследования.
2. Определение диагностической гипотезы в форме предположительного диагноза.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Формулирование клинического диагноза:
 - основное заболевание;
 - осложнения основного заболевания;
 - сопутствующие заболевания;
 - осложнения сопутствующих заболеваний;
 - функциональное состояние.
5. План дополнительных лабораторных и инструментальных методов обследования.
6. Тактика неотложных и плановых лечебных мероприятий: медикаментозных и немедикаментозных.

Задача 11

Мужчина, 60 лет, слесарь-сборщик. Жалобы на появление опухолевидных образований в подчелюстных областях и на шее, повышенную ночную потливость, кожный зуд, снижение массы тела на 7 кг за 2 месяца.

Из анамнеза болезни. Вышеописанные образования обнаружил около 2 месяцев назад, в последние недели отмечает их заметное увеличение. Температура тела не повышалась. К врачу обратился по этому поводу впервые.

Из анамнеза жизни: Курит 40 лет по 1 пачке в день. Отмечает частые ОРВИ.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Рост 176 см. Вес 80 кг. ИМТ 25,8 кг/м². Кожный покров и видимые слизистые физиологической окраски, влажности, чистые. В подчелюстных областях и на шее увеличенные лимфоузлы размером до сливы (10–15 в группе), плотно эластической консистенции, не спаянные с окружающими тканями, безболезненные. Миндалины увеличены, рыхлые, без налета. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 78 в мин. АД 120/70 мм. рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову: 9; 8; 7 см. Край печени мягко-эластичный, безболезненный. Пальпируется нижний край селезенки, плотной консистенции, безболезненный. Стул без особенностей. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочевыделение свободное, безболезненное.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нб–120 г/л; гематокрит – 40 %; эритроциты – $4,0 \times 10^{12}/л$; средний размер эритроцитов – 86 фл; содержание Нб в эритроцитах – 30 пг; лейкоциты – $20,1 \times 10^9/л$; тромбоциты – $200 \times 10^9/л$; СОЭ – 42 мм/ч; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 1 %, нейтрофилы п/я – 8 %, с/я – 34 %, лимфоциты – 50 %, моноциты – 6 %, базофи-лы – 1 %.

Миелограмма: бласты 1 %, лимфоциты 20 %, клеточность костного мозга 120×10^3 . Тени Боткина-Гумпрехта не обнаружены.

Иммунофенотипирование: опухолевые клетки экспрессируют CD30 и часть из них CD15 в цитоплазме.

Гистологическое исследование биоптата лимфатического узла: пролиферация зрелых лимфоцитов и гистиоцитов, эозинофильные и нейтрофильные лейкоциты. Выраженных очагов склероза не наблюдается. Обнаруживаются крупные одно- и двуядерные клетки с базофильной цитоплазмой.

1. Выделение основных симптомов и синдромов на основании клинических и параклинических результатов обследования.
2. Определение диагностической гипотезы в форме предположительного диагноза.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Формулирование клинического диагноза:
 - основное заболевание;
 - осложнения основного заболевания;
 - сопутствующие заболевания;
 - осложнения сопутствующих заболеваний;
 - функциональное состояние.
5. План дополнительных лабораторных и инструментальных методов обследования.
6. Тактика неотложных и плановых лечебных мероприятий: медикаментозных и немедикаментозных.

3. Зачет 10 семестр

Вопросы к зачету:

1. Определение. Этиология. Диабет 1 типа. Роль вирусной инфекции и аутоиммунных процессов. Наследственность. Другие поражения поджелудочной железы.

2. Сахарный диабет типа 2. Роль резистентности рецепторов к инсулину, наследственности, ожирения, контринсулярных гормонов, беременности, стресса, инфекции, гнойной инфекции, переедания и гиподинамии. "Ятрогенные" факторы генеза сахарного диабета.

3. Патогенез клинических синдромов и осложнений сахарного диабета. Качественное и количественное определение сахара в моче. Псевдогликозурия.

Ренальная глюкозурия. Пероральный глюкозо-толерантный тест. ИРИ. С-пептид. Гликированный гемоглобин.

4. Нарушение толерантности к глюкозе . Манifestный диабет. Степени тяжести заболевания. Понятие о компенсации или декомпенсации, ремиссии.

5. Препараты инсулина, используемые для лечения сахарного диабета 1 типа. Режимы инсулинотерапии. Препараты инсулина, используемые для лечения сахарного диабета 1 типа.

6. Понятие о хлебных единицах. Показания для лечения инсулином. Диета при инсулинотерапии, распределение сроков приема пищи в зависимости от срока его действия. Методика инсулинотерапии. Подбор дозы. Гликемический профиль.

7. Пероральные сахароснижающие препараты. Стратификация лечебной тактики в зависимости от исходного гликированного гемоглобина.

8. Сахаропонижающие пероральные препараты. Препараты сульфонилмочевины второй и третьей генерации. Механизм действия. Показания и противопоказания. Методика лечения. Побочные действия. Осложнения.

9. Бигуаниды. Механизм действия. Показания. Противопоказания. Сочетание с препаратами сульфонилмочевины. Побочные действия. Осложнения.

10. Ингибиторы альфа-глюкозидазы. Тиазолидиндионы. Инкретины. Регуляторы постпрандиальной гипергликемии. Показания, противопоказания. Механизм действия.

11. Патология глаза при сахарном диабете, диабетическая ретинопатия (этиология, патогенез, стадии развития, лечение); заболевания век и конъюнктивы, слезных органов и роговицы, склеры и сосудистой оболочки глаза, хрусталика и стекловидного тела; патология внутриглазного давления.

12. Диабетическая нефропатия: патогенез, классификация, стадии развития, отдаленный прогноз. Скрининг и диагностика диабетического поражения почек с позиций обобщающих формулировок «хронической болезни почек».

13. Методы обследования для выявления диабетической нефропатии и сочетанной почечной патологии (в том числе ишемической нефропатии, инфекции мочевых путей и др

14. Лечение СД у пациентов с диабетической нефропатией: особенности сахароснижающей, антигипертензивной, гиполипидемической, антиагрегантной, антианемической, антибактериальной, дезинтоксикационной терапии. Особенности обучения больных и диетотерапии. Программы первичной и вторичной профилактики диабетической нефропатии.

15. Диабетическая полинейропатия: определение, классификация, патогенез, клинические проявления (автономная, сенсо-моторная), дифференциальная диагностика, консервативная терапия. Лечение болевой формы диабетической полинейропатии.

16. Синдром диабетической стопы (СДС): определение, классификация, патогенез, дифференциальная диагностика различных форм поражения нижних конечностей. Диабетической остеоартропатии (стопы Шарко). Основные принципы лечения СДС, использование современных перевязочных средств. Антибактериальная терапия при инфицированной форме СДС. Подбор сахароснижающей терапии в т.ч. назначение инсулинотерапии больным с СДС

17. Причины диабетического кетоацидоза. Клинические проявления диабетической комы. Лабораторная диагностика диабетического кетоацидоза. Лечение на догоспитальном этапе и в условиях реанимационного отделения.

18. Причины диабетического лактоацидоза. Диагностика лактацидотической комы. Лечение лактацидотической комы.

19. Факторы, провоцирующие гипогликемию. Клиника и диагностика гипогликемической комы. Лечение легкой гипогликемии и гипогликемической комы

20. Синдром тиреотоксикоза: заболевания, протекающие с синдромом тиреотоксикоза (болезнь Грейвса, многоузловой токсический зоб и др.),

дифференциальная диагностика, лечение. Заболевания протекающие с деструктивным тиреотоксикозом: подострый, послеродовой, безболевого тиреоидиты, амиодарон-индуцированный тиреотоксикоз.

21. Тиреотоксический криз. Клиника. Неотложная помощь. Профилактика. Экспертиза трудоспособности больных токсическим зобом.

22. Синдром гипотироза: этиология, патогенез, диагностика с учетом основных групп риска, понятие о субклиническом гипотиреозе, дифференцированный подход к заместительной терапии. Йододефицитные заболевания щитовидной железы: диффузные и узловатые формы эутиреоидного зоба, функциональная автономия.

23. Тиреоидиты (острый и хронические). Тиреоидиты: аутоиммунный, подострый, безболевого, послеродовой, острый гнойный, цитокин-индуцированный; клиническое значение, подходы к диагностике и лечению. Заболевания щитовидной железы во время беременности беременных: особенности диагностики и лечения.

24. Синдром гиперкортицизма. гиперкортицизма. Болезнь и синдром Иценко - Кушинга. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Принципы диагностики. Дифференциальная диагностика синдрома и болезни Кушинга. Клиническая картина при гиперкортицизме. Методы лечения болезни Кушинга.

25. Заболевания коры надпочечников. Первичная хроническая недостаточность коры надпочечников (Болезнь Аддисона). Этиология и патогенез. Клинические проявления и данные лабораторных исследований. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение.

26. Вторичная недостаточность коры надпочечников. Патогенез. Особенности клинических проявлений. Лечение. Экспертиза трудоспособности.

27. Феохромоцитома. Синдром множественных эндокринных неоплазий 2 типа. Клиническая картина, диагностика и диф. диагностика феохромоцитомы. Первичный гиперальдостеронизм. Патогенез клинических проявлений и лабораторных сдвигов. Алгоритм обследования и лечения пациентов. Ортостатическая проба.

28. Акромегалия. Регуляция соматотропной функции. Определение и причины развития акромегалии. Клинические проявления и стадии течения акромегалии. Диагностические функциональные пробы. Лечение акромегалии.

29. Синдром гиперпролактинемии. Пролактин. Регуляция синтеза и секреции, биологические эффекты. Физиологическая гиперпролактинемия. Классификация гиперпролактинемического гипогонадизма. Диагностика гиперпролактинемии. Тактика медикаментозной терапии. Селективные и неселективные дофаминомиметики. Оперативное лечение и лучевая терапия при пролактиномах. Тактика ведения женщин с пролактиномами в период беременности.

30. Несахарный диабет. Клинические проявления. Дифференциальный диагноз. Принципы диагностики и лечения. Синдромы Шиена и Симондса. СТГ – дефицит у взрослых и детей. Патогенез, клинические проявления, данные лабораторных исследований. Дифференциальный диагноз, принципы заместительной гормональной терапии.

4. Контрольная работа 11 семестр

Написание истории болезни.

История болезни оценивается по наличию и качеству заполнения разделов:

1. Паспортная часть
2. Жалобы больного.
3. Сбор анамнеза.
 - 3.1. История настоящего заболевания.
 - 3.1. История жизни.

4. Непосредственное (клиническое) обследование больного с выделением выявленных синдромов.
5. Предварительный диагноз.
6. Дополнительные методы обследования с интерпретацией полученных данных.
 - 6.1. Лабораторные методы.
 - 6.2. Инструментальные методы.
7. Клинический диагноз и его обоснование.
8. Назначение лечения.
9. Дневник курации.

Перечень заболеваний и синдромов, которые могут быть использованы для написания контрольной работы:

1. Бронхиальная астма
2. ХОБЛ
3. Бронхообструктивный синдром
4. Пневмония
5. Образование в легком
6. ИБС
7. Артериальная гипертензия
8. Синдром кардиомегалии
9. Синдром сердечной недостаточности
10. Синдром боли в грудной клетке.
11. Синдром нарушения ритма.
12. Нефротический синдром
13. Мочевой синдром.
14. Нефритический синдром
15. Отечный синдром.
16. Синдром почечной недостаточности
17. Хронический гломерулонефрит
18. Тубулоинтерстициальный нефрит.
19. Пиелонефрит.

5. Контрольная работа 12 семестр

Написание истории болезни

История болезни оценивается по наличию и качеству заполнения разделов:

1. Паспортная часть
2. Жалобы больного.
3. Сбор анамнеза.
 - 3.1. История настоящего заболевания.
 - 3.1. История жизни.
4. Непосредственное (клиническое) обследование больного с выделением выявленных синдромов.
5. Предварительный диагноз.
6. Дополнительные методы обследования с интерпретацией полученных данных.
 - 6.1. Лабораторные методы.
 - 6.2. Инструментальные методы.
7. Клинический диагноз и его обоснование.
8. Назначение лечения.
9. Дневник курации.

Перечень заболеваний и синдромов, которые могут быть использованы для написания контрольной работы:

1. Язвенная болезнь
2. Хронический панкреатит
3. Гепатит
4. Цирроз
5. Синдром гепатомегалии
6. Синдром спленомегалии
7. Лимфааденопатия
8. Синдром боли в животе
9. Анемии
10. Геморрагический синдром
11. Тромбоз
12. Синдром гипергликемии
13. Сахарный диабет
14. Синдром гипотиреоза
15. Синдром гипертиреоза.
20. Суставной синдром
21. Ревматоидный артрит
22. Подагра
23. Анкилозирующий спондилит
24. Системная красная волчанка

6. Промежуточная аттестация - экзамен

6.1 Теоретические вопросы к экзамену:

1. Коарктация аорты. Эпидемиология. Гемодинамические изменения. Клинические проявления. Течение. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лабораторная и инструментальная диагностика. Осложнения. Принципы терапии. Показания к хирургическому лечению.
2. Открытый артериальный проток. Эпидемиология. Этиология. Гемодинамические нарушения. Клиника. Инструментальная диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Показания к хирургическому лечению.
3. Врожденные дефекты межпредсердной и межжелудочковой перегородки. Виды. Особенности нарушения внутрипредсердной гемодинамики. Клинические проявления в зависимости от дефекта и стадии заболевания. Лечение. Показания к хирургическому вмешательству.
4. Миокардиты. Эпидемиология. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Варианты течения. Инструментальная и лабораторная диагностика. Диагностические критерии. Дифференциальный диагноз. Прогноз. Осложнения. Принципы терапии.
5. Экссудативный перикардит. Этиология и патогенез. Варианты течения. Клинические проявления. Лабораторная и инструментальная диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение с учётом этиологического фактора. Показания к пункции перикарда.
6. Слипчивый (констриктивный) перикардит. Этиология. Механизм развития и особенности нарушения кровообращения. Клиника. Диагноз. Лечение. Показания к хирургическому лечению. Прогноз.
7. Миокардиодистрофии. Определение. Этиология и патогенез. Классификация. Основные клинические проявления. Диагностические критерии. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

8. Экстрасистолия. Определение. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. ЭКГ-диагностика. Лечение и профилактика экстрасистолий.
9. Пароксизмальная тахикардия. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиническая картина приступа пароксизмальной тахикардии. ЭКГ-диагностика. Неотложная терапия. Показания к электроимпульсной терапии. Прогноз. Профилактика.
10. Фибрилляция предсердий и желудочков. Этиология и патогенез. Классификация. Клинические проявления. ЭКГ – диагностика. Терапия в зависимости от формы. Показания к электроимпульсной терапии. Осложнения. Профилактика осложнений. Прогноз.
11. Нарушения проводимости. Этиология и патогенез. Классификация. Клинические проявления. ЭКГ – диагностика. Осложнения. Лечение. Прогноз.
12. Синдром слабости синусового узла (СССУ). Этиология. Клинические проявления. Принципы диагностики и терапии. Показания к имплантации искусственного водителя ритма.
13. Гипертрофическая кардиомиопатия. Вклад генетических факторов. Патогенез нарушений внутрисердечной гемодинамики. Основные клинические проявления. Лабораторная и инструментальная диагностика. Дифференциальный диагноз. Варианты течения. Прогноз. Медикаментозное и хирургическое лечение.
14. Рестриктивная кардиомиопатия. Эпидемиология. Этиология. Патогенез гемодинамических нарушений. Основные клинические проявления. Принципы диагностики. Дифференциальный диагноз. Течение и осложнения. Принципы консервативного и оперативного лечения.
15. Дилатационная кардиомиопатия. Эпидемиология. Этиология. Патогенез гемодинамических нарушений. Основные клинические проявления. Принципы диагностики. Дифференциальный диагноз. Течение и осложнения. Принципы консервативного и оперативного лечения.
16. Симптоматические артериальные гипертензии почечного генеза. Классификация. Этиология. Патогенез повышения артериального давления. Особенности клинической картины. Лабораторная и инструментальная диагностика. Дифференциальный диагноз. Медикаментозное и оперативное лечение. Осложнения. Прогноз.
17. Вторичные артериальные гипертензии эндокринного генеза. Этиология. Патогенез. Особенности клинической картины. Лабораторная и инструментальная диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.
18. Системная красная волчанка. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина. Лабораторные изменения. Течение болезни. Диагностические критерии. Дифференциальный диагноз. Лечение. Значение антицитокиновой терапии. Осложнения. Прогноз. Профилактика.
19. Системная склеродермия. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина. Лабораторные изменения. Течение болезни. Диагностические критерии. Дифференциальный диагноз. Лечение. Значение антицитокиновой терапии. Осложнения. Прогноз. Профилактика.
20. Дерматомиозит. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина. Лабораторные изменения. Течение болезни. Диагностические критерии. Дифференциальный диагноз. Лечение. Значение антицитокиновой терапии. Осложнения. Прогноз. Профилактика.
21. Ревматоидный артрит. Определение. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Классификация. Клинические проявления. Лабораторные и инструментальные методы диагностики. Диагностические критерии. Дифференциальный диагноз. Течение. Лечение. Прогноз. Показания к хирургическому лечению.
22. Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева). Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностические критерии.

- Лабораторная и инструментальная диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы терапии. Профилактика.
23. Остеоартроз. Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностические критерии. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы терапии. Прогноз. Профилактика.
 24. Подагра. Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностические критерии. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы неотложной и плановой терапии.
 25. Реактивные артриты (синдром Рейтера). Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Лабораторная и инструментальная диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
 26. Гигантоклеточный артериит (болезнь Хортона). Эпидемиология. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Основные клинические синдромы. Диагностические критерии. Лабораторная и инструментальная диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.
 27. Неспецифический аортоартериит (болезнь Такаюсу). Эпидемиология. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Основные клинические синдромы. Диагностические критерии. Лабораторная и инструментальная диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.
 28. Узелковый периартериит. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Лабораторная и инструментальная диагностика. Клинические варианты. Диагностические критерии. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.
 29. Гранулематоз Вегенера. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Варианты течения. Лабораторная и инструментальная диагностика. Диагностические критерии. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. Прогноз. Профилактика.
 30. Синдром Гудпасчера. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Варианты течения. Лабораторная и инструментальная диагностика. Диагностические критерии. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. Прогноз. Профилактика.
 31. Геморрагический васкулит Шенляйн-Геноха. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Клинические варианты. Диагностические критерии. Дифференциальный диагноз. Лечение. Осложнения. Течение и исход.
 32. Облитерирующий тромбангиит (болезнь Винивартера-Бюргера). Этиология и патогенез. Клиническая картина. Критерии диагноза. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
 33. Неходжкинские лимфомы. Классификация. Этиология. Патогенез. Клинические синдромы. Дифференциальный диагноз. Принципы диагностики и терапии.
 34. Синдром раздраженного кишечника. Эпидемиология. Этиология, патогенез. Критерии диагноза. Клиническая картина. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
 35. Функциональные расстройства двигательной и секреторной функции желудка. Этиология, патогенез. Клиническая картина. Течение. Принципы диагностики. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.
 36. Болезнь Крона. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Кишечные и внекишечные проявления. Варианты течения. Осложнения. Лабораторная и инструментальная диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.
 37. Язвенный колит. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Кишечные и внекишечные проявления. Варианты течения. Осложнения. Лабораторные и инструментальные методы диагностики. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.

38. Хронический пиелонефрит. Этиология и патогенез. Классификация. Клинические проявления. Методы лабораторной и инструментальной диагностики. Принципы терапии. Прогноз. Профилактика.
39. Нephrotический синдром. Определение. Этиология и патогенез. Клинические проявления. Лабораторная и инструментальная диагностика. Принципы терапии. Осложнения. Прогноз. Профилактика.
40. Амилоидоз почек. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина в зависимости от вида амилоидоза. Лабораторная и инструментальная диагностика. Лечение. Исходы. Прогноз.
41. Острая почечная недостаточность. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Стадии. Дифференциальный диагноз. Лечение. Показания к экстракорпоральным методам лечения. Исходы. Прогноз.
42. Хроническая почечная недостаточность. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Основные клинические синдромы. Классификация. Понятие ХБП. Принципы терапии. Показания к гемодиализу и трансплантации почек.
43. Железодефицитная анемия. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Основные клинические синдромы. Лабораторная и инструментальная диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы терапии. Осложнения. Профилактика.
44. В12-(фолиево) - дефицитные анемии. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Основные клинические синдромы. Лабораторная и инструментальная диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы терапии. Осложнения. Прогноз. Профилактика.
45. Врожденные гемолитические анемии. Механизмы гемолиза. Классификация. Клинико-лабораторные признаки мембранопатий, энзимопатий и гемоглобинопатий. Дифференциальный диагноз. Принципы терапии. Прогноз.
46. Приобретенные гемолитические анемии. Этиология и патогенез. Важнейшие симптомы при внутриклеточном и внутрисосудистом гемолизе. Лабораторная диагностика. Принципы терапии. Осложнения и их профилактика. Прогноз. Показания к оперативному лечению.
47. Апластическая анемия. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Основные клинические признаки. Лабораторные изменения. Критерии диагноза. Дифференциальный диагноз. Лечение в зависимости от тяжести заболевания. Показания для трансплантации костного мозга. Прогноз.
48. Агранулоцитоз. Определение. Классификация. Этиология и патогенез. Клиника иммунных агранулоцитозов. Лабораторная и инструментальная диагностика. Лечение. Осложнения. Профилактика.
49. Тромбоцитопении. Классификация. Этиология и патогенез. Клинические проявления. Диагноз и дифференциальный диагноз. Принципы терапии. Показания к спленэктомии.
50. Болезнь Виллебранда. Этиология. Патогенез. Клинические варианты. Принципы диагностики. Дифференциальный диагноз. Плановая и неотложная терапия. Профилактика. Прогноз.
51. Гемофилии. Этиология. Место наследственного фактора в развитии болезни. Патогенез кровоточивости. Клинические проявления. Принципы постановки диагноза. Дифференциальный диагноз. Прогноз. Лечение и профилактика кровотечений.
52. Хронический миелолейкоз. Этиология и патогенез. Классификация. Клинические проявления. Лабораторная и инструментальная диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы терапии. Осложнения. Показания к трансплантации костного мозга и периферических стволовых клеток. Прогноз.
53. Истинная полицитемия. Этиология и патогенез. Основные клинические синдромы. Критерии диагноза. Лабораторная и инструментальная диагностика. Дифференциальный диагноз с симптоматическими эритроцитозами. Течение и исходы заболевания. Лечение. Прогноз.

54. Хронический лимфолейкоз. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Классификация. Клинические проявления. Лабораторная и инструментальная диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы терапии. Осложнения. Прогноз.
55. Множественная миелома. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификации. Клинические синдромы. Диагностические критерии. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы терапии. Прогноз.
56. Острый лимфобластный лейкоз. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Классификация. Основные клинические синдромы. Лабораторная и инструментальная диагностика. Дифференциальный диагноз. Течение и осложнения. Принципы терапии, её этапность. Осложнения цитостатической терапии и их коррекция. Прогноз и выживаемость. Показания к трансплантации костного мозга.
57. Острый нелимфобластный лейкоз. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Классификация. Основные клинические синдромы. Лабораторная и инструментальная диагностика. Дифференциальный диагноз. Течение и осложнения. Принципы терапии, её этапность. Осложнения цитостатической терапии и их коррекция. Прогноз и выживаемость. Показания к трансплантации костного мозга.
58. Лимфогранулематоз (болезнь Ходжкина). Эпидемиология. Этиология и патогенез. Клинические варианты. Клиническая картина. Лабораторная и инструментальная диагностика. Дифференциальный диагноз. Течение и исходы. Лечение. Прогноз.
59. Эмфизема легких. Понятие о ХОБЛ. Эпидемиология. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Принципы диагностики. Лечение.
60. Легочное сердце. Определение. Классификация. Этиология. Патогенетическое значение легочной гипертензии. Патогенез гемодинамических изменений. Клинические проявления. Лабораторная и инструментальная диагностика. Принципы терапии. Осложнения. Прогноз.

6.2 Задачи к экзамену.

Задача 1. Юноша, 19 лет, студент. Жалобы на недомогание, слабость, потливость, на повышение температуры тела до 37,2 °С, кашель с большим количеством гнойной мокроты.

Из анамнеза заболевания. Жалобы беспокоят около 5 дней, лечился самостоятельно лазолваном, амоксициклом. На фоне лечения без улучшения.

Из анамнеза жизни. В детстве с 3 лет отмечает кашель с вязкой мокротой, периодически диарею, часто пневмонии. У сестры с детства хроническая диарея, частые пневмонии.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. ИМТ 18,9 кг/м².

Кожные покровы умеренной влажности, чистые. Грудная клетка цилиндрическая. ЧДД 16 в мин. Справа ниже угла лопатки притупление перкуторного звука. Аускультативно дыхание ослаблено, везикулярное, справа – в межлопаточном пространстве сухие хрипы, ниже угла лопатки – влажные, стойкие, локализованные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов не нарушено, шумов нет, ЧСС 72 в мин, АД – 120/70 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом, живот мягкий, безболезненный. Размеры печени 9; 8; 7 см. Отеков нет. Стул кашицеобразный, серого цвета.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нв – 122 г/л; эритроциты – $3,9 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – $11,0 \times 10^9$ /л; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 2 %, нейтрофилы п/я – 8 %, нейтрофилы с/я – 70 %, лимфоциты – 16 %, моноциты – 2 %; СОЭ – 32 мм/час.

Копрограмма: кал серый, кашицеобразный, нейтральный жир +++, мышечные волокна непереваренные 12–14 в п/з, эпителий 3–4 в п/з, лейкоциты 4–5 в п/з.

Рентгенография ОГК: усиление и мелкоячеистая деформация рисунка, в нижней доле правого легкого участок затемнения с нечеткими краями, с некоторым уменьшением объема доли, с множеством линейных просветлений.

Спирография: ЖЕЛ – 65 % от должного; ОФВ1 – 64 % от должного; ФЖЕЛ – 74 % от должного.

УЗИ ОБП: уплотнение ткани поджелудочной железы.

Задача 2. Мужчина, 40 лет, слесарь. Жалобы на одышку при ходьбе, повышение температуры тела до 38 °С, боль в грудной клетке, кашель с мокротой, головную боль, недомогание, слабость, потливость.

Из анамнеза заболевания. Заболел остро. Три дня назад на работе появились озноб, повышение температуры до 39 °С, кашель с небольшим количеством мокроты, потливость, слабость. К врачу не обращался, принимал жаропонижающие – без эффекта. Через 2 дня отметил появление одышки при физической нагрузке, усиление слабости, обратился к участковому врачу, которым был направлен в стационар.

Из анамнеза жизни: курит в течение 19 лет по 1 пачке в день.

Объективно. Состояние средней тяжести. В сознании. ИМТ 24,6 кг/м². Кожные покровы бледные, цианоз губ. Периферические лимфоузлы не увеличены. Форма грудной клетки правильная, правая половина грудной клетки значительно отстает в акте дыхания. Справа в нижних отделах легких – выбухание межреберных промежутков. При перкуссии в нижних отделах правого легкого – от XI до IX ребер – тупой перкуторный звук. При аускультации справа в нижних отделах легких дыхание не проводится. Над левым легким – дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 24 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС 100 в мин. АД 110/80 мм рт. ст. Печень, селезенка не увеличены. Язык влажный, налета нет. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9; 8; 7 см. Край печени мягкоэластичный, безболезненный. Отеков нет. Стул без особенностей.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нв – 107 г/л; эритроциты – $3,8 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – $10,8 \times 10^9$ /л; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 0 %, нейтрофилы п/я – 19 %, нейтрофилы с/я – 60 %, лимфоциты – 19 %, моноциты – 2 %; СОЭ – 40 мм/ч.

Биохимическое исследование крови: АлАТ – 22 Ед/л; АсАТ – 24 Ед/л; общий билирубин – 15 мкмоль/л; фибриноген – 5,7 г/л; креатинин – 96 мкмоль/л.

Рентгенография ОГК: интенсивное гомогенное затемнение в нижней части правого легкого до уровня IV ребра.

Газовый состав крови: рО₂ крови – 70 мм рт. ст.; рСО₂ – 48,0 мм рт. ст.

Плевральный выпот: отн. плотность – 1023; белок – 4,1 г/л; лейкоциты – 16–20 в п/з; эритроциты 5–7 в п/з; мезотелий 3–6 в п/з; лейкоцитарная формула: нейтрофилы – 97 %, лимфоциты – 3 %.

Задача 4. Женщина, 43 года, парикмахер. Жалобы: на общую слабость, недомогание, снижение аппетита, похудание, чувство тяжести в правом подреберье, повышение температуры тела, носовые кровотечения, ноющие боли в суставах кистей.

Из анамнеза заболевания. Больна в течение года, когда через три недели, после лечения зубов в частном стоматологическом кабинете, повысилась температура тела до 38,6 °С, появилась желтуха, выраженная слабость. Лечилась в инфекционном отделении с положительным эффектом. Следующее ухудшение через 4 месяца: появились слабость, субфебрильная температура, тяжесть в правом подреберье, носовые кровотечения, отмечала ноющие боли в суставах кистей и стоп, снижение аппетита.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. В сознании. Ориентирована в себе, в пространстве, во времени. Вес 48 кг, рост 169 см. ИМТ 16,8 кг/м². Температура тела 37,8 °С. Кожа и видимые слизистые желтушные, умеренной влажности. На груди и верхних конечностях сосудистые звездочки. Пальмарная эритема. На голених петехиальная сыпь. Отеков нет. Кости, суставы не изменены. Периферические лимфоузлы не пальпируются. ЧДД 17 в мин в покое сидя, лежа. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный с ЧСС 78 в мин. АД 130/80 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в правом подреберье. Печень по Курлову

14; 12; 9 см. Печень при пальпации болезненная, край закруглен, консистенция плотноватая, поверхность гладкая. Селезенка не пальпируется.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нв – 105 г/л; эритроциты – $3,8 \times 10^{12}$ /л; тромбоциты – 105×10^9 /л; лейкоциты – $5,3 \times 10^9$ /л; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 2 %, нейтрофилы п/я – 2 %, нейтрофилы с/я – 59 %, лимфоциты – 30 %, моноциты – 7 %; СОЭ – 43 мм/час.

Биохимическое исследование крови: общий билирубин – 133 мкмоль/л; прямой билирубин – 58 мкмоль/л; АлАТ – 495 Ед/л; АсАТ – 385 Ед/л.

Серологические тесты: НВsAg «+», НВeAg «+», анти НВсog класса Ig M «+», анти НВсog класса Ig G «+».

Задача 5. Женщина, 35 лет, парикмахер. Жалобы: на боли внизу живота, диарею с кровянистым стулом до 5–6 раз в день, повышение температуры тела до 38 °С, похудание, общую слабость.

Из анамнеза заболевания. Около месяца отмечает жидкий стул до 5–6 раз в день с небольшими сгустками крови. Лечилась самостоятельно противогеморроидальными свечами без эффекта. За месяц похудела на 5 кг. В течение недели стала повышаться температура тела до высоких цифр в вечернее время, выросла общая слабость.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. В сознании. Ориентирована в себе, в пространстве, во времени. Вялая. Вес 58 кг, рост 165 см. ИМТ 21,3 кг/м². Температура тела 38,3 °С. Кожные покровы бледные, физиологической влажности. Видимые слизистые бледные, умеренной влажности. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. ЧДД 18 в мин в покое. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритм правильный с ЧСС 90 в мин. Пульс 90 уд./мин, удовлетворительного наполнения. АД 110/70 мм рт. ст. Язык слегка обложен белым налетом у корня, умеренно сниженной влажности. Живот мягкий, болезнен в проекции сигмовидной кишки. Размеры печени по Курлову: 10; 8; 6 см. При пальпации печень безболезненная, мягко-эластичной консистенции, край ровный, закруглен. Селезенка не пальпируется.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: эритроциты – $3,1 \times 10^{12}$ /л; Нв – 90 г/л; тромбоциты – 170×10^9 /л; лейкоциты – $14,3 \times 10^9$ /л; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 0 %, нейтрофилы п/я – 12 %, нейтрофилы с/я – 72 %, лимфоциты – 15 %, моноциты – 1 %; СОЭ – 30 мм/ч.

Биохимическое исследование крови: общий билирубин – 18,2 мкмоль/л; прямой – 4,2 мкмоль/л; АлАТ – 40 Ед/л; АсАТ – 39 Ед/л; общий белок – 66 г/л; альбумины – 45 %; α 1-глобулины – 7 %, α 2-глобулины – 14 %, β -глобулины – 10 %, γ -глобулины – 24 %; ПТИ – 80 %; фибриноген – 6,5 г/л; АЧТВ – 33 сек.

Бакпосев кала на кишечную группу отрицательный.

Фиброколоноскопия: на всей протяженности слизистой прямой кишки отмечается воспаление с участками эрозий. В сигмовидной кишке отмечается отечность слизистой с микроабсцессами крипт и участками изъязвлений, легко кровоточащими при контакте.

Задача 6. Мужчина, 38 лет, инженер. Жалобы на повышение температуры тела до 37,5 °С, боли в поясничной области. Боли постоянные, ноющего характера, в поясничной области, отмечает скованность движений в поясничной области, головную боль, отеки на лице по утрам.

Из анамнеза заболевания. Заболел 3 недели назад после резкого переохлаждения (окунался в прорубь), когда повысилась температура до 38,5–39,0 °С, появились боли в горле, общая слабость, потливость. Лечился самостоятельно антибактериальными препаратами, аспирином, компрессами – с улучшением. 2 дня назад появились вышеперечисленные жалобы. Отмечает неоднократное повышение АД до 170/100 мм рт. ст в течение последних 2 лет. По поводу артериальной гипертензии не обследовался, не лечился. Поступил в терапевтическое приемное отделение.

Объективно. Состояние ближе к удовлетворительному, кожные покровы бледные, лицо отечное. В легких дыхание жесткое, выслушиваются единичные свистящие хрипы. ЧДД

20 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 92 в мин. АД 160/95 мм рт. ст. Пульс 92 уд./мин. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в левом и правом фланках. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, отмечается умеренная болезненность по ходу позвоночника в поясничном отделе.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: лейкоциты – $10,4 \cdot 10^9/\text{л}$; СОЭ – 20 мм/час.

ОАМ: отн. плотность – 1030; лейкоциты – 8–12 в п/зр.; эритроциты – 10–15 в п/зр; белок – 0,44 г/л; цилиндры гиал. ++. Суточная потеря белка – 3,8 г.

Биохимическое исследование крови: общий белок – 50 г/л; общий холестерин – 6,5 ммоль/л; холестерин ЛПНП – 5,1 ммоль/л, β -липопротеиды – 18,5 г/л, альбумины – 43 %.

ЭКГ: синусовая тахикардия, ЧСС 96 в мин, электрическая ось сердца расположена горизонтально, признаки гипертрофии левого желудочка.

Задача 7. Мужчина, 45 лет, стропальщик. Жалобы на появление мочи красного цвета, отечность лица, одышку, кашель.

Из анамнеза заболевания. Заболел 2 месяца назад, когда после работы (выполнял большую физическую нагрузку, переохладился) появилась температура до 38 °С, боли в суставах, высыпания на нижних конечностях, насморк с гнойно-кровянистыми выделениями, заложенность носа, головная боль, одышка. Через 2 недели присоединились кашель, кровохарканье. Лечился самостоятельно аспирином, антибиотиками – без улучшения. В настоящее время поступил в терапевтическое приемное отделение.

Из анамнеза жизни. Курит 30 лет по 1–2 пачки в день.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. Рост 167 см, вес 96 кг. Кожные покровы бледной окраски, отмечаются геморрагические высыпания на нижних и верхних конечностях, пастозность лица. Периферические лимфоузлы не увеличены. Коленные суставы несколько увеличены в объеме. Перкуторно над легкими звук легочный, под углом правой лопатки – притупление перкуторного звука. Там же выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧДД 24 в мин. SaO₂ – 91 %. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 98 в мин. АД 130/80 мм рт. ст. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Hb – 110 г/л; эритроциты – $3,3 \cdot 10^{12}/\text{л}$; ЦП – 0,9; СОЭ – 25 мм/час; лейкоциты – $10,9 \cdot 10^9/\text{л}$; тромбоциты – $480 \cdot 10^9/\text{л}$.

ОАМ: эритроциты не подлежат подсчету; белок – 0,6 г/л.

Биохимическое исследование крови: креатинин крови – 180 мкмоль/л; холестерин – 7,2 ммоль/л.

СРБ +.

СКФ по MDRD – 90 мл/мин/ 1,73 м²

Иммунологическое исследование: АНЦА +.

Рентгенограмма ОГК: инфильтративная тень в нижней доле справа.

Задача 8. Мужчина, 47 лет, не работает. Жалобы на отеки всего тела, головную боль, общую слабость, жидкий стул, повышение температуры до 37,8 °С, кашель с небольшим количеством мокроты зеленого цвета, одышку.

Из анамнеза заболевания. В настоящее время находится в травматологическом отделении по поводу хронического остеомиелита правой бедренной кости. Перелом бедренной кости – 4 года назад. Обострения остеомиелита ежегодно 2–3 раза в год. 7 дней назад впервые появились отеки, затем присоединился жидкий стул, усилилась слабость, повысилась температура до 37,8 °С. Появились кашель с мокротой, одышка.

Из анамнеза жизни. Курит в течение 32 лет по 1–2 пачки в день. Отмечает частые ОРЗ.

Перенес в детстве туберкулез легких. На диспансерном учете не состоял. Злоупотреблял алкоголем.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски. Увеличены подчелюстные, паховые лимфатические узлы. При перкуссии над легкими выслушивается звук с коробочным оттенком. Дыхание жесткое, рассеянные сухие свистящие хрипы. ЧДД 22 в мин. Тоны сердца ритмичные, громкие. Выслушивается шум трения перикарда. ЧСС 96 в мин. АД 175/100 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме, мягкий, безболезненный по всем отделам. Печень по Курлову 14; 12; 9 см. Отмечаются отеки всего тела.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нб – 110 г/л; СОЭ – 22 мм/час; лейкоциты – 12×10^9 /л.

ОАМ: моча мутная; белок – 0,8 г/л; цилиндры гиалиновые +.

Суточная потеря белка – 5,2 г/сутки.

Биохимический анализ крови: общий холестерин – 6,8 ммоль/л; общий белок – 40 г/л;

альбумин – 37 %, глобулины: α_1 – 4 %, α_2 – 17 %, β – 20 %, γ – 22 %, креатинин – 188 мкмоль/л.

Задача 9. Мужчина, 22 года, студент. Жалобы на отеки, частые головные боли, повышение АД, снижение остроты зрения, боли в поясничной области, повышение температуры тела до 37,6 °С, общую слабость, отсутствие аппетита, боли в области сердца, уменьшение количества мочи.

Из анамнеза заболевания. Полгода назад без видимой причины появились отеки, которые быстро выросли до степени анасарки, асцит, повысилось АД до 190/100 мм рт. ст. При обследовании выявлена протеинурия. Лечение преднизолоном, гепарином было неэффективным. В течение последнего месяца значительно ухудшилось зрение. Поступил в нефрологическое отделение.

Объективно. Состояние тяжелое. В легких дыхание жесткое. ЧДД 24 в мин. Верхушечный толчок смещен влево и вниз. Тоны сердца ритмичны, глухие. АД 230/140 мм рт. ст.

Массивные отеки нижних конечностей, области поясницы, асцит.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нб – 87 г/л; лейкоциты – $5,3 \times 10^9$ /л; лейкоформула не изменена; СОЭ – 40 мм/час.

ОАМ: белок – 0,8 г/л, сахара нет; лейкоциты – 10–12 в п/зр.; эритроциты – 30–35 в п/зр.

Суточная потеря белка: 18 г/сутки.

Проба Зимницкого: отн. плотность 1010–1019; суточный диурез – 0,8 л.

Биохимический анализ крови: общий белок – 45 г/л; альбумины – 22 г/л; холестерин – 6,0 ммоль/л; триглицериды – 2,5 ммоль/л, креатинин – 460 мкмоль/л.

СКФ по MDRD – 40 мл/мин/1,73 м².

УЗИ почек: размеры почек одинаковые справа и слева – 13 × 7 см, отмечаются диффузные симметричные изменения коркового вещества.

Глазное дно: артерии сетчатки резко сужены, контуры диска зрительного нерва расплывчатые, имеются очаги ишемии и геморрагии.

Задача 10. Мужчина, 44 года, водитель. Жалобы на головные боли, повышение артериального давления до 160/100 мм рт. ст., постоянные боли в пояснице ноющего характера.

Из анамнеза заболевания. Отмечает периодическое повышение АД до 150–160/90–100 мм рт. ст. в течение 8 лет, за медицинской помощью не обращался. Лечился эпизодически.

Самостоятельно принимал цитрамон, клофелин, анальгин – с незначительным улучшением. Боли в пояснице возникли после переохлаждения на работе неделю назад. Ничем не лечился. Поступил в терапевтическое приемное отделение.

Из анамнеза жизни. Из перенесенных заболеваний: вирусный гепатит В, двусторонняя пневмония 10 лет назад. Курит в течение 30 лет по 1 пачке в день. Наследственный анамнез: у матери гипертоническая болезнь.

Объективно. Общее состояние удовлетворительное, дыхание с жестким оттенком, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 82 в мин. АД 160/95 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий,

безболезненный. Синдром поколачивания выражен слабopоложительно с двух сторон. Стул, диурез в норме. Отмечается незначительная пастозность стоп и голеней.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Hb – 135 г/л; эритроциты – $4,5 \times 10^{12}$ /л; цп – 1,0; лейкоциты – $8,0 \times 10^9$ /л; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 1 %, нейтрофилы п/я – 4 %, нейтрофилы с/я – 70 %, лимфоциты – 22 %, моноциты – 3 %.

ОАМ: цвет с/ж; прозрачность; белок – 0,45 г/л; эритроциты – 3–5 в п/зр.; цилиндры гиал. единичные.

Биохимический анализ крови: общий белок – 75 г/л; холестерин – 4,5 ммоль/л; общий билирубин – 26 мкмоль/л; креатинин – 114 мкмоль/л.

Глазное дно без изменений.

Задача 11. Женщина, 28 лет, не работает. Жалобы на сильные головные боли, повышение артериального давления до 210/120 мм рт. ст., отеки на ногах, одышку, усиливающуюся в положении лежа, слабость, снижение количества выделяемой мочи, снижение зрения, боли в области сердца, сердцебиение.

Из анамнеза заболевания. Болеет в течение 3-х лет, когда впервые стали появляться головные боли. Лечилась самостоятельно народными средствами – с незначительным улучшением. Последнее ухудшение самочувствия в течение недели, когда появились вышеперечисленные жалобы. За медицинской помощью не обращалась. Самочувствие ухудшалось и на скорой помощи была доставлена в терапевтическое приемное отделение.

Из анамнеза жизни. Злоупотребляет алкоголем. Курит по 1–1,5 пачки в день в течение 15 лет. Наследственный анамнез: росла в детском доме, родственников не знает.

Объективно. Состояние тяжелое, кожные покровы бледной окраски с землистым оттенком, в легких дыхание жесткое, выслушиваются свистящие рассеянные хрипы, в нижнем отделе влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы. ЧДД 24 в мин. Границы сердца увеличены. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 98 в мин. Живот увеличен в объеме за счет асцита. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Массивные отеки голеней и поясничной области.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: СОЭ – 25 мм/час; Hb – 78 г/л; эритроциты – $2,8 \times 10^{12}$ /л.

ОАМ: эритроциты – 3–5 в п/з, гиал. цилиндры – 6–8 в п/зр.

Биохимический анализ крови: креатинин – 1050 мкмоль/л; мочеви́на – 35 ммоль/л; общий белок – 50 г/л; холестерин – 5 ммоль/л. СКФ по MDRD – 10 мл/мин/1,73 м².

ЭКГ: электрическая ось сердца расположена горизонтально, признаки гипертрофии миокарда левого желудочка, ЧСС 102 уд./мин.

Задача 12. Мужчина, 20 лет, оператор частной автозаправочной станции. Жалобы на кровохарканье, кашель, боли в грудной клетке, одышку, повышение температуры, слабость, выделение мочи цвета мясных помоев, уменьшение количества мочи.

Из анамнеза заболевания. Заболел остро после перенесенной вирусной инфекции, когда появились кровохарканье, кашель, одышка, повышение температуры до 38 °С. Лечился самостоятельно антибиотиками, аспирином, отхаркивающими травами – без улучшения. Затем появилось выделение мочи цвета мясных помоев, отметил уменьшение количества мочи. Обратился в поликлинику по месту жительства. Направлен в стационар для уточнения диагноза и лечения.

Объективно. Состояние тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски. Перкуторно над легкими выслушивается ясный легочный звук. Определяется укорочение перкуторного звука в базальных отделах. Аускультативно дыхание везикулярное с жестким оттенком, в нижних отделе ослаблено, выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы с двух сторон. ЧДД 26 в мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 92 в мин. АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный по всем отделам. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Отеков нет.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: эритроциты – $3,0 \times 10^{12}/л$; Hb – 105 г/л; ЦП – 0,7; ретикулоциты – 0,5 %; СОЭ – 15 мм/час; лейкоциты – $7,8 \times 10^9/л$.

ОАМ: белок – 0,068 г/л, цилиндры зернистые; эритроциты – 8–10 в п/зр.

Биохимический анализ крови: СРБ +++; фибриноген 8 г/л.

ИФА биоптата почки: антитела к базальной мембране клубочков.

Рентгенография ОГК: инфильтративные тени в прикорневых и базальных отделах с обеих сторон.

Задача 13. Женщина, 56 лет, экономист. Жалобы на боли в лучезапястных, локтевых, плечевых, коленных и височно-нижнечелюстных суставах, утреннюю скованность в течение нескольких часов, на распирающие боли в правом и левом подреберьях, периодически повышение температуры тела до 37,5–38 °С.

Из анамнеза заболевания. Заболела 9 лет назад, когда появились боли в лучезапястных, пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставах кистей, субфебрилитет. Получала диклофенак, далагил, отмечала улучшение. В течение последних 3 лет отмечает парестезии, появление плохозаживающих трофических язв голени, частые респираторные инфекции. В настоящее время поступила в ревматологическое отделение.

Объективно. Кожа и слизистые бледно-желтушные. Увеличены подчелюстные, подмышечные и паховые лимфоузлы, не спаяны с окружающими тканями, плотные и безболезненные, размерами от 1 до 1,5 см. Выраженная деформация межфаланговых суставов кистей с формированием деформации пальцев по типу «шеи лебедя», ульнарная девиация, деформация стопы с формированием hallus valgus, молоткообразное изменение пальцев с подвывихами в плюснефаланговых суставах. Печень на 6 см выступает из-под реберной дуги по правой среднеключичной линии, плотная, безболезненная. В левом подреберье пальпируется увеличенная селезенка, плотная, безболезненная.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Hb – 96 г/л; лейкоциты – $3,5 \times 10^9/л$; нейтрофилы – 32 %; лимфоциты – 58 %; моноциты – 10 %.

Биохимический анализ крови: билирубин – 32 мкмоль/л; непрямой – 14 мкмоль/л; прямой – 18 мкмоль/л; АсАТ – 116 Ед/л (N 0–35 Ед/л); АлАТ – 119 Ед/л (N 0–45 Ед/л).

Ревматоидный фактор – 1:1240. АЦЦП +. Криоглобулинемия ++.

УЗИ ОБП: гепатомегалия 18,5 × 12,4 × 12,8 см, паренхима повышенной эхогенности; спленомегалия 16,8 × 9,5 см, паренхима повышенной эхогенности.

Задача 14. Женщина, 54 года, инженер. Жалобы на повышение температуры тела до 38 °С, отеки на лице, кистях рук, онемение пальцев рук, одышку при небольшой физической нагрузке, резкую общую слабость.

Из анамнеза заболевания. Четыре года назад появились плотные отеки на лице, кистях рук, через полгода присоединилась лихорадка до 38 °С, одышка, прогрессирующая общая слабость. Госпитализирована по месту жительства, проводилось лечение антибиотиками, сердечными гликозидами – без эффекта: сохранялась лихорадка, нарастала одышка. За год потеряла в весе 10 кг. В клинике начато лечение преднизолоном 30 мг/сут. В результате лечения нормализовалась температура тела, уменьшилась одышка. Две недели назад впервые выявлены изменения в моче: уд. вес – 1020; белок – 6,5 г/л; лейкоциты – 1–2 в п/зр.; эритроциты – 15–20 в п/зр. Неделю назад появилась тошнота, рвота, головная боль. Пульс 110 уд./мин; АД 200/130 мм рт. ст., за три дня до госпитализации развилась анурия, креатинин крови – 904 мкмоль/л; K⁺ – 7,4 мэкв/л; Na⁺ – 123 мэкв/л. В настоящее время поступила в ревматологическое отделение.

Объективно. Состояние средней тяжести. Маскообразное лицо. Плотные отеки на лице, кистях, рук, предплечьях. Синдром Рейно. Костно-мышечная система, суставы без особенностей. Дыхание везикулярное, крепитация в нижнебазальных отделах с обеих сторон. ЧДД 22 в мин в покое. Границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 84 уд./мин; АД 120/80 мм рт. ст. Печень, селезенка не увеличены.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нв – 93 г/л; лейкоциты – $10,2 \times 10^9$ %; лейкоцитарная формула: нейтрофилы п/я – 9 %, с/я – 66 %, эозинофилы – 1 %, базофилы – 1 %, моноциты – 6 %, лимфоциты – 22 %; СОЭ – 40 мм/ч.

АТ к Scl70 1 : 640; АТ к Sm 1 : 148. LE 1 : 10. Комплемент 68 ед.

ЭКГ: ритм синусовый, диффузные изменения миокарда.

ФВД: ЖЕЛ – 55 %; МВЛ – 60 %; проба Тиффно – 86 %.

Рентгеноскопия легких: интерстициальный легочный рисунок в базальных отделах усилен. Очаговых изменений нет. Синусы плевры свободны.

Задача 15. Мужчина, 33 года, преподаватель. Жалобы на резкую слабость во всех группах мышц, затрудненное глотание, осиплость голоса, похудение.

Из анамнеза заболевания. Заболел остро 3 месяца назад, когда внезапно возникла однократная рвота после приема пищи, повысилась температура тела до субфебрильных цифр. На следующий день появились боли в мышцах конечностей, которые постепенно нарастали в течение месяца, присоединилась мышечная слабость. Еще через две недели появились эритематозные высыпания на лице, груди, над мелкими суставами кистей. Сохранялся субфебрилитет. При обследовании в инфекционной больнице данных о каком-либо инфекционном заболевании не было получено. За время пребывания в больнице появились дисфагия, дисфония, диффузная гиперемия лица и «зоны декольте», параорбитальная эритема и отек, тетрапарез. Переведен в клинику нервных болезней, где выявили признаки бульбарного синдрома. Сохранялись эпизоды лихорадки. Появилась дисфония, дисфагия, гиперемия над областью суставов, прогрессировала слабость во всех группах мышц, наиболее выраженная в проксимальных отделах, слабость мышц шеи. Похудел на 10 кг.

Объективно. Отмечается атрофия мышц плечевого пояса. В легких дыхание везикулярное.

Тоны сердца приглушены. Пульс 90 уд./мин, АД 130/80 мм рт. ст.

Отмечалась болезненность в эпигастральной области. Печень и селезенка не увеличены.

Почки не пальпировались.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нв – 130 г/л; лейкоциты – 15×10^9 /л; лейкоцитарная формула: п/я нейтрофилы – 8 %, с/я нейтрофилы – 69 %, лимфоциты – 12 %, моноциты – 9 %, эозинофилы – 1 %; тромбоциты – 238×10^9 /л; СОЭ – 25 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л; альбумины – 50 % (N 46,9–61,4 %), глобулины: α_1 – 4,5 % (N 2,2–4,2 %); α_2 – 10,3 % (N 7,9–10,9 %); β – 12,2 % (N 10,2–18,3 %); γ – 23,8 % (N 17,6–25,4 %); АсАТ – 400 U/L (N = 8–33 U/L); АлАТ – 245 U/L (N = 4–36 U/L); КФК – 11460 U/L (N до 200 U/L).

Иммунологическое исследование крови: СРБ +; IgA – 1,5 г/л (N 0,9–4,5 г/л); IgG – 13,0 г/л (N 8–18 г/л); IgM – 2,02 г/л (N 0,6–2,8 г/л).

ОАМ: отн. плотность 1021; лейкоциты – ед. в п/зр, эритроцитов нет.

ЭКГ: ритм синусовый 90 уд./мин.

Биопсия мышцы плеча: в биоптате отдельные мышечные волокна, набухшие, гомогенизированные, в межмышечной соединительной ткани небольшие лимфоплазмочитарные инфильтраты.

Задача 16. Женщина, 38 лет, воспитательница детского сада. Жалобы на умеренную общую слабость, головокружение, усиливающееся при переходе из горизонтального в вертикальное положение, одышку при привычной физической нагрузке (подъеме по лестнице на 3–4 этаж), усиленное выпадение волос, ломкость ногтей, снижение массы тела на 4 кг за последний месяц.

Из анамнеза заболевания. Ранее во время беременностей и кормления детей грудью неоднократно находили снижение Нв (минимально 76 г/л). Эпизодически самостоятельно принимала препараты железа. Не обследовалась.

Слабость, головокружение, выпадение волос отметила около полугода назад. В последний месяц состояние ухудшилось: увеличилась слабость, появились одышка, извращение

вкуса (любит есть мел, нравятся запахи бензина, керосина), утренние периорбитальные отеки. Ухудшение состояния в динамике стало поводом обращения за медицинской помощью.

Из анамнеза жизни: Беременностей – 4. Роды – 4. Питание нерегулярное, несбалансированное. Часто придерживается диет. Около года вегетарианка. Объективно. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. ИМТ 18,6 кг/м². Кожный покров и видимые слизистые бледные, пониженной влажности, чистые. Тургор кожи снижен. Дериваты кожи: исчерченность ногтей, койлонихии, ломкость волос. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 96 в мин. На верхушке сердца выслушивается систолический шум, не проводится в подмышечную впадину. АД 110/70 мм. рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову: 9; 8; 7 см. Край печени мягко-эластичный, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Стул: склонность к запорам. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нв – 80 г/л; гематокрит – 34 %; эритроциты – $2,6 \times 10^{12}/л$; средний размер эритроцитов – 74 фл; среднее содержание Нв в эритроцитах – 23 пг; лейкоциты – $6,4 \times 10^9/л$; тромбоциты – $210 \times 10^9/л$; ширина распределения эритроцитов по объему – 16 %; СОЭ – 20 мм/ч; ретикулоциты – 1 %; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 1 %, нейтрофилы п/я – 4 %, с/я – 68 %, лимфоциты – 22 %, моноциты – 5 %, базофилы – 0 %.

ЭКГ: ритм синусовый, 96 уд./мин, амплитуда зубца Т в левых грудных отведениях снижена.

Задача 17. Мужчина, 54 года, слесарь. Жалобы на умеренную общую слабость, неуверенность походки, слабость в ногах, особенно при подъеме по лестнице, быстрой ходьбе, ощущение ползания мурашек по ногам, онемение ног.

Из анамнеза заболевания. В 2002 году лет назад перенес оперативное лечение (субтотальная резекция желудка) по поводу язвенной болезни желудка, осложненной желудочным кровотечением. Появление вышеперечисленных жалоб отметил около трех месяцев назад, что послужило поводом обращения за медицинской помощью. В ходе дообследования выявлено снижение уровня Нв до 75 г/л.

Из анамнеза жизни. Ранее злоупотреблял алкоголем. 5 лет назад обнаружен дифиллоботриоз, проведена дегельминтизация.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. ИМТ 23,6 кг/м². Кожный покров и видимые слизистые бледные с субиктеричным оттенком, сухие, чистые. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 110 в мин. На верхушке сердца выслушивается короткий систолический шум, не проводится в подмышечную впадину. В яремной ямке выслушивается «шум волчка». АД 94/50 мм. рт. ст. Язык влажный, с атрофированными сосочками, с участками воспаления ярко-красного цвета. Живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову: 11; 9; 7 см. Край печени мягко-эластичный, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Стул регулярный, оформленный, без патологических примесей. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нв – 45 г/л; гематокрит – 30 %; эритроциты – $1,6 \times 10^{12}/л$; средний размер эритроцитов – 108 фл; среднее содержание Нв в эритроцитах – 35 пг; лейкоциты – $2,4 \times 10^9/л$; тромбоциты – $100 \times 10^9/л$; ширина распределения эритроцитов по объему – 17 %; СОЭ – 21 мм/ч; ретикулоциты – 1,2 %; лейкоцитарная формула:

эозинофилы – 1 %, нейтрофилы п/я – 3 %, с/я – 48 %, лимфоциты – 40 %, моноциты – 7 %, базофилы – 1 %. Пойкилоцитоз.

Миелограмма: Костный мозг гиперклеточный. Тип кроветворения мегалобластный, за счет клеток эритроидного ряда. Клетки больших размеров с эксцентрично расположенным ядром, нежным хроматином. Признаки дизэритропоэза: базофилия цитоплазмы, гиперсегментация нейтрофилов, макроцитоз, тельца Жолли, кольца Кэбота, базофильная пунктация эритроцитов.

ЭКГ: ритм синусовый, 110 в мин, вольтаж зубцов Т снижен во всех отведениях.

Задача 18. Женщина, 25 лет, сотрудник химической лаборатории нефтегазового предприятия. Жалобы на наличие высыпаний на коже нижних конечностей и туловища.

Из анамнеза заболевания: Считает себя больной около 7 дней, когда на фоне лечения антибактериальными препаратами по поводу кашля, появились многочисленные экхимозы и петехиальные высыпания на коже нижних конечностей и туловища.

Однократно носовое кровотечение, остановка которого потребовала тампонирования носового хода.

Из анамнеза жизни: Беременностей – 1 (самопроизвольное прерывание беременности на ранних сроках).

Объективно. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. ИМТ 23,8 кг/м². Кожный покров и видимые слизистые бледные, физиологической влажности. На коже голени и туловища свежие петехиальные высыпания и экхимозы, единичные «отцветающие» высыпания. Симптомы жгута, щипка отрицательные. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 84 в мин. АД 110/70 мм. рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову: 9; 8; 7. Край печени мягко-эластичный, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Стул регулярный, оформленный, без патологических примесей. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нб – 95 г/л; гематокрит – 36 %; эритроциты – $2,8 \times 10^{12}$ /л; средний размер эритроцитов – 78 фл; среднее содержание Нб в эритроцитах – 25 пг; лейкоциты – $3,4 \times 10^9$ /л; тромбоциты – 60×10^9 /л; ширина распределения эритроцитов по объему – 16 %; СОЭ – 20 мм/ч; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 1 %, нейтрофилы п/я – 5 %, с/я – 48 %, лимфоциты – 38 %, моноциты – 7 %, базофилы – 1 %.

Время свертывания крови: 5 минут.

Длительность кровотечения: 5 минут.

Факторы свертывания крови: фактор VII-130 %, фактор Виллебранда – 101 %, V-112 %, II-97 %, XI-92 %, IX-120 %.

Адгезивно-агрегационные свойства тромбоцитов: с арахидоновой кислотой – 6 ом (норма), с коллагеном – 18 ом (норма), с ристомицином – 13 ом (норма).

Проба Кумбса: положительная.

ОАМ: относительная плотность – 1018, белок, глюкоза не обнаружены, лейкоциты – 1–2 в п/з., эритроциты – 3–4 в п/з.

Задача 19. Мужчина, 47 лет, водитель. Жалобы на чувство тяжести в левом подреберье, повышение температуры тела до 37,7 °С, умеренную общую слабость.

Из анамнеза заболевания. Считает себя больным около трех месяцев, когда появилась лихорадка до 37,7 °С, озноб, умеренная общая слабость. Самостоятельно принимал жаропонижающие препараты со слабоположительным эффектом. Со временем стали беспокоить боли, дискомфорт в левом подреберье. Обратился в поликлинику по месту жительства. В ОАК выявлен гиперлейкоцитоз 284×10^9 /л, сдвиг в лейкоформуле до бластов 41 %, Нб 105 г/л. В экстренном порядке направлен в гематологическое отделение.

Из анамнеза жизни. Участник аварии на Чернобыльской АС. На Севере живет 20 лет.

Курит 20 лет по 1 пачке в день.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Рост 186 см. Вес 85 кг. ИМТ 26,2 кг/м². Кожный покров и видимые слизистые физиологической окраски, физиологической влажности, на коже туловища пятна коричневого цвета, слегка возвышающиеся над поверхностью, безболезненные, плотные при пальпации. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 98 в мин. АД 110/70 мм. рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову: 16; 11; 9 см. Край печени плотный, безболезненный. Пальпируется нижний край селезенки на уровне пупка, плотной консистенции, безболезненный. Стул без особенностей. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Лабораторно-инструментальные исследования:

Миелограмма: бластоз костного мозга до 20 %, редуцированы мегакариоцитарный и эритроцитарный ростки, базофильно-эозино-фильная ассоциация. Тени Боткина-Гумпрехта не обнаружены.

Цитогенетика костного мозга и крови: патологический клон с реципрокной транслокацией между длинными плечами 9 и 22 хромосом выявлен в 100 % клеток крови и костного мозга.

Задача 20. Женщина, 58 лет. Жалобы на жажду, жидкости выпивает до 3 литров в сутки, частое мочеиспускание, зуд промежности, слабость, головокружение, головную боль, прогрессирующее снижение зрения.

Из анамнеза заболевания. Жалобы на головные боли и жажду больше 5 лет. В течение последних 4 лет состоит на учете у эндокринолога, наблюдается нерегулярно, лечение не принимает. Ухудшение состояния в течение месяца на фоне стрессового состояния.

Из анамнеза жизни. Роды одни, ребенок весом при рождении 4,5 кг. Менопауза 10 лет. Объективно. Состояние удовлетворительное. Повышенного питания, масса тела 120 кг, вес 158 см. Кожный покров обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. При аускультации сердца тоны приглушены, ритмичны, патологические шумы не выслушиваются. ЧСС 86 в мин. АД 130/80 мм рт. ст. Язык влажный, налета нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову 9; 8; 7 см. Край печени мягко-эластичный, безболезненный. Периферических отеков нет.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нв – 136 г/л; лейкоциты – $6,7 \times 10^9$ /л; СОЭ – 24 мм/ч.

ОАМ: отн. плотность – 1020, кислая; белок – 0,033 г/л; лейкоциты – 1–2 в п/зр; сахар «+».

Биохимическое исследование крови: АсАТ – 16 U/L (8–33 U/L); АлАТ – 16 U/L (4–36 U/L); глюкоза – 10,3 ммоль/л; креатинин – 84 ммоль/л; мочевины – 6,3 ммоль/л; общий белок – 69 г/л; общий холестерин – 8,1 ммоль/л; триглицериды – 2,93 ммоль/л.

Гликированный Нв: 9,4 % (норма до 6 %).

С-пептид: 1,4 нг/мл (норма 1,1–4,4).

Задача 21. Женщина, 46 лет. Жалобы на приступы головной боли, сопровождающиеся стеснением в груди, удушьем, сердцебиением, дрожью, сухостью во рту, потливостью, рвотой.

Из анамнеза заболевания. Считает себя больной 3 года, когда стали беспокоить вышеописанные жалобы. Приступы возникают 3–4 раза в месяц после физической нагрузки и без определенной причины, длятся по 3–5 минут, проходят самостоятельно. Во время приступа АД повышается до 150–170/95–100 мм рт. ст. После приступа отмечает обильное мочеиспускание. В межприступный период отмечают непостоянные головные боли, боли в области сердца, не связанные с физической нагрузкой, общую слабость.

Из анамнеза жизни. Наследственность не отягощена. Менструация с 15 лет, регулярно.

Беременность – 3, роды – 2, аборт – 1.

Объективно. Состояние удовлетворительное. Кожный покров физиологичной окраски, влажности. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный с ЧСС 82 в мин. Пульс 82 уд./мин, АД 150/95 мм рт. ст. Во время обследования (пальпация живота) внезапно появилась одышка, сухой кашель, пульсирующая головная боль, стеснение в груди, гиперемия кожного покрова, потливость, пульс 136 уд./мин, АД 230/125 мм рт. ст. Через 7–10 минут самочувствие улучшилось, пульс 100 уд./мин, АД 170/105 мм рт. ст., познабливание, через 15–20 минут – обильный диурез.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$; Hb – 130 г/л; лейкоциты – $6,4 \times 10^9/л$; СОЭ – 15 мм/ч.

ОАМ: отн. плотность – 1019; белок не обнаружен, глюкоза – следы.

Биохимическое исследование крови: Глюкоза крови (натощак) – 7,0 ммоль/л. Глюкоза крови (после криза) – 7,3 ммоль/л.

Ванилилминдальная кислота в моче 50 мкмоль/сутки (норма до 35 мкмоль/сутки).

Адреналин мочи 85 нмоль/сут (норма 0–70 нмоль/сут), норадреналин мочи 230 нмоль/сут (норма 0–190 нмоль/сут).

Задача 22. Женщина, 27 лет, менеджер. Жалобы на слабость, потливость, сердцебиение, умеренную одышку при быстрой ходьбе, нарушение сна, плаксивость, раздражительность, похудание при сохраненном аппетите.

Из анамнеза заболевания. Считает себя больной около 7 месяцев, когда после стресса появилась потливость, сердцебиение, в течение последнего месяца беспокоит одышка при ходьбе.

Объективно. Больная возбуждена. Кожа горячая, влажная. Отмечается общая дрожь.

Двусторонний экзофтальм. Положительные симптомы Штельвага, Греффе, Мебиуса. В легких дыхание везикулярное, побочные дыхательные шумы не выслушиваются.

Сердечные тоны приглушены, аритмичные. Систолический шум на верхушке. АД 150/100 мм рт. ст. ЧСС 130 в мин. Пульс 100 уд./мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову 9; 8; 7. Щитовидная железа при пальпации увеличена до 2 степени, уплотнена, безболезненная, однородна, смещаемая.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Hb – 115 г/л; эритроциты – $4,7 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $4,6 \times 10^9/л$; СОЭ – 2 мм/ч.

Биохимическое исследование крови: холестерин – 2,5 ммоль/л.

ТТГ 0,05 мкМЕ/мл (норма 0,3–4,0), Т4 своб – 28,1 пмоль/л (норма 12–22).

УЗИ щитовидной железы: общий объем – 28, неоднородная эхоструктура.

Задача 23. Женщина, 43 года, домохозяйка. Жалобы на слабость, сонливость, зябкость, головную боль, запоры, боли в области сердца давящего характера, иногда интенсивные, не связанные с физической нагрузкой.

Из анамнеза заболевания. Прибавила в весе за 2 года 7 кг. Последние три месяца отсутствуют менструации. Лечилась у терапевта по поводу анемии, хронического колита, без эффекта.

Объективно. Рост 164 см. Вес 72 кг. Кожа бледная, сухая. Небольшая пастозность век.

Щитовидная железа диффузно увеличена до второй степени, плотная, неоднородная, безболезненная. Пульс 65 уд./мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/80 мм рт. ст., границы сердца не изменены. Тоны приглушены, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову 9; 8; 7. Край печени мягко-эластичный, безболезненный.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Hb – 92 г/л; лейкоциты – $6,0 \times 10^9/л$.

ТТГ – 5,6 мкМЕ/мл(норма 0,3–4,0), Т4 своб – 7,1 пмоль/л (норма 12–22), антитела к тиреопероксидазе – 48 МЕ/мл (до 35 МЕ/мл), антитела к тиреоглобулину – 56 МЕ/мл (до 40 МЕ/мл).

УЗИ щитовидной железы: диффузное снижение эхогенности ткани.

Задача 24. Женщина, 43 года, домохозяйка. Жалобы на боль в эпигастральной области, распространяющуюся в правое и левое подреберье, возникающую сразу после приема любой пищи, тошноту, рвоту, вздутие живота, поносы, похудание.

Из анамнеза заболевания. Подобные состояния беспокоят 3–4 раза в год в течение последних трех лет. Обострения возникают при приеме жирной, жареной пищи.

Настоящее ухудшение в течение месяца. Стала ограничивать себя в приеме пищи.

Похудела на 3 кг.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. В сознании. Ориентирована в себе, в пространстве, во времени. Вес 50 кг, рост 165 см. ИМТ 18,3 кг/м². Температура тела 36,0 °С. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Кожа сухая, бледная.

Видимые слизистые бледно-розовые. ЧДД 17 в мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет.

Границы сердца не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный с ЧСС 88 в мин. АД 135/80 мм рт.ст. При пальпации живота отмечается болезненность в эпигастральной области и в левом подреберье. Определяется болезненность в зоне Шоффара и точке Мейо-Робсона. Размеры печени по Курлову: 10; 9; 8 см. Селезенка не пальпируется.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: эритроциты $3,9 \times 10^{12}/л$; Hb – 118 г/л; лейкоциты $7,5 \times 10^9/л$; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 3 %, нейтрофилы п/я – 2 %; нейтрофилы с/я – 61 %, лимфоциты – 28 %, моноциты – 6 %; СОЭ – 10 мм/час.

Глюкоза капиллярной крови 4,5 ммоль/л.

Копрограмма: кал коричневатый, кашицеобразный, переваренные мышечные волокна 4–8 в п.зр., непереваренные мышечные волокна 12–16 в п.зр., капли нейтрального жира +++, лейкоциты 1–2, крахмал +++, яйца глист не обнаружены.

Амилаза мочи 465 Ед/л.

УЗИ поджелудочной железы: размеры поджелудочной железы: головка 23 мм, тело 10 мм, хвост 20 мм; контуры ровные, четкие; эхогенность повышена; выпот в сальниковой сумке не определяется; вирсунгов проток не расширен.

Задача 25. Мужчина, 66 лет, пенсионер. Жалобы на желтуху кожи и видимых слизистых, тошноту, боли в правом подреберье, повышение температуры тела до 38,9 °С.

Из анамнеза заболевания. 3 дня назад стала повышаться температура тела до высоких цифр в вечернее время, появились боли в правом подреберье, тошнота. Принимал жаропонижающие, спазмолитические средства с положительным эффектом. Сегодня утром увидел пожелтение кожи и видимых слизистых.

Из анамнеза жизни. 3 недели назад выезжал на рыбалку на реку Обь, где употребил в пищу малосоленого язя. Вредные привычки отрицает.

Объективно. Состояние больного средней степени тяжести. В сознании. Вес 98 кг, рост 166 см. ИМТ 35,6 кг/м². Температура тела 37,0 °С. Кожные покровы и видимые слизистые желтушные. Печеночных знаков нет. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. ЧДД 17 в мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный с ЧСС 92 в мин. Пульс 92 уд./мин, удовлетворительного наполнения.

АД 110/70 мм рт. ст. Язык обложен серым налетом. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Размеры печени по Курлову 12; 10; 8 см. Симптом Ортнера – Грекова положительный справа. Селезенка не пальпируется.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: эритроциты – $4,5 \times 10^{12}/л$; СОЭ – 32 мм/ч; лейкоциты – $19,5 \times 10^9/л$; лейкоцитарная формула: базофилы – 1, эозинофилы – 40 %, нейтрофилы п/я – 6 %, нейтрофилы с/я – 42 %, лимфоциты – 10 %, моноциты – 1 %.

Биохимическое исследование крови: общий билирубин – 88 мкмоль/л; прямой – 41,2 мкмоль/л; АлАТ – 211 Ед/л ; АсАТ – 200 Ед/л.
Серологические тесты: HBsAg «-», а/т к HCV «-».

