

Оценочные материалы для промежуточной аттестации по дисциплине

Название дисциплины *Госпитальная терапия*

Код, направление подготовки	31.05.02 Педиатрия
Направленность (профиль)	Педиатрия
Форма обучения	очная
Кафедра-разработчик	Внутренних болезней
Выпускающая кафедра	Детских болезней

Типовые задания для контрольной работы:

1. Контрольная работа 8 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 9 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 500×10^{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-Штернберга.

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 реберной дуги. Селезенка выступает на 2 см из-под края реберной дуги, край эластичный, безболезненный.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,6 \times 10^{12}$, Нв – 109 г/л, тромбоциты – $200 \times 10^9/л$, МСН - 28 пг, лейкоциты – $29 \times 10^9/л$, 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 $450 \times 10^9/л$ 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 теряет 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, МСН – 36,1 пг, МСНС – 391 г/л, лейкоциты - $2,8 \times 10^9/л$. 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: Нв - 120 г/л, лейкоциты - $6,5 \times 10^9$ /л, эритроциты - $4,5 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты - 50×10^9 /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.

Больная М., 35 лет, жалуется на слабость, одышку при ходьбе, сердцебиение. Находилась в течение 12 дней на лечении в инфекционном отделении по поводу энтеровирусной инфекции, протекавшей с явлениями фарингита, гастроэнтероколита и лихорадкой до $38,5$ °С. В связи с появлением изменений на ЭКГ переведена в кардиологическое отделение.

В детском возрасте перенесла корь, неоднократно ангину. Наследственность не отягощена.

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и слизистые бледно-розовые. Отеков нет.

Лимфоузлы не увеличены. Температура тела $36,7$ °С. Число дыхательных движений - 16 в минуту. В легких везикулярное дыхание. Границы относительной сердечной тупости без изменений. Тоны сердца ритмичные, приглушены, мягкий, дующий систолический шум над верхушкой сердца.

Частота сердечных сокращений - 107 в минуту. Пульс не напряжен, ритмичен. АД - 110/70 мм рт.ст.

Язык обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, болезненный при пальпации, особенно по ходу толстой кишки. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. Щитовидная железа не увеличена. В неврологическом статусе без особенностей.

Общий анализ крови: Нв - 130 г/л, эритроциты - $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $10,4 \times 10^9$ /л, лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ - 24 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий белок - 70 г/л, альбумины - 59 %, глобулины: α_1 - 3,9 %, α_2 - 10,3 %, β - 10,5 %, γ - 16,3 %, креатин - 88 мкмоль/л, билирубин общий - 14,3 мкмоль/л, фибриноген - 4 г/л; СРБ – 16. Активность АЛТ и кардиоспецифических ферментов не повышена. Общий анализ мочи без патологии.

Рентгенография органов грудной клетки: легочные поля прозрачны, корни структурны, синусы свободны, диафрагма подвижна, сердце и аорта без особенностей. ЭКГ прилагается.

ЭКГ – ритм синусовый, ЧСС 108 в мин, диффузные нарушения реполяризации (отрицательные зубцы Т).

Вопросы.

1. Выделите синдромы

2. Сформулируйте предварительный диагноз.

3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.

4. Какова оптимальная тактика лечения больной на данный момент.

Задача 11

Женщина 75 лет обратилась к врачу с жалобами на сердцебиение.

Из анамнеза заболевания В течение двух лет у пациентки выявлена фибрилляция предсердий, были попытки восстановления ритма с помощью медикаментозной и электрической кардиоверсии которые оказались неуспешными. Ритм восстанавливался и через короткое время опять срывался. Четыре месяца назад пациентка перенесла острый нижний инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST; пациентке была трансбаллонная ангиопластика и стентирование ПКА.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20 в минуту. Тоны сердца приглушены, аритмичные. ЧСС – 120 в мин., пульс – 100 уд. в мин. АД – 110/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Лабораторно-инструментальные исследования

Общий анализ крови ОАК: гемоглобин - 126 г/л, эритроциты - $4,0 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты - 226×10^9 /л, лейкоциты - $7,4 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 3% , сегментоядерные - 65%, моноциты - 7%, лимфоциты - 25%, СОЭ - 10 мм/ч.

ОАМ: соломенно-желтая, уд. вес 1017, белок, глюкоза отриц., лейкоциты - единичные в поле зрения.

Биохимическое исследование крови общий холестерин - 4,8 ммоль/л, триглицериды - 2,5 ммоль/л, ЛПВП - 1,1 ммоль/л; ЛПНП - 3,8 ммоль/л.

ЭКГ - зубцы Р во всех отведениях отсутствуют. Между комплексами QRS, мелкие волны «f», частота желудочков 120-140 в минуту

Вопросы.

1. Выделите синдромы.
2. Составьте план обследования.
3. Сформулируйте клинический диагноз.
4. Определите лечебную тактику.

Задача 12.

Пациент Р. 56 лет, обратился с жалобами на сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в межлопаточное пространство, которые обычно возникают при быстрой ходьбе или при подъеме по лестнице более чем на один пролет в обычном темпе, купирующиеся приемом 1 таблетки нитроглицерина сублингвально.

Из анамнеза заболевания впервые загрудинные боли возникли около года назад, обращался к врачу, выставили диагноз ИБС. Стенокардия напряжения. Нерегулярно принимает метопролол и аспирин.

Из анамнеза жизни Вредные привычки: курит в течение длительного времени по 1 пачке в сутки.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ - 33,2 кг/м² . Гиперстеническое телосложение. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски и обычной влажности. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярно, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. При перкуссии границы относительной тупости сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД - 130/80 мм рт.ст. ЧСС - 85 уд/мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах, увеличен в объеме за счет подкожно-жирового слоя. Печень по краю реберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул, мочеиспускание без особенностей

Лабораторно-инструментальные исследования

Биохимический анализ крови общий холестерин - 6,3 ммоль/л, триглицериды - 2,2 ммоль/л, ЛПВП - 0,9 ммоль/л, ЛПНП - 4,2 ммоль/л.

На ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС - 86 уд/мин. Отклонение ЭОС влево. Определяются внеочередные желудочковые комплексы QRS расширенные и деформированные, без предшествующего зубца Р.

Вопросы.

1. Выделите синдромы.
2. Составьте план обследования.
3. Сформулируйте клинический диагноз.
4. Определите лечебную тактику.

Задача 13

Мужчина 45 лет проходит профилактический медицинский осмотр в рамках диспансеризации. Жалоб не предъявляет.

Из анамнеза жизни хронических заболеваний нет. имеет вредные привычки (курит), нерационально питается и ведет малоподвижный образ жизни.

Объективно: состояние удовлетворительное, повышенного питания. ИМТ - 31,8 кг/м² . Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 76 уд. в мин., АД - 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отеков нет.

Лабораторно-инструментальные исследования

Общий анализ крови ОАК: гемоглобин - 146 г/л, эритроциты - $4,40 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты - 234×10^9 /л, лейкоциты - $7,4 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 3% , сегментоядерные - 65%, моноциты - 7%, лимфоциты - 25%, СОЭ - 10 мм/ч.

Биохимический анализ крови общий холестерин - 5,6 ммоль/л, глюкоза крови 4,9 ммоль/л.

ЭКГ - ритм правильный, синусовый, имеются внеочередные комплексы QRS продолжительностью 0,08 с, зубец Р перед этими комплексами отрицательный.

Вопросы.

1. Выделите синдромы.
2. Составьте план обследования.
3. Сформулируйте клинический диагноз.
4. Определите лечебную тактику.

Задача 14.

Пациент Г., 70 лет, при поступлении предъявлял жалобы на головокружение, эпизоды потери сознания, отеки нижних конечностей, слабость, головные боли.

Из анамнеза заболевания: Около 15 лет страдает артериальной гипертензией, максимальное повышение АД до 180/100 мм рт. ст, 10 лет назад перенес инфаркт миокарда, после чего стали беспокоить боли за грудиной при физической нагрузке. На коронароангиографии выявлено многососудистое поражение. Принимает - аспирин, эналаприл, гипотиазид, статины Ранее принимал бисопролол 5 мг/сутки, но перестал, так как стал отмечать снижение пульса до 46 в минуту. Настоящее ухудшение в течение 2-х недель, когда появились вышеописанные жалобы.

Объективно: состояние средней тяжести. В сознании, контактен. Рост 178 см Вес 90 кг. Температура тела $36,7^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Цианоз губ. Пастозность голеней и стоп. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. ЧД 20 в мин. В легких дыхание ослаблено в нижних отделах с обеих сторон, хрипов нет. При перкуссии определяется расширение границ сердца влево. ЧСС 40 в мин. Аускультативно: тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД 110/70 мм рт ст на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень + 2 см из пол края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Лабораторно-инструментальные исследования

Общий анализ крови ОАК: гемоглобин - 138 г/л, эритроциты - $4,2 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты - 234×10^9 /л, лейкоциты - $6,9 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 3% , сегментоядерные - 68%, моноциты - 7%, лимфоциты - 23%, СОЭ - 9 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок 70 г/л, мочевины 8,9 ммоль/л, креатинин 120 мкмоль/л, билирубин общий 15 мкмоль/л, АЛТ 29 ед/л, АСТ 32 ед/л, калий 4,9 ммоль, КФК 100 Ед/л, глюкоза 5,2 ммоль/л, общий холестерин 6,8 ммоль/л. триглицериды - 2,2 ммоль/л, ЛПВП - 0,8 ммоль/л, ЛПНП - 4,1 ммоль/л.

Общий анализ мочи: Относительная плотность 1023, белок - 1,8 г/л, глюкоза отрицат., лейкоциты - единичные, эритроциты - 0.

ЭКГ - Ритм несинусовый, зубцы Р располагаются изолированно, ЧСС для желудочков 42 в мин. АВ-диссоциация.

Вопросы.

1. Выделите синдромы.
2. Составьте план обследования.
3. Сформулируйте клинический диагноз.
4. Определите лечебную тактику.

Задача 15

Больной 75 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на приступы головокружения, иногда с потерей сознания, одышку, отеки ног.

Из анамнеза заболевания. Больным себя считает около 5-лет, когда впервые стал испытывать одышку при ходьбе. Тогда же появились боли в области сердца сжимающего характера. Месяц назад впервые возник приступ, во время которого внезапно потерял сознание. За месяц до поступления они участились, усилилась одышка, появились отеки на голенях.

Объективно. Состояние тяжелое, выраженный цианоз губ, отеки на голенях. Граница относительной тупости сердца смещена влево на 2 см. Тоны глухие, выслушивается систолический шум на верхушке. Временами определяется очень громкий (пушечный) 1-й тон. АД 180/80 мм рт. ст.. Пульс ритмичный, 36 в мин.; напряженный. Частота его не меняется после физической нагрузки (ходьба по палате). В легких везикулярное дыхание, ослаблено в нижних отделах. Печень выступает из-под реберного края на 3 см, плотная, безболезненная при пальпации.

Лабораторно-инструментальные исследования

Общий анализ крови: эритроциты - $4.0 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 140г/л; СОЭ - 5 мм/час, лейкоциты - $7,6 \times 10^9/л$.

Общий анализ мочи: уд. вес – 1,026, белок-0,033 г/л, лейкоциты и эритроциты 1-2 в поле зрения.

ЭКГ: ритм не синусовый. Определяются интервал PP-0,75 с, интервал RR-1,66 с, QR-T= 0,48с. QRS-0,16 с.

Вопросы.

1. Выделите синдромы.
2. Составьте план обследования.
3. Сформулируйте клинический диагноз.
4. Определите лечебную тактику.

Задача 16

Больная с. 62 года обратилась к терапевту поликлиники с жалобами на одышку при ходьбе, слабость, повышение АД до 170/100 мм рт ст.

Из анамнеза заболевания: повышение АД 4 года, максимально до 170/100 мм рт ст. гипотензивную терапию не принимает

Объективно. Состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы и слизистые физиологической окраски, чистые. Периферических отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание в лёгких везикулярное, хрипов нет, ЧД – 18 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 76 в минуту. АД 160/94 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезёнка не пальпируются. Стул оформленный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Лабораторно-инструментальные исследования

ОАК: гемоглобин - 135 г/л, эритроциты - $3,12 \times 10^{12}/л$. тромбоциты – $206 \times 10^9/л$, лейкоциты - $5,9 \times 10^9/л$, палочкоядерные - 2% , сегментоядерные - 64%, моноциты – 8%, лимфоциты – 26%, СОЭ - 14 мм/ч.

ОАМ: соломенно-желтая, уд. вес 1019, белок, глюкоза отриц., лейкоциты - единичные в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок 70 г/л, мочевины 5,9 ммоль/л, креатинин 87 мкмоль/л, билирубин общий 15 мкмоль/л, АЛТ 22 ед/л, АСТ 32 ед/л, калий 4,9 ммоль, глюкоза 5,2 ммоль/л, общий холестерин 5,8 ммоль/л. триглицериды – 1,4 ммоль/л, ЛПВП – 1,24 ммоль/л, ЛПНП - 3,1 ммоль/л.

ЭКГ – ритм синусовый, ЧСС 72 в мин. ЭОС нормальная. Расширение желудочкового комплекса QRS до 0,14 с во всех отведениях. В отведениях V_5, V_6 зубец R широкий, зубчатый.

Вопросы.

1. Выделите синдромы.
2. Составьте план обследования.
3. Сформулируйте клинический диагноз.
4. Определите лечебную тактику.

3. Типовые вопросы и ситуационные задачи к экзамену:

3.1 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. Врождённые 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. Экстрасистолия. Определение. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. ЭКГ-диагностика. Лечение и профилактика экстрасистолий.

8. Пароксизмальная тахикардия. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиническая картина приступа пароксизмальной тахикардии. ЭКГ-диагностика. Неотложная терапия. Показания к электроимпульсной терапии. Прогноз. Профилактика.

9. 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.

10. Нарушения проводимости. Этиология и патогенез. Классификация. Клинические проявления. ЭКГ – диагностика. Осложнения. Лечение. Прогноз.

11. Синдром слабости синусового узла (СССУ). Этиология. Клинические проявления. Принципы диагностики и терапии. Показания к имплантации искусственного водителя ритма.

12. 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.

13. Рестриктивная кардиомиопатия. Эпидемиология. Этиология. Патогенез гемодинамических нарушений. Основные клинические проявления. Принципы диагностики. Дифференциальный диагноз. Течение и осложнения. Принципы консервативного и оперативного лечения.

14. Дилатационная кардиомиопатия. Эпидемиология. Этиология. Патогенез гемодинамических нарушений. Основные клинические проявления. Принципы диагностики. Дифференциальный диагноз. Течение и осложнения. Принципы консервативного и оперативного лечения.

15. 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.

16. Вторичные артериальные гипертензии эндокринного генеза. Этиология. Патогенез. Особенности клинической картины. Лабораторная и инструментальная диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.

17. Системная красная волчанка. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина. Лабораторные изменения. Течение болезни. Диагностические критерии. Дифференциальный диагноз. Лечение. Значение антицитокриновой терапии. Осложнения. Прогноз. Профилактика.

18. Системная склеродермия. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина. Лабораторные изменения. Течение болезни. Диагностические критерии. Дифференциальный диагноз. Лечение. Значение антицитокриновой терапии. Осложнения. Прогноз. Профилактика.

19. Дерматомиозит. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина. Лабораторные изменения. Течение болезни. Диагностические критерии. Дифференциальный диагноз. Лечение. Значение антицитокинотерапии. Осложнения. Прогноз. Профилактика.

20. 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.

21. Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева). Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностические критерии. Лабораторная и инструментальная диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы терапии. Профилактика.

22. Остеоартроз. Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностические критерии. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы терапии. Прогноз. Профилактика.

23. Подагра. Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностические критерии. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы неотложной и плановой терапии.

24. Реактивные артриты (синдром Рейтера). Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Лабораторная и инструментальная диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

25. Гигантоклеточный артериит (болезнь Хортона). Эпидемиология. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Основные клинические синдромы. Диагностические критерии. Лабораторная и инструментальная диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.

26. Неспецифический аортоартериит (болезнь Такаясу). Эпидемиология. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Основные клинические синдромы. Диагностические критерии. Лабораторная и инструментальная диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.

27. Узелковый периартериит. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Лабораторная и инструментальная диагностика. Клинические варианты. Диагностические критерии. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.

28. Гранулематоз Вегенера. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Варианты течения. Лабораторная и инструментальная диагностика. Диагностические критерии. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. Прогноз. Профилактика.

29. Синдром Гудпасчера. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Варианты течения. Лабораторная и инструментальная диагностика. Диагностические критерии. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. Прогноз. Профилактика.

30. Геморрагический васкулит Шенляйн-Геноха. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Клинические варианты. Диагностические критерии. Дифференциальный диагноз. Лечение. Осложнения. Течение и исход.

31. Облитерирующий тромбангиит (болезнь Винивартера-Бюргера). Этиология и патогенез. Клиническая картина. Критерии диагноза. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.

32. Неходжкинские лимфомы. Классификация. Этиология. Патогенез. Клинические синдромы. Дифференциальный диагноз. Принципы диагностики и терапии.

33. Синдром раздраженного кишечника. Эпидемиология. Этиология, патогенез. Критерии диагноза. Клиническая картина. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

34. Функциональные расстройства двигательной и секреторной функции желудка. Этиология, патогенез. Клиническая картина. Течение. Принципы диагностики. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.

35. Болезнь Крона. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Кишечные и внекишечные проявления. Варианты течения. Осложнения. Лабораторная и инструментальная диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.

36. Язвенный колит. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Кишечные и внекишечные проявления. Варианты течения. Осложнения. Лабораторные и инструментальные методы диагностики. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.

37. Хронический пиелонефрит (тубулоинтерстициальный нефрит). Этиология и патогенез. Классификация. Клинические проявления. Методы лабораторной и инструментальной диагностики. Принципы терапии. Прогноз. Профилактика.

38. Нефротический синдром. Определение. Этиология и патогенез. Клинические проявления. Лабораторная и инструментальная диагностика. Принципы терапии. Осложнения. Прогноз. Профилактика.

39. Амилоидоз почек. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина в зависимости от вида амилоидоза. Лабораторная и инструментальная диагностика. Лечение. Исходы. Прогноз.

40. Острая почечная недостаточность. Понятие об ОПН. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Стадии. Дифференциальный диагноз. Лечение. Показания к экстракорпоральным методам лечения. Исходы. Прогноз.

41. Хроническая почечная недостаточность. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Основные клинические синдромы. Классификация. Понятие ХБП. Принципы терапии. Показания к гемодиализу и трансплантации почек.

42. Железодефицитная анемия. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Основные клинические синдромы. Лабораторная и инструментальная диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы терапии. Осложнения. Профилактика.

43. В12-(фолиево) - дефицитные анемии. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Основные клинические синдромы. Лабораторная и инструментальная диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы терапии. Осложнения. Прогноз. Профилактика.

44. Врожденные гемолитические анемии. Механизмы гемолиза. Классификация. Клинико-лабораторные признаки мембранопатий, энзимопатий и гемоглобинопатий. Дифференциальный диагноз. Принципы терапии. Прогноз.

45. 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.

46. 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.

47. Агранулоцитоз. Определение. Классификация. Этиология и патогенез. Клиника иммунных агранулоцитозов. Лабораторная и инструментальная диагностика. Лечение. Осложнения. Профилактика.

48. Тромбоцитопении. Классификация. Этиология и патогенез. Клинические проявления. Диагноз и дифференциальный диагноз. Принципы терапии. Показания к спленэктомии.

49. Болезнь Виллебранда. Этиология. Патогенез. Клинические варианты. Принципы диагностики. Дифференциальный диагноз. Плановая и неотложная терапия. Профилактика. Прогноз.

50. Гемофилии. Этиология. Место наследственного фактора в развитии болезни. Патогенез кровоточивости. Клинические проявления. Принципы постановки диагноза. Дифференциальный диагноз. Прогноз. Лечение и профилактика кровотечений.

51. 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.

52. 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.

53. Хронический лимфолейкоз. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Классификация. Клинические проявления. Лабораторная и инструментальная диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы терапии. Осложнения. Прогноз.

54. Множественная миелома. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификации. Клинические синдромы. Диагностические критерии. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы терапии. Прогноз.

55. 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.

56. 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.

57. Лимфогранулематоз (болезнь Ходжкина). Эпидемиология. Этиология и патогенез. Клинические варианты. Клиническая картина. Лабораторная и инструментальная диагностика. Дифференциальный диагноз. Течение и исходы. Лечение. Прогноз.

58. Эмфизема легких. Понятие о ХОБЛ. Эпидемиология. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Принципы диагностики. Лечение.

59. Легочное сердце. Определение. Классификация. Этиология. Патогенетическое значение легочной гипертензии. Патогенез гемодинамических изменений. Клинические проявления. Лабораторная и инструментальная диагностика. Принципы терапии. Осложнения. Прогноз.

60. Вторичные кардиомиопатии. Определение. Этиология и патогенез. Классификация. Основные клинические проявления. Диагностические критерии. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

3.2. Ситуационные задачи

Задача 1

Мужчина, 48 лет, сварщик. Жалобы на одышку, усиливающуюся при физической нагрузке, кашель с мокротой слизисто-гнойного характера, сердцебиение, отеки нижних конечностей, потливость, слабость, повышение температуры тела до 37,5 °С.

Из анамнеза заболевания. Последние 5 лет отмечает постоянный кашель со скудной слизистой мокротой, эпизоды лихорадки весной и зимой, с увеличением отхождения мокроты слизисто-гнойного характера. В периоды обострения проводилось лечение антибактериальными и отхаркивающими препаратами – с хорошим эффектом. Последние 3 года отметил нарастание одышки, последние полгода – постоянные отеки конечностей, увеличивающиеся к вечеру, получал сердечные гликозиды, мочегонные. Настоящее ухудшение состояния в течение 2 недель, когда усилился кашель, увеличилось отхождение слизисто-гнойной мокроты, выросла слабость, усилилась одышка при движении, повысилась Т тела до 37,5 °С. По экстренным показаниям направлен в стационар.

Из анамнеза жизни: Дважды перенес пневмонию в течение 2 лет. Стаж работы сварщиком 7 лет. Курит 20 лет по 1 пачке сигарет в день.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. В сознании, адекватен, активен. Повышенного питания. ИМТ 30,5 кг/м². Кожные покровы чистые, повышенной влажности. Цианотический румянец щек, акроцианоз, отеки голеней, стоп. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Грудная клетка эмфизематозна. ЧДД 24 в мин, SaO₂ 90 %. Нижние границы легких опущены, подвижность легочного края ограничена, перкуторно над легкими – коробочный звук. Дыхание ослаблено, выдох удлинен, сухие дискантные и басовые хрипы выслушиваются над всей поверхностью легких. Границы относительной сердечной тупости не определяются. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент II тона над легочной артерией, ЧСС 120 в мин, АД 120/90 мм рт. ст. Размеры печени по Курлову 12; 10; 8 см. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нб – 170 г/л; эритроциты – 6×10^{12} /л; лейкоциты – $12,8 \times 10^9$ /л; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 0 %, нейтрофилы п/я – 6 %, нейтрофилы с/я – 89 %, лимфоциты – 4 %, моноциты – 8 %; тромбоциты – 288×10^9 /л; СОЭ – 2 мм/ч; гематокрит – 58 %.

Биохимическое исследование крови: общий белок – 70 г/л; общий билирубин – 15 мкмоль/л; АлАТ – 20 Ед/л; АсАТ – 30 Ед/л; С-реактивный белок ++.

Рентгенография органов грудной клетки: легкие эмфизематозны, усилен интерстициальный и сосудистый рисунок прикорневых отделов. Сердечная тень расширена, выбухает дуга легочной артерии.

ЭКГ: Синусовая тахикардия ЧСС 109 в мин, электрическая ось сердца отклонена вправо. Признаки гипертрофии и перегрузки правых отделов сердца. «S»-тип ЭКГ.

Спирография: ЖЕЛ – 80 % от должного; индекс Тиффно – 53 % от должного; ОФВ₁ – 58 % от должного.

Газовый состав крови: рСО₂ – 51 мм рт. ст.; рО₂ – 60 мм рт. ст.; насыщение Hb кислородом – 70 %; рН – 7,35.

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.
7. План диспансерного наблюдения больного.
8. Прогноз.

Задача 2

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 голеней 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: Hb – 95 г/л; гематокрит – 36 %; эритроциты – $2,8 \times 10^{12}$ /л; средний размер эритроцитов – 78 фл; среднее содержание Hb 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 ристомидином – 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.

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.
7. План диспансерного наблюдения больного.
8. Прогноз.

Задача 3

Мужчина, 45 лет, дефектоскопист нефтепроводов. Жалобы на давящие боли в теменной области головы, зуд кожи, усиливающийся после приема теплого душа, эпизодические жгучие боли в области пальцев рук и ног.

Из анамнеза заболевания. Поступил в отделение гематологии на обследование по поводу зарегистрированного в крови высокого содержания Hb (195 г/л) и гематокрита (46 %). Ранее, со слов больного, подобных изменений в крови не обнаруживали. Вышеперечисленные симптомы беспокоят около двух недель.

Из анамнеза жизни. Вредных привычек не имеет. Деформация носовой перегородки (не скорректирована). Много лет занимался спортом.

Объективно. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. ИМТ 23,4 кг/м². Кожный покров и видимые слизистые ярко гиперемированы, физиологической влажности, чистые. Склеры инъектированы. Мягкое небо багрово-синюшного цвета. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. SaO₂ – 99 %. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Акцент II тона на аорте. ЧСС 82 в мин. АД 160/90 мм. рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову: 12; 9; 8. Край печени мягко-эластичный, безболезненный. Нижний полюс селезенки определяется ниже реберной дуги на 4 см, плотной консистенции. Стул без особенностей. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Лабораторно-инструментальные исследования:

Биохимическое исследование крови: мочевая кислота – 460 ммоль/л, ферритин – 430 нг/мл.

Эритропоэтин: 1,2 МЕ/мл (норма 4,3–32 МЕ/мл).

Миелограмма: трехростковая гиперплазия с преобладанием эритроидного и мегакариоцитарного ростков, значительное уменьшение жировой ткани.

Трепанобиопсия: панмиелоз, костный мозг обеднен жировой тканью.

ЭКГ: ритм синусовый. ЧСС 75 уд./мин. Нормальное положение электрической оси сердца.

УЗИ органов брюшной полости: селезенка 18 × 12 см.

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.
7. План диспансерного наблюдения больного.
8. Прогноз.

Задача 4.

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: Нв – 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.

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 5.

Больной К., 56 лет, поступил в стационар с жалобами на одышку в покое преимущественно инспираторного характера, отеки ног, ноющие боли в области сердца, сердцебиение и перебои а сердце, тяжесть и ноющие боли в правом подреберье.

Заболел 3 месяца назад без видимой причины, когда отметил появление одышки при небольшой физической нагрузке. Несмотря на проводившееся амбулаторное лечение мочегонными, сердечными гликозидами, состояние прогрессивно ухудшалось, в связи с чем госпитализирован. Выяснено, что отец и старший брат больного умерли от сердечной недостаточности, хотя не страдали гипертонией и ишемической болезнью сердца.

Объективно: общее состояние тяжелое. Ортопноное. Одышка в покое с ЧД 28 в 1 мин.

Удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные. Акроцианоз, слабый диффузный цианоз лица. Отмечается набухание и пульсация шейных вен. Выраженные отеки стоп и голеней.

Грудная клетка правильной формы. Перкуторный звук притуплен в нижних отделах легких.

Дыхание жесткое, в нижних отделах незвучные мелкопузырчатые хрипы.

Область сердца внешне не изменена. Верхушечный толчок разлитой, ослаблен, определяется в У межреберье по передней подмышечной линии. Границы относительной тупости существенно расширены во все стороны: правая - на 2,0 см кнаружи от правой парастернальной линии, верхняя - во II межреберье, левая - совпадает с верхушечным толчком. Тоны сердца на верхушке приглушены, П тон акцентирован на легочной артерии. Патологический 3 тон на верхушке, здесь же мягкий

систолический шум. Пульс - 104 в 1 мин., аритмичный за счет частых (до 10 в 1 мин.) экстрасистол, пониженного наполнения и напряжения. АД - 95/70 мм рт ст Живот мягкий, умеренно болезнен в правом подреберье. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, плотноватая, край закруглен.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ:

1. Эхокардиоскопия: расширение полостей сердца, незначительное утолщение задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки. Снижение фракции выброса левого желудочка до 40%.
2. Общий анализ крови: эр. - $4,2 \times 10^{12}/л$, Нв - 120 г/л, цв.п. - 0,9; тромбоциты - $400 \times 10^9/л$, лейкоциты - $8,0 \times 10^9/л$, пал. - 3%, эоз. - 2%, сегм. - 60%, лимф. - 28%, мон. - 7%, СОЭ - 10 мм/час.
3. АСТ - 0,35 ммоль/л, АЛТ - 0,4 ммоль/л, ДФА - 200 ед., СРБ - отрицательный, об. белок - 7,8 г/л, альбумины - 57%, альфа-1-глобулины - 5%, альфа-2-глобулины - 10%, бета-глобулины - 9%, гамма-глобулины - 19%.
4. Общий анализ мочи: уд. вес - 1018, белок - 0,099 г/л, лейкоциты - 2-4 в п/зр., эр. - 3-5 в п/зр., гиалиновые цилиндры.

Вопросы

1. Установить предварительный диагноз.
2. Намечить план дополнительного обследования с указанием ожидаемых результатов.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

Задача 6.

Больной М., 46 лет, шофер, заболел остро: 14 декабря повысилась температура тела до $38,5^{\circ}C$, появились катаральные явления. Лечился амбулаторно без особого эффекта. 18 декабря появились неприятные ощущения за грудиной, чувство нехватки воздуха, которые нарастали. Доставлен в стационар в тяжелом состоянии. Кожные покровы синюшны, холодные на ощупь. В легких - укорочение перкуторного звука в заднебоковых отделах ниже угла лопатки, в этих областях дыхание ослаблено, влажные незвонкие мелкопузырчатые хрипы. ЧД - 22 в минуту. Пульс - 100 в минуту, аритмичный, слабого наполнения. АД - 90/60 мм рт. ст. Границы относительной тупости сердца: правая - на 2 см от края грудины, левая - на 3 см снаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца глухие, на верхушке - систолический шум. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень выступает на 3 см, плотноватая.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ :

1. ЭКГ - прилагается.
2. ЭХО-КС - снижение сердечного выброса, полость левого желудочка дилатирована.
3. Общий анализ крови: эр. - $4,2 \times 10^{12}/л$, Нв - 130 г/л, лейкоциты - $15,1 \times 10^9/л$, эоз. - 4%, пал. - 5%, сегм. - 45%, лимф. - 36%, мон. - 9%, СОЭ - 6 мм/час.
4. Сыворотка крови : СРБ ++, КФК - 3,6 ммоль/л, ЛДГ - 320 Ед/л, АСТ - 36 Ед/л.
5. Общий анализ мочи: уд. вес - 1016, белок - 0,06% , гиалиновые цилиндры - ед. в п/зр.
6. Посев крови стерил.

Вопросы

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Наметьте план дообследования.
4. Назначьте лечение.

Задача 7.

Мужчина, 50 лет, бурильщик нефтяных скважин. Жалобы на интенсивные боли в поясничном отделе позвоночника, отеки лица по утрам.

Из анамнеза заболевания. Около трех месяцев отмечает боли в поясничной области, нарастающие в динамике. Связывал начало заболевания с избыточной физической нагрузкой. Лечился самостоятельно: диклофенак, мидокалм, без эффекта. Обратился за медицинской помощью к участковому терапевту. В ходе обследования обнаружены изменения в биохимическом исследовании крови: общий белок 100 г/л, креатинин - 116 мкмоль/л. М-градиент в области гамма-глобулинов в крови 40%. Направлен на госпитализацию в гематологическое отделение.

Из анамнеза жизни. Курит 20 лет по 1 пачке в день. Последний год отмечает частые инфекционно-воспалительные заболевания органов дыхания.

Объективно. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Рост 182 см. Вес 83 кг. ИМТ 25,0 кг/м². Кожный покров и видимые слизистые физиологической окраски, физиологической влажности, чистые. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пальпация паравертебральных точек в области пояснично-крестцового отдела позвоночника умеренно болезненна. Периорбитальная отечность. Отеки стоп, нижних третей голени. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 90 в мин. АД 120/80 мм. рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову: 9; 8; 7 см. Край печени мягко-эластический, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Стул без особенностей. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАМ: относительная плотность – 1020, белок 2,0 г/сут, глюкоза – отр., лейкоциты – ед. в п/зр, эритроциты – ед. в п/зр, цилиндры – 5–6 в п/зр.

Белок Бенс-Джонса в моче: +.

Миелограмма: костный мозг умеренно клеточный, на 40,2 % представлен плазматическими клетками. В некоторых клетках – вакуолизация цитоплазмы, зернистость, тельца Рассела. Встречаются двуйдерные клетки. Скоплений «пламенеющих» клеток нет.

Магнитно-резонансная томография пояснично-крестцового отдела позвоночника: структура тел позвонков не изменена, в теле L5, крестце, костях таза шаровидные зоны высокого сигнала в T₁-сег.

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 8.

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: Hb – 95 г/л; гематокрит – 36 %; эритроциты – $2,8 \times 10^{12}/л$; средний размер эритроцитов – 78 фл; среднее содержание Hb в эритроцитах – 25 пг; лейкоциты – $3,4 \times 10^9/л$; тромбоциты – $60 \times 10^9/л$; 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 ристомиицином – 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.

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 9.

Девушка Д., 19 лет поступила в клинику с жалобами на слабость, тошноту, рвоту, повышение температуры, боли в ногах, носовое кровотечение.

Из анамнеза известно, что в течение последних 3 месяцев девушка начала быстро уставать, снизился аппетит. 2 недели назад родители заметили, что стала бледной. Настоящее ухудшение отмечено 7 дней назад, когда повысилась температура до 39,3°C, увеличились подчелюстные лимфатические узлы. В амбулаторном анализе крови выявлен гиперлейкоцитоз до $200 \times 10^9/\text{л}$, с подозрением на хронический лейкоз пациентка госпитализирована.

При поступлении состояние тяжелое. Резко выражены симптомы интоксикации. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, на конечностях многочисленные экхимозы. Пальпируются подчелюстные, шейные лимфатические узлы размерами до 1,5 см, подвижные, безболезненные; подмышечные, паховые лимфатические узлы до 1,0 см в диаметре. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах справа ослаблено, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень +4,0 см, селезенка +3,0 см ниже края реберной дуги. Отмечается ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига, болезненность при поколачивании по грудице.

Общий анализ крови: Нв – 86 г/л, Эрит – $3,2 \times 10^{12}/\text{л}$, тром – $23,0 \times 10^9/\text{л}$, лейко – $208,0 \times 10^9/\text{л}$, Бласты – 76%, П – 1%, С – 4%, Л – 19%, СОЭ – 64 мм/ч.

Миелограмма: костный мозг гиперплазирован, бласты – 96%, нейтрофильный росток – 3%, эритроидный росток – 1%, мегакарициты – не найдены.

Цитохимическое исследование костного мозга: ШИК-реакция гранулярная в 95% бластов, реакция на миелопероксидазу и судан отрицательная.

Иммунологическое исследование костного мозга: выявлены маркеры зрелой Т-клетки.

Исследование ликвора: цитоз – 200/3, белок – 960 ммоль/л, реакция Панди ++++, бласты – 90%.

1. Выделите основные синдромы и обоснуйте их.
2. Проведите дифференциальный диагноз, основываясь на синдроме лейкоцитоза.
3. Сформулируйте клинический диагноз:
 - основное заболевание;
 - осложнения основного заболевания;
 - сопутствующие заболевания;

4. Составьте план дополнительных лабораторных и инструментальных методов обследования.

5. Определите тактику лечебных мероприятий: медикаментозных и немедикаментозных.

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. Мочиспускание свободное, безболезненное.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Hb–80 г/л; гематокрит – 34 %; эритроциты – $2,6 \times 10^{12}/л$; средний размер эритроцитов – 74 фл; среднее содержание Hb 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.

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.

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 12.

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 – $10,4 \cdot 10^9$ /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.

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 13.

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 слабоположительно с двух сторон. Стул, диурез в норме. Отмечается незначительная пастозность стоп и голеней.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нв – 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.

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 14.

Девушка, 19 лет, студентка. Жалобы на мышечную слабость, лихорадку до 39 °С, потерю массы тела около 8 кг за последние 6 месяцев, выпадение волос.

1. Из анамнеза заболевания. Год назад после искусственного прерывания беременности впервые появились боли в межфаланговых и пястно-фаланговых суставах кистей, коленных и голеностопных суставах, мышечная слабость, субфебрилитет. По назначению терапевта принимала диклофенак в течение 3 недель, на фоне приема которого сохранялись длительные интенсивные боли и отечность суставов, повышение температуры до 38 °С. Был назначен преднизолон в дозе 20 мг, в течение одной недели нормализовалась температура, исчезли боли в суставах, сохранялась незначительная слабость. Последующие 6 месяцев не принимала никаких препаратов, не обследовалась, несмотря на прогрессирующую потерю массы тела и слабость, которую расценивала как следствие переутомления. Стала отмечать ухудшение самочувствия во время пребывания на открытом солнце, неделю назад отметила шелушение и покраснение кожи щек, переносицы, повышение температуры до 39 °С, боли в межфаланговых, локтевых и коленных суставах. В настоящее время поступила в ревматологическое отделение.

Объективно. Кожа сухая, livedo reticularis на коже передней грудной стенки и конечностях. Сливные эритематозные пятна на переносице и коже щек. В области правого локтевого сустава и голеностопных суставов эритематозные пятна размерами от 2 до 3,5 см, отечные, шелушащиеся. Отмечается легкая отечность проксимальных межфаланговых суставов кистей и голеностопных суставов. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Границы сердца в норме. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Систолический шум на верхушке, в подмышечную область не проводится. ЧСС 100 в мин. АД 145/90 мм рт. ст.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нв – 98 г/л; лейкоциты – $10,8 \times 10^9$ /л; лейкоцитарная формула: нейтрофилы с/я – 57 %, п/я – 4 %, лимфоциты – 35 %, моноциты – 4 %; СОЭ – 57 мм/ч.

ОАМ: отн. плотность – 1025; белок – 1,2 ммоль/л; эритроциты – 15 в п/зр.; лейкоциты – 0–3 в п/зр.

Иммунологическое исследование крови: фибриноген – 6,2 г/л; LE – 10 : 1000; комплемент 25 ед.; АНФ – 1 : 128. АТ к ДНК 1 : 1200, АТ к Sm 1 : 340.

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 15.

Больной М., 55 лет, водитель. При поступлении жалуется на припухание и боль в правом голеностопном суставе и мелких суставах правой стопы, покраснение кожи над ними, ограничение движений в них.

Из анамнеза установлено, что страдает внезапными приступами болей в суставах правой стопы около 8 лет, когда впервые на фоне относительного благополучия ночью появились интенсивные боли в первом пальце правой стопы. Одновременно обнаружено было припухание, покраснение и повышение кожной температуры в области поражения. Самостоятельный прием анальгетиков привел

к значительному уменьшению болевого синдрома и восстановлению функции суставов. В последующем было замечено, что рецидивирование артрита 1-го плюсне-фалангового сустава возникает после праздничных застолий или интенсивной физической работы. Боль в области правого голеностопного сустава присоединилась в течение последних 6 месяцев. Периодически в области порвженных суставов отмечается треск при ходьбе, особенно по неровной поверхности. Объективно: телосложение правильное, повышенного питания. В области хрящевой части ушных раковин пальпируются безболезненные плотные образования величиной 0,3 x 0,2 см, белесоватые на изгибе. Кожные покровы чистые, достаточной влажности. Тургор тканей сохранен. Отмечаются костные деформации в области 1-го и 2-го плюсне-фаланговых суставов правой стопы с формированием hallus valgus, сочетающиеся с припухлостью, покраснением кожи и повышением местной температуры над этими же суставами. Симптом бокового сжатия правой стопы - положительный. Незначительное ограничение движений 1-го и 2-го пальцев правой стопы. Правый голеностопный сустав припухший, горячий и болезненный при пальпации. Объем активных и пассивных движений в нем ограничен из-за боли.

Внутренние органы без существенных видимых изменений.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

1. Клинический анализ крови: Нв - 158 г/л, эр. - $4,5 \times 10^{12}/л$, лейкоц. - $7,9 \times 10^9/л$, СОЭ - 26 мм/час.
 2. Биохимический анализ крови: билирубин - 13,5 мкмоль/л, холестерин - 5,8 ммоль/л, креатинин - 65 мкмоль/л, мочевая кислота - 589 мкмоль/л, СРБ - 2, ревматоидный фактор - 0, АСЛ-О - 125 ед., общий белок - 77,5 г/л, белковые фракции - альбумины - 53%, глобулины а1 - 3%, а2 - 9%, в - 14%, у - 21%.
 3. Общий анализ мочи: уд. вес - 1015, реакция слабо-кислая, белок - 0,066 г/л, эр. - 0-2 в п/зр., лейкоц. - 0-2-4 в п/зр.
 4. Исследование синовиальной жидкости: наличие игольчатых кристаллов, расположенных внутриклеточно и двоякопреломляющих свет в поляризационном микроскопе. Цитоз 10 000 - 60 000 клеток на мм³ (преимущественно нейтрофилы).
- УЗИ почек - почки расположены типично, подвижность сохранена, чашечно-лоханый комплекс не изменен. В области кортикальной зоны левой почки прослеживаются очаги незначительно выраженной гиперэхогенности, микролиты.

Задание

1. Установить предварительный диагноз.
2. Составить план дополнительного обследования
3. Провести дифференциальный диагноз.
4. Намечать тактику лечения.

Задача 16.

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

Биохимический анализ крови: билирубин – 32 мкмоль/л; непрямого – 14 мкмоль/л; прямого – 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.

Задание

1. Установить предварительный диагноз.
2. Составить план дополнительного обследования
3. Провести дифференциальный диагноз.
4. Наметить тактику лечения.