

Задача 1.

Больная Т., 35 лет, поступила **с жалобами** на общую слабость, тошноту, периодические головные боли. При просмотре амбулаторной карты выявлены изменения в анализах мочи в виде протеинурии. При осмотре лицо пастозное, кожные покровы бледные, сухие. АД — 170/110 мм рт. ст., сердечные тоны ритмичные, акцент II тона над аортой. В легких без особенностей. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются.

Общий анализ крови: эр. — $3,0 \times 10^9/\text{л}$, Нв — 100 г/л, ц.п.- 0,9, лейкоц. — $7,8 \times 10^9/\text{л}$, формула без отклонений, СОЭ — 35 мм/час.

Общий анализ мочи: уд. вес — 1002, белок — 1,0 г/л, лейкоц. — 4-5 в п/зр., эр. — 5-8 в п/зр, цилиндры гиалиновые, зернистые. Проба Реберга : креатинин — 250 мкмоль/л, клубочковая фильтрация — 30 мл/мин., канальцевая реабсорбция — 97%.

УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, контуры ровные, мелковолнистые, размеры — 7,8-4,0 см, паренхима истончена, значительно уплотнена — 0,9 см, отсутствие дифференциации между корковым и мозговым слоем. Признаки нефросклероза. ЧЛС без особенностей, подвижность почек в пределах нормы.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Лечение. Показан ли гемодиализ?.

Задача 2.

Больной М., 17 лет, при поступлении жалоб не предъявлял. Неделю назад появились катаральные явления, поднялась субфебрильная температура. На 3-й день от начала заболевания заметил изменение цвета мочи — стала красноватая. Направлен в стационар.

При поступлении состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски и влажности. АД — 120/80 мм рт. ст. В легких при аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, ясные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное, отеков нет.

При обследовании — общий анализ мочи: уд. вес — 1018, белок — 0,18 г/л, лейкоц. — 1-2-3 в п/зр., эр. — много в п/зр., цилиндры гиалиновые, зернистые; общий анализ крови : без особенностей.

УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, размеры 10-5 см, паренхима — 19 мм, несколько повышенной эхогенности, ЧЛК не изменен, подвижность почек в положении стоя не увеличена. Теней подозрительных на конкременты не выявлено.

Анализ мочи на БК люминесцентным методом: не обнаружено.

Проба Зимницкого: дневной диурез — 700 мл, ночной диурез — 500 мл, уд. вес — 1008-1026.

Уровень креатинина — 88 мкмоль/л, мочевины — 4,0 ммоль/л.

Проба Реберга: клубочковая фильтрация — 100 мл/мин., канальцевая реабсорбция — 99%, креатинин крови — 80 мкмоль/л, мин. диурез — 1,1 мл/мин.

ВОПРОСЫ:

1. Предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз.

3. План обследования.

4. Лечение.

Задача 3.

У больного М., 30 лет, через 2 недели после перенесенной ангины, утром внезапно появились отеки. В анамнезе заболевания почек нет.

При поступлении: общее состояние средней тяжести, бледность и одутловатость лица, массивные отеки ног, поясницы, асцит, жидкость в плевральной полости. В легких при аускультации в нижних отделах дыхание ослабленное. Сердечные тоны ритмичные, ясные. АД — 190/120 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный при пальпации в области проекции почек.

Общий анализ мочи: уд. вес — 1010, белок — 0,6 г/л, эр. — 50-60 в п/зр., цилиндры: гиалиновые, зернистые.

Общий анализ крови: Нв — 120 г/л, эритроциты — $4,6 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. — $8,3 \times 10^9$ /л, СОЭ — 20 мм/час.

Динамика уровня креатинина: 200 мкмоль/л — 130 мкмоль/л -100 мкмоль/л ; 80 мкмоль/л — 90 мкмоль/л — 88 мкмоль/л ; 120 мкмоль/л — 200 мкмоль/л — 350 мкмоль/л (нарастание креатинина в течение трех месяцев).

Анализ крови на электролиты: К — 5,3 ммоль/л, Na — 150 ммоль/л, Са — 2,2 ммоль/л, Cl — 97 ммоль/л , АСЛ-О — 320 ед. Общий белок: 65 г/л.

УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, размеры 12,5x7 см, паренхима отечная 22 мм, ЧЛС не изменена.

Глазное дно: признаки почечной ретинопатии.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Лечение.

Задача 4.

Больной Л., 16 лет, поступил с жалобами на боли и припухлость правого коленного сустава, гематурию, общую слабость. Из анамнеза: с детских лет периодически отмечал луночные кровотечения, неоднократно были гемартрозы различной локализации.

Объективно: Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение вынужденное, из-за выраженного болевого синдрома. Кожа и видимые слизистые бледные, чистые. Лимфатические узлы не увеличены. Мышечная система развита умеренно, мышечная сила и тонус сохранены. Правый локтевой и левый коленные суставы деформированы. Правый коленный сустав деформирован, болезненный при пальпации, горячий на ощупь. ЧД в 16 в минуту. Дыхание везикулярное. АД 110/60 мм.рт.ст. Перкуторно □ границы сердца не изменены. Тоны сердца звучные, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Дизурии нет. Отеков нет.

Данные дополнительных методов исследования:

ОАК: Эритроциты 2,6 Т/л, гемоглобин 116,3 г/л, цветовой показатель 0,82. Тромбоциты 180,0 Г/л. Лейкоциты 7,5 Г/л, сегментоядерные - 66%, лимфоциты 19%, моноциты 15%. СОЭ 28 мм/ч. Анизоцитоз +; пойкилоцитоз +; микроцитоз +.

ОАМ: Реакция нейтральная, уд. вес 1013, белок отриц., эп. Кл. плоские □ 1-2 в пл. зр., лейкоциты 0-1-2 в пл. зрения, эритроциты 10 -15 в пл. зрения.

Анализ крови биохимический: Креатинин 79,3 мкмоль/л. Общий белок 79,3 г/л. Билирубин прямой 0,0 мкмоль/л, непрямой 11,5 мкмоль/л. АСТ 0,22 ммоль/л, АЛТ 0,19 ммоль/л. Калий 3,9 ммоль/л, натрий 139,2 ммоль/л. Сахар крови 4,8 ммоль/л.

ЭКГ. Полувертикальное положение ЭОС. Ритм синусовый с ЧСС 80 в минуту. Повышен вольтаж зубцов.

Рентгенологическое исследование органов грудной полости. Легочные поля без очаговых и инфильтративных изменений. Корни структурны, синусы свободны. Средостение не смещено.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.
3. Необходимые дополнительные обследования.
4. Определите тактику ведения и лечения больного.

Задача 5.

Пациент 45 лет, по профессии программист, обратился к участковому врачу с жалобами на боли в эпигастральной области, преимущественно натощак и в ночное время, заставляющие его просыпаться, а также на почти постоянную изжогу, чувство тяжести и распиравания в эпигастральной области после приёма пищи, изжогу, отрыжку кислым, тошноту. Из анамнеза известно, что пациент много курит, злоупотребляет кофе, питается нерегулярно. Часто бывают обострения хронического фарингита. Болен около трех лет. Не обследовался, лечился самостоятельно (принимал фитотерапию). При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ 32,0 кг/м. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура тела нормальная. Зев – миндалины, задняя стенка глотки не гиперемизированы. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, напряжения мышц живота нет, симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. ЭФГДС: пищевод свободно проходим, утолщены продольные складки, очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода, кардия смыкается не полностью. В желудке натощак содержится небольшое количество светлой секреторной жидкости и слизи. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извитые. Луковица 12 перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,5 см в диаметре. Края дефекта имеют чёткие границы, гиперемизированы, отёчны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без

патологии. Уреазный тест на наличие *H. pylori* – положительный.

Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Какое лечение Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор. 5. Необходимо ли взять пациента на диспансерный учет? Что нужно назначить пациенту в качестве профилактической терапии «по требованию» при появлении симптомов, характерных для обострения язвенной болезни?

Задача 6.

Женщина 45 лет обратилась к врачу с жалобами на изжогу, отрыжку кислым, усиливающиеся в горизонтальном положении после приёма пищи и при наклоне вперед. Данные симптомы появились около трёх месяцев назад, по поводу чего ранее не обследовалась, лекарственных препаратов не принимала. Курит по 10 сигарет в день, алкоголь употребляет в минимальных количествах. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ=31 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумы не выслушиваются. ЧСС – 72 уд. в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В клиническом и биохимическом анализах крови отклонений не выявлено. ЭКГ – синусовый ритм, ЧСС=70 уд в мин, горизонтальное положение электрической оси сердца, вариант нормы. Проведена ЭГДС, при которой выявлены множественные участки гиперемии слизистой оболочки и отдельные несливающиеся эрозии дистального отдела пищевода размером до 5 мм

Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Назовите группы лекарственных препаратов и 1–2 их представителей в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой

выбор. 5. Какие рекомендации по изменению образа жизни необходимо дать пациентке?

Задача 7.

Мужчина 48 лет обратился к врачу с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, тупые ноющие боли в области правого подреберья, тошноту, отрыжку воздухом, снижение аппетита, периодически возникающий кожный зуд. Из анамнеза известно, что пациент употребляет алкоголь (более 60 г этанола в сутки) в течение 13 лет. Два года назад появились боли ноющего характера в области правого подреберья, общая слабость, тошнота, периодически возникающий кожный зуд, усиливающийся в вечернее время. За медицинской помощью пациент не обращался. Периодически принимал баралгин, антигистаминные средства, ферментные препараты: креон по 25000 Ед. два раза в сутки; эффекта от принимаемых препаратов не отметил. Настоящее обострение в течение последних трех недель, когда после употребления алкоголя появились слабость, почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошнота, отрыжка воздухом, снижение аппетита. Операций, гемотрансфузий не было. При осмотре: состояние удовлетворительное; рост 178 см, вес 79 кг, ИМТ 24,9 кг/м. Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны; выявляются телеангиэктазии на груди, спине, плечах, «пальмарная» эритема. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 70 в 1 мин; АД 130/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом у корня. Живот мягкий, при поверхностной пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 9 (+2)×8×7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность. Селезёнка не пальпируется. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Результаты исследований: Общий анализ крови: эритроциты – $4,4 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $6,3 \times 10^9/л$; нейтрофилы сегментоядерные – 64%; нейтрофилы

палочкоядерные – 1%; лимфоциты – 28%; моноциты – 4%; эозинофилы – 2%; базофилы – 1%; Нв – 148 г/л; тромбоциты – 217×10^9 /л; СОЭ – 18 мм/ч. Биохимия крови: общий билирубин – 25 мкмоль/л; непрямой билирубин – 22,5 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,5 мкмоль/л; АЛТ – 203 ед/л; АСТ – 214 ед/л; ГГТП – 89 ед/л; ЩФ – 298 ед/л; ТГ – 3,9 ммоль/л; ХС ЛПНП – 2,8 ммоль/л; ХС ЛПВП – 1,5 ммоль/л; глюкоза – 5,0 ммоль/л; креатинин – 62 мкмоль/л; мочевины – 2,8 ммоль/л; альбумин – 43 г/л; общий белок – 71,5 г/л; альфа глобулины – 3,2 г/л; альфа глобулины – 5,7 г/л; бета глобулины – 7,1 г/л; γ глобулины – 12,5 г/л; альфа фетопротейн – 3,1 ед/л; ферритин – 54 мкг/л; трансферрин – 2,6 г/л; калий – 3,7 ммоль/л; Na – 137,5 ммоль/л; железо – 21,5 мкмоль/л; амилаза – 44 ед/л; ХС – 5,3 ммоль/л. ПТИ 84%. СЗ_Лечебное дело (ч.1) – 2017 47 Иммуноферментный анализ (исследование крови на маркеры гепатитов В, С): HBsAg (); анти HBs (); анти HBcIgG (); HBeAg (); анти HBe (); анти HBcIgM (); анти HCV – отриц. Эластометрия печени: определена стадия F2 (по шкале METAVIR), умеренный фиброз. Кал на скрытую кровь – отриц. Рентгенологическое исследование лёгких: без патологических изменений. ЭКГ – без патологических изменений. Общий анализ мочи: в пределах нормы.

Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента 5. При обращении к врачу через месяц после лечения пациент отметил улучшение самочувствия: исчезли слабость, повышенная утомляемость, тупые боли в области правого подреберья, тошнота, отрыжка воздухом. При объективном осмотре: кожные покровы чистые, обычной окраски. Размеры печени по Курлову: $9 \times 8 \times 7$ см. Селезёнка не увеличена. Общий анализ крови – в пределах нормы. Биохимия крови: общий билирубин – 18 мкмоль/л; непрямой билирубин – 16 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,0 мкмоль/л; АЛТ – 40 ед/л, АСТ – 38 ед/л, ГГТП – 26 ед/л; ЩФ – 125 ед/л; ТГ – 2,6 ммоль/л. При УЗИ органов брюшной полости выявлены диффузные дистрофические изменения в паренхиме печени. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Задача 8.

Больной С. 69 лет пенсионер обратился в поликлинику к терапевту с жалобами на тупые, ноющие малоинтенсивные боли и ощущение тяжести в подложечной области через 15-20 минут после еды, тошноту, изжогу. Болевые ощущения усиливаются при погрешностях в питании. Периодически беспокоят одышка, давящие боли за грудиной, возникающие при умеренных физических нагрузках (подъём на 2-й этаж), купируются приемом нитраминта и при прекращении нагрузки. Из анамнеза: боли в подложечной области беспокоят последние 4-5 недель, несколько уменьшаются после приёма нитроглицерина, альмагеля. Около недели назад пациент отметил эпизод появления чёрного стула в течение 2-х суток. В возрасте 49 лет диагностировали язвенную болезнь ДПК, лечился в стационаре, в последующем обострений заболевания никогда не фиксировалось. Последние 10 лет к врачам по этому поводу пациент не обращался. Больной страдает ИБС; 1,5 года назад перенёс инфаркт миокарда, 10 месяцев назад проведена операция стентирования коронарных артерий (установлено 2 стента). Пациент получает медикаментозное лечение по поводу ИБС, в том числе, тромбоасс и клопидогрел, последние 5 месяцев прекратил приём крестора. При осмотре: состояние удовлетворительное, ИМТ – 27 кг/м², кожный покров и видимые слизистые бледно розовой окраски. Голени пастозны. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 мин. Сердце – тоны приглушены, акцент 2 тона на аорте, ритм правильный. ЧСС – 92 в 1 мин. АД – 130/85 мм рт.ст. Живот участвует в дыхании, при пальпации мягкий, определяется умеренная болезненность в эпигастрии по средней линии тела и в пилорoduodenальной зоне, остальные отделы живота безболезненны. Пузырные симптомы отрицательные. Размеры печени и селезёнки по Курлову: 11х9х8 см и 6х4 см соответственно. Край печени плотно эластической консистенции определяется на 2 см ниже реберной дуги, безболезненный. Пальпация отделов толстой кишки безболезненна. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный. В анализах:

эритроциты $3,11 \times 10^{12}/л$, Hb 103 г/л, MCH 22p/g, MCHC– 300 g/l, лейкоциты $5,6 \times 10^9/л$. СОЭ 8 мм/час. Общий холестерин 7,8 ммоль/л, триглицериды 2,6 ммоль/л. ЭКГ: ритм синусовый, 72 в 1 мин; $RI > RII > RIII$, в I, aVL, v4 отведениях зубец Q $> 1/3$ зубца R, зубец T отрицательный.

Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз 3. Какие дополнительные методы исследования Вы назначили бы данному пациенту 4. Определите план ведения пациента с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов лечения. 5. Укажите препараты из группы ИПП, которые Вы выбрали бы в данном случае. Обоснуйте Ваш выбор. Укажите дозы препаратов. Выберите схему эрадикационной терапии.

Задача 9.

Мужчина 49 лет обратился к врачу с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошноту. Из анамнеза. Считает себя больным в течение двух лет, когда впервые появились общая слабость, повышенная утомляемость, чувство тяжести в области правого подреберья. За медицинской помощью не обращался. Периодически принимал эссенциале форте по 2 капсуле три раза в день, ферментные препараты: креон по 25000 Ед. два раза в сутки; улучшения самочувствия не отметил. Настоящее обострение в течение месяца, когда после значительной физической нагрузки усилились боли в области правого подреберья, увеличилась общая слабость. Принимал баралгин, положительного эффекта не наблюдалось. Операций, гемотрансфузий не было. Алкоголем не злоупотребляет, гепатотоксичные лекарственные средства не принимал, был донором. При осмотре: состояние удовлетворительное; рост 177 см, вес 79 кг, ИМТ 25,2кг/м . Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны, выявляются телеангиэктазии на груди, плечах и спине. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 72 в 1 мин; АД 130/80 мм

рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 12 (+3)×8×7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность при пальпации. Селезёнка не увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Результаты исследований: общий анализ крови: эритроциты – $4,5 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $6,5 \times 10^9/л$; нейтрофилы – $4,5 \times 10^9/л$; лимфоциты – $1,3 \times 10^9/л$; моноциты – $0,44 \times 10^9/л$; эозинофилы – $0,2 \times 10^9/л$; базофилы – $0,06 \times 10^9/л$; Hb – 145 г/л; тромбоциты – $232 \times 10^9/л$; СОЭ – 23 мм/ч. Биохимия крови: общий билирубин – 35 мкмоль/л; непрямой билирубин – 29,5 мкмоль/л; прямой билирубин – 5,5 мкмоль/л; АЛТ – 230 ед/л; АСТ – 155 ед/л; ГГТП – 83 ед/л;

ЩФ – 143 ед/л; глюкоза – 5,1 ммоль/л; креатинин – 72 мкмоль/л; мочевины – 3,2 ммоль/л; альбумин – 39 г/л; общий белок – 71 г/л; альфа глобулины – 3,0 г/л; альфа глобулины – 5,5 г/л; бета глобулины – 6,0 г/л; γ глобулины – 17,5 г/л; ТТГ – 0,94 МЕ/л; альфа фетопроtein – 3,2 ед/л; ферритин – 53 мкг/л; трансферрин – 2,5 г/л; калий – 3,9 ммоль/л; Na – 138 ммоль/л; амилаза – 43 ед/л; железо – 21,3 мкмоль/л; ХС – 5,0 ммоль/л; церулоплазмин – 185 мг/л. ПТИ – 55%. Иммуноферментный анализ (определение маркеров гепатитов В, С, Дв сыворотке крови): HBsAg (+); анти HBs (–); анти HBcIgG (+); HBeAg (–); анти HBe (+); анти HBcIgM (–); анти HDV (–); анти HCV (–); анти ВИЧ – отрицательный. Иммунологическое исследование: концентрация Ig класса G γ сыворотке крови 7,0 г/л; молекулярно биологические исследования: ПЦР: ДНК ВГВ – положительный; количественный анализ ДНК ВГВ – 61000 МЕ/мл. Кал на скрытую кровь – отриц. Общий анализ мочи: в пределах нормы. Эластометрия печени: определена стадия F4 (по шкале METAVIR), цирроз печени. При УЗИ органов брюшной полости выявлены гепатомегалия, диффузные дистрофические изменения паренхимы печени. Рентгенологическое исследование легких: без патологических изменений; ЭКГ – без патологических изменений; тест связи чисел – в пределах нормы.

Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте

поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента 5. Через 6 месяцев постоянного лечения концентрация ДНК ВГВ – 10 МЕ/мл. Серологическое исследование (ИФА): HBsAg (); анти HBs (+); анти HBcIgG (+); HBeAg (); анти HBe (+); анти HBcIgM (). Биохимия крови: АЛТ – 78 ед/л, АСТ – 52 ед/л, ГГТП – 26 ед/л; общий билирубин – 34 мкмоль/л; ПТИ – 60%; креатинин – 72 мкмоль/л. Общий анализ крови – в пределах нормы. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Задача 10.

Больной С. 29 лет, программист, обратился в поликлинику к терапевту с жалобами на тупые, ноющие малоинтенсивные боли в нижних отделах живота ближе к левому флангу, возникающие перед дефекацией, либо усиливающиеся сразу после опорожнения кишечника, длящиеся около 30- 40 минут, разжиженный стул с примесью слизи и небольших количеств алой крови, частота стула до 5-6 раз в сутки, в том числе, в ночное время, ложные позывы на дефекацию с выделением из прямой кишки только слизи с примесью алой крови, ощущение урчания, бурления в животе в течение дня, снижение веса на 5 кг за прошедшие 4 месяца. Из анамнеза: нарушение стула впервые отметил 5 месяцев назад после поездки на юг в летнее время и связал указанный симптом с особенностями питания (употребление больших количеств овощей и фруктов). Диарея сохранялась и прогрессировала и после возвращения из отпуска. Самостоятельно принимал смекту, мезим с незначительным и нестойким эффектом. Через 1,5 месяца отметил появление в кале слизи и прожилок крови, затем появились слабые боли по левому флангу живота. Начал прием ношпы. По совету родственницы 2 недели назад в течение 5 дней принимал левомицетин по 3 таблетки в день, на этом фоне значительно усилились диарея и боли в животе, увеличилась примесь крови в кале, что и послужило поводом для обращения к участковому врачу. Обращение за

медицинской помощью откладывал, поскольку считал, что у него имеет место какое то инфекционное заболевание кишечника и опасался госпитализации в инфекционное отделение, предпочитая лечиться самостоятельно. В прошлом в период студенчества имели место неоднократные эпизоды жидкого стула, появление которых пациент связывал с употреблением якобы недоброкачественных продуктов. Лечился как правило, самостоятельно, употреблял отвары вяжущих средств. При осмотре: состояние удовлетворительное, – 36,8°C, рост 178 см, вес 61 кг, кожный покров и видимые слизистые бледно розовой окраски. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 мин. Сердце – тоны

звучные, ритм правильный. ЧСС – 92 в 1 мин. АД – 120/85 мм рт.ст. Язык умеренно диффузно обложен сероватым налётом, влажный. Живот участвует в дыхании, умеренно равномерно вздут, при поверхностной пальпации мягкий, определяется умеренная болезненность по левому флангу живота, при глубокой пальпации отчётливая болезненность в левой подвздошной области, где пальпируется спазмированная, плотноэластическая, болезненная сигмовидная кишка; остальные отделы толстой кишки безболезненны. Пальпация эпигастральной и подрёберных областей безболезненна Пузырные симптомы отрицательные. Размеры печени и селезёнки по Курлову: 10х х7 см и 6х4 см, соответственно. Край печени не определяется. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный. В анализах: эритроциты = $3,02 \times 10^{12}/л$, Hb = 103 г/л, MCH 23p/g, MCHC– 300 g/l , лейкоциты = $12,6 \times 10^9 /л$. СОЭ = 38 мм/час. Копрограмма: кал разжиженный, неоформленный, мышечные волокна, крахмал внутриклеточный в небольшом количестве, лейкоциты до 30 40 в поле зрения, эритроциты в значительном количестве, слизь в большом количестве. Фекальный кальпротектин 532 мкг/г. Общий белок сыворотки 62,3 г/л, альбумины – 49,3%, глобулины 50,7%, СРП – 95мг/л. Ректороманоскопия без подготовки: аппарат введен до 18 см. Слизистая оболочка прямой кишки диффузно гиперемирована, отёчна, выраженная контактная кровоточивость, множественные эрозии, местами, сливные, покрытые фибрином. В просвете кишки слизь, окрашенная кровью,

и жидкие каловые массы в небольшом количестве.

Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Какие дополнительные методы исследования Вы назначили бы данному пациенту. 4. Определите план ведения пациента с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов. 5. Проведите экспертизу трудоспособности пациента.

Задача 11.

Мужчина 32 лет. При обращении в поликлинику предъявляет жалобы на неоформленный стул с примесью крови до 10 раз в сутки, схваткообразные боли внизу живота перед дефекацией, похудание на 7 кг за 3 месяца. Из анамнеза: примеси крови в кале и неоформленный стул беспокоят в течение 3 месяцев. Температура не повышалась. Контакт с инфекционными больными отрицает, за пределы области не выезжал. Курил 1 пачку сигарет в сутки 10 лет, год назад прекратил. Злоупотребление алкоголем, внутривенную наркоманию отрицает. У родственников заболеваний желудочно-кишечного тракта нет. Работает менеджером, профессиональных вредностей нет. Объективно: состояние удовлетворительное. Температура 36,7°C. Кожные покровы бледные, влажные. Рост – 175 см, вес – 58 кг. В лёгких везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в минуту. При аускультации – ритм сердца правильный, соотношение тонов в норме, шумов нет. ЧСС – 98 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. (D=S). При осмотре живот симметричен, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный в левой фланговой и левой подвздошной области. Печень по Курлову – 9×8×7 см. Размеры селезенки – 6×4 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Общий анализ крови: эритроциты – $2,7 \times 10^{12}$, Hb – 108 г/л, цветовой показатель – 0,6, тромбоциты – 270×10^9 , лейкоциты – $7,0 \times 10^9$, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 27%, моноциты – 5%, СОЭ – 22 мм/ч. Копрограмма: кал неоформленный, слизь +++, лейкоциты – 10-15 в

поле зрения, эритроциты – 5-6 в поле зрения Фиброколоноскопия: слизистая нисходящей ободочной, сигмовидной и прямой кишки диффузно гиперемирована, легко кровоточит при контакте с колоноскопом, сосудистый рисунок смазан. В ректосигмоидном отделе выявлены множественные эрозии, покрытые фибрином.

Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Препараты каких групп показаны для лечения пациента в данной ситуации? Обоснуйте свой выбор. 5. Через 2 недели терапии отмечено уменьшение частоты стула до 2 раз в сутки, нет примесей крови в кале. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Больной 48 лет проснулся ночью от болей в эпигастральной области, сопровождающихся слабостью, потливостью, тошнотой. Ранее боли не беспокоили, считал себя здоровым. Попытка купировать боли раствором соды облегчения не принесла. После приема Нитроглицерина под язык боли уменьшились, но полностью не прошли. Сохранялись тошнота, слабость, потливость. Под утро была вызвана бригада скорой помощи. На снятой ЭКГ выявлен глубокий зубец Q в III и aVF отведениях; сегмент ST в этих же отведениях приподнят над изолинией, дугообразный, переходит в отрицательный зубец T; сегмент ST в отведениях I, aVL и с V1 по V4 ниже изолинии.

Вопросы: 1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного? 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования пациента. 4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

Задача 12.

Больной Н. 25 лет предъявляет жалобы на частый (до 10-15/сут) жидкий стул с примесью крови и слизи, боли в левой подвздошной области, повышение температуры тела до 38,3°C, резкую общую слабость, похудание. Нарушение стула отмечает в течение 2 месяцев, но 7 дней назад в кале появилась кровь, повысилась температура, появились слабость, недомогание, головокружение. Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожа бледная. Язык слегка обложен белым налетом. Живот овальной формы, несколько вздут. При пальпации определяется умеренная болезненность в области нисходящего отдела толстой кишки. Перкуторно размеры печени по Курлову - 10×9×8 см. Общий анализ крови: гемоглобин – 90 г/л, СОЭ – 35 мм/ч, лейкоциты - $13,0 \times 10^9$ /л; лейкоформула: базофилы - 1%, эозинофилы - 5%, палочкоядерные нейтрофилы - 20%, сегментоядерные нейтрофилы - 40%, лимфоциты - 24%, моноциты - 10%. Биохимический анализ крови: общий белок – 60 г/л, альбумин – 40 %, АЛТ – 42,68 ед/л, АСТ – 32 ед/л, серомукоид – 2,0 ммоль/л, СРБ – (+++), фибриноген – 5 г/л. Копрограмма: цвет кала – коричневый, характер – неоформленный, в поле зрения – большое количество лейкоцитов, эритроцитов. Реакция Трибуле – резко положительная. Ирригоскопия: отмечается быстрое заполнение толстой кишки бариевой взвесью, равномерное сужение просвета кишки (симптом «водопроводной трубы»), расширение ректоректального пространства, сглаженность гаустр, ячеистый рельеф слизистой в области поперечно-ободочной кишки, в области прямой и сигмовидной кишок – множественные дефекты наполнения.

Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Перечислите предрасполагающие факторы, приводящие к развитию данного заболевания. 3. Какие внекишечные проявления возможны при данной патологии? 4. Какие препараты необходимы, и в каких ситуациях они назначаются при данном заболевании?

Больная М. 52 лет обратилась в поликлинику с жалобами на немотивированную слабость, повышенную утомляемость, постоянное ощущение тяжести в левом подреберье, снижение аппетита, чувство быстрого насыщения. Указанные жалобы появились около 5 месяцев назад и постепенно стали более выраженными. При осмотре обращает на себя внимание увеличение селезенки (выступает из-под края реберной дуги на 6 см). Анализ крови: гемоглобин - 105 г/л, цветовой показатель - 0,94, лейкоциты - $68,3 \times 10^9$ /л (промиелоциты - 1%, нейтрофильные миелоциты - 2%, нейтрофильные метамиелоциты - 6%, нейтрофильные палочкоядерные - 14%, нейтрофильные сегментоядерные - 58%, лимфоциты - 9%, эозинофилы - 2%, базофилы - 7%, моноциты - 1%), тромбоциты - 440×10^9 /л. Активность щелочной фосфатазы нейтрофилов снижена.

Вопросы: 1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз. 2. Составьте план дополнительного обследования пациентки для подтверждения диагноза. 3. Какие показатели анализа крови данной больной не соответствуют хронической стадии заболевания, ответ обоснуйте. 4. Цитогенетический анализ выявил наличие Ph-хромосомы, в соответствии с клиническими признаками пациентка была стратифицирована в категорию промежуточного риска. Укажите начальную тактику лечения данной пациентки. 5. Назовите признаки полной гематологической ремиссии при лечении данного заболевания. Ответ обоснуйте.

Задача 13.

Больной Е., 67 лет, доставлен в больницу с жалобами на приступообразную одышку, стеснение в груди, сухой кашель.

Из анамнеза: течение последних 15 лет страдает гипертонической болезнью, систематически не лечится. Вышеописанные жалобы появились впервые, внезапно ночью во время сна. При осмотре: состояние тяжелое. Больной возбужден. Положение ортопноэ, разлитая бледность кожных покровов с цианозом губ, акроцианоз. Дыхание хриплое, ЧД 40 в мин. В легких по всем полям разнокалиберные влажные хрипы. Пульс 120 уд. в мин., ритмичен, напряжен. АД=180/120 мм рт. ст. Левая граница сердечной тупости смещена латерально на 2 см. Тоны сердца выслушиваются с трудом из-за хрипов в легких. Печень не пальпируется, отеков нет. Температура тела нормальная.

На ЭКГ: синусовая тахикардия, отклонение электрической оси сердца влево, увеличение зубцов R_I, aV_L, V₅₋₆; углубление S_{III}, aV_F, V₁₋₂, смещение ST вниз с отрицательным T в V₅₋₆.

ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:

1. Развернутый диагноз.
2. Неотложная терапия.

Задача 14.

Больной К., 18 лет, обратился к участковому терапевту с жалобами на головные боли, головокружение, мелькание мушек перед глазами.

Из анамнеза: в течение последних 3-х лет отмечает периодические головные боли, АД не измерял.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Обращает внимание атлетическое развитие верхней половины туловища и слабое развитие нижних конечностей. Цианоза нет. Дыхание везикулярное, ЧД 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 88 уд. в мин. Левая граница относительной сердечной тупости по срединно-ключичной линии, в III-IV межреберьях слева от грудины выслушивается грубый систолический шум, на аорте акцент II тона. АД=210/115 мм рт.ст.

В общем анализе крови и мочи без патологии.

На ЭКГ: синусовый ритм, отклонение электрической оси сердца влево, увеличение зубцов RI, aVL, V5-6, углубление SIII, aVF, V1-2, смещение ST вниз с отрицательным Т в V5-6.

На рентгенограмме органов грудной клетки: легкие без инфильтративных теней. Тень сердца расширена за счет 4-й дуги левого контура.

ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:

1. Какое физикальное обследование забыл провести врач, и как трактовать полученные результаты?
2. Тактика дальнейшего ведения больного.

Задача 15.

Больная, 22 лет, поступила в больницу с жалобами на удушье, отечность лица и поясницы, малое количество суточной мочи, головную боль и плохое самочувствие.

За 10-12 дней до поступления в стационар перенесла ангину.

Общее состояние тяжелое. Сидит, опустив ноги с кровати, опираясь руками о ее край. Дыхание шумное, затрудненное, 42 в 1 минуту. Лицо бледное, отечное. Губы и кисти рук цианотичны. Отеки всего тела. В легких выслушиваются множественные сухие, а в нижних отделах – влажные хрипы. Тоны сердца глухие. Пульс 130 в минуту, ритмичный напряженный. АД – 220/110. Печень пальпируется на 2 см ниже реберной дуги, болезненна. Симптом Пастернацкого слабо положительный.

Моча цвета мясных помоев, удельный вес – 1028, белок – 1,3‰, эритроциты – на все поле зрения, цилиндры гиалиновые – 3-4 и зернистые – 1-2 в п. зр.

ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:

1. О каком заболевании идет речь?
2. Неотложная помощь.

Задача 15.

Больной С., 32 лет, перенес 6 лет тому назад заболевание почек с отеками, изменениями в моче. Последние 2 недели стал отмечать общую слабость, тяжесть в голове, упорные головные боли, тошноту и повторную рвоту. Каретой скорой медицинской помощи доставлен в больницу в состоянии прострации (забывчив, сонлив).

Общее состояние тяжелое. Больной пониженного питания, кожа сухая, бледно-желтоватая, со следами расчесов, имеются кровоизлияния. Слизистые оболочки полости рта, язык – сухие. Имеется аммиачный запах изо рта. Дыхание глубокое, аритмичное. Пульс 100 уд. в мин, напряженный. АД – 180/120. Левая граница сердца смещена кнаружи, 2 тон на аорте усилен. В рвотных массах содержится небольшая примесь крови. Зрачки узкие, реакция на свет вялая. Сухожильные рефлексы повышены, имеются фибриллярные подергивания мышц лица и конечностей. Диурез снижен.

Общий анализ мочи: удельный вес 1011, белок 0.066‰, лейкоциты 4-7 в поле зрения, гиалиновые цилиндры 0-2, зернистые цилиндры единичные в поле зрения.

В общем анализе крови гипохромная анемия, лейкоцитоз.

ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:

1. Какой синдром можно предполагать у больного на основании имеющихся клинических проявлений?
2. Какие исследования необходимы для подтверждения этого синдрома и правильного лечения?
3. Неотложная помощь.

Задача 16.

Больная К., 57 лет, жалуется на резкую слабость, мелькание “мушек” перед глазами, одышку, сердцебиение, жжение в языке, отсутствие аппетита, кровь в стуле.

Объективно: бледность и сухость кожных покровов, “полированный” язык, ломкость ногтей, выпадение волос, небольшое расширение границ сердца влево, систолический шум во всех точках, тахикардия 120 уд. в мин. При пальцевом исследовании прямой кишки обнаружен геморрой. При ЭФГДС патологии не выявлено.

В крови: Нв- 75 г/л, Эр- $3,9 \times 10^{12}$, ЦП- 0,57, Л- $4,5 \times 10^9$, э-2, п-3, с-65, м-5. СОЭ- 28 мм/ч. В мазке гипохромия, микроцитоз.

Сывороточное железо – 6 мкмоль/ л.

ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:

1. Предварительный диагноз.
2. План обследования и лечения.

Задача 17.

В клинику обратилась больная 65 лет, с жалобами на быструю утомляемость, потливость, увеличение шейных, подчелюстных, подмышечных лимфоузлов. Болеет около 5 лет. Первоначально заметила небольшое увеличение шейных лимфоузлов, но т.к. самочувствие было хорошим, к врачу не обращалась. В течение 4-х лет постепенно размеры лимфоузлов стали увеличиваться, а в последние полгода появились слабость, потливость, похудела на 5 кг.

При осмотре: кожные покровы чистые, бледные. "Пакеты" шейных, подключичных, подмышечных лимфоузлов безболезненные, эластичные. Печень и селезенка увеличены, безболезненные.

Анализ крови: Нв – 93 г/л, эр. – $2,9 \times 10^{12}$, тромбоциты – 160×10^9 , лейкоциты – 80×10^9 , п – 1, с – 9, э – 1, м – 4, лимфоциты – 85, СОЭ – 30 мм/час., тени Боткина-Гумпрехта.

ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:

1. Сформулируйте диагноз.
2. План обследования и лечения.

Задача 18.

Больной 54 лет, обратился к врачу с жалобами на слабость, головокружение, повышение температуры до 37.5° - 38°C ., тяжесть в правом подреберье.

Объективно: кожные покровы нормальной окраски, геморрагий нет, периферические лимфоузлы не увеличены, поколачивание грудины чувствительно. Печень пальпируется на 4 см. ниже реберной дуги, мягкой консистенции, безболезненна. Селезенка плотная, выступает на 10 см. из-под края реберной дуги, чувствительная при пальпации.

При исследовании крови: Нв – 122 г/л., Эр. – 4×10^{12} , Цв. пок. – 0.9, Л. – 120×10^9 . Формула: миелобласты – 0.5, промиелоциты – 2.5, миелоциты – 5.5, метамиелоциты – 16, п. – 21, с. – 38, э. – 6, б. – 2, л. – 5, м. – 1, тромбоциты – 90×10^9 , СОЭ – 60 мм/ч.

Активность щелочной фосфатазы – 5 ед. (норма 45-50 ед.)

В пунктате костного мозга повышенное количество клеток. При цитогенетическом исследовании обнаружена филадельфийская хромосома в миелоидных клетках.

ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:

1. Сформулируйте диагноз.
2. План обследования и лечения.

Задача 19.

Больная Г. 49 лет вызвала на дом врача. Жалобы на выраженную слабость, головную боль, отсутствие аппетита, кашель, повышение температуры до 38°C.

Заболела остро, 3 дня назад, когда появилась слабость, ломота в конечностях, насморк, головная боль, озноб, повышение температуры. Лечилась самостоятельно дома, принимала аспирин, анальгин, чай с малиной. После приема жаропонижающих температура снижалась до 37 град., однако, спустя 4-5 ч. вновь повышалась. Дважды возникало не обильное носовое кровотечение, которое самостоятельно проходило. На 3 день состояние больной ухудшилось, повысилась температура до 38°C, усилилась слабость, появился кашель с трудно отхаркиваемой мокротой в небольшом количестве, боль в грудной клетке.

При осмотре: состояние больной относительно удовлетворительное. Пульс 105 в мин. ритмичный, АД – 110/60 мм. рт. ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены, учащены. В легких везикулярное дыхание с жестким оттенком, справа ниже угла лопатки выслушивается звучная крепитация, перкуторно с обеих сторон легочный звук. Живот мягкий, безболезненный.

ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:

1. Предварительный диагноз.
2. Какие изменения можно выявить при клиническом анализе крови, рентгенологическом исследовании органов грудной клетки?
3. Какое лечение необходимо назначить?

Задача 20.

Больной А., 36 лет, жалуется на повышение температуры до 38 град., сухой кашель, боль в грудной клетке слева, усиливающуюся при дыхании, кашель, одышку, потливость. Заболел остро после переохлаждения.

При осмотре: цианоз губ, отставание левой половины грудной клетки в акте дыхания, ЧДД – 26 в мин. При перкуссии – укорочение перкуторного звука слева ниже угла лопатки. При аускультации – там же шум трения плевры, влажные мелкопузырчатые хрипы.

Анализ крови: Л. – 15×10^9 , нейтрофильный сдвиг влево, э – 5%, СОЭ – 24 мм/ч.

ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:

1. Предварительный диагноз.
2. План обследования и лечения.

Задача 21.

Больная 37 лет, прядильщица на хлопчатобумажной фабрике. В анамнезе трижды пневмония. В последние два года часто беспокоят малопродуктивный кашель, одышка, бывают приступы удушья (2-3 раза в неделю). Постоянно ингалирует сальбутамол, и в течение 6 месяцев беклоджет 500 мг в сутки. Два раза в течение последнего года была госпитализирована. В настоящее время вновь, в связи с приступами удушья, находится уже 15 дней в стационаре.

Объективно: состояние средней тяжести. Одышка в покое. Диффузно выраженный цианоз. В легких дыхание жесткое, рассеянные сухие свистящие хрипы. ЧДД – 24 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. пульс – 85 уд. в мин. Печень не увеличена. Отеков нет.

В анализе мокроты обнаружены спирали Куршмана.

Рентгенография органов грудной клетки: легкие повышенной прозрачности, усиленный легочный рисунок.

Показатели спирометрии: ОФВ₁/ФЖСЛ < 70%; ОФВ₁ 50% должного.

ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:

1. Поставьте диагноз с уточнением степени дыхательной недостаточности.
2. Лечебная тактика.

Задача 22.

Больной А, 52 года, поступил в клинику с жалобами на повышенное артериальное давление. Со слов больного, давление особенно резко повышается в ночные часы, в дневные может быть повышенным или находиться в пределах нормы. Приём препарата «Каптоприл» практически не влияет на уровень артериального давления либо оказывает кратковременное влияние, на 1-2 часа. Заболевание появилось 2 года назад. Был поставлен диагноз: Гипертоническая болезнь I стадии, АГ 1 степени, риск 2.

При поступлении состояние больного удовлетворительное, сознание ясное. Телосложение нормостеническое. Подкожно-жировой слой развит сильно (ИМТ – 32,4). Объём талии – 112. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. При перкуссии границы сердца в пределах нормы. При аускультации I тон не изменен, акцент II тона на аорте. АД – 165/95. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень и почки не пальпируются, мочеиспускание не нарушено.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС – 65 в минуту, электрическая ось сердца отклонена влево, PQ – 0,18с, продолжительность комплекса QRS – 0,84с, QT – 0,44с. Депрессии или подъёма сегмента ST не выявлено.

Эхокардиография: аорта уплотнена, умеренно расширен восходящий отдел. Диаметр левого предсердия – 3,5 см, левого желудочка – 4,8см, толщина межжелудочковой перегородки – 1,1см, задней стенки левого желудочка – 1,0 см. Правые отделы сердца, перикард, клапанный аппарат не изменены. Фракция выброса – 69%. Заключение: атеросклероз аорты.

Биохимический анализ крови:

Наименование	Результат	Норма
Глюкоза	7,1 ммоль/л	3,3-6,1
Белок	60 г/л	54-77
Альбумин	33 г/л	25-37
Холестерин	4,9 ммоль/л	1,6-3,7

Билирубин общий	7,5 ммоль/л	3,0-12,0
Билирубин прямой	0,3 ммоль/л	0-5,5
АЛТ	35 ед/л	19-79
АСТ	13 ед/л	9-29
Щелочная фосфатаза	55 ед/л	39-55
Гамма-глутамилтрансфераза	46 ед/л	5-50
Альфа-амилаза	920 ед/л	580-1720
Мочевина	2,5 ммоль/л	2,0-8,0
Креатинин	150 ммоль/л	70-165
Фосфор неорганический	0,9 ммоль/л	0,7-1,8
Кальций	2,1 ммоль/л	2,0-2,7
Магний	0,84 ммоль/л	0,72-1,2
ЛДГ	82 ед/л	55-155
КФК	315 ед/л	150-790
Триглицериды	3,5	0,38-1,1

Общие анализы крови и мочи серьёзных изменений не выявили.

Вопросы:

1. Исходя из предоставленных выше данных, поставьте диагноз. Справедливы ли предыдущий диагноз?
2. Можно ли здесь предположить метаболический синдром?
3. Можно ли здесь предположить болезнь Иценко-Кушинга?
4. Какой анализ или исследование позволит провести дифференциальный диагноз с альдостеромой? Феохромоцитомой?
5. Какие факторы, кроме повышенного артериального давления, являются признаками метаболического синдрома?
6. Имеет ли смысл проводить биопсию надпочечников?
7. Какую тактику лечения следует избрать?
8. Какая диета необходима данному пациенту?

Задача 23.

Больной Б, 42 года, поступил в клинику с жалобами на общую слабость, сонливость, повышенное артериальное давление и избыточный рост волос на теле в последние полгода. Сыпь в подмышечной и паховой области объясняет аллергией на мёд. В прошлом спортсмен, подтверждает приём стероидных гормонов и препаратов, повышающих уровень тестостерона. Со слов больного, давление повышается в вечерние часы, в дневные может быть незначительно повышенным или находиться в пределах нормы. Приём препаратов «Каптоприл», «Лизиноприл» практически не влияет на уровень артериального давления, инъекция магния сульфата оказывает существенный эффект. Заболевание появилось полгода назад. Был поставлен диагноз: Болезнь Иценко-Кушинга. Однако пациент засомневался в диагнозе, прочитав в интернете, что болезнь крайне редкая, и повторно обратился к специалистам. **При поступлении** состояние больного удовлетворительное, сознание ясное. Телосложение нормостеническое. Подкожно-жировой слой развит достаточно сильно (ИМТ – 30,5). Объём талии – 101. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. При перкуссии границы сердца в пределах нормы. При аускультации I тон не изменен, акцент II тона на аорте. АД – 155/95. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень и почки не пальпируются, мочеиспускание не нарушено.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС – 62 в минуту, электрическая ось сердца отклонена влево, PQ – 0,20с, продолжительность комплекса QRS – 0,92с, QT – 0,40с. Депрессии или подъёма сегмента ST не выявлено. **Эхокардиография:** аорта утолщена, умеренно расширен восходящий отдел. Диаметр левого предсердия – 3,7 см, левого желудочка – 5,1см, толщина межжелудочковой перегородки – 1,2см, задней стенки левого желудочка – 1,0 см. Правые отделы сердца, перикард, клапанный аппарат не изменены. Фракция выброса – 74%. **Заключение:** атеросклероз аорты.

Биохимический анализ крови:

Наименование	Результат	Норма
Глюкоза	6,7 ммоль/л	3,3-6,1
Белок	66 г/л	54-77
Альбумин	26 г/л	25-37
Холестерин	4,0 ммоль/л	1,6-3,7
Билирубин общий	7,4 ммоль/л	3,0-12,0
Билирубин прямой	0,1 ммоль/л	0-5,5
АЛТ	54 ед/л	19-79
АСТ	21 ед/л	9-29
Щелочная фосфатаза	50 ед/л	39-55
Гамма-глутамилтрансфераза	34 ед/л	5-50
Альфа-амилаза	1220 ед/л	580-1720
Мочевина	2,4 ммоль/л	2,0-8,0
Креатинин	100 ммоль/л	70-165
Фосфор неорганический	0,8 ммоль/л	0,7-1,8
Кальций	2,4 ммоль/л	2,0-2,7
Магний	0,92 ммоль/л	0,72-1,2
ЛДГ	88 ед/л	55-155
КФК	440 ед/л	150-790
Триглицериды	2,6	0,38-1,1

Общие анализы крови и мочи серьёзных изменений не выявили.

Вопросы:

1. Какой диагноз можно предположить у данного пациента?
2. Верен ли диагноз: Болезнь Иценко-Кушинга?
3. Есть ли у больного ожирение и если есть, то какой степени?
4. Какие из признаков указывают на метаболический синдром?

5. Чем, кроме болезни Иценко-Кушинга, объясняется избыточный рост волос?
6. Каковы возможные причины сыпи, помимо аллергии?
7. Какую тактику лечения следует избрать?
8. Необходима ли диета данному пациенту?

Задача 24.

Девушка, 20 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на повышение температуры тела до 39,2°C с ознобами, кровоточивость десен, появление «синячков» на коже без видимых причин, общую слабость. 2 недели назад, со слов, перенесло острую респираторную вирусную инфекцию, лечилась самостоятельно, принимала парацетамол, народные средства. К врачу не обращалась. В течение последней недели стала нарастать слабость, сохранялась субфебрильная температура, стала появляться кровоточивость десен. Из анамнеза жизни: наличие хронических заболеваний отрицает. Родители здоровы. Учится в университете, контакт с инфекционными больными отрицает. Объективно: состояние средней степени тяжести. Температура тела 37,1°C. Кожные покровы бледные, обычной влажности. На коже нижних конечностей - экхимозы; петехии на коже плеч, предплечий; в ротовой полости – единичные петехиальные элементы. При аускультации дыхание везикулярное, ЧДД – 19 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 92 удара в минуту. АД – 100/65 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Край печени пальпируется на 1 см ниже края реберной дуги, размеры по Курлову – 16×10×9 см. Селезенка пальпируется, эластичная, безболезненная, перкуторные размеры 10×8 см. Общий анализ крови: эритроциты - $2,3 \times 10^{12}$, Нв - 78 г/л, тромбоциты - 30×10^9 , лейкоциты – $28,9 \times 10^9$, бласты - 42%, миелоциты – 0%, юные нейтрофилы – 0%, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы – 28, лимфоциты – 25, СОЭ – 30.



Вопросы:

1. Какой предварительный диагноз можно поставить?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие обследования необходимо назначить для уточнения диагноза?
4. Выберите и обоснуйте тактику ведения больного.
5. Какие осложнения возможны при данном заболевании

Задача 25.

На приёме у врача-терапевта участкового в поликлинике мужчина 72 лет предъявляет жалобы на образований по боковой поверхности шеи и в подмышечных областях, а также на тяжесть в левом подреберье при быстрой ходьбе, повышенную потливость. Слабость. Вышеуказанные жалобы появились около 6 месяцев назад, постепенно нарастали. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледной 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 – 87×10^9 /л, лейкоциты – 89×10^9 /л, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 2%, лимфоциты – 92%, моноциты – 4%, СОЭ – 44 мм/ч, тени Боткина-Гумпрехта – 1-2 в поле зрения.

Вопросы:

1. Какой предварительный диагноз можно поставить?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие обследования необходимо назначить для уточнения диагноза?
4. Выберите и обоснуйте тактику ведения больного.
5. Каков прогноз при данном заболевании, и какие возможны осложнения?

Задача 26.

Больная К. 28 лет, поступила в клинику с жалобами на быструю утомляемость, выпадение волос, снижение аппетита, бледность кожи, извращение вкуса (ест землю), неустойчивый стул. Анамнез жизни: с детства отмечает плохой аппетит, мясо ест мало. Менструации с 12 лет по 4-5 дней, обильные, у гинеколога регулярно не наблюдается. Две беременности, последние роды 2 года назад, во время последней беременности диагностирована анемия средней степени тяжести, кратковременно принимала препараты железа. Кормила ребенка до года. В течение последнего года менструации по 5-6 дней, обильные. Врачами за это время не наблюдалась, препараты железа не принимала. При поступлении в стационар состояние средней степени тяжести Больная вялая, почти безразлична к окружающему. Сознание ясное, на осмотр реагирует вяло. Кожа и видимые слизистые бледные. В углах рта «заеды». В лёгких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, приглушены, на верхушке и над областью крупных сосудов выслушивается систолический шум мягкого тембра. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах при пальпации. Печень +3 см ниже рёберного края. Селезёнка пальпируется у края подреберья, мягко-эластической консистенции. Моча светлая, стул 1-2 раза в день. Зрение и слух не нарушены. Склеры светлые. Менингеальной, общемозговой и очаговой симптоматики не отмечается. Общий анализ крови: гемоглобин – 60 г/л, эритроциты – $2,6 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты – 0,4%, цветовой показатель – 0,63, лейкоциты – $7,2 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 70%, эозинофилы – 4%, лимфоциты – 16%, моноциты – 10%, СОЭ – 18 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, мочевины – 3,2 ммоль/л, билирубин общий – 20,0 мкмоль/л, сывороточное железо – 4,1 мкмоль/л (норма 10,6-33,6 мкмоль/л), железосвязывающая способность сыворотки – 103 мкмоль/л

(норма 40,6-62,5), свободный гемоглобин не определяется. Анализ кала на скрытую кровь (троекратно): отрицательно.

Вопросы:

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Дифференциальный диагноз.
5. План лечения.

Задача 27.

Больной, 64 года, доставлен в стационар машиной скорой помощи с жалобами на чувство сдавления в груди, затрудненное дыхание, особенно выдох, мучительный сухой кашель. Жалобы на одышку, усиливающуюся при физической нагрузке.

Анамнез: Курит более 40 лет по 1 пачке в день. Болен три года. Первый приступ возник после перенесенного острого бронхита. Удушье начинается приступом короткого и мучительного кашля, сопровождается «свистами в груди», слышными на расстоянии, в конце приступа кашель усиливается и начинает выделяться в небольшом количестве тягучая слизистая мокрота. Приступы удушья 1 раз в день. В течение последних 3-х суток на фоне ОРВИ приступы участились до 6-8 раз в сутки.



Объективно: При осмотре отмечается цианоз кожи и видимых слизистых оболочек. Тело покрыто испариной. Грудная клетка находится в положении глубокого вдоха. Мышцы брюшного пресса напряжены. Дыхание шумное, свистящее, ЧД=28 в мин. Пульс 90 в минуту, ритмичный. Перкуторно – коробочный звук по всем легочным полям, особенно в нижних отделах. При аускультации – дыхание везикулярное ослабленное, удлинённый выдох, рассеянные сухие свистящие хрипы по всем лёгочным полям. Тоны сердца ритмичные, приглушены. АД=130/80 мм рт.ст. Живот не напряжен. Печень по краю рёберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Отёков нет.

Вопросы:

1. Чем объясняются изменения, выявляемые при перкуссии?

2. Какие методы инструментального обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Поставьте диагноз.
4. Чем можно купировать приступ на догоспитальном этапе?
5. Тактика лечения после выписки из стационара в соответствии со стандартом медицинской помощи.

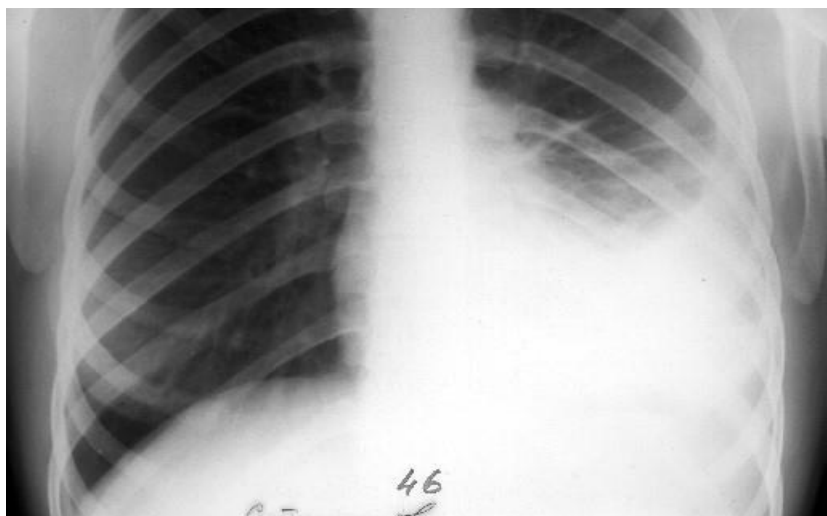
Задача 28.

Больная В., 38 лет, жалуется на одышку, кашель со слизисто-гнойной мокротой, чувство давления в левом боку, общую слабость, температуру 38-39°C, потливость. Заболела неделю назад, когда после переохлаждения повысилась температура, появился кашель и недомогание. Лечилась амбулаторно. Указанные выше симптомы имеют тенденцию к нарастанию.

Объективно: цианоз губ. Левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, межреберные промежутки сглажены. При перкуссии ниже угла лопатки слева определяется тупость с границей, идущей вверх. В этой области дыхание резко ослаблено, на остальном протяжении дыхание жесткое, с единичными влажными мелкопузырчатыми хрипами. ЧДД – 28 в минуту. Границы сердца незначительно смещены вправо. Тоны сердца ясные, ритмичные, учащены. Пульс ритмичный, 108 уд. в минуту. АД=135/80 мм рт. ст.

Общий анализ крови: лейкоциты $16 \times 10^9/\text{л}$; п. – 12%, с. – 59%, л. – 20%, м. – 9%, СОЭ 30 мм/ч.

Представлена рентгенограмма грудной клетки:



Вопросы:

1. Как изменится голосовое дрожание?

2. Ваш предварительный диагноз?
3. Какие дополнительные исследования необходимо сделать для уточнения этиологии согласно протоколу ведения больных с болью в грудной клетке?
4. Ваша врачебная тактика?
5. Какое необходимо лечение?
6. Сроки временной нетрудоспособности?

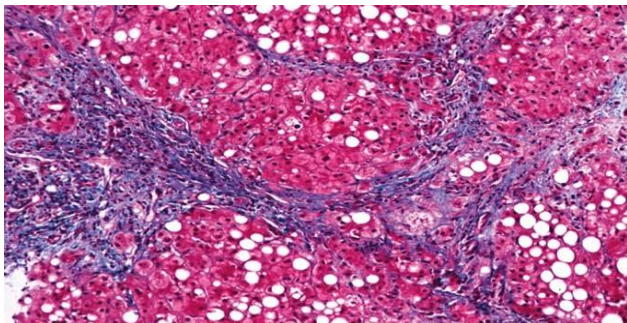
Задача 29.

Больной 44 лет жалуется на постоянные боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной и жареной пищи, понижение аппетита, жидкий стул. В течение 10 лет злоупотребляет алкоголем. Пять лет назад перенес вирусный гепатит, после выписки из стационара режим питания не соблюдал, употреблял алкоголь. Вскоре появились боли в правом подреберье, желтушность кожи и склер. 1-2 раза в год наблюдались обострения заболевания, сопровождающиеся резкой слабостью, диспептическими расстройствами, желтухой, иногда повышением температуры до 38°.

Объективно: больной достаточного питания, склеры и кожа желтушны, единичные «сосудистые звездочки», печень выступает из-под реберного края на 3 см, плотная, край острый, при пальпации болезненный. Селезенка у края реберной дуги.

Лабораторные данные: билирубин 45 мкмоль/л, прямой 35 мкмоль/л, не прямой 10 мкмоль/л, АЛТ 86 Ед/л, АСТ 98 Ед/л, общий белок 72 г/л, альбумины 45%, альфа-глобулины 11,9%, гамма-глобулины 29,8 %, фибриноген 2,8 г/л

Была выполнена пункционная биопсия печени. В пунктате распознать дольковую структуру ткани печени не удастся. Ядра в некоторых клетках пикнотичны. Многие клетки содержат жировые вакуоли. Видны широкие жировые прослойки с тяжами фибробластов, мелкими сосудами,



скоплениями лимфоидных клеток. Между балками имеются очаги и пролиферация купферовских клеток.

Вопросы:

1. О какой патологии печени можно думать на основании морфологической картины
2. Какие клинические синдромы можно выделить в клинической картине?
3. Назовите этиологические факторы данной патологии печени.
4. Поставьте диагноз.
5. Какие дополнительные исследования необходимо больному?
6. Проведите дифференциальный диагноз.
7. Назначьте лечение.

Задача 30.

Больной П., 26 лет, обратился к врачу с жалобами на давящие, сжимающие боли в эпигастрии, часто ночью, голодные боли, без иррадиации, периодически чувство тяжести и распирания в эпигастрии после еды, отрыжку тухлым.

Из анамнеза: Считает себя больным с 18 лет, когда впервые во время службы в армии появились боли в подложечной области в ночное время и днем, купировались приемом пищи. С этого времени весной и осенью подобные обострения, не обследовался, не лечился. 3 года назад, после употребления алкоголя возникла острая «кинжальная» боль в животе, потеря сознания. При обследовании выявлена язвенная болезнь duodenum, осложненная перфорацией. Произведено ушивание язвенного дефекта. Последние 2 мес. появилась тяжесть в эпигастрии после еды, отрыжка тухлым, слабость, недомогание. 2 дня назад впервые возникла рвота съеденным накануне. Сегодня возникла боль давящего характера в эпигастрии, однократно рвота. Вызвал скорую помощь, доставлен в приемное отделение.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Питание понижено. Кожные покровы бледные, сухие, чистые, тургор и эластичность резко снижены. Отеки до середины голеней с обеих сторон. Пульс ритмичный, 88\мин., АД 100\70 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет, ЧСС 88\мин. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот правильной формы, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии, перитониальные симптомы отсутствуют. Печень не пальпируется, размеры по Курлову 9х8х7 см. Селезенка не пальпируется.

Лабораторные данные: ОАК: эр – $3,6 \times 10^{12}/л$, Нб – 105г/л, ЦП – 1,0, СОЭ – 24мм/ч, тр – $320 \times 10^9/л$, лей – $6,3 \times 10^9/л$. ОАМ: без патологии. Бх

исследование крови: фибриноген – 2,4 г\л, ПТИ – 60%, АСТ – 35 Ед\л, амилаза – 50Ед\л, креатинин – 87 мкмоль\л, общ. белок – 55 г\л.

ЭКГ: Синусовый ритм 92\мин. ЭОС горизонтально.

Вопросы:

- 1) Выделите основные синдромы.
- 2) Сформулируйте диагноз.
- 3) Перечислите основные признаки пилородуоденального стеноза.
- 4) Назначьте план обследования.
- 5) Тактика ведения больного.

Задача 31.

Больной, 45 лет, доставлен в многопрофильную клинику в тяжелом состоянии.

Из анамнеза: заболел накануне вечером, сразу после ужина, который ела вся семья. Появились сильные боли в подложечной области, рвота вначале съеденной пищей, а затем желудочным содержимым. Боли продолжались всю ночь, то стихая, то вновь усиливаясь. Вызванный врач скорой помощи промыл желудок, заподозрив пищевую токсикоинфекцию. Улучшения не наступило, и больной доставлен в больницу.

В течение последнего года отмечает возникновение болей за грудиной при быстрой ходьбе и физической нагрузке, которые заставляли его останавливаться, отдыхать и вскоре проходили. Боли эти возникали 1-2 раза в месяц.

ЭКГ:



Объективно:

состояние больного тяжелое, цианоз лица. Кожные покровы холодные, покрытые липким потом. Пульс 80 в минуту, слабого наполнения. Температура тела 36,9°C. АД=80/50 мм рт.ст. Границы сердца не изменены. Тоны сердца глухие, чистые. В легких изменений нет. Язык обложен белым налетом. Живот обычной формы, не вздут, мягкий при пальпации, умеренно болезненный в подложечной области. Печень не увеличена. Симптомов раздражения брюшины нет. Периферических отеков нет.

Общий анализ крови:

гемоглобин - 140 г/л, эритроциты - $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $11,2 \times 10^9$ /л, п - 4, с - 70, л - 23, м - 3, СОЭ - 10 мм/час.
Общий анализ мочи: удельный вес - 1020, белка - нет.

Вопросы:

1. Каков диагноз заболевания?
2. Какую ошибку совершил врач скорой помощи?
3. Каковы лечебные мероприятия в соответствии с рекомендованными стандартами?

Задача 32.

Больная, 20 лет, поступила в больницу с жалобами на одышку, отечность лица и поясницы, ног, малое количество суточной мочи, головную боль и плохое самочувствие. За 10-12 дней до поступления в стационар перенесла ангину.

Объективно: Общее состояние тяжелое. Сидит, опустив ноги с кровати, опираясь руками об ее край. Дыхание шумное, затрудненное, 32 в 1 минуту. Лицо бледное, отечное. Губы и кисти рук цианотичны. Отеки всего тела. В нижних отделах легких выслушиваются влажные хрипы. Тоны сердца глухие. Пульс 130 в минуту, ритмичный, напряженный. АД=220/110 мм рт.ст. Печень пальпируется на 2 см ниже реберной дуги, болезненна. Симптом поколачивания по поясничной области слабо положительный с обеих сторон.

Общий анализ мочи: моча цвета мясных помоев, удельный вес – 1028, белок – 2,32 ‰, эритроциты свежие – на все поле зрения, цилиндры гиалиновые – 3-4 и зернистые – 1-2 в поле зрения. **Креатинин крови** 148 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Какой синдром преобладает в клинической картине данного заболевания?
2. О каком заболевании и о развитии какого осложнения идет речь?
3. Каков патогенез этого заболевания?
4. Неотложная врачебная помощь в соответствии со стандартами ведения больных с данной патологией.
5. Назовите необходимую специализированную помощь в стационаре.

Задача 33.

Больной, 28 лет, перенесший 6 лет тому назад какое-то острое заболевание почек с отеками, изменениями в моче, последние 2 недели стал отмечать общую слабость, тяжесть в голове, упорные головные боли, тошноту и повторную рвоту. Доставлен в больницу в состоянии протрации (забывчив, сонлив).

Объективно: Общее состояние тяжелое. Больной пониженного питания, кожа сухая, бледно-желтоватая, со следами расчесов, имеются кровоизлияния. Слизистые оболочки полости рта, язык – сухие. Имеется аммиачный запах изо рта. Дыхание глубокое, аритмичное. Пульс 100 уд. в мин, напряженный. АД=180/120 мм рт.ст. Левая граница сердца смещена кнаружи, II тон на аорте усилен. В рвотных массах содержится небольшая примесь крови. Зрачки узкие, реакция на свет вялая. Сухожильные рефлексы повышены, имеются фибриллярные подергивания мышц лица и конечностей. Диурез снижен.

Общий анализ мочи: моча светлая, удельный вес – 1011, белок – 0,066%, лейкоциты – 4-7 в поле зрения, эритроциты выщелоченные – 8-10 в поле зрения; гиалиновые цилиндры – 0-2 в поле зрения, зернистые цилиндры – единичные в поле зрения.

Вопросы:

1. Какой синдром и степень его тяжести можно предполагать у больного на основании имеющихся клинических проявлений? Поставьте диагноз.
2. Какие исследования необходимы для подтверждения этого синдрома и правильного лечения в соответствии со стандартами ведения больных с данной патологией?
3. Какие меры нужно предпринять для дезинтоксикации?
4. Что нужно сделать для коррекции нарушений электролитного баланса?

5. Какие меры можно предпринять при безуспешности медикаментозного лечения? Перечислите клинические и лабораторные критерии к их применению.