

ЗАДАЧА № 1

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

Объективно: состояние больного тяжелое, цианоз лица, холодное, покрытое липким потом тело. Пульс 110 в минуту, малый, скорый. Температура 36,9 С. АД 80/50. Границы сердца не изменены, тоны глухие, чистые. В легких изменений нет. Язык обложен. Живот обычной формы, не вздут, мягкий при пальпации, умеренно болезненный в подложечной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Ан. крови: гемоглобин – 140 г/л, эр. – $4,2 \times 10^{12}$, лейкоциты – $11,2 \times 10^9$, п – 4, с – 70, л – 23, м – 3, СОЭ – 10 мм/час. Ан. мочи: уд. вес – 1020, белка нет. ЭКГ: синусовая тахикардия, снижение вольтажа зубца R во II, III, AVF отведениях, ST куполообразно смещен вверх во II, III, AVF отведениях. ST в I, V4, V5, V6 отведениях ниже изолинии.

ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:

1. Предварительный диагноз?
2. Какую ошибку совершил врач скорой помощи?
3. Каковы экстренные мероприятия, необходимые для выведения больного из этого состояния?

ЗАДАЧА №2

Больной 62 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на резкие сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в левую руку, лопатку, сердцебиение, одышку.

Из анамнеза выяснено, что в течение последних 5 лет больной отмечает одышку при ходьбе и боли за грудиной, которые снимаются нитроглицерином.

Последний приступ начался внезапно после физической нагрузки 4 часа назад. Вначале появились резкие, нестерпимые боли за грудиной, затем сердцебиение, больной на короткое время терял сознание.

Состояние больного тяжелое. Лицо багрово-синее, шейные вены набухшие, не может лежать. Частота дыхания 36 в мин. Левая граница сердечной тупости смещена влево на 2 см. Пульс малый, не сосчитывается. АД 70/20 мм. рт. ст. ЧСС 160 в мин. Ритм тонов правильный, маятникообразный, I тон усилен. Дыхание везикулярное, влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах. Печень не пальпируется.

ЭКГ: зубец Р отсутствует, ритм желудочков правильный, очень частый, желудочковый комплекс широкий (0,18"), деформирован по типу желудочковых экстрасистол.

ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:

1. Поставьте развернутый клинический диагноз заболевания.
2. Неотложная терапия данного заболевания.

ЗАДАЧА №3

Больной 51 года, инженер, доставлен в больницу с жалобами на сильные давящие боли за грудиной, отдающие в обе руки.

Заболел месяц назад, когда впервые в жизни во время ходьбы появились боли за грудиной с иррадиацией в обе руки. В день заболевания утром по дороге на работу несколько раз вынужден был останавливаться из-за боли, но затем "разошелся" и боли прекратились. Работал, а вечером обратился в поликлинику, где было обнаружено повышение АД, и больной получил освобождение от работы. ЭКГ исследование не было проведено. Неделю находился дома, принимал гипотензивные средства, отмечал улучшение, хотя чувство дискомфорта за грудиной и слабость сохранялись. Был выписан на работу. Через неделю вновь повторился приступ болей за грудиной, который продолжался минут 20 и прошел самостоятельно. В день поступления, с утра стали беспокоить сильные боли за грудиной давящего характера, с иррадиацией в обе руки и левую лопатку. Боли не прошли от приема нитроглицерина, наркотиков; менял положение в постели (то садился, то вставал), и в таком состоянии был госпитализирован.

Объективно: состояние больного тяжелое. Возбуждён. Лицо бледное, покрыто капельками пота. Сердце: левая граница смещена на 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии, тоны глухие, чистые; пульс ритмичный, 110 уд. в мин., АД 110/70. В легких изменений нет. Живот мягкий б/б. Печень не пальпируется.

ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:

1. Предварительный диагноз?
2. Экстренные меры, необходимые для купирования приступа.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?

ЗАДАЧА №4

Больной И., 44 года, обратился в поликлинику с жалобами на ощущение перебоев в работе сердца и приступообразные боли давящего характера в области сердца, возникающие во время физических нагрузок (ходьба, подъем по лестнице на 1 этаж).

Из анамнеза: в течение 5 лет отмечает боли в сердце при физической нагрузке, купирующиеся приемом нитроглицерина, год назад перенес инфаркт миокарда задней стенки. Принимает 2 таблетки кардикета по 40 мг в день, аспирин 125 мг после обеда, конкор 5 мг утром. Последние 8 лет повышается АД до 180/100 мм рт.ст., принимает эналаприл 10 мг/сут. Ухудшение отмечает в течение последней недели, когда боли в сердце стали чаще, нитроглицерин принимал в больших дозах. Увеличил дозу и кардикета до 3-х таблеток в день. Сегодня утром, по пути на работу, боли за грудиной держались около 15 минут, купировались 3 таблетками нитроглицерина.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности. В легких в нижних отделах жесткое дыхание, ЧД 20 в мин. Обращает на себя внимание смещение границ относительной сердечной тупости влево на 0.5 см. от срединно-ключичной линии. Тоны сердца глухие, ритмичные 70 уд. в мин., АД = 160/100 мм рт.ст. Печень не увеличена. Периферические отеки отсутствуют.

На ЭКГ: ритм синусовый, отклонение ЭОС влево. В III и aVF отведениях глубокий зубец Q, отрицательный T. Увеличение зубцов RI, aVL, V5-6, углубление S в V1-2, смещение ST вниз с отрицательным T в V5-6

ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА №5

Больная Д., 56 лет, поступила в больницу с жалобами на сильную головную боль, головокружение, сердцебиение, ощущение пульсации в голове, озноб, тошноту.

Из анамнеза: шесть месяцев тому назад появилась сильная головная боль, головокружение и двоение в глазах на фоне стресса. Была доставлена в больницу, где впервые обнаружено повышение АД=180/120 мм рт. ст. Наблюдалась в дальнейшем у участкового терапевта, принимала гипотензивную терапию.

При осмотре: общее состояние средней тяжести. Больная повышенного питания (ИМТ=29,7 кг/м²). Лицо гиперемировано. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в мин. Пульс 108 в минуту, АД=190/90 мм рт. ст. на обеих руках. Границы сердца смещены влево на 1 см от среднеключичной линии. Тоны сердца ясные, чистые. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Отеков нет.

На ЭКГ: синусовая тахикардия. 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. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие основные медикаментозные средства применяются для оказания неотложной помощи?

ЗАДАЧА № 6

Больная А., 29 лет, вызвала скорую помощь по поводу приступа удушья, возникшего после физической нагрузки (проводила ремонт в квартире). Приступ возник впервые, сопровождался сухим кашлем, страхом смерти.

Анамнез из-за тяжелого состояния больной тщательно собрать не удалось, но выяснено, что часто болела ангиной, в 17-летнем возрасте «находили шум в сердце», в течение последних нескольких лет при значительной физической нагрузке отмечала одышку и утомляемость. На прием анальгина появляются высыпания на коже и зуд.

При осмотре: больная сидит у раскрытого окна, бледна, цианоз лица и конечностей. Одышка смешанная, ЧДД – 32 в минуту. В легких масса рассеянных сухих, в нижних отделах умеренное количество влажных мелкопузырчатых хрипов. Пульс учащен до 120 в минуту, ритмичен, малого наполнения. АД=100/80 мм рт. ст. Границы сердца детально определить из-за тяжести состояния больной трудно. Тоны сердца приглушены, пресистолический и систолический шум на верхушке, I тон на верхушке усилен, акцент 2-го тона на легочной артерии. Детальная аускультация затруднена обилием хрипов и резкой одышкой. Печень пальпируется на 1,5 см ниже края рёберной дуги. Периферических отеков нет. На ЭКГ: синусовая тахикардия, двухвершинный зубец Р в отведениях I, II, V1, V4-6.

ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:

1. Какое заболевание могло служить причиной развития у больной удушья?
2. Какой синдром имел место у больной?
3. Неотложные мероприятия на догоспитальном этапе.

ЗАДАЧА №7.

Больной А., 41 года, предъявляет жалобы на слабость, боли при дыхании в правой половине грудной клетки, кашель с выделением небольшого количества ржавой мокроты, повышение температуры до 39°C.

Анамнез: три дня назад простыл. На следующий день появилась слабость, затем сухой кашель. Температура повысилась до 39,4°C, лечился дома парацетамолом, АЦЦ. Улучшения не наступало, вызвал карету скорой медицинской помощи и был доставлен в терапевтическое отделение. Курит до 1 пачки сигарет в день. В семье туберкулезом никто не болел.

При поступлении: температура 38,5°C, герпетические высыпания на губах. Ниже угла правой лопатки притупление перкуторного звука, усиление голосового дрожания и бронхофонии. Здесь же выслушивается бронхиальное дыхание, крепитация, шум трения плевры. Частота дыхания 28 в мин. Тоны сердца ясные, пульс 98 уд. в мин, ритмичен, АД = 100/75 мм рт.ст.

Общий анализ крови: эритроциты $5,4 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $19,1 \times 10^9/л$, э 2, п 5, с 68, л 22, м 3, СОЭ 35 мм/час. Общий анализ мочи: удельный вес 1024, белка нет, лейкоциты единичные в поле зрения. Анализ мокроты: характер слизисто-гнойный, без запаха, лейкоциты 30-40 в поле зрения, эритроциты 15-20 в поле зрения, эпителий плоский 10-25 в поле зрения, эластических волокон нет, ВК не обнаружены.

Рентгенография органов грудной клетки: справа в нижнем легочном поле обширный фокус гомогенного снижения прозрачности легочной ткани без четких контуров, сердце без патологии.

ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Ваша лечебная тактика.

ЗАДАЧА №8.

Больной П., 40 лет, доставлен в клинику машиной скорой помощи с жалобами на чувство стеснения в груди, затрудненное дыхание, особенно выдох, мучительный кашель.

Болен три года. Первый приступ возник после перенесенного острого бронхита. Курит 1,5 пачки в день. Удушье начинается приступом короткого и мучительного кашля, а в конце он усиливается и начинает выделяться в небольшом количестве тягучая слизистая мокрота.

При осмотре больной бледен, с синюшным оттенком. Тело покрыто испариной. Грудная клетка находится в положении глубокого вдоха. Мышцы брюшного пресса напряжены. Дыхание шумное, свистящее, 32 в мин. Пульс 126 уд. в мин., ритмичный, АД 90/60 мм рт. ст. Перкуторно коробочный звук по всем легочным полям, особенно в нижних отделах. При аускультации рассеянные сухие хрипы. SpO₂ 88%. Тоны сердца чистые, приглушены. Живот не напряжен. Периферических отеков нет.

ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:

1. Поставьте диагноз.
2. Неотложная помощь.

ЗАДАЧА №9.

Больной И., 46 лет, предъявляет жалобы на резкие боли в эпигастральной области.

Анамнез: ранее боли в животе никогда не отмечал, в течение ряда лет его беспокоила лишь изжога, по поводу которой он принимал соду. В анамнезе частые приступообразные боли в сердце, купирующиеся приемом нитроглицерина. Однако в течение последних 2-х недель присоединились боли в эпигастрии натошак, уменьшающиеся после приема пищи.

Объективно: в приемном покое, куда больной был направлен с диагнозом “инфаркт миокарда”, осмотревший его терапевт отметил бледность кожных покровов, потливость. Температура тела 36,7°C. Пульс 98 уд. в минуту, ритмичен, слабого наполнения. АД 100/70 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Язык влажный, обложен серо-коричневым налетом. При пальпации определяется болезненность в эпигастрии. Симптомов раздражения брюшины не выявлено.

В анализе крови лейкоциты $9,0 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 15 мм/ч, формула не изменена, общий анализ мочи без патологии.

На ЭКГ синусовый ритм, нормальная ЭОС.

ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:

1. Назовите предположительный диагноз и обоснуйте его.
2. Между какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные исследования и консультация какого специалиста требуется для уточнения диагноза и возможных осложнений?

ЗАДАЧА №10.

Больной М., 17 лет, был направлен в больницу школьным врачом, который во время медосмотра обратил внимание на пастозность лица и повышение АД до 140/100 мм рт. ст., была головная боль. Оказалось, что в возрасте 14 лет, после перенесенного ОРЗ появились отеки лица и длительно (3-4 месяца) сохранялась субфебрильная температура, были какие-то изменения в моче. Лечился в детской клинике "от почек", получал преднизолон. Последний год чувствовал себя хорошо, отеков не было, но переболел вновь ОРЗ 2 месяца назад.

Объективно: кожа бледная, отеки лица и кистей рук. Органы дыхания без отклонений от нормы. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 1,5 см от левой срединно-ключичной линии. Пульс 76 уд. в мин, высокий, АД 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Отмечает уменьшение выделяемой мочи.

Общий анализ крови: Нв 95 г/л, Эр $3,2 \times 10^{12}$, лейкоциты $7,2 \times 10^9$, п 7, с 63, э 3, м 5, л 22, СОЭ 34 мм/ч. Общий белок 25 г/л, креатинин крови 210 ммоль/л, мочевины крови 17 ммоль/л. Общий анализ мочи: уд. вес 1006, белок 5,8 г/л, лейкоциты 2-4 в п/зр, эритроциты 10-12 в п/зр., цилиндры гиалиновые 2-4 в п/зр.

ЭКГ – синусовый ритм, признаки гипертрофии левого желудочка.

ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Лечение.

ЗАДАЧА 11.

Больной В., 43 лет, предъявляет **жалобы** на ноющие, давящие боли в эпигастральной области, которые возникают через 20-30 мин. после приема пищи. Тошноту и рвоту желудочным содержимым, возникающую на высоте болей и приносящую облегчение, снижение аппетита. Стул ежедневно, оформленный, без патологических примесей.

Из анамнеза заболевания: впервые подобные жалобы возникли около 6 лет назад, но боли быстро купировались приемом альмагеля и ношпы. За медицинской помощью ранее не обращался. Отмечает весенне-осенние обострения заболевания Ухудшение самочувствия около двух дней, после употребления алкоголя и жареной пищи, возобновились боли, присоединилась рвота на высоте болей. **Анамнез жизни:** Питается нерегулярно, часто всухомятку, часто употребляет алкоголь в больших количествах. Курит.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Астеник, пониженного питания. Отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 74 ударов в мин. АД 120/80 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом, на боковых поверхностях языка отпечатки зубов, сосочки сглажены. Живот симметричный, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастральной области, симптом Менделя положительный, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. При глубокой пальпации определяются все отделы толстого кишечника, нормальных размеров безболезненные. Большая кривизна желудка определяется на 3см выше пупка, при пальпации болезненная. В проекции тела и малой кривизны желудка также определяется болезненность. Размеры печени по Курлову 9х8х7 см. Пузырные симптомы отрицательные. Селезенка не увеличена.

Поджелудочная железа пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненная. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Данные дополнительных методов исследования:

ОАК: Нв-130 г/л, эр. - 4,2 10¹²/л, лейкоц. - 6,5 10⁹ /л, э - 1%, п/я - 1%, с/я - 60%, л - 30%, м - 8%, СОЭ - 10 мм/час.

ОАМ: без патологии.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,5 ммоль/л, фибриноген – 2,9 г/л, общий белок – 68 г/л, альбумины – 52%, глобулины – 48%: α₁ – 4%, α₂ – 12%, β – 15%, γ – 17%, билирубин – 8,8 (2,2/6,6) ммоль/л.

ФГДС – пищевод свободно проходим, слизистая не изменена, кардиальный жом смыкается. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая гиперемизирована, складки обычной формы и размеров, в кардиальном отделе по большой кривизне определяется язвенный дефект 1,0 – 1,5см, с ровными краями, не глубокий, дно покрыто фибрином. Луковица двенадцатиперстной кишки обычной формы и размеров, слизистая бледно-розового цвета. Выявлен *Helicobacter pylori*.

ВОПРОСЫ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Перечислите все возможные осложнения данного заболевания.
4. Оцените результаты ФГДС.
5. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА 12.

Больная 35 лет жалуется на нарастающую общую слабость, шаткую походку, жжение в языке. Ухудшение в состоянии отмечает в течение 1 месяца.

Объективно: Кожные покровы чистые, бледные с желтушным оттенком. Лимфатические узлы □ по группам без особенностей. Отеки ног до средней трети голеней (к вечеру нарастают). ЧД = 14 в мин. Пульс 82 уд./мин (в покое). АД 110/70 мм рт.ст. Границы легких не смещены. В легких □ дыхание везикулярное во всех отделах. Сердце: левая граница смещена кнаружи (определяется в пятом межреберье на 1,5 см кнаружи от среднеключичной линии). Тоны сердца приглушены. I тон на верхушке ослаблен. Во всех точках аускультации сердца, над v. jugularis выслушивается мягкий систолический шум, шум проводится в левую подмышечную область. Живот при пальпации мягкий безболезненный. Пальпируется нижний край печени, селезенка не определяется. Дизурии нет. Моча и кал ярко окрашены. Акушерско-гинекологический и трансфузионный анамнез не отягощены.

Данные дополнительных методов исследования:

ОАК: Эритроциты 1,3 г/л, гемоглобин 58 г/л, ЦП 1,3. Тромбоциты 120 Г/л. Лейкоциты □ 2,8 г/л. Нейтрофилы: палочкоядерные - 9%, сегментоядерные - 50%. Эозинофилы - 1%, лимфоциты - 35%, моноциты - 5%. СОЭ - 40 мм/ч. Макроциты +. Тельца Жоли и кольца Кебота. Умеренно выражена гиперсегментация ядер нейтрофилов.

Анализ

крови биохимический. Мочевина - 4,5 ммоль/л, креатинин - 93 мкмоль/л, общий белок 57 г/л, АСТ - 0,25 ммоль/л, АЛТ - 0,3 ммоль/л, билирубин общий 31 ммоль/л, билирубин непрямо 27 ммоль/л, билирубин прямой 4 ммоль/л, сывороточное железо □ 21 ммоль/л.

ЭКГ: Синусовая тахикардия, низкий вольтаж зубцов.

ЭхоКГ: Левый желудочек 41-63 мм, Левое предсердие 37 мм, MR II ст, ФВ 32%.

УЗИ органов брюшной полости: Незначительное увеличение

печени, селезенки, структура органов не изменена, поверхность ровная.

ФЭГДС: Слизистая оболочка фундального отдела желудка бледная, истончена. Сквозь нее просвечивает сосудистый рисунок подслизистого слоя. Складки расправляются, перистальтика прослеживается.

Биопсия 3 фрагмента: Привратник проходим. Луковица ДПК без особенностей. Результат биопсии слизистой желудка атрофический гастрит.

Стернальный пунктат. Мегалобласты 15%, угнетение лейкоцитарного, тромбоцитарного ростков кроветворения.

По данным радиоизотопного метода концентрация витамина В12 в сыворотке крови снижена.

Вопросы:

1. Диагноз основного заболевания.
2. Назовите ведущие клинические синдромы.
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать основное заболевание.
4. Тактика ведения и лечения данной больной.

ЗАДАЧА 13.

Больная З., 43 лет, **жалуется** на интенсивный зуд кожи преимущественно в вечернее время, незначительное увеличение живота в размерах, чувство тяжести в правом подреберье, выраженную слабость, утомляемость.

Анамнез заболевания: считает себя больной около 3 лет, когда впервые появились слабость и зуд кистей и стоп в ночное время, по поводу которого длительное время лечилась у дерматолога без эффекта. Постепенно присоединилась тяжесть в правом подреберье, увеличился живот, усилилась слабость, зуд стал более интенсивным и распространенным. В связи с прогрессирующим ухудшением состояния направлена на госпитализацию для обследования и подбора терапии.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые желтого цвета, сухие, на спине, животе, предплечьях и голенях следы расчесов. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 78 в мин. АД 130/80 мм рт.ст. Язык влажный, у корня обложен белым налетом. Живот правильной формы, равномерно увеличен, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При пальпации мягкий, незначительно болезненный в правом подреберье, перитонеальные симптомы отрицательные. Симптом флюктуации положительный. При перкуссии над всеми отделами тупой звук. Пальпация безболезненна. Печень пальпируется на 3см ниже реберной дуги, при пальпации умеренно болезненна, плотная, край острый, размеры по Курлову 12 x 10 x 9см. Селезенка пальпаторно не определяется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются.

Данные дополнительных методов исследования:

ОАК: эритроциты – 3,7 10¹²/л, Hb – 130 г/л., СОЭ – 32 мм/ч, тромбоциты – 250 10⁹ /л, лейкоциты – 7,8 10⁹ /л: э- 3%, п- 2%, с- 58%, лф- 28%, м- 9%. **ОАМ:** без патологии.

Биохимическое исследование крови: глюкоза – 4,1 ммоль/л, фибриноген – 2,0 г/л, протромбиновый индекс – 75%, АСТ – 2,48 ммоль/л, АЛТ – 3,67 ммоль/л, холестерин – 8,5 ммоль/л, билирубин общий – 149,0 мкмоль/л, прямой – 112,0 мкмоль/л., непрямой – 37,0 мкмоль/л, амилаза – 6,7 г/л ч, креатинин – 0,06 ммоль/л, общий белок – 56 г/л, альбумины – 44%, глобулины – 56%: α_1 – 5%, α_2 – 15%, β – 15%, γ – 21%, ГГТП – 460 ЕД/л.

Маркеры вирусных гепатитов не обнаружены.

Копрограмма: коричневый, мягкой консистенции, запах – специфический, мышечные волокна – +, нейтральный жир – +, жирные кислоты - +, мыла - +, крахмал - +, клетчатка - +, соединительная ткань - +, стеркобилин - +, билирубин – нет.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 78 в минуту, эл. ось расположена горизонтально. Диффузно-дистрофические изменения миокарда левого желудочка.

УЗИ: печень увеличена в размерах, структура неоднородная, повышенной эхогенности, протоки не расширены, общий желчный проток 4 мм. Желчный пузырь нормальных размеров, стенка 2мм, просвет свободен. Поджелудочная железа нормальных размеров, средней эхогенности, однородная, проток 2 мм. Умеренное расширение воротной вены. Селезенка умеренно увеличена в размерах, структура однородная. В брюшной полости определяется небольшое количество свободной жидкости.

ФГДС: в пищеводе определяются варикозно расширенные вены. Желудок без особенностей. Привратник проходим. Луковица 12-перстной кишки без особенностей, слизистая розового цвета, в просвете небольшое количество желчи.

ВОПРОСЫ:

1. Выделите основные синдромы.
2. Какие методы обследования необходимы для верификации предполагаемого диагноза.
3. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА 14.

Больная 23 лет отмечает нарастающую общую слабость и беспричинное появление синяков на теле на протяжении двух недель. Последние три дня беспокоят потрясающие ознобы с повышением температуры тела до 39 °С.

Объективно: Кожные покровы бледные, на коже голеней, предплечий, туловища □ множество петехий и экхимозы разных сроков давности. Лимфатические узлы без особенностей. Отеки ног до средней трети голеней (к вечеру нарастают). Пульс 82 уд./мин (в покое). АД 110/70 мм рт.ст. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены. Во всех точках аускультации сердца, над v. jugularis выслушивается мягкий систолический шум, шум проводится в левую подмышечную область. Живот при поверхностной пальпации мягкий безболезненный. Дизурии нет. Моча и кал обычной окраски.

Данные дополнительных методов исследования:

ОАК: Эритроциты $1,9 \cdot 10^{12}$, гемоглобин 58 г/л. Гематокрит 18%. Тромбоциты $40 \cdot 10^9$. Ретикулоциты 0,1 %. Лейкоциты □ 0,35 г/л. Нейтрофилы: палочкоядерные - 10%, сегментоядерные - 15%. Лимфоциты - 65%, моноциты - 10%. СОЭ - 40 мм/ч.

Анализ крови биохимический: Мочевина - 4,5 ммоль/л, креатинин - 93 мкмоль/л, общий белок 57 г/л, АСТ - 0,25 ммоль/л, АЛТ - 0,3 ммоль/л, билирубин общий 9 ммоль/л, билирубин непрямой 5 ммоль/л, билирубин прямой 4 ммоль/л, сывороточное железо 11 мкмоль/л.

ЭКГ: Синусовая тахикардия, низкий вольтаж зубцов.

ЭхоКГ: Левый желудочек 41-63 мм, Левое предсердие 37 мм, MR II ст, ФВ 32%.

УЗИ органов брюшной полости: незначительное увеличение селезенки, структура органа не изменена, поверхность ровная.

Рентгенограмма органов грудной клетки в трех проекциях (прямой и двух боковых): патологии легких, средостения не выявлено.

Стернальный пунктат: угнетение всех ростков кроветворения.

Трепанобиопсия: почти полное замещение костного мозга жиром.

Вопросы:

1. Диагноз основного заболевания?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Какова техника проведения стеральной пункции?
4. Определите тактику ведения и лечения больной?

ЗАДАЧА 15.

Больная А., 25 лет, обратилась к врачу с **жалобами** на давящие, сжимающие боли в эпигастральной области, часто ночью, проходят после еды через 15-20 минут, сопровождаются повышенным слюноотделением; периодически изжогу, кислый вкус во рту, отрыжку кислым, рвоту на высоте болей, приносящую облегчение. Стул один раз в два – три дня, оформленный, коричневого цвета, без патологических примесей.

Анамнез заболевания: считает себя больной около 3 лет, когда впервые во время сдачи экзаменов появились боли в эпигастрии в ночное время, изжога после приема любой пищи. За медицинской помощью не обращалась, изжогу купировала приемом соды. С этого времени весной и осенью подобные обострения, не обследовалась, не лечилась. Около года назад присоединились повышенное слюноотделение, кислый вкус во рту, отрыжка кислым, периодически рвота. 3 дня назад, после употребления алкоголя возобновились боли, изжога, кислый вкус во рту. Принимала соду, но-шпу без эффекта. Сегодня присоединилась рвота, вызвала скорую помощь, доставлена в стационар.

Анамнез жизни: Питается нерегулярно, часто всухомятку. Вредные привычки отрицает.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы телесного цвета, нормальной влажности, чистые. ИМТ 20,4 кг/м². Отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. АД 120/80 мм рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 68 в мин. Язык влажный, чистый. Живот правильной формы, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии, перитонеальные симптомы отрицательные. Симптом флюктуации отрицательный. При перкуссии над всеми отделами тимпанический звук. При глубокой пальпации определяется болезненность в пилорoduоденальной области, пальпируются все отделы толстого кишечника, безболезненны. Печень не пальпируется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 9 x 8 x 7 см. Пузырные

симптомы отрицательные. Поясничная область при осмотре не изменена.

Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Данные дополнительных методов исследования:

Общий анализ крови: эритроциты – $4,3 \cdot 10^{12}/л$, Hb – 135 г/л., ЦП – 1,0, СОЭ – 8 мм/ч, тромбоциты – $320 \cdot 10^9 /л$, лейкоциты – $4,3 \cdot 10^9 /л$: э- 3%, п- 4%, с- 51%, лф- 32%, м- 10%.

Общий анализ мочи: без патологии.

Биохимическое исследование крови: глюкоза – 4,3 ммоль/л, фибриноген – 2,4 г/л, протромбиновый индекс – 90%, АСТ – 0,38 ммоль/л, АЛТ – 0,36 ммоль/л, холестерин – 3,5 ммоль/л, билирубин общий – 19,0 мкмоль/л, прямой – 4,0 мкмоль/л., непрямой – 15,0 мкмоль/л, амилаза – 5,7 г/л ч, креатинин – 0,07 ммоль/л, общий белок – 75 г/л, альбумины – 54%, глобулины – 46%: α_1 – 5%, α_2 – 10%, β – 15%, γ – 16%.

Копрограмма: коричневый, мягкой консистенции, запах – специфический, мышечные волокна – ++, нейтральный жир – +, жирные кислоты и мыла - + , крахмал - +, перевариваемая клетчатка - ++, соединительная ткань - ++, слизь – нет, стеркобилин - +, билирубин – нет.

ЭКГ: ритм синусовый, частотой 72 в минуту, электрическая ось расположена горизонтально. Патологических изменений не выявлено.

ВОПРОСЫ:

1. Выделите синдромы.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Какие методы обследования необходимы для верификации предполагаемого диагноза.

ЗАДАЧА 16.

Больная А., 45 лет, обратилась к врачу с **жалобами** на давящие, боли в эпигастральной области, периодически опоясывающие, возникают через 30-40 минут после употребления жирной и жареной пищи, уменьшаются после приема но-шпы через 30-40 минут, сопровождаются вздутием живота; периодически изжогу, рвоту, не приносящую облегчения, отрыжку воздухом; стул 3-4 раза в день, зловонный, мазевидный, с капельками жира, плохо смывается с унитаза.

Анамнез заболевания: считает себя больной около 5 лет, когда после погрешности в диете (употребление алкоголя, большого количества пищи) стали возникать боли в левом подреберье, проходили самостоятельно в течение 1-2 дней. За медицинской помощью не обращалась, самостоятельно не лечилась. Около года назад боли стали опоясывающими, возникают после приема жирной и жареной пищи, присоединились поносы до 4 раз в день, вздутие живота. Самостоятельно принимала но-шпу, мезим, самочувствие улучшалось. При соблюдении диеты чувствовала себя удовлетворительно. 3 дня назад, после «застолья» возобновились боли, вздутие живота, отрыжка воздухом, тошнота, рвота после приема любой пищи не приносящая облегчения. Принимала но-шпу, мезим - без эффекта, симптомы сохраняются.

Анамнез жизни: Питается не регулярно, диету не соблюдает.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. АД 120/80 мм рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 66 в мин. Язык влажный, обложен бело-желтым налетом. Живот правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии, перитонеальные симптомы отрицательные. При глубокой пальпации определяется болезненность в области поджелудочной железы. Печень не пальпируется, размеры по Курлову 10 x 9 x 7 см., пузырьные симптомы отрицательные. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Данные дополнительных методов исследования:

ОАК: эритроциты – $4,3 \cdot 10^{12}/л$, Hb – 135 г/л., ЦП – 1,0, СОЭ – 8 мм/ч, тромбоциты – $320 \cdot 10^9 /л$, лейкоциты – $4,3 \cdot 10^9 /л$: э- 3%, п- 4%, с- 51%, лф- 32%, м- 10%.

ОАМ: без патологии.

Биохимическое исследование крови: глюкоза – 4,3 ммоль/л, фибриноген – 2,4 г/л, протромбиновый индекс – 90%, АСТ – 0,38 ммоль/л, АЛТ – 0,36 ммоль/л, холестерин – 3,5 ммоль/л, билирубин общий – 19,0 мкмоль/л, прямой – 4,0 мкмоль/л., непрямой – 15,0 мкмоль/л, амилаза – 15 г/л ч, креатинин – 0,07 ммоль/л, общий белок – 75 г/л, альбумины – 54%, глобулины – 46%: α_1 – 5%, α_2 – 10%, β – 15%, γ – 16%.

Копрограмма: цвет – серовато-белый, консистенция - мажевидная, запах – зловонный, мышечные волокна – +++, нейтральный жир – +++, жирные кислоты и мыла - +, крахмал - ++, перевариваемая клетчатка - ++, соединительная ткань - нет, слизь – нет, стеркобилин - +, билирубин – нет.

ЭКГ: ритм синусовый, частотой 72 в минуту, электрическая ось расположена горизонтально. Патологических изменений не выявлено.

ФГДС: пищевод и кардиальный отдел желудка без особенностей. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая розовая, с участками атрофии, складки хорошо выражены. Луковица 12-перстной кишки без особенностей.

УЗИ: печень нормальных размеров, структура однородная, нормальной эхогенности, протоки не расширены, общий желчный проток 6мм. Желчный пузырь нормальных размеров, стенка 2мм. Поджелудочная железа нормальных размеров, повышенной эхогенности, неоднородная, проток 2мм.

ВОПРОСЫ:

1. Выделите синдромы.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.

ЗАДАЧА 17.

Пациент М., 85 лет. Предъявляет **жалобы** на слабость, утомляемость, похудание, сухость во рту, жажду, повышение количества мочи, кожный зуд, вздутие живота после еды, частый (до 5-6 раз в день) кашицеобразный обильный «масляного вида» с запахом прогорклого масла стул, профузные поносы после употребления в пищу молока и жиров. Ноющие боли в левом подреберье после употребления жареного, жирного и острого.

Анамнез заболевания: Пять лет назад отметил, что перестал нормально переносить жиры и молоко - появились поносы. Начал худеть. За четыре года похудел на 12 кг, стул участился до 4-5 раз в сутки, ухудшение чаще всего после острой и жареной пищи. Полгода назад появились сухость во рту, кожный зуд, стало выделяться больше мочи, усугубилась слабость.

Объективно: Пациент пониженного питания. Кожа обычной окраски, сухая, тургор снижен, в углах губ - заеды. Над легкими притупления перкуторного звука нет, звук с коробочным оттенком, дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс - 76 в минуту, ритмичный, полный. АД -140/80 мм рт. ст. Тоны ясные, шумов нет. Живот мягкий, участвует в дыхании. Печень выступает на 2 см, по среднеключичной линии, край мягкий, закругленный, безболезненный. Селезенка не увеличена. Умеренная болезненность при пальпации поперечно-ободочной и сигмовидной кишки.

В анализах крови: гемоглобин - 61 г/мл, эритроциты - 3,3 млн, лейкоциты - 6,4 тыс., формула не изменена. СОЭ - 35 мм/ч, общий белок - 3,5 г/л, билирубин общий - 0,7 мг%, прямого нет, холестерин - 110 мг%, амилаза - 12 мг/мл/ч, глюкоза -12 ммоль/л.

В анализе кала - реакция на скрытую кровь с бензидином отрицательная, реакция на стеркобилин положительная, мышечные волокна ++, нейтральный жир +++, крахмал ++, лейкоциты, эритроциты отсутствуют. При **ректороманоскопии** выявлена гиперемия слизистой, сосудистый рисунок четко выражен. Ирригоскопия опухолевый процесс не выявила.

При **УЗИ**: во всех отделах поджелудочной железы явления фиброза, уменьшение размеров хвоста на 6 мм.

При **селективной ангиографии**: обеднение сосудистого рисунка железы, атипичных, «ампутированных» и новообразованных сосудов нет во всех отделах железы.

При **исследовании амилазы в моче и в крови** выявлено нормальное количество фермента.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести.
3. Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические критерии.
4. Назначьте лечение и обоснуйте его.

ЗАДАЧА 18.

Пациент Р., 42 года, предъявляет **жалобы** на резкие опоясывающие боли в эпигастральной области, возникающие после приема любой пищи, особенно после жирной и острой. Боли стихают при голодании, а также при приеме атропина, омепразола и анальгина. Беспокоят тошнота, рвота на высоте болей, не приносящая облегчения. После еды - сильное вздутие, урчание. Стул 3-4 раза в день, обильный, блестящий, с резким запахом прогорклого масла и гнилого мяса.

Анамнез заболевания: Три года назад после обильного употребления алкоголя и жирной пищи (больной злоупотребляет алкоголем) возникли жгучие опоясывающие боли, рвота, температура повысилась до 42°C, пожелтел. Лечился в хирургическом стационаре: голод в течение четырех дней, вливание контрикала, 6-фторурацила, гемодез, антибиотикотерапия. Выписался через две недели, жалоб не было в течение четырех месяцев. После алкогольного эксцесса вновь возникли боли опоясывающего характера; желтухи и лихорадки не было. Лечился амбулаторно, голодал четыре дня, получал атропин, омепразол, альмагель, креон, антибиотики. После выхода на работу вновь начал употреблять спиртные напитки. Боли возникали еще трижды после злоупотребления алкоголем и обильной еды. Лечился амбулаторно. В течение года после имплантации «эспирале» не пил. Чувствовал себя хорошо, боли не возникали. Последнее обострение началось неделю назад. Накануне выпил около литра водки, съел много жирной ветчины и соленых огурцов. Ночью начались нестерпимые боли, рвота. При **осмотре** состояние средней тяжести. Пациент пониженного питания. Температура тела 37,9°C. Склеры субиктеричны. Над легким притупления перкуторного звука нет, дыхание жесткое, хрипов нет. Пульс - 104 в минуту, ритмичный. АД - 105/60 мм рт. ст. Язык обложен густым белым налетом. Живот вздут, участвует в дыхании, мышечного напряжения нет, симптомов раздражения брюшины нет. Печень по среднеключичной линии выходит на 5 см, край мягкий, эластичный, болезненный при пальпации. Селезенка не

увеличена. Определяется резкая болезненность при пальпации. Болезненна также пальпация над пупком, в точке Мейо-Робсона.

В анализах крови: гемоглобин - 10 г/мл, эритроциты - 3,8 млн, лейкоциты - 9700, юные - 2%, п/я - 12%, с/я - 58%, лимфоциты - 24%, эозинофилы - 4%, СОЭ - 28 мм/ч, билирубин общий - 2,1 мг%, билирубин прямой - 1,2 мг%, холестерин - 180 мг%, общий белок - 9,4 мг/дл. АЛТ - 95 ед/мл, АСТ - 108 ед/мл, амилаза в крови - 79 мг/мл/ч, глюкоза - 100 мг%. ГТП - 164 ед/мл.

В анализе мочи: амилаза - 180 мг/мл/ч.

При УЗИ: печень повышенной эхогенности, увеличена в размерах.

Поджелудочная железа увеличена на 8 мм в области хвоста и на 12 мм в области головки за счет отека. Главный панкреатический проток расширен, паренхима в области хвоста пониженной эхогенности, в области головки - повышенной.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести.
3. Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические критерии.
4. Назначьте лечение и обоснуйте его.

ЗАДАЧА 19.

Больная М., 40 лет, поступила в стационар с жалобами на общую слабость, головокружение, снижение физической и умственной работоспособности, плохой аппетит, желание есть мел, периодически отмечает сердцебиение. Подобное состояние наблюдается в течение месяца.

Объективно: Общее состояние больной средней тяжести. Кожные покровы и слизистые бледные. Ногтевые пластинки имеют продольную исчерченность. Лимфатические узлы не увеличены. ЧД 18 в минуту. Дыхание везикулярное. Пульс ритмичный с частотой 96 уд/мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД □ 110/60 мм. рт. ст. Тоны сердца звучные, определяется небольшой систолический шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Отеков нет.

Данные дополнительных методов исследования:

ОАК: Эритроциты 3,0 Т/л, гемоглобин 70 г/л, цветовой показатель 0,70, ретикулоциты 1%. Тромбоциты 220,0 Г/л. Лейкоциты 4,7 Г/л, сегментоядерные - 67%, лимфоциты 26%, моноциты 7%. СОЭ 12 мм/ч. Анизоцитоз ++; пойкилоцитоз +; микроцитоз +++.

ОАМ: уд. вес 1018, белок отриц., лейкоциты 0-1-2 в п/зр.

Анализ крови биохимический: Креатинин 95 мкмоль/л. Общий белок 78 г/л. Билирубин общий 16,4 мкмоль/л, прямой 3,0 мкмоль/л, непрямой 13,4 мкмоль/л. АСТ 0,20 ммоль/л, АЛТ 0,3 ммоль/л. Сахар крови 4,5 ммоль/л. Сывороточное железо 7,8 мкмоль/л. Рентгенологическое исследование желудка. Картина гастрита.

Осмотр

гинеколога: гинекологической патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Определите методы дополнительного обследования.
3. Дайте характеристику гемограмме.

4. Определите тактику ведения и лечения больной.
5. Дайте рекомендации больной по диете при данном заболевании.

ЗАДАЧА 20.

Больная Л., 45 лет, **жалуется** на головные боли, периодические отеки нижних конечностей, одышку при физической нагрузке, слабость.

Анамнез заболевания: считает себя больной около 2 лет, когда впервые появилась слабость, повысилась температура тела до 38-39 °С, стала отмечать отеки на лице. Больная к врачу не обращалась, лечилась народными средствами. Температура держалась 2-3 нед, отеки на лице и слабость прошли примерно через месяц от начала заболевания. После этого больная стала отмечать повышения АД до 240/120 мм рт.ст., что сопровождалось головной болью, тошнотой. Гипотензивных препаратов не принимала. При случайных измерениях АД составляло 170/90-180/100 мм рт.ст. Последние 6 мес отмечает незначительные симметричные отеки на ногах, одышку при физической нагрузке. На время госпитализации АД 250/120 мм рт.ст.

При осмотре состояние средней тяжести. Индекс массы тела - 34 кг/м². Кожные покровы чистые, розовые. Отеки стоп, пастозность голеней. ЧД - 18 в минуту. Дыхание везикулярное, единичные среднепузырчатые хрипы в нижних отделах с двух сторон. Границы относительной тупости сердца расширены влево на 2 см. Тоны сердца приглушены, правильные, акцент II тона на аорте. ЧСС - 96 в минуту, АД - 180/105 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Дополнительные методы исследования:

Общий анализ крови: Нв - 131 г/л, лейкоциты - $8,2 \times 10^9$ /л, лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ - 10 мм/ч.

Биохимический анализ крови: креатинин - 100 мкмоль/л, мочевины - 7,8 ммоль/л, калий - 1,92 ммоль/л, натрий - 146 ммоль/л, общий холестерин - 5,6 ммоль/л, глюкоза - 4,8 ммоль/л.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1008, белок - 0,35 г/л, лейкоциты - 2-3 в поле зрения. **ЭхоКГ:** гипертрофия миокарда левого желудочка, толщина МЖП - 1,3 см, толщина задней стенки - 1,15 см. Нарушена диастолическая

функция миокарда. ФВ - 57 %. В перикарде определяется небольшое количество жидкости, расхождение листков перикарда до 1 см. УЗИ брюшной полости: селезенка, печень и поджелудочная железа нормальных размеров, почки расположены в типичном месте, нормальных размеров, контуры ровные, чашечно-лоханочная система не расширена.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие методы исследования следует провести для подтверждения диагноза?
3. Назначьте соответствующее лечение.

ЗАДАЧА 21.

Больной А., 23 лет, бухгалтер, **жалуется** на постоянное ощущение тяжести в поясничной области с обеих сторон, без иррадиации, повышение температуры до 37,5°C, отечность век, постоянную разлитую головную боль, шум в ушах, мелькание мушек перед глазами, появление мочи цвета мясных помоев, слабость, недомогание.

Анамнез заболевания: 3 недели назад перенес лакунарную ангину, лечился самостоятельно, чувствовал себя неплохо. В течение последней недели вновь поднялась температура до 37,4°C, 3 дня назад проснулся с отеками под глазами, головной болью, мельканием мушек перед глазами, повился шум в ушах. Количество мочи уменьшилось, она стала красной.

Объективно: Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, влажные, без высыпаний. Отеки под глазами и на пояснице. Легкая пастозность стоп, голеней. Грудная клетка правильной формы, ЧД – 18 в 1 мин., над легкими легочный звук, дыхание везикулярное. Границы относительной тупости сердца не смещены. Тоны сердца правильного ритма, частотой 58 в 1 мин., акцент второго тона над аортой, неинтенсивный систолический шум на верхушке. АД 160/100 мм рт.ст. на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезенка не пальпируются. Поясничная область внешне не изменена, пальпация ее безболезненна. Симптом поколачивания слабо положительный с обеих сторон. Почки не пальпируются.

Данные дополнительных методов исследования:

ОАК: НЬ – 110 г/л, эр. – $3,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – 11×10^9 /л, э – 2%, п – 6%, с – 73%, л – 19%, СОЭ – 38 мм/ч.

Биохимический анализ крови: Общий билирубин 21,8 мкмоль/л, прямой – 4,3 мкмоль/л, непрямой – 17,5 мкмоль/л; общий белок – 65 г/л; мочевины – 8,1 ммоль/л; креатинин – 0,19 ммоль/л, глюкоза 4,5 ммоль/л, холестерин 3,5 ммоль/л.

ОАМ: цвет красно – бурый, отн. плотность – 1,028; белок – 0,632 г/л; эп. плоский – 2-3 в п.зр.; лейкоц. – 2-3 в п.зр., эр. – выщелоченные сплошь; гиалиновые цилиндры – 6-7 в п.зр.

Вопросы:

1. Выделите и обоснуйте синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Перечислите недостающие методы обследования пациента.
4. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 22.

Больного 58 лет, беспокоят отеки на ногах, одышка при незначительной физической нагрузке, слабость.

Анамнез заболевания: Многие годы страдает ревматоидным артритом высокой активности.

Объективно: Состояние тяжелое. Кожа бледная. Отеки ног (стоп, голеней, бедер). Дыхание везикулярное ослабленное ниже углов лопаток с обеих сторон. Тоны сердца глухие. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Перкуторно тупой звук. Печень по краю реберной дуги. Поясничная область внешне не изменена, пальпация ее безболезненна. Симптом поколачивания слабо положительный с обеих сторон. Почки не пальпируются.

Данные дополнительных методов исследования:

Анализ мочи: у. в. 1020, белок – 4,1 г/л, цилиндры гиалиновые – 3-4 в поле зрения, восковидные - 2-3 в поле зрения, лейкоциты - 4-5 в поле зрения, эритроциты – 2-3 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: белок – 50 г/л, альбумины - 45%, глобулины 55%, холестерин 9,6 ммоль/л.

УЗИ брюшной полости и грудной клетки: выявляется свободная жидкость в брюшной полости, увеличение размеров почек, усиление их эхоструктуры, небольшое количество жидкости в плевральных полостях с обеих сторон, выпот в полости перикарда

Вопросы:

1. Назовите основной синдром.
2. Предварительный диагноз,
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза.

ЗАДАЧА 23.

Больная В., 57 лет, страдает ревматоидным артритом в течение 20 лет. Проводилось лечение преднизолоном, препаратами золота, НПВС. Год назад впервые выявлена протеинурия — 1,3 г/л. В настоящее время появились отеки ног. Для уточнения характера поражения почек поступила в клинику. При поступлении состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Отеки голеней, стоп. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД — 100/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень на 3 см выступает из-под края реберной дуги, плотная. Лабораторные данные: Нв — 130 г/л, СОЭ — 64 мм/час, тромбоциты — 483х10⁹/л, общий белок — 42 г/л, альбумины — 19 г/л, креатинин — 120 мкмоль/л, суточная протеинурия — 8,2 г.

Нефробиопсия: в препарате фрагмент почечной паренхимы с числом клубочков до 12, во всех клубочках утолщение базальной мембраны с удвоением, скудная пролиферация клеток мезангия. Эпителий канальцев в состоянии белковой дистрофии, в строме очаговая лимфоидная инфильтрация. Заключение: мембранозная нефропатия.

Нефробиопсия: в препарате фрагмент почечной паренхимы, корковый и мозговой слой с числом клубочков до 6, 2 из которых склерозированы, остальные клубочки обычных размеров, с отложением в капиллярных петлях гомогенных аморфных масс (+ окраска конго-рот). Заключение: белково-дистрофическое поражение почек.

ВОПРОСЫ:

1. Предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. Между какими заболеваниями в первую очередь следует проводить дифференциальный диагноз.
4. Лечение.

ЗАДАЧА 24.

Пациент Н., 28 лет, обратился **с жалобами** на изменение цвета мочи (стала бурого цвета), головные боли, одутловатость лица, ощущение тяжести в поясничной области.

Считал себя здоровым человеком. В детстве несколько раз были ангины, протекавшие достаточно тяжело, предлагалась тонзиллэктомия, однако так и не была произведена. Последняя ангина около 15 лет назад. В 18 лет при обследовании в военкомате никакой патологии со стороны внутренних органов и в анализах крови и мочи не выявлено. Периодически злоупотребляет алкоголем. Описанные жалобы появились около месяца назад во время служебной командировки в одну из африканских стран. Перед поездкой пациенту была проведена вакцинация против ряда тропических заболеваний. Плохое самочувствие объяснял сменой климата и напряженной работой, однако после возвращения домой состояние продолжало ухудшаться, головные боли стали практически постоянными, цвет мочи оставался бурым.

При **осмотре** состояние относительно удовлетворительное. Цвет кожных покровов обычный. Отмечаются одутловатость лица, пастозность голеней. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. Отмечается тахикардия - 110 в минуту. АД - 160/100 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги, мягкоэластической консистенции, безболезненная при пальпации. Селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого слабо положительный с обеих сторон. В **общем анализе крови**: эритроциты - 4,1 млн, гемоглобин - 13,5 г/л, лейкоциты - 6 тыс., лейкоцитарная формула без изменений, тромбоциты - 260 тыс., СОЭ - 15 мм/ч.

В **общем анализе мочи**: удельный вес - 1018, белок - 0,6%, лейкоциты - 2-3 в поле зрения, эритроциты - 20-25 в поле зрения, цилиндров нет.

ВОПРОСЫ:

1. Предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования. Укажите, какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза.
3. Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические критерии.
4. Назначьте лечение и обоснуйте его.

ЗАДАЧА 25.

Пациентка К., 28 лет, предъявляет **жалобы** на резкие боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую лопатку и правое плечо. Боли возникают после приема жирной, острой пищи, бульона, сопровождаются горечью во рту, тошнотой, рвотой, не приносящей облегчения.

Одновременно возникают боли в эпигастрии, отдающие в спину, и боли в левом подреберье, иррадиирующие полупоясом влево. Боли снимают инъекции атропина, но-шпы, анальгин. Стихают при голодании.

Анамнез заболевания: Впервые боли возникли год назад. Приступ начался после обильной еды, длился всю ночь, прошел самостоятельно. Легкая желтуха в виде слабой субиктеричности склер, потемнение мочи появились на следующий день и прошли через два дня. Неделю держалась субфебрильная температура, тошнота, стул был до 3 раз в день, неоформленный.

За год таких приступов было шесть. Возникали после переедания, употребления острой, жирной пищи. При голодании и соблюдении диеты с исключением жирной, жареной, острой пищи и при приеме но-шпы боли не беспокоили, вес уменьшался за неделю болезни на 2-3 кг, легко восстанавливался.

Объективно: Пациентка повышенного питания. Кожные покровы чистые, склеры не иктеричны. В легких патология не выявлена. АД - 135/85 мм рт. ст. Живот вздут. Мышечного напряжения нет. Повышенная кожная чувствительность в левом подреберье. Печень не увеличена. Желчный пузырь не пальпируется. Положительные симптомы Мэрфи, Кэра, Лепене, Ортнера. Резкая болезненность при пальпации над пупком. Болезненность при пальпации на 3 см ниже середины левой реберной дуги. Болезненность уменьшается при повороте на левый бок.

В анализах крови: гемоглобин - 12,5 г/мл, эритроциты - 3,9 млн, лейкоциты - 15,7 тыс., формула изменена: п/я - 9%, СОЭ - 24 мм/ч, билирубин общий - 1,9 мг%, глюкоза - 5,2 ммоль/л, амилаза - 154 МЕ/л.

В анализе мочи: амилаза - 480 мг/мл/ч.

Общий **анализ кала** без особенностей.

При **УЗИ** определяются мелкие конкременты в просвете желчного пузыря, дающие УЗ-тень, стенки желчного пузыря утолщены и уплотнены, поджелудочная железа увеличена в размерах (преимущественно за счет тела и хвоста), паренхима неоднородна, участки повышенной эхогенности чередуются с гипоехогенными.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести.
3. Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические критерии.
4. Назначьте лечение и обоснуйте его.

ЗАДАЧА 26.

Больная Е.А., 63 лет, поступила в стационар с **жалобами** на общую слабость, головокружение, одышку при незначительной физической нагрузке, тошноту, онемение кончиков пальцев рук и ног. Данные жалобы появились около трех недель назад, ранее ничем не лечилась. Из анамнеза: страдает хроническим гастритом около 20 лет.

Объективно: При осмотре общее состояние средней тяжести, сознание ясное. Определяется резкая бледность кожи и слизистых. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Дыхание везикулярное. АД □ 130/80 мм рт.ст. Пульс с частотой 96 уд./мин. Тоны сердца звучные, тахикардия. Живот мягкий, безболезненный. Язык ярко-красный, сосочки сглажены. Печень выступает на 2,0 см из под края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка выступает из - под края левой реберной дуги на +3,0 см, край ровный, эластичной консистенции, безболезненный. Стул и мочеиспускание не нарушено. Отеков нет.

Данные дополнительных методов исследования:

ОАК: Эритроциты $1,0 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин 50 г/л, цветовой показатель 1,09. Тромбоциты □ 170×10^9 . Лейкоциты 3,9 Г/л, палочкоядерные 1%, сегментоядерные - 50%, лимфоциты □ 35%, моноциты 14%. СОЭ 32 мм/ч. Анизоцитоз ++; пойкилоцитоз +; макроцитоз +++, тельца Жолли, кольца Кебота +/+++.

ОАМ:

Цвет желтая, реакция кислая, уд. вес 1013, белок отриц., эп. клетки плоские 1-2 в пл. зрения, лейкоциты 0-1-2 в пл. зрения.

Анализ крови биохимический: Креатинин 59,3 мкмоль/л. Общий белок 66,3 г/л. Билирубин прямой 8,0 мкмоль/л, непрямой 14,0 мкмоль/л. АСТ 0,58 ммоль/л, АЛТ 0,7 ммоль/л. Сахар крови 4,5 ммоль/л.

Исследование кала на я/глист: Не найдены.

ЭКГ: Ритм синусовый, ЧСС 88 в минуту. Нарушение проводимости по правой ножке п. Гиса.

Рентгенологическое исследование органов грудной полости: Легочные поля

без очаговых и инфильтративных изменений. Корни структурны, синусы свободны. Тень средостения не смещена. Границы сердца в норме.

Исследование стернального пунктата: Костный мозг гиперклеточный, эритропоэз раздражен, мегалобластический, задержка вызревания на уровне базофильных мегалобластов. Гранулоцитарный росток угнетен, задержка вызревания нейтрофилов на уровне миелоцита, гиперсегментация зрелых форм, гигантизм и уродливость, палочкоядерных форм. Мегакариоцитарный росток угнетен.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Назовите, вероятную причину заболевания.
3. Какие обследования еще необходимо выполнить для уточнения причины заболевания.
4. Определите тактику ведения и лечения больной

ЗАДАЧА 27.

50-летний больной обратился с **жалобами** на загрудинные боли при ходьбе, головные боли, головокружение.

Анамнез заболевания: В течение нескольких лет отмечается повышение АД до 180/100 мм.рт.ст., плохо контролирующееся гипотензивными препаратами. Принимает ингибиторы АПФ (моноприл) и бета-блокаторы (конкор). Периодически возникают эпизоды болей и припухлости в суставах стопы и кисти, нередко после приема алкоголя, проходящие спонтанно. Постепенно эпизоды суставных болей и припухлости стали чаще. Ввиду устойчивости артериальной гипертензии к проводимой терапии дополнительно назначен гипотиазид – 50 мг/сут. Через несколько дней состояние больного ухудшилось – усилились боли и появилась припухлость в коленных суставах и голеностопных суставах, 1 плюсне-фаланговом суставе правой стопы, уменьшался объем движений в суставах.

Объективно: состояние средней тяжести. Избыточная масса тела. Плетора. АД – 190/105 мм.рт.ст., ЧСС – 92 уд/мин. Со стороны других органов и систем – без особенностей. При осмотре коленных, голеностопных и суставов стоп выявлены подкожные белесоватые узлы (подагрический тофус?)

Анализ крови: Hb – 160 г/л, Эр. – $5,6 \times 10^{12}/л$, Л – $12 \times 10^9/л$ с нейтрофильным сдвигом, СОЭ – 40 мм/ч, ревматоидный фактор – отрицательный, мочевая кислота – 800 мкмоль/л.

Анализ мочи: относительная плотность – 1018, белок – 0,99%, Л – 2-3 в п/зр., соли ураты в большом количестве.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз
2. Приведите критерии, подтверждающие предполагаемый диагноз.
3. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза.
4. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 28.

Пациент Р., 28 лет, поступил в клинику по направлению уролога поликлиники.

Анамнез заболевания: Приблизительно две недели назад обратил внимание на изменение цвета мочи (красноватый оттенок). Около месяца назад перенес ОРВИ, принимал аспирин. В поликлинике по месту жительства урологом была выявлена гематурия, однако проведенное обследование, включавшее в себя в/в урографию, УЗИ и цистоскопию, патологические изменения не выявило.

При **осмотре** состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, отеков нет, периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс - 66 в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД - 140/80 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, дополнительных дыхательных шумов нет. ЧДД - 24 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Поясничная область визуально не изменена, симптом поколачивания по поясничной области слабopоложительный.

В анализах крови: гемоглобин - 154 г/л, эритроциты - 4,6 млн, лейкоциты - 6,4 тыс, СОЭ - 8 мм/ч, тромбоциты - 278 тыс., общий белок - 7,3 г%, альбумин - 4,4 г%, общий билирубин - 1,1 мг%, СРБ (-), креатинин - 130 мкмоль/л, IgA- 680 мг%, титр АСЛО - ниже 1:250, коагулограмма, комплемент С3 в пределах нормы.

В анализе мочи: pH - 5,5, относительная плотность - 1018, белок - 0,033 ‰, сахара, ацетона нет, лейкоциты - 0-1-2 в поле зрения, эритроциты - 20-40 в поле зрения (выщелоченные), цилиндры (гиалиновые) - 1-2 в поле зрения.

ВОПРОСЫ:

- Выделите основной синдром.
- Сформулируйте предварительный диагноз.

- Какие дополнительные исследования необходимо провести.
- Назначьте лечение и обоснуйте его.

ЗАДАЧА 29.

Пациентка Р., 15 лет, через 10 дней после перенесенной ангины отметила признаки задержки жидкости (уменьшение количества выделяемой мочи при обычном питьевом режиме, отечность конечностей и одутловатость лица), изменение цвета мочи (цвет «мясных помоев»), боли в затылочной области. При **осмотре** состояние средней тяжести. Конституция нормостеническая. Температура тела 36,8°C. Кожные покровы и слизистые нормальной окраски, чистые. Катаральных явлений нет. Задняя стенка глотки бледно-розовая, миндалины несколько увеличены, бледно-розовые, незначительно инъецированы сосудами. Определяются отеки голеней, стоп, лица. Лимфатические узлы не увеличены. ЧДД - 17 в минуту, дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердце не расширено (левая граница - на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, правая граница - по правому краю грудины, верхняя - по нижнему краю III ребра). Тоны сердца ясные, второй тон во II межреберье справа от грудины усилен. ЧСС - 88 в минуту, ритм сердца правильный. АД - 160/100 мм рт. ст. на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень не выходит за край реберной дуги по правой среднеключичной линии, селезенка не увеличена. Поясничная область визуально не изменена, симптом поколачивания по поясничной области слабopоложительный.

В анализах крови: гемоглобин - 127 г/л, эритроциты - 3,6 млн, лейкоциты - 6,7 тыс., нейтрофилы - 54%, *и/я* - 2%, лимфоциты - 29%, СОЭ - 18 мм/ч, тромбоциты - 234 тыс., общий белок - 8,3 г%, альбумин - 4,8 г%, общий билирубин - 1,1 мг%, СРВ (+), креатинин - 2,6 мг%, IgA - 230 мг%, титр АСЛО - 1:640, снижение комплемента С3.

В анализе мочи: pH - 5, относительная плотность - 1022, белок - 0,033 г, сахара, ацетона нет, лейкоциты - 5-7 в поле зрения, эритроциты - 20 в поле зрения, единичные цилиндры - 4—6 в поле зрения. Суточный диурез 800-950 мл.

Пациентке проведена биопсия почки.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие синдромы можно выявить.
3. Укажите, какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза.
4. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 30.

Больная 18 лет, поступила в клинику с жалобами на боли в поясничной области, учащенное мочеиспускание, озноб.

Данные анамнеза: Часто болеет ОРВИ, периодически отмечает тупые боли внизу живота, на этом фоне бывает субфебрильная температура; иногда отмечается болезненное мочеиспускание.

Объективно: при поступлении в стационар состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, температура 38°C. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Число дыханий 28 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Частота сердечных сокращений 90 в минуту. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. Мочеиспускание учащено и болезненно. Отеков нет.

Дополнительные исследования:

Общий анализ крови: Нв – 119 г/л, эр – $4,5 \times 10^{12}/л$, лейкоц. – $18,5 \times 10^9/л$, п/яд – 10%, с – 70%, л – 22%, м – 9%, СОЭ – 28 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция щелочная, белок 0,06 ‰, лейкоциты – сплошь в поле зрения, эритроциты – 1-2 в поле зрения, бактерии – значительно.

УЗИ почек: почки расположены правильно, размеры левой почки больше нормы. Чашечно-лоханочная система расширена с обеих сторон, больше слева. Подозрение на удвоение левой почки.

Вопросы:

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Укажите дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.
3. Какое исследование необходимо провести для назначения адекватной терапии?

ЗАДАЧА 31.

Мужчина 72 года, второй раз за 6 месяцев поступает в стационар по поводу болевого синдрома в поясничной области, с иррадиацией в нижние конечности, паховые области.

Данные анамнеза: В течение 2 лет периодически лечился у невролога по поводу пояснично-крестцового остеохондроза, радикулита без особого эффекта. Последний год стал замечать частые позывы на мочеиспускание, затруднение мочеиспускания, периодически повышалась температура до 37.8°C , самостоятельно принимал парацетамол.

Объективно: температура 37.4°C , лицо пастозно, кожные покровы бледные, сухие. В легких - дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 88 в мин. АД 150/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Симптом «поколачивания» по поясничной области отрицательный с обеих сторон. При ректальном исследовании пальпируется увеличенная плотная предстательная железа.

Дополнительные исследования:

В анализах мочи: белок 0,099%, лейкоциты 40-50 в поле зрения, эритроциты 4-5 в поле зрения, эпителий – 7-8 в поле зрения. В о/а крови лейкоц. – $8,5 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 20 мм/час. При бактериологическом исследовании мочи высеян - *Proteus spp.* Креатинин крови – 120 ммоль/л. СКФ по формуле СКД-ЕРІ - 75 мл/мин. На УЗИ – незначительное расширение ЧЛС с обеих сторон.

Вопросы:

- 1.Поставьте предварительный диагноз.
- 2.Назначьте план обследования для подтверждения диагноза.
- 3.Врачебная тактика.

ЗАДАЧА 32.

Больной, 23 лет поступит в клинику с **жалобами** на повышение температуры до 39.0 в течение суток с потрясающим ознобом, боли в животе, больше справа. С подозрением на острый аппендицит был госпитализирован в хирургическое отделение. Ранее подобных симптомов не отмечал.

Объективно: состояние средней тяжести, болезненность при пальпации правых отделов живота, положительный симптом «поколачивания» справа. Симптомы раздражения брюшины отрицательны. За период динамического наблюдения, диагноз острый аппендицит хирургами был исключен.

Дополнительные исследования:

В анализах мочи: плотность 1015, белок 0,33г/л, лейкоциты густо на все поле зрения, эритроциты 1-2 в поле зрения. В общем анализе крови лейкоц. – $14 \times 10^9/\text{л}$, , п/яд – 12%, с – 68%, л – 12%, м – 8%, СОЭ – 35 мм/час.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Составьте план обследования для подтверждения диагноза.
3. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 33.

У 18-летнего больного за неделю до госпитализации появились отеки лица. Последние 2 дня беспокоили головные боли, рвота. При осмотре в поликлинике обнаружено повышение АД=170/95 мм рт.ст. Направлен в стационар с диагнозом "гипертоническая болезнь, криз".

Объективно: Во время пребывания в приемном покое больницы у больного появились мелкие подергивания мышц лица, рук, затем развились генерализованные клонические судороги. Лицо, бывшее до этого бледным, одутловатым, резко посинело, одутловатость его увеличилась, вены на шее набухли, изо рта выделялась пена, окрашенная кровью. Приступ длился 3-4 мин, завершился сопорозным состоянием. Имеется небольшая ригидность затылочных мышц, сухожильные рефлексы повышены. На ногах умеренные отеки. Пульс 54 в мин., напряженный, АД=190/110 мм рт.ст. Границы сердца не смещены, тоны чистые, акцент 2-го тона на аорте. В легких везикулярное дыхание. Печень пальпируется у реберной дуги.

Общий анализ мочи, полученный катетером: удельный вес – 1024, белок – 1,99‰, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, эритроциты свежие – 15-20 в поле зрения, выщелоченные – 20-30 в поле зрения, гиалиновые цилиндры – 3-5 в поле зрения, зернистые цилиндры – 1-2 в поле зрения.

Креатинин крови 132 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Какой синдром преобладает в клинической картине данного заболевания.
2. Назовите диагноз заболевания.
3. Какие меры нужно принять в первую очередь.
4. Лечебная тактика.

ЗАДАЧА 34.

Больной, 32 года, 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 прострации (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.
2. Какие исследования необходимы для подтверждения этого синдрома и правильного лечения в соответствии со стандартами ведения больных с данной патологией.
3. Что нужно сделать для коррекции нарушений электролитного баланса.

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

ЗАДАЧА 35.

Пациентка 21 год, больна 1 год, **жалобы** на "голодные" боли в эпигастрии, появляются утром натощак, через 1,5-2 часа после еды, ночью, купируются приемом пищи. Беспокоит отрыжка кислым, стул регулярный, оформленный. Первое обращение к врачу неделю назад, после амбулаторной ЭФГДС госпитализирована.

Осмотр: кожа бледно-розовая, чистая. Живот: синдром Менделя положительный, в эпигастрии при поверхностной и глубокой пальпации небольшой мышечный дефанс, болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области, также болезненность в точке Дежардена и Мейо-Робсона. Печень не увеличена, без боли. По другим органам без патологии.

Общий анализ крови: Hb - 128 г/л, Ц.п. - 0,91, Эр - $4,2 \times 10^{12}/л$; Лейк - $7,2 \times 10^9/л$; п/я - 3%, с/я - 51%, э - 3%, л - 36%, м - 7%, СОЭ - 6 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачность полная; pH - 6,0; плотность - 1017; белок - нет; сахар - нет; эп. кл. - 1-2-3 в п/з; лейкоциты - 2-3 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, АлАТ - 19 Ед/л, АсАТ - 24 Ед/л, ЩФ - 138 Ед/л (норма 107-213 Ед/л), амилаза - 100 Ед/л (норма 28-100 Ед/л), тимоловая проба - 4 ед, билирубин - 15 мкмоль/л, из них связ. - 3 мкмоль/л.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая пищевода розовая, кардия смыкается. В желудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией, в антруме на стенках множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая луковицы дуоденум - очагово гиперемирована, отечная, на задней стенке язвенный дефект 0,8x0,6 см, округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Взята биопсия.

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь грушевидной формы 55x21 мм с перегибом в дне,

содержимое его гомогенное, стенки 1 мм. В желудке большое количество гетерогенного содержимого, стенки его утолщены. Поджелудочная железа: головка 21 мм (норма 18), тело 15 мм (норма 15), хвост 22 мм (норма 18), эхогенность головки и хвоста снижена.

Дыхательный уреазный тест: положительный.

Биопсийный тест на НР-инфекцию: положительный (++)

Вопросы:

1. Клинический диагноз и его обоснование.
2. Оцените картину УЗИ, какова информативность УЗИ для постановки диагноза.
3. Современные принципы лечения данного заболевания.

ЗАДАЧА 36.

Мужчина 42 лет, в течение последнего года беспокоят боли в подложечной области, возникающие после приема острой, жареной, обильной пищи, газированной воды. Редко боли за грудиной и чувство затруднения при прохождении кусковой пищи. Беспокоит изжога, отрыжка. Также имеются боли в эпигастрии при длительном перерыве в еде.

Осмотр: кожа, зев, сердце и легкие - без патологии. Живот не увеличен, мягкий, при глубокой пальпации под мечевидным отростком появляется небольшая изжога и болезненность, болезненность и в пилородуоденальной области. Печень у края реберной дуги, безболезненная. Стул регулярный, оформленный.

Общий анализ крови: Нб - 136 г/л; Ц.п. - 0,92; Эр - $4,4 \times 10^{12}/л$; Лейк. - $7,2 \times 10^9/л$; п/я - 3%. с/я - 54%. э - 3%; л - 32%, м - 8%; СОЭ - 7 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, прозрачная; рН - 6,0; плотность - 1023; белок - нет, сахар - нет; эп. кл. - небольшое количество, лейкоциты - 1-2 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок - 76 г/л, альбумины - 56%, глобулины: альфа1 - 5%. альфа2 - 10%, бета - 12%, гамма - 18%, АлАТ - 30 Ед/л, АсАТ - 28 Ед/л, ЩФ - 78 Ед/л (норма 70-140), амилаза - 60 Ед/л (норма 18-110 Ед\л), тимоловая проба - 3 ед, общий билирубин - 15 мкмоль/л- из них связ. - 4 мкмоль/л, сывороточное железо - 16 мкмоль/л.

Кал на скрытую крови: отрицательная реакция.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая пищевода в нижней трети гиперемирована, отечна, гиперемия по типу "языков пламени", на задней стенке крупная эрозия до 0,3 см. кардия смыкается недостаточно, находится ниже пищеводного отверстия диафрагмы. В желудке желчь, слизистая антрального отдела гиперемирована, умеренно отечна. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки и постбульбарных отделов не изменена.

Биопсийный тест (де-нол тест) на НР-инфекцию: отрицательный.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Назначьте комплексную терапию данному больному.
4. Какие режимные моменты следует соблюдать.
5. Требуется ли контроль ЭГДС, и в какие сроки.