

# ВИКЕЙРА ПАК – НЕПОДДЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

99,7% УВО у больных с генотипом 1b<sup>1,2,3</sup>

**Высокая эффективность, подтвержденная в реальной практике<sup>4,5,6</sup>**

**Более 1500 пациентов, получивших лечение в РФ<sup>7</sup>**

**Простой режим терапии<sup>8</sup>**

**Все компоненты в одной упаковке<sup>9</sup>**



## Краткая инструкция по применению Виейры Пак, декабрь 2016

**МНН:** Дасабувир, омбитасвир + паритапревир + ритонавир. **Фармакотерапевтическая группа:** противовирусное средство, код АТХ J05A. **Лекарственная форма:** набор таблеток, содержащий Дасабувир — овальные таблетки, покрытые пленочной оболочкой светло-коричневого цвета с гравировкой «AV2» на одной стороне, 250 мг; Омбитасвир + Паритапревир + Ритонавир — продолговатые таблетки, покрытые пленочной оболочкой розового цвета с гравировкой «AV1» на одной стороне, 12,5 мг + 75 мг + 50 мг. **Показания к применению:** хронический гепатит С генотипа 1, включая пациентов с компенсированным циррозом печени в сочетании с рибавирином или без него. Нет необходимости в коррекции дозы препарата Виейра Пак в зависимости от возраста, пола, массы тела, расы и этнической принадлежности. **Противопоказания:** гиперчувствительность к омбитасвиру, паритапревиру, ритонавиру, дасабувиру или любым вспомогательным веществам препарата; средняя и тяжелая степень печеночной недостаточности (классы В и С по шкале Чайлд-Пью); противопоказан к применению рибавирина (при совместном применении препарата Виейра Пак и рибавирина); одновременное применение с субстратами, индукторами, ингибиторами и препаратами, метаболизирующимися изопреплатом CYP3A4, ингибиторами CYP2C8, препаратами, содержащими этинилэстрадиол, ингибиторами протонной помпы, дарафензиномидом и атазанавириномидом в фиксированной комбинации, детский возраст до 18 лет, дефицит лактазы, непереносимость глюкозо-галактозная мальабсорбция. Вся информация по противопоказаниям приведена в полной инструкции по медицинскому применению. **С осторожностью:** совместное применение препарата Виейра Пак и флутиказона или других глюкокортикостероидов, которые метаболизируются с участием изофермента CYP3A4, антиаритмических препаратов, бепридиллом, дизолорамидом, флуанисондом, лидонавином (системное введение), мексифеномидом, пропранололом, эритромицином, дабигатраном, дилтиаземом, фувастатином, релвагинилом, сульфасалазином, тразодолом, фексофенадином, деферазироксом, терифлуномидом. **Беременность и лактация:** одновременный прием препарата Виейра Пак с рибавирином противопоказан беременным, а также мужчинам, чьи партнерши беременны. Не следует применять схему лечения с использованием рибавирина до тех пор, пока непосредственно перед началом терапии не будет получен отрицательный результат теста на беременность. **Способ применения и дозы:** Виейра Пак следует принимать внутрь во время еды, независимо от жирности или калорийности пищи. Перед началом терапии препаратом Виейра Пак необходимо исключить декомпенсацию функции печени на основании лабораторных и клинических признаков. Рекомендуемая доза препарата Виейра Пак включает две таблетки омбитасвира/паритапревира/ритонавира 12,5/75/50 мг один раз в день (утром) и одну таблетку дасабувира 250 мг два раза в день (утром и вечером).

Генотип 1a, без цирроза	Виейра Пак + рибавирин	12 недель
Генотип 1a, с циррозом	Виейра Пак + рибавирин	24 недели*
Генотип 1b, без цирроза	Виейра Пак	12 недель
Генотип 1b, с компенсированным циррозом, класс А по классификации Чайлд-Пью	Виейра Пак	12 недель

Рекомендуется следовать режиму дозирования для генотипа 1a у больных с неизвестным подтипом генотипа 1 или генотипом 1 смешанного типа.

\* Схема применения препарата Виейра Пак в комбинации с рибавирином в течение 12 недель может быть рассмотрена для некоторых пациентов на основе предшествующей терапии, у пациентов после трансплантации печени курс терапии Виейра Пак в комбинации с рибавирином составляет 24 недели, независимо от генотипа ВГС. Подтипа при нормальной функции печени и стабильной фиброза по шкале Metavir – 2 и менее. При применении препарата Виейра Пак с ингибиторами кальциевыми необходима коррекция дозы ингибиторов кальциевых. Дозы рибавирина подбирались индивидуально и составляли от 600 мг до 800 мг в день. У пациентов с ко-инфекцией ВГС/ВНЧ-1 следует выполнять стандартные рекомендации по режиму терапии. Рекомендации по сопутствующей противовирусной терапии ВНЧ-1 представлена в разделе «Взаимодействие с другими лекарственными препаратами». **Пропуск приема препарата:** в случае пропуска приема таблетки, содержащей омбитасвир + паритапревир + ритонавир, назначенная доза может быть принята в течение 12 часов после запланированного времени. В случае пропуска приема таблетки, содержащей дасабувир, назначенная доза может быть принята в течение 6 часов после запланированного времени. В случае, если прошло более 12 часов с запланированного времени приема таблетки, содержащей омбитасвир + паритапревир + ритонавир или более 6 часов после запланированного времени приема таблетки, содержащей дасабувир, пропущенные дозы не принимаются, и пациент должен принять следующую дозу согласно обычному графику приема препарата. **Побочные действия:** оценка безопасности основана на объединенных данных фазы 2 и 3 клинических испытаний более чем у 2600 пациентов, получавших препарат Виейра Пак с рибавирином или без него. У пациентов, получавших препарат Виейра Пак в сочетании с рибавирином наиболее часто наблюдались побочными реакциями (более чем у 20% пациентов) боли в усталости и тошнота. Количество пациентов, полностью прекративших лечение из-за побочных реакций, составило 1,2% (25/2044), 1,3% (27/2044) пациентов прекратили (с возможностью дальнейшего возобновления) лечение из-за побочных эффектов, 7,7% (158/2044) пациентов потребовалось снизить дозы рибавирина вследствие возникновения побочных реакций. Профиль безопасности препарата Виейра Пак и рибавирина у пациентов с циррозом был таким же, что и у пациентов без цирроза. У пациентов в клинических исследованиях, получавших препарат Виейра Пак без рибавирина, единственной зарегистрированной побочной реакцией был зуд. Количество пациентов, полностью прекративших лечение из-за побочных реакций, составило 0,3% (2/588), 0,5% (3/588) пациентов сделали перерывы в лечении из-за побочных реакций. Во время пострегистрационного использования препарата Виейра Пак были выявлены реакции гиперчувствительности (включая ангионевротический отек, демиелинизирующая функция печени, печеночная недостаточность). Для получения дополнительной информации о побочных эффектах, пожалуйста, обратитесь к полной инструкции по медицинскому применению. **Лекарственные взаимодействия:** информация о лекарственных взаимодействиях можно найти в полной инструкции по применению. Список препаратов, противопоказанных к применению с препаратом Виейра Пак, указан в разделе «Противопоказания». **Особые указания:** в ходе клинических исследований препарат Виейра Пак с рибавирином или без рибавирина применялся в 1% случаев наблюдались важные повышение активности АЛТ более чем в 3 раза выше верхней границы нормы. Биохимические показатели функции печени следует измерять в течение 4 недель терапии и, если показатели активности АЛТ в сыворотке превышают верхнюю границу нормы, то необходимо повторно провести исследование и далее контролировать активность АЛТ таких пациентов. У пациентов с ко-инфекцией ВГС/ВНЧ-1, которые получают курс терапии препаратом Виейра Пак, следует также проводить антиретровирусную терапию, направленные на уменьшение риска развития резистентности к ингибиторам протазы ВНС-1. Для пациентов с циррозом печени необходимо отследить возможные осложнения (признаки декомпенсации функции печени, например, асцит, печеночная энцефалопатия, кровотечения из варикозно расширенных вен, лабораторные показатели функции печени, в том числе, концентрацию прямого билирубина, следует оценивать перед началом терапии и в течение первых 4 недель после начала лечения, а также при наличии клинических признаков). Следует рассмотреть возможность контроля качества с признаками декомпенсации функции печени. Не требуется коррекция дозы препарата Виейра Пак у пациентов с легкой, средней и тяжелой степенью печеночной недостаточности. **Влияние на способность управлять транспортными средствами, механизмами:** пациенты должны быть проинформированы, что при применении препарата Виейра Пак в сочетании с рибавирином наблюдается незначительное влияние на установку скорости. **Условия хранения:** при температуре до +25 °С. **Срок годности:** 2 года. **Условия отпуска:** по рецепту. **Владелец регистрационного удостоверения:** ООО «Эбвие», Россия, 125171, г. Москва, Ленинградское шоссе, д. 16 А, стр. 1. **Производитель:** Дасабувир – таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 250 мг; Эбвие Айрланд НЛ Б.В., Ирландия Манорхэмилтон Роуд, Слайго, Ирландия; Омбитасвир + Паритапревир + Ритонавир – таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 12,5 мг + 75 мг + 50 мг; Фурнье Лаборатории Айрланд Лимитед, Уиллингфорд, Энтривилл, Слайго, Ирландия. **Осуществитель:** ООО «Эбвие», Россия, 125171, г. Москва, Ленинградское шоссе, д. 16 А, стр. 1. **Уполномоченный контролер качества:** ООО «Эбвие Инк», США, 32 Н. Вокенг Роуд, Норт Чикаго, Иллинойс 60064, США или ЗАО «ОРТАТ», Россия, 157092, Костромская обл., Сусанинский р-н, с. Северное, мкр-н Харитоново, тел/факс: (4942) 650-806. **Регистрационное удостоверение:** ПП-002965 от 21.04.2015.

Полную информацию о препарате можно найти в зарегистрированной инструкции по применению препарата Виейра Пак или обратившись по адресу: 125047, г. Москва, ул. Лесная, д.7, БЦ «Белые Сады», здание «А», тел. +7 495 258 42 77, факс +7 495 258 42 87, e-mail: Russia.info@abbvie.com

- Andreon P et al. AFT-450, ritonavir, ombitasvir, and dasabuvir achieves 97% and 100% sustained virologic response with or without ribavirin in treatment-experienced patients with HCV genotype 1b infection. Gastroenterol 2014; 147:359–365.
- Felenc P et al. AFT-450/ombitasvir and dasabuvir with or without ribavirin for HCV. N Engl J Med. 2014; 370:1983–1992.
- Foordarf F, Hézode C, Trinh R, et al. AFT-450/ombitasvir and dasabuvir with ribavirin for hepatitis C with cirrhosis. N Engl J Med. 2014;370:1973–1982.
- Londrino MC, et al. 41st Congreso Anual AEEH, 17-19 Feb, 2016, Madrid, España. P#114.
- Pirello C, et al. 41st Congreso Anual AEEH, 17-19 Feb, 2016, Madrid, España. P#95.
- Shcherbakov S, et al. German Hepatitis C Cohort (GECOC) C02, 2016, poster presentation.
- По данным аудита фармацевтического рынка IMS Health и мониторинга тендеров Курсор за 2015-1 кв. 2016. Из расчета 3 упаковки препарата Виейра Пак на 1 пациента.
- 12 недель при G 1b, 12 недель + RBV при G 1a без цирроза, 24 недели + RBV при G 1 после трансплантации печени и G1a с циррозом печени.
- Дасабувир, омбитасвир + паритапревир + ритонавир

abbvie

RUCN170012

**Виейра Пак**  
паритапревир/ритонавир,  
омбитасвир, дасабувир

СБОРНИК СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ИТОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО»

# СБОРНИК СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ



# для подготовки к итоговой государственной аттестации по специальности «Лечебное дело»

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ имени Н.И. ПИРОГОВА»  
(ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. ПИРОГОВА МИНЗДРАВА РОССИИ)

**СБОРНИК  
СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ  
для подготовки к ИТОВОЙ  
ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ  
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ  
«ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО»**

*Учебное пособие*

Москва, 2017

УДК 616-08(075.8)  
ББК 53.4я73  
С623

СБОРНИК СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ  
К ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ  
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО»

С623 Учебное пособие для подготовки к итоговой государственной аттестации студентов 6-го, 7-го курсов по программам дисциплин терапия, фтизиатрия, эндокринология, инфекционные болезни, профессиональные болезни в форме экзамена //ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, М., Издательство РАМН. – 2017. – 216 с.: илл.

ISBN 978-5-7901-0170-0

Пособие составлено в соответствии с действующими ФГОС по специальности «лечебное дело». Рекомендовано к использованию для подготовки к итоговой государственной аттестации по специальности «лечебное дело» студентам высших медицинских учебных заведений.

*Составители сборника:*

Резник Е.В., Лучинкина Е.Е., Полищук С.С.

*Редакторы:*

Никитин И.Г., Гордеев И.Г., Кисляк О.А., Шостак Н.А., Чукаева И.И., Леонова М.В., Никифоров В.В., Стаханов В.А., Резник Е.В., Лялина В.В.

*Рецензенты:*

Ю.Н. Федулаев, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой факультетской терапии ПФ ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ

А.К. Рылова, д.м.н., профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней, Общей физиотерапии и лучевой диагностики ПФ ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ

Рекомендовано к печати ЦКМС

ББК 53.4я73  
УДК 616-08(075.8)

© Коллектив авторов, 2017  
© ФГБОУ ВО РНИМУ имени Н.И. Пирогова, 2017

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

---

АД – артериальное давление	КМП – кардиомиопатия
АК – аортальный клапан	КУМ – кислотоустойчивые микобактерии
АЛТ – аланинаминотрансфераза	КФК – креатинфосфокиназа
АНФ – антинуклеарный фактор	ЛДГ – лактатдегидрогеназа
АПФ – ангиотензинпревращающий фермент	ЛЖ – левый желудочек
АСТ – аспаратаминотрансфераза	ЛКА – левая коронарная артерия
АСЛ-О – антистрептолизин-О	ЛП – левое предсердие
Ат dsДНК – антитела к двуспиральной ДНК	ЛПНП – липопротеины низкой плотности
Ат нДНК – антитела к нативной ДНК	ЛПВП – липопротеины высокой плотности
АФС – антифосфолипидный синдром	МБТ – микобактерии туберкулеза
АЦЦП – антитела к циклическому цитруллинированному пептиду	МЖП – межжелудочковая перегородка
БЦА – брахиоцефальные артерии	МКБ – мочекаменная болезнь
ВЕ – смещение буферных оснований по отношению к стандартным условиям.	МДС – миелодиспластический синдром
ГГТП – гаммаглутамилтранспептидаза	МК – митральный клапан
ГКБ – городская клиническая больница	МР – митральная регургитация
ДН – дыхательная недостаточность	МРТ – магнитно-резонансная томография
ДПК – двенадцатиперстная кишка	МСКТ – мультиспиральная компьютерная томография
ЖДА – железодефицитная анемия	НЯК – неспецифический язвенный колит
ЖЕЛ – жизненная емкость легких	ОАК – общий анализ крови
ЗСЛЖ – задняя стенка левого желудочка	ОАМ – общий анализ мочи
ИБС – ишемическая болезнь сердца	ОВ – левая огибающая коронарная артерия
ИВЛ – искусственная вентиляция лёгких	ОЕЛ – общая ёмкость лёгких
ИГСС – идиопатический гипертрофический субаортальный стеноз	ОЖСС – общая железосвязывающая способность сыворотки
ИМ – инфаркт миокарда	ОИМ – острый инфаркт миокарда
ИМТ – индекс массы тела	ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения
КАГ – коронароангиография	ООЛ – остаточный объем легких
КДР – конечный диастолический размер	ОРВИ – острая респираторная вирусная инфекция
КСР – конечный систолический размер	

ОРИТ – отделение реанимации и интенсивной терапии  
ОФВ – объем форсированного выдоха  
ПБЦ – первичный билиарный цирроз  
ПЖ – правый желудочек  
ПКА – правая коронарная артерия  
ПKN – печеночно-клеточная недостаточность  
ПМЖВ – передняя межжелудочковая ветвь  
ПП – правое предсердие  
ПТИ – протромбиновый индекс  
ПСВ – пиковая скорость выдоха  
ПСПЖ – передняя стенка правого желудочка  
РФ – ревматоидный фактор  
СССУ – синдром слабости синусового узла  
СОЭ – скорость оседания эритроцитов  
СЦИ – стандартное цитогенетическое исследование  
СКВ – системная красная волчанка  
СКФ – скорость клубочковой фильтрации  
ТЗСЛЖ – толщина задней стенки левого желудочка  
ТМЖП – толщина межжелудочковой перегородки  
ТР – трикуспидальная регургитация  
ТТГ – тиреотропный гормон  
УЗДГ – ультразвуковая доплерография

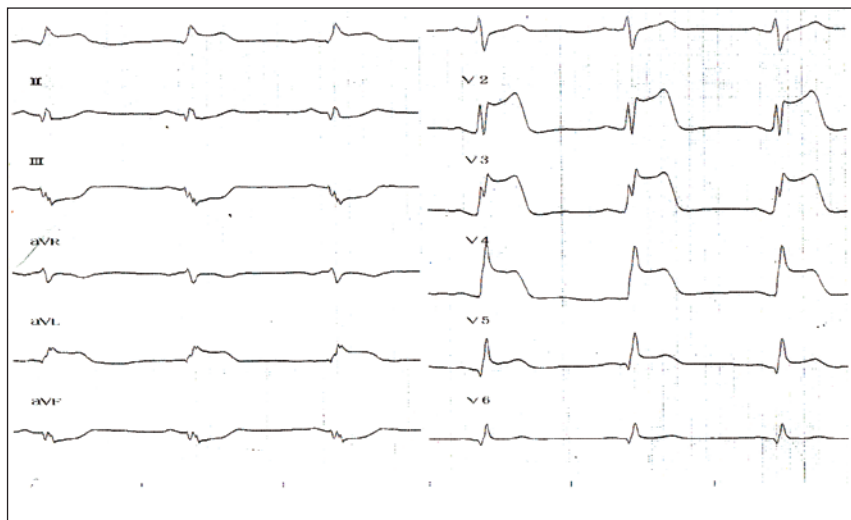
УЗИ – ультразвуковое исследование  
ФЖЕЛ – функциональная жизненная ёмкость лёгких  
ФКС – фиброколоноскопия  
ФЗТ – физиотерапия  
ФВ – фракция выброса  
ФОЕ – функциональная остаточная емкость легких  
ХБП – хроническая болезнь почек  
ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких  
ХСН – хроническая сердечная недостаточность  
ЦП – цветовой показатель  
ЧДД – частота дыхательных движений  
ЧКВ – чрескожное коронарное вмешательство  
ЧЛС – чашечно-лоханочная система  
ЧСС – частота сердечных сокращений  
ЩФ – щелочная фосфатаза  
ЭГДС – эзофагогастродуоденоскопия  
ЭКГ – электрокардиограмма  
ЭКС – электрокардиостимулятор  
ЭОС – электрическая ось сердца  
ЭхоКГ – эхокардиография  
СРБ – С-реактивный пептид (белок)  
HCV – вирус гепатита С  
BNP – мозговой натриуретический пептид  
MRSA – метициллин-резистентный стафилококк  
SpO<sub>2</sub> – насыщение крови кислородом  
WPW – Вольфа – Паркинсона – Вайта

## ЗАДАЧА № 1

Больной Д. 63 лет доставлен бригадой скорой медицинской помощи в реанимационное отделение больницы с жалобами на интенсивные сжимающие боли в грудной клетке, резкую слабость, выраженную потливость. Боли начались за три часа до поступления, нарастали очень быстро. Однократно была рвота съеденной пищей без предшествующей тошноты. Врач скорой помощи выявил АД 90/70 мм рт. ст., ЧСС 60 ударов в минуту. Было начато капельное введение допамина 2,5 мкг/кг/мин., за время транспортировки пациента доза доведена до 5,0 мкг/кг/мин., введены фентанил и дроперидол, морфин.

В реанимационном отделении: состояние тяжелое. Выраженная диффузная бледность кожных покровов в сочетании с цианозом, конечности холодные, бледные с мраморным оттенком. Выраженная потливость – лицо покрыто каплями пота, одежда промокла от пота насквозь. ЧДД 26 в минуту, в нижних отделах легких выслушиваются мелкопузырчатые незвонкие влажные хрипы. Тоны сердца глухие, ЧСС 90 в минуту. АД определяется с трудом – 70/55 мм рт. ст., несмотря на введение допамина. Живот незначительно вздут, при пальпации безболезненный. При катетеризации мочевого пузыря мочи не получено.

ЭКГ:



Общий анализ крови: гемоглобин 154 г/л, эритроциты  $4,9 \times 10^{12}$ /л, гематокрит 50%, лейкоциты  $10,2 \times 10^9$ /л, СОЭ 15 мм/час.

Биохимический анализ крови: белок общий 75 г/л, мочевины 20,0 ммоль/л, креатинин 156 мкмоль/л, АСТ 35 ед/л, АЛТ 40 ед/л, КФК общ. 200 ед/л, КФК МБ 73 ед/л, тропонин I 4,1 нг/л, калий 4,5 ммоль/л, натрий 145 ммоль/л, хлориды 105 ммоль/л, глюкоза сыворотки 6,2 ммоль/л.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 2**

---

Больной О. 63 лет доставлен в реанимационное отделение в тяжелом состоянии. Жалобы на удушье, слабость, невозможность находиться в горизонтальном положении из-за усиления одышки, сердцебиение и чувство сдавления в грудной клетке. Почувствовал себя плохо в день, предшествующий госпитализации. Появилась одышка, которая нарастала и перешла в удушье. Ночью сидел в кресле и почти не спал. Около 1 года назад перенес инфаркт миокарда.

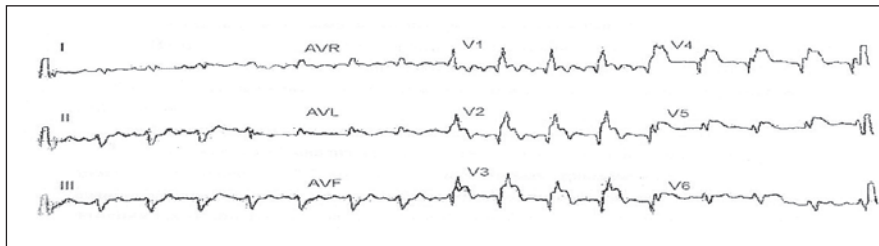
При осмотре в реанимационном отделении: состояние тяжелое. Ортопноэ. Цианоз лица. На лице капли пота. Дистанционно слышно шумное клочущее дыхание и сухие хрипы. При кашле выделяется белая пенная мокрота. При аускультации легких выслушивается множество средне- и крупнопузырчатых влажных хрипов во всех отделах легких, в верхних отделах – сухие хрипы. ЧДД 28 в минуту. Тоны сердца глухие, ритм правильный, ЧСС 100 в минуту, АД 150/90 мм рт. ст. Живот несколько вздут, при пальпации безболезненный, печень на 3 см выступает из-под края реберной дуги.

Общий анализ крови: гемоглобин 143 г/л, эритроциты  $4,5 \times 10^{12}$ /л, гематокрит 45%, лейкоциты  $9,0 \times 10^9$ /л, СОЭ 17 мм/час.

Общий анализ мочи без патологии.

Биохимический анализ крови: мочевины 7,0 ммоль/л, креатинин 105 мкмоль/л, АСТ 25 ед/л, АЛТ 65 ед/л, КФК общ. 855 ед/л, КФК МБ 154 ед/л, тропонин I 27,5 нг/л, калий 4,9 ммоль/л, натрий 148 ммоль/л, хлориды 101 ммоль/л, глюкоза сыворотки 5,0 ммоль/л.

ЭКГ:



### Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## ЗАДАЧА № 3

---

Больной Е. 69 лет доставлен в реанимационное отделение через 4 часа после впервые возникших в покое интенсивных сжимающих болей в грудной клетке, сопровождающихся резкой слабостью, головокружением. Однократно был эпизод потери сознания продолжительностью около 1 минуты. В период транспортировки в больницу бригадой скорой медицинской помощи внутривенно струйно вводились атропин, морфин.

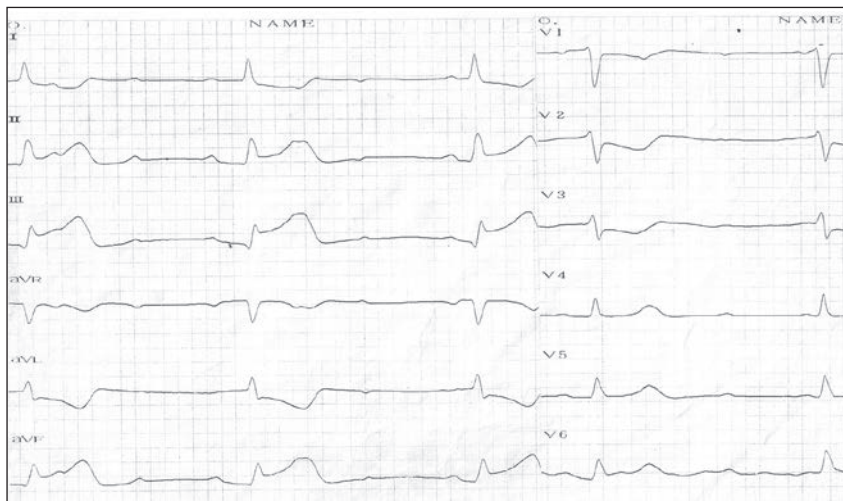
В реанимационном отделении состояние больного тяжелое. Кожные покровы бледные, цианоз губ, конечности холодные. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах ослабленное. ЧДД 26 в минуту. ЧСС 36 в минуту. АД 80/50 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Через катетер получено 20 мл мочи.

Общий анализ крови: гемоглобин 132 г/л, эритроциты  $4,3 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты  $260 \times 10^9$ /л, лейкоциты  $11 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 1%, сегментоядерные 64%, лимфоциты 25%, моноциты 9%, эозинофилы 1%, СОЭ 17 мм/час.

Биохимический анализ крови: мочевины 7,5 ммоль/л, креатинин 95 мкмоль/л, холестерин 7,2 ммоль/л, триглицериды 1,8 ммоль/л, белок общий 69 г/л, АСТ 25 ед/л, АЛТ 56 ед/л, КФК общ. 650 ед/л, КФК МБ 133 ед/л, тропонин I 15,2 нг/л, калий 4,3 ммоль/л, натрий 141 ммоль/л, хлориды 110 ммоль/л, глюкоза сыворотки 5,3 ммоль/л.



ЭКГ:



### Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## ЗАДАЧА № 4

Больная И. 56 лет госпитализирована бригадой скорой помощи в отделение кардиореанимации. На момент поступления жалоб нет. В течение последних двух лет отмечает повышение АД до максимальных цифр 170/100 мм рт. ст., постоянной лекарственной терапии не получает. В течение последних трех месяцев беспокоят приступы дискомфорта в грудной клетке, сопровождаемые чувством нехватки воздуха, возникающие при физической нагрузке, купирующиеся приемом нитроглицерина сублингвально. Сопутствующие заболевания – сахарный диабет 2-го типа (принимает гипогликемические препараты), грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, миома матки. Вредные привычки: курит по 10 сигарет в день. Ухудшение состояния в течение 3 дней, когда рецидивировали приступы давящих болей в покое

длительностью максимально до 15 минут. Наиболее интенсивный приступ более за грудиной возник в день госпитализации продолжительностью около 40 минут, купирован на догоспитальном этапе бригадой скорой медицинской помощи морфином.

Объективно при поступлении: состояние средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски и влажности. ЧДД 16 в минуту. В легких при аускультации выслушивается жесткое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 67 в минуту. АД 130/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Дизурических явлений не отмечает.

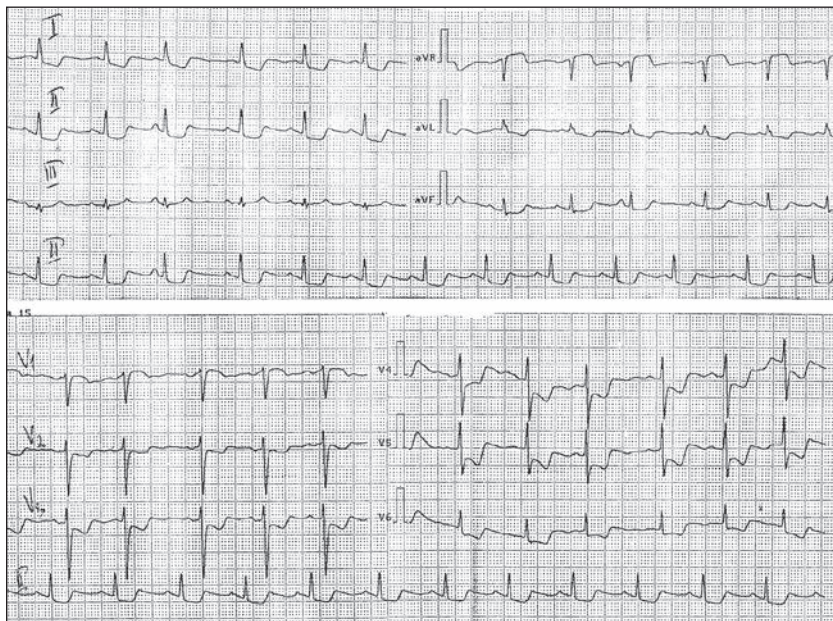
Общий анализ крови: гемоглобин 115 г/л, эритроциты  $3,43 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты  $6,4 \times 10^9$ /л, тромбоциты  $232 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 3%, сегментоядерные 55%, лимфоциты 36%, моноциты 6%, нейтрофилы 62%, СОЭ 5 мм/ч.

Биохимический анализ крови при поступлении: общий белок 67 г/л, мочевина 3,7 ммоль/л, общий холестерин 6,7 ммоль/л, билирубин общий 14 мкмоль/л, АЛТ 14,6 ед/л, АСТ 18,81 ед/л, КФК общ. 126 ед/л, КФК МБ 10,2 ед/л, глюкоза 5,2 ммоль/л.

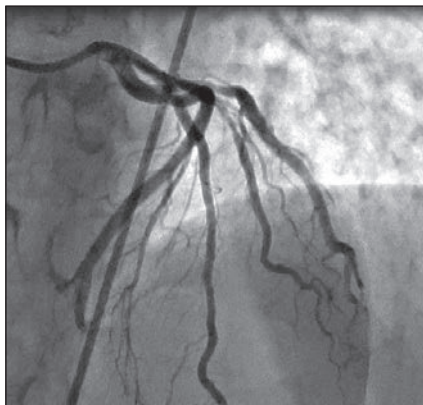
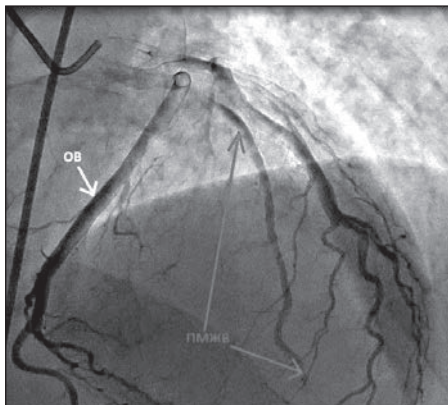
Тест на тропонин Т отрицательный.

Общий анализ мочи без патологии.

ЭКГ:



КАГ до и после ЧКВ:



### Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## ЗАДАЧА № 5

---

Больной А. 60 лет бригадой скорой медицинской помощи доставлен в клинику с жалобами на давящие боли за грудиной, слабость, холодный пот. В течение последнего года отмечает повышение АД до максимальных цифр 200/100 мм рт. ст. Адаптирован к 130/80 мм рт. ст. Эпизодически принимал капотен. Больной курит в течение 40 лет по пачке сигарет в день. Другие вредные привычки отрицает. Настоящее ухудшение состояния в день госпитализации. Боли за грудиной возникли впервые в жизни за 1 час до госпитализации, болевой синдром волнообразно усиливался.

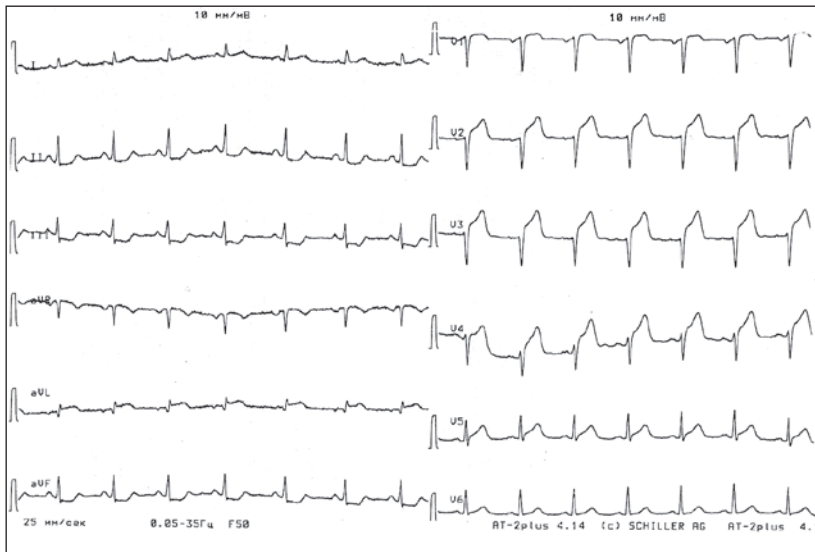
Объективно при поступлении: состояние тяжелое. Кожные покровы обычной окраски, повышенной влажности. ЧДД 18 в минуту. В легких при аускультации выслушивается жесткое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 86 в минуту. АД 150/90 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Дизурических явлений не отмечает.

Общий анализ крови: гемоглобин 162 г/л, эритроциты  $5,15 \times 10^{12}/л$ , гематокрит 47%, лейкоциты  $10,4 \times 10^9/л$ , тромбоциты  $212 \times 10^9/л$ , СОЭ 10 мм/ч.

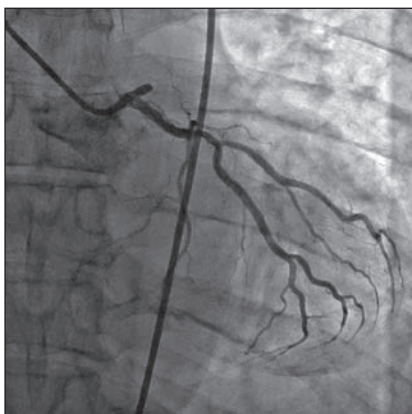
Биохимический анализ крови при поступлении: общий белок 75 г/л, мочевина 7,5 ммоль/л, общий холестерин 6,8 ммоль/л, билирубин общий 3,9 мкмоль/л, АЛТ 22 ед/л, АСТ 37 ед/л, КФК 86 ед/л, КФК МБ 8 ед/л.

Общий анализ мочи без патологии.

ЭКГ при поступлении:



Коронароангиографическое исследование:



После чрескожного коронарного вмешательства:



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
3. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 6**

---

Пациент К. 18 лет госпитализирован бригадой скорой медицинской помощи.

Из анамнеза известно, что ранее периодически отмечал внезапно возникающие приступы сердцебиений при физической нагрузке, которые проходили самостоятельно в покое или при глубоком вдохе с последующей задержкой дыхания. На электрокардиограмме, со слов пациента, регистрировали «блокаду ножки пучка Гиса».

Настоящее ухудшение состояния за 2 часа до поступления, когда во время интенсивной физической нагрузки почувствовал сердцебиение, сопровождающееся резкой слабостью, потемнением в глазах, чувством страха, отмечался эпизод кратковременной потери сознания, в связи с чем вызвал бригаду скорой медицинской помощи и был госпитализирован. На электрокардиограмме, снятой скорой помощью, зарегистрирована наджелудочко-

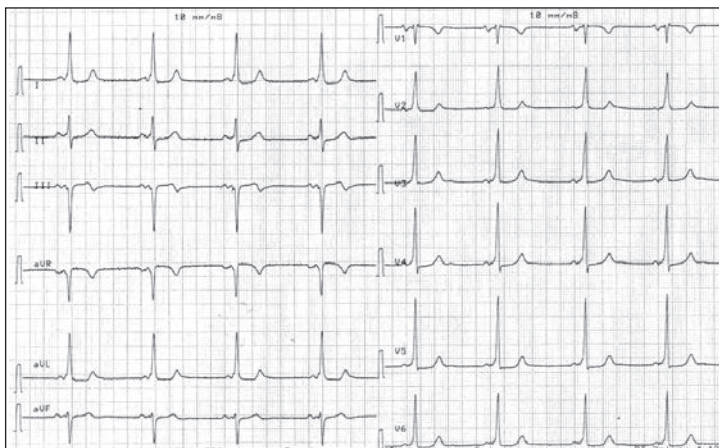
вая тахикардия с ЧСС 150 в мин., в связи с чем был введен верапамил 5 мг внутривенно.

При поступлении предъявляет жалобы на общую слабость. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычной окраски и влажности. Лимфатические узлы не пальпируются. ЧДД 16 в мин. В легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумы не выслушиваются. ЧСС 50 в мин. АД 110/70 мм рт. ст. Пульс хорошего наполнения, напряжения. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет.

ЭКГ, снятая бригадой скорой медицинской помощи:



ЭКГ при поступлении:



В клиническом и биохимическом анализах крови без отклонений от нормы.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 7**

---

Больной А. 47 лет поступил в отделение кардиореанимации с жалобами на интенсивные давящие боли за грудиной с иррадиацией в межлопаточную область, резкую слабость, потливость.

Боль за грудиной впервые появилась в покое, через 10 минут стала иррадиировать в межлопаточную область, присоединилась слабость, потливость. Прием валидола без эффекта. Болевой синдром уменьшился после внутривенного введения промедола бригадой скорой медицинской помощи.

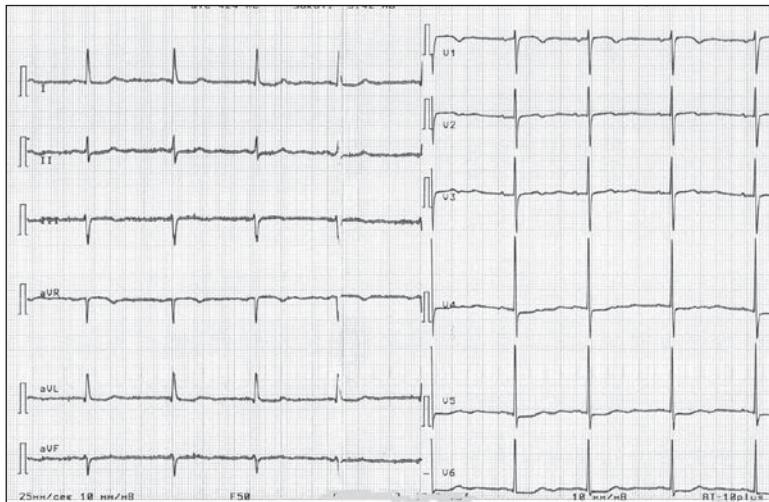
В анамнезе повышение АД до 190/110 мм рт. ст. в течение последних 8 лет, по поводу чего нерегулярно принимал эналаприл 20 мг в сутки и бисопролол 5 мг в сутки.

При поступлении состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, повышенной влажности. Периферических отеков нет. Лимфатические узлы не увеличены. ЧДД 20 в мин. Сердце перкуторно не расширено. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумы не выслушиваются. ЧСС 86 в мин. АД 172/98 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

Общий анализ крови: гемоглобин 110 г/л, эритроциты  $4,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты  $12,6 \times 10^9$ /л, тромбоциты  $20 \times 10^9$ /л, СОЭ 20 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок 72 г/л, креатинин 124 мк-моль/л, холестерин 6,7 ммоль/л, глюкоза 4,6 ммоль/л, КФК 168 ед/л, КФК МВ 22 ед/л, АСТ 38 ед/л, АЛТ 32 ед/л, тропонин I в пределах нормы.

ЭКГ:



Компьютерная томография органов грудной клетки:







### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 8**

---

Больной Н. 52 лет длительное время страдает артериальной гипертензией с максимальным подъемом АД до 180/90 мм рт. ст., гипотензивную терапию получал нерегулярно. Других сопутствующих заболеваний нет. Курит по пачке сигарет в день. В последний год отмечает появление дискомфорта за грудиной, который появляется в ранние утренние часы, заставляет больного проснуться, сопровождается страхом смерти, проходит самостоятельно. В поликлинике была снята ЭКГ, на которой патологических изменений выявлено не было.

Объективно при осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности. ЧДД 16 в минуту. В легких при аускультации выслушивается жесткое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 73 в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Дизурических явлений не отмечает.

Общий анализ крови: гемоглобин 141 г/л, эритроциты  $4,62 \times 10^{12}$ /л, гематокрит 43%, лейкоциты  $5,3 \times 10^9$ /л, тромбоциты  $205 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 7%, сегментоядерные 52%, лимфоциты 27%, моноциты 10%, СОЭ 9 мм/ч.

Биохимический анализ крови при поступлении: общий белок 73 г/л, мочевина 5,7 ммоль/л, креатинин 87 мкмоль/л, общий холестерин 5,2 ммоль/л, билирубин общий 10,6 мкмоль/л, АЛТ 24,9 ед/л, АСТ 23,7 ед/л, КФК общ. 61 ед/л, КФК МБ 6 ед/л, глюкоза 5,5 ммоль/л.

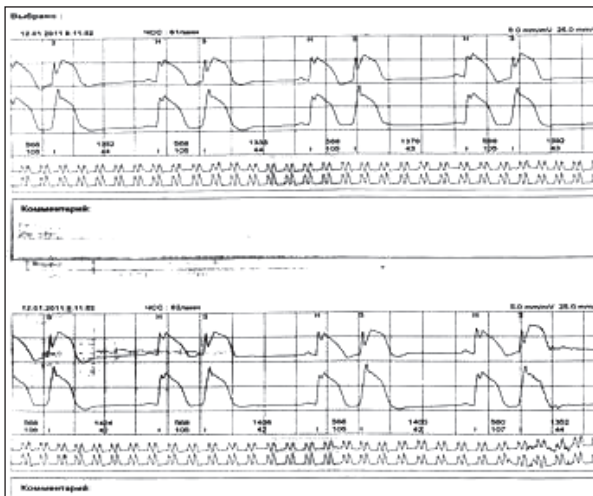
Общий анализ мочи без патологии.

ЭКГ в момент приступа дискомфорта за грудиной:

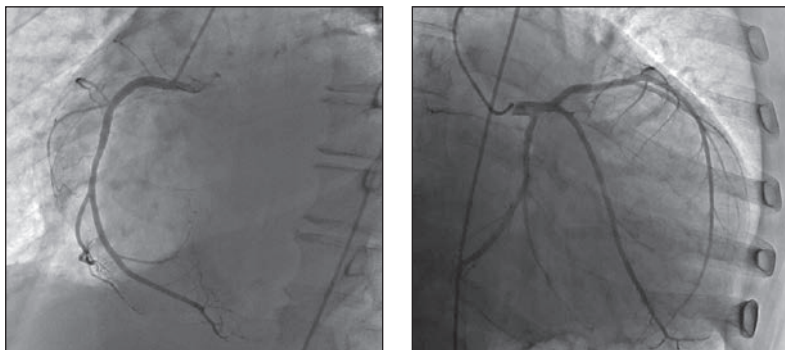


Через 15 минут на снятой электрокардиограмме патологических изменений не выявлено.

Суточное мониторирование ЭКГ.



Коронароангиография с контрастированием левой и правой коронарных артерий:



При проведении КАГ выявлено: ствол ЛКА, ПМЖВ, ОВ, ПКА интактные, без признаков тромбоза, кровотоки по коронарным артериям полностью сохранены. Правый тип коронарного кровообращения.



#### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 9**

---

Больной А. 46 лет доставлен бригадой скорой медицинской помощи в клинику с жалобами на тошноту, рвоту съеденной пищей, слабость, холодный пот, боли в эпигастральной области. В течение последних 5 лет отмечает повышение АД до максимальных цифр 180/100 мм рт. ст. Привычные цифры АД 120/80 мм рт. ст. В течение последнего года беспокоят давящие боли за грудиной при подъеме по лестнице на 3-й этаж, которые купируются при прекращении физической нагрузки. В анамнезе – хронический гастрит, пневмония, хронический бронхит, аппендэктомия по поводу острого аппендицита. Больной курит по пачке сигарет в день. Другие вредные привычки отрицает. Отец пациента умер от инфаркта миокарда. Ухудшение состояния в течение 4 часов до госпитализации.

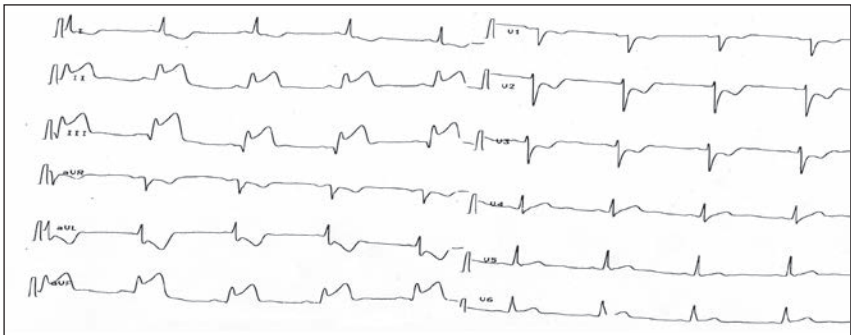
Объективно при поступлении: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, повышенной влажности. ЧДД 19 в минуту. В легких при аускультации выслушивается жесткое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 58 в минуту. АД 100/70 мм рт. ст. Живот при пальпации слегка вздут, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень не пальпируется. Дизурических явлений не отмечает.

Общий анализ крови: гемоглобин 152 г/л, эритроциты  $4,8 \times 10^{12}$ /л, гематокрит 44,8%, лейкоциты  $10,8 \times 10^9$ /л, тромбоциты  $185 \times 10^9$ /л, нейтрофилы 62%, эозинофилы 4,5%, базофилы 1%, лимфоциты 24%, моноциты 8,5%, СОЭ 11 мм/ч.

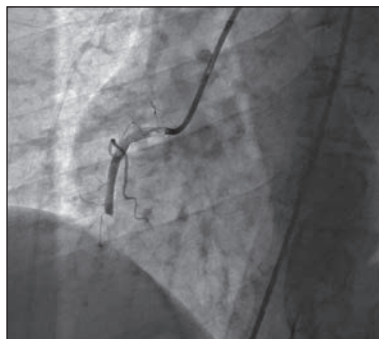
Биохимический анализ крови при поступлении: общий белок 68,4 г/л, мочевина 3,4 ммоль/л, креатинин 94,5 мкмоль/л, общий холестерин 7,1 ммоль/л, билирубин общий 8,5 мкмоль/л, АЛТ 17,2 ед/л, АСТ 17,8 ед/л, КФК общ. 126 ед/л, КФК МБ 10,2 ед/л.

Биохимический анализ крови через 6 часов после поступления: КФК 2172 ед/л, КФК МБ 317,6 ед/л.

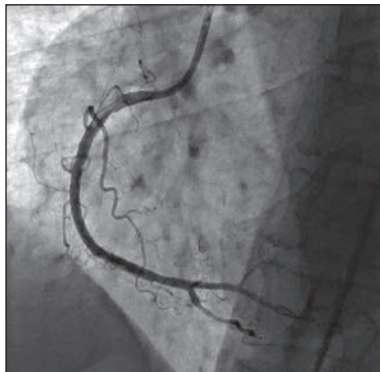
ЭКГ:



Коронароангиографическое исследование:



После чрескожного коронарного вмешательства:



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 10**

---

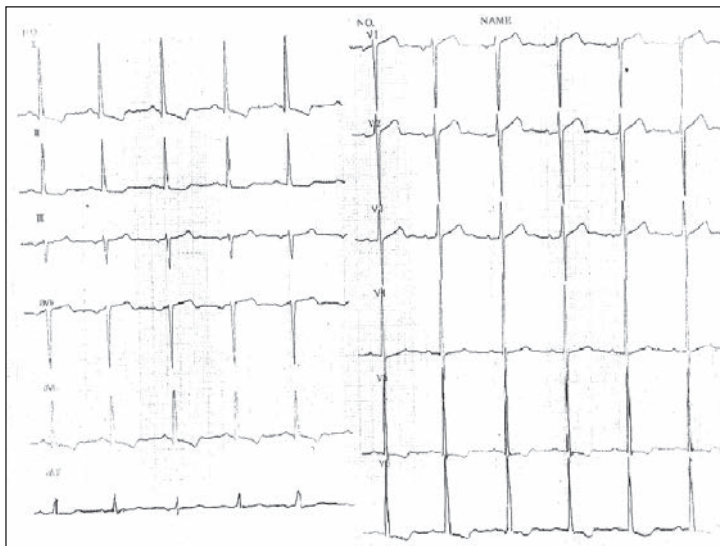
Больной И. 26 лет поступил в приемный покой с жалобами на сильную головную боль в затылочной области, головокружение.

Из анамнеза известно, что с 19-летнего возраста повышается АД до 160/100 мм рт. ст., в детстве выслушивали шум в сердце, периодически беспокоила головная боль, однако нигде не обследовался. При повышении АД эпизодически принимал капотен с хорошим эффектом. Три года назад стал отмечать головокружение, не связанное с изменением положения тела, снижение работоспособности. Около года назад появились боли в икроножных мышцах при быстрой ходьбе, проходящие в покое. При ультразвуковом сканировании артерий нижних конечностей патологии не выявили.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. Периферических отеков нет. Лимфатические узлы не увеличены. ЧДД 18 в мин. В легких везикулярное дыхание. Левая граница сердца по среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены. Выслушивается систолический шум над всей областью сердца с максимумом в межлопаточной

области. Ритм правильный. ЧСС 82 уд/мин., АД 180/120 мм рт. ст. АД на ногах 150/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Селезенка, почки не пальпируются.

ЭКГ:



Эхокардиография: полости предсердий и желудочков не расширены, толщина межжелудочковой перегородки – 1,3 см, толщина задней стенки левого желудочка – 1,2 см, клапанный аппарат не изменен, патологических токов крови не выявлено.

Общий анализ крови: гемоглобин 146 г/л, эритроциты  $4,4 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты  $8,6 \times 10^9$ /л, формула не изменена, тромбоциты  $210 \times 10^9$ /л, СОЭ 8 мм/час.

Общий анализ мочи без патологии.

Биохимический анализ крови: креатинин 101 мкмоль/л, общий белок 76 г/л, холестерин 4,1 ммоль/л, глюкоза 4,6 ммоль/л, АСТ 32 ед/л, АЛТ 28 ммоль/л, КФК 92 ед/л, калий 4,4 ммоль/л, натрий 143 ммоль/л, хлориды 102 ммоль/л.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## ЗАДАЧА № 11

---

Больная В. 29 лет поступила с жалобами на одышку, переходящую в удушье.

Ранее считала себя здоровой. Замужем, не курит, алкоголь не употребляет. Дважды беременность закончилась самопроизвольным абортom на раннем сроке, в настоящее время принимает гормональные контрацептивы. Считает себя больной в течение двух недель, когда после длительного переезда на автомобиле (5 часов) появилась отечность правой нижней конечности. По совету подруги принимала фуросемид – без эффекта. К врачу не обращалась. В день госпитализации внезапно началась выраженная одышка, переходящая в удушье, был эпизод синкопального состояния. Госпитализирована по каналу скорой медицинской помощи в отделение кардиореанимации.

Объективно: состояние крайне тяжелое. В сознании. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки повышенной влажности, бледные, цианоз лица. Отек и цианоз правой нижней конечности до верхней трети бедра. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 26 в мин., SpO<sub>2</sub> 85%. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Систолический шум над мечевидным отростком, проводится в эпигастральную область, усиливается на вдохе. АД 80/50 мм рт. ст., ЧСС 115 в мин. Нитевидный пульс. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги.

Общий анализ крови: гемоглобин 130 г/л, эритроциты  $4,5 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты  $380 \times 10^9$ /л, лейкоциты  $7 \times 10^9$ /л, СОЭ 10 мм/час.

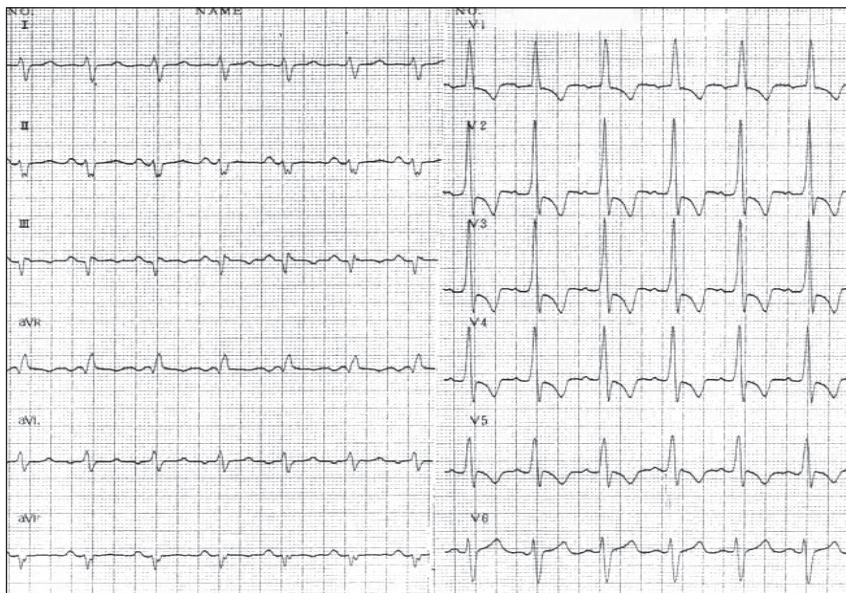
Биохимический анализ крови: креатинин 75 мкмоль/л, АСТ 30 ед/л, АЛТ 35 ед/л.

КЩС венозной крови: pH 7,25, pCO<sub>2</sub> 60 мм рт. ст., BE 3.

На ЭхоКГ: расширение правых отделов сердца. Гипокинез свободной стенки правого желудочка. Систолическое давление в легочной артерии 75 мм рт. ст. Парадоксальное движение межжелудочковой перегородки. Фракция выброса левого желудочка 72%.

УЗИ вен нижних конечностей: илеофemorальный тромбоз справа, без признаков флотации.

ЭКГ:



**Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## ЗАДАЧА № 12

---

Больной 66 лет поступил с жалобами на одышку, отеки нижних конечностей, общую слабость, прокалывающие боли в грудной клетке без связи с физической нагрузкой. В течение трех лет страдает раком предстательной железы. За этот период трижды проходил стационарное лечение по поводу тромбоза глубоких вен, дважды с тромбоэмболическим синдромом в системе легочной артерии. После последнего эпизода массивной ТЭЛА (4 месяца назад) постоянно принимает ривароксабан в дозе 20 мг в сутки, однако,



несмотря на проводимую терапию, одышка регрессировала лишь частично, появились отеки нижних конечностей, снизилась толерантность к физической нагрузке. В течение последнего месяца стал отмечать эпизоды потери сознания, прокалывающие боли в грудной клетке. В день госпитализации вызвал бригаду скорой медицинской помощи в связи с выраженной одышкой при минимальной нагрузке.

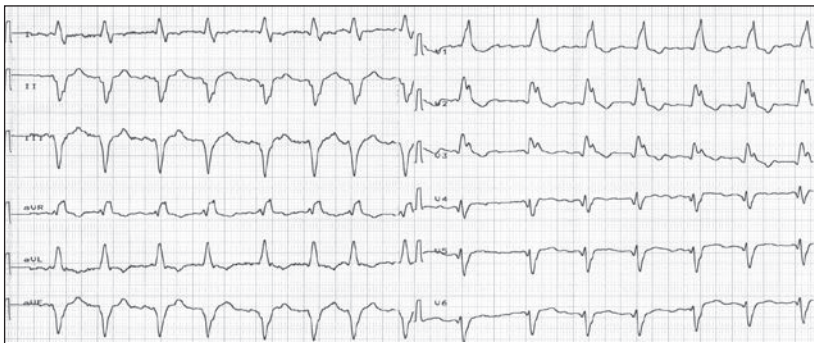
Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки: диффузный цианоз. Отеки голеней и стоп. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20 в минуту. SpO<sub>2</sub> 92%. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный. Систолический шум над мечевидным отростком, проводится в эпигастральную область, усиливается на вдохе. Акцент и расщепление второго тона над легочной артерией. ЧСС 95 в минуту. АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги.

Общий анализ крови: гемоглобин 105 г/л, эритроциты  $3,5 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты  $200 \times 10^9$ /л, лейкоциты  $10 \times 10^9$ /л, СОЭ 30 мм/час.

Биохимический анализ крови: креатинин 98 мкмоль/л, АСТ 43 ед/л, АЛТ 35 ед/л.

КЩС венозной крови: pH 7,35, pCO<sub>2</sub> 65 мм рт. ст., BE 11.

ЭКГ:



МСКТ с контрастированием легочной артерии: визуализируются тромботические массы в левой и правой легочных артериях. КТ-признаки легочной гипертензии. Сердце расширено вправо.



Эхокардиография: ЛП 4 см, КДР ЛЖ 4,7 см, ПП 5,0 см, КДР ПЖ 3,4 см. ФВ ЛЖ 65%. МР 0. ТР 2–3 ст. Систолическое давление в легочной артерии 65 мм рт. ст. Нижняя полая вена расширена, на вдохе спадается менее чем на 50%.



#### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

### **ЗАДАЧА № 13**

---

Больная 3. 29 лет обратилась в приемное отделение больницы с жалобами на повышение артериального давления до 200/120 мм рт. ст, сердцебиение, нарушение зрения, головную боль, чувство страха, дрожь, озноб, потливость.

Из анамнеза: на протяжении двух лет отмечает 5–6 эпизодов повышения АД до максимальных цифр 200/120 мм рт. ст., в остальное время уровень АД был в пределах нормальных значений. Постоянную терапию не получает, только при повышении АД принимала препараты, названия не помнит. Не обследовалась, не лечилась. В настоящее время прием каких-либо лекарственных препаратов отрицает. В течение года похудела на 7 кг без очевидной причины. Также отметила выпадение волос. Со слов пациентки, 4 дня назад была интенсивная физическая нагрузка. Настоящее ухудшение в течение трех дней до обращения. Когда повысилось АД, неоднократно вызывала

бригады скорой медицинской помощи, после проводимой терапии АД снижалось, однако вскоре повторно повышалось.

У матери были схожие приступы, был поставлен диагноз – «множественная эндокринная неоплазия», умерла от инсульта.

Объективно: состояние тяжелое. В сознании, контактна. Ориентирована правильно. Нормостенического телосложения. Температура тела 37,3 °С. Кожные покровы бледные, липкий пот. Видимые слизистые обычной окраски и влажности. Зрачки расширены. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. ЧДД 18 в минуту. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧСС 110 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Патологические шумы не выслушиваются. АД 215/110 мм рт. ст. на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочевыделение свободное, безболезненное, обильное (~ 4 л светлой мочи в сутки).

Общий анализ крови: гемоглобин 122 г/л, гематокрит 43%, эритроциты  $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты  $13,7 \times 10^9$ /л, нейтрофилы 49,0%, эозинофилы 6,2%, базофилы 0,2%, моноциты 3,1%, лимфоциты 41,5%, тромбоциты  $156 \times 10^9$ /л, СОЭ 7 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок 69 г/л, мочевины 3,1 ммоль/л, креатинин 98,0 мкмоль/л, мочевая кислота 237 мкмоль/л, билирубин общий 8,0 мкмоль/л, АЛТ 24 ед/л, АСТ 16 ед/л, калий 4,0 ммоль/л, КФК общ. 112 ед/л, глюкоза 6,8 ммоль/л, метанефрин 310 пг/мл, норадреналин 620 пг/мл, дофамин 101 пг/мл, кальцитонин 200 пг/мл, ренин 27,3 мкМЕд/мл.

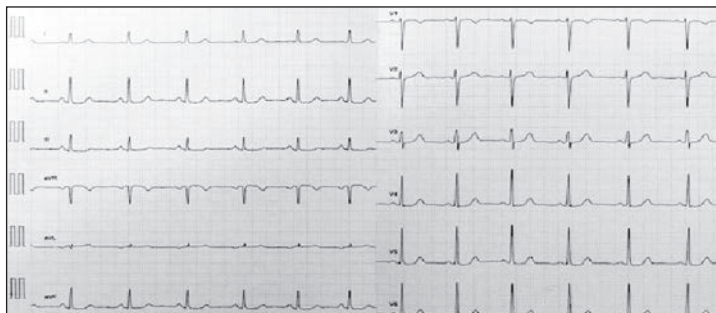
Проба с подавлением клонидином – отсутствие подавления.

Гормоны щитовидной железы: ТТГ 3,0 МЕ/л.

Общий анализ мочи без патологии.

Определение уровня катехоламинов в суточной моче: метанефрин 850 мкг/сутки, норметанефрин 1200 мкг/сутки, дофамин 780 мкг/сутки.

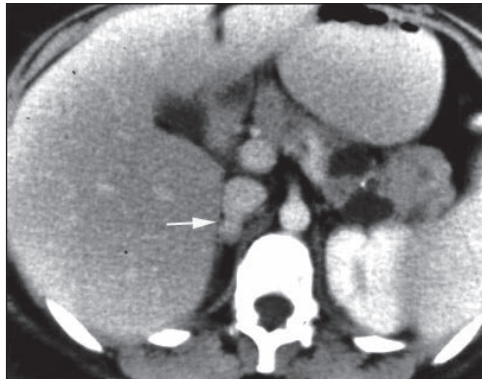
ЭКГ:



Флюорография: структурной патологии в исследуемых органах не визуализируется.

УЗИ брюшной полости и почек – без патологии.

Компьютерная томография органов брюшной полости: образование левого надпочечника 37 мм.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 14**

---

Пациентка Л. 50 лет поступила в стационар с жалобами на периодические боли в сердце щемящего характера, общую слабость, нарушение координации, головокружение, одышку при нагрузке, отеки нижних конечностей, веж, выпадение волос, сухость кожи, запоры, изменение тембра голоса. Данные жалобы возникли постепенно, усилились в течение месяца. Госпитализирована для обследования.

Из анамнеза известно, что страдает артериальной гипертонией. В 1994 году внематочная беременность. С 1997 года изменилась артикуляция речи. Работает кладовщиком, с работой не справляется.

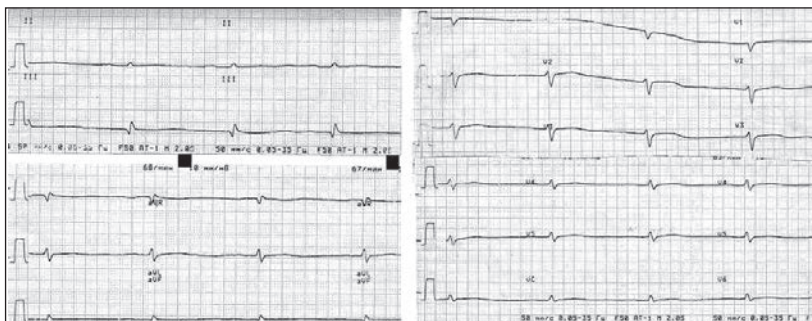
Объективно: состояние средней тяжести. Лицо одутловатое. Кожные покровы бледные, сухие. Повышенного питания. Рост 162 см. Вес 86 кг. Алопеция. Пастозность голеней и стоп. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Акцент 2 тона на аорте. ЧСС 62 в минуту. АД 160/100 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме за счет подкожной клетчатки, при пальпации безболезненный. Печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочепуспускание свободное. Речь замедлена. Щитовидная железа не пальпируется.

Общий анализ крови: гемоглобин 114 г/л, эритроциты  $3,76 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты  $5,6 \times 10^9$ /л, тромбоциты  $229 \times 10^9$ /л, нейтрофилы палочкоядерные 6%, сегментоядерные 58%, эозинофилы 1%, лимфоциты 30%, моноциты 5%.

Биохимический анализ крови: общий белок 72 г/л, мочевины 5,1 ммоль/л, холестерин 7,1 ммоль/л, билирубин общий 12,6 ммоль/л, АЛТ 19,3 ед/л, АСТ 64 ед/л, КФК 1735 ед/л, КФК МВ 83,5 ед/л, глюкоза 4,2 ммоль/л, ТТГ >40 МЕ/л.

Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность неполная, плотность 1013, реакция кислая, белок отрицательный, глюкоза не выявлена, лейкоциты 2–4 в поле зрения, бактерии не определяются.

ЭКГ:



Рентгенография органов грудной клетки: легочный рисунок усилен за счет интерстициального компонента. Инфильтративных теней не выявлено. Тень сердца расширена за счет левых отделов.



Эхокардиография: полости сердца не увеличены. Незначительная гипертрофия миокарда ЛЖ. Митральный и аортальный клапаны повышенной эхогенности. Аорта уплотнена, не расширена. Трабекулярность ЛЖ. В полости перикарда выявлена жидкость (около 180 мл). ФВ ЛЖ 60%. Зон гипокинеза, акинеза не выявлено.

УЗИ щитовидной железы: Контуры нечеткие, неровные (преимущественно задние). Размеры: правая доля 15,2x14,8x46,9 мм; левая доля 20,6x14,5x52,8 мм; толщина перешейка 4,3 мм. Объем правой доли 5,1 см<sup>3</sup>; левой доли 7,6 см<sup>3</sup>; общий объем 12,7 см<sup>3</sup>. Диффузно выраженная неоднородность структуры железы за счет чередования зон различной эхогенности с гиперэхогенными тяжами. Очаговые образования в железе не выявлены.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## ЗАДАЧА № 15

Больной Х. 39 лет обратился с жалобами на чувство нехватки воздуха при минимальной нагрузке и в положении лежа, резкую слабость. Заболел остро 2 недели назад, когда появилась и стала нарастать одышка при физических нагрузках, неделю спустя появились боли в грудной клетке. Через несколько дней возникли отеки нижних конечностей, перед поступлением присоединилась отечность лица.

При осмотре: больной сидит, наклонив туловище вперед. Кожные покровы обычной окраски, сухие. Отмечаются одутловатость лица, набухание шейных вен. Умеренные отеки голеней и стоп. ЧДД 18 в минуту. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца резко ослаблены, шумов нет. ЧСС 100 в минуту, ритм правильный. АД 100/70 мм рт. ст. Отмечается парадоксальный пульс. Живот мягкий, при пальпации болезненный в правом подреберье, где определяется закругленный край печени, выступающий из-под реберной дуги на 3–4 см. Селезенка не пальпируется.

Общий анализ крови: гемоглобин 133 г/л, лейкоциты  $9,6 \times 10^9$ /л, эозинофилы 2%, палочкоядерные 4%, сегментоядерные 70%, лимфоциты 19%, моноциты 5%, СОЭ 60 мм/час.

Общий анализ мочи: без особенностей.

Рентгенография органов грудной клетки: легочные поля без очаговых и инфильтративных теней, в синусах левой плевральной полости имеется небольшое количество жидкости. Тень сердца значительно расширена в поперечнике.

ЭКГ:







дыхание, справа ниже угла лопатки не проводится, слева в нижних отделах множество влажных мелкопузырчатых незвонких хрипов. ЧДД 28 в минуту. Границы сердца расширены влево на 2 см. Тоны сердца глухие, ритм правильный. АД 85/50 мм рт. ст., ЧСС 90 в минуту. На верхушке сердца выслушивается мягкий систолический шум, проводящийся в левую подмышечную область. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень выступает на 5 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

Общий анализ крови: гемоглобин 172 г/л, эритроциты  $5,37 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты  $253 \times 10^9$ /л, лейкоциты  $8,6 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 4%, сегментоядерные 57%, лимфоциты 29%, моноциты 7%, эозинофилы 3%, базофилы 0%, СОЭ 22 мм/час.

Биохимический анализ крови: белок общий 78 г/л, мочевина 9,4 ммоль/л, креатинин 115 мкмоль/л, АСТ 26 ед/л, АЛТ 30 ед/л, КФК общ. 93 ед/л, КФК МБ 23 ед/л, билирубин общий 10,4 мкмоль/л, ЩФ 187 ед/л, холестерин общий 4,24 ммоль/л, триглицериды 1,09 ммоль/л, калий 3,44 ммоль/л, глюкоза сыворотки 6,0 ммоль/л, мочевая кислота 509 мкмоль/л, С-реактивный белок отрицательный.

Общий анализ мочи без существенной патологии.

ЭКГ:



ЭхоКГ: аорта 3,6 см, створки аортального клапана кальцинированы, расходятся полностью. Левое предсердие 5,2 см. Толщина межжелудочковой перегородки в верхней трети 1,3 см, далее до верхушки левого желудочка сердца истончена (0,5–0,4 см), дискинез межжелудочковой перегородки, передней стенки и верхушки левого желудочка. Толщина задней стенки левого желудочка 1,4 см, сократимость не нарушена. Конечный диастолический размер

левого желудочка 7,3 см. Фракция выброса левого желудочка 34,3%. Створки митрального и трехстворчатого клапанов не изменены. Митральная регургитация 2 ст. Трикуспидальная регургитация 2 ст. СДЛА 40 мм рт. ст.

### **Вопросы:**



1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

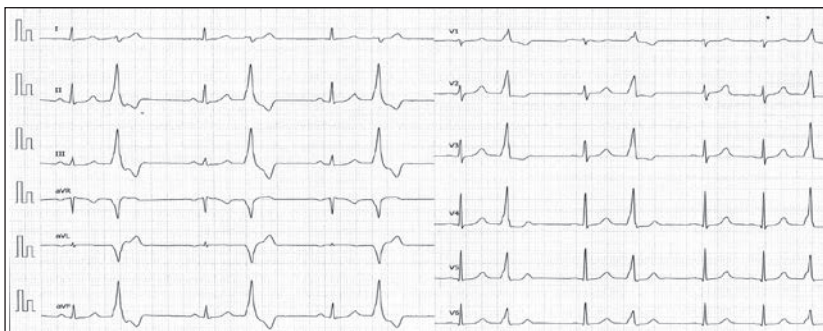
## **ЗАДАЧА № 17**

---

Больная О. 19 лет жалуется на ноющие и колющие боли в области верхушки сердца, не связанные с физической нагрузкой, длительностью от нескольких секунд до получаса, проходящие самостоятельно или после приема валокардина, перебои в работе сердца, плохой сон, приступы немотивированной тревоги, онемение кончиков пальцев, склонность к учащенному сердцебиению, частые подвывихи в голеностопном суставе, снижение зрения.

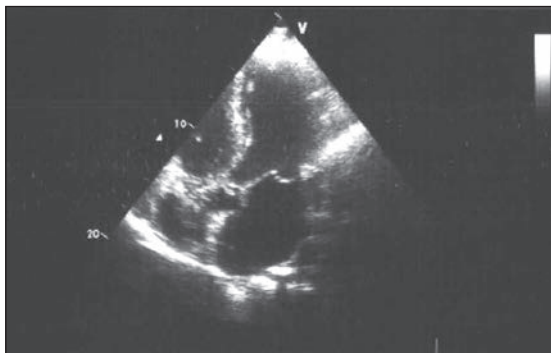
Объективно: состояние удовлетворительное. Астенического телосложения. Рост 175 см. Вес 40 кг. Кожные покровы чистые. Отеков нет. ЧДД 18 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС 76 в минуту, АД 95/60 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритм неправильный. Аускультативно дополнительный звук в систолу, после которого выслушивается короткий систолический шум. По остальным системам и органам без особенностей.

ЭКГ:



При рентгенографии органов грудной клетки патологических изменений не выявлено.

Эхокардиография:



Консультация окулиста: подвывих хрусталика.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 18**

---

Больной К. 67 лет обратился в приемное отделение больницы с жалобами на сердцебиение, одышку, сжимающие, давящие боли за грудиной при незначительной физической нагрузке (ходьба на расстояние до 100 м), головокружение, быструю утомляемость.

Из анамнеза известно, что около 15 лет страдает артериальной гипертензией с максимальным повышением АД до 200/100 мм рт. ст., хорошее самочувствие при АД 140/80 мм рт. ст. 7 лет назад впервые было выявлено повышение уровня холестерина до 8,7 ммоль/л, ЛПНП 5,6 ммоль/л, рекомендованную терапию не принимал. Острый инфаркт миокарда, инсульты в анамнезе отрицает. Ухудшение состояния отмечает в течение года, когда появились вышеописанные жалобы, а также обмороки при быстрой смене положения тела.

Вредные привычки: курит более 30 лет по 1 пачке сигарет в день. Употребление алкоголя отрицает.

Наследственность: отягощена. Мать страдала артериальной гипертензией, отец – ишемической болезнью сердца.

Объективно: состояние средней тяжести. В сознании, контактен. Ориентирован правильно. Гипертенического телосложения. Температура тела 36,3 °С. Кожные покровы бледные. Акроцианоз. Видимые слизистые обычной окраски и влажности. Умеренные отеки голеней и стоп. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. ЧДД 20 в мин. В легких дыхание жесткое, ослаблено в нижних отделах, хрипов нет. При перкуссии определяется расширение границ сердца влево. Пальпаторно ощущается смещение верхушечного толчка, систолическое дрожание в яремной ямке. ЧСС 96 в мин. Аускультативно: тоны сердца ритмичные, приглушенные, I и II тон ослаблены, на аорте и в точке Боткина выслушивается грубый систолический шум, проводящийся на сосуды шеи. АД 140/90 мм рт. ст. на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает на 1 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

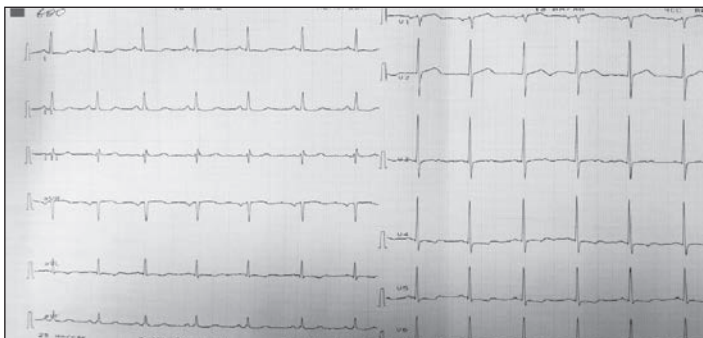
Данные обследования:

Общий анализ крови: гемоглобин 148 г/л, гематокрит 46%, эритроциты  $4,4 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты  $7,1 \times 10^9$ /л, нейтрофилы 60,1%, эозинофилы 3,6%, базофилы 0,6%, моноциты 6,3%, лимфоциты 29,4%, тромбоциты  $305 \times 10^9$ /л, СОЭ 8 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок 78,6 г/л, мочевины 6,6 ммоль/л, креатинин 100 мкмоль/л, мочевая кислота 246 мкмоль/л, билирубин общий 9 мкмоль/л, АЛТ 30 ед/л, АСТ 26 ед/л, калий 4,1 ммоль/л, КФК общ. 110 ед/л, глюкоза 5,8 ммоль/л, холестерин 7,82 ммоль/л, триглицериды 3,72 ммоль/л, ЛПНП 4,0 ммоль/л, ЛПВП 0,5 ммоль/л.

Общий анализ мочи без патологии.

ЭКГ:



ЭГДС: без патологии.

УЗДГ магистральных артерий головы и шеи: признаки атеросклероза общих сонных артерий.

Рентгенография органов грудной клетки:



**См. цветную вкладку!**



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 19**

---

Больная Ф. 34 лет поступила в ревматологическое отделение с жалобами на боль в стопах, икроножных мышцах, похудание на 8 кг в течение 7 месяцев, снижение чувствительности в дистальных отделах стоп.

Из анамнеза известно, что в январе после переохлаждения впервые появилось онемение в пальцах стоп, стали постоянно мерзнуть ноги, затем присоединились парестезии, снизилась чувствительность. В мае отметила появ-

ление некой «синей сетки» на коже нижних конечностей. Стали беспокоить жгучие боли в стопах и икроножных мышцах, в том числе в ночное время, что требовало ежедневного приема НПВС. Онемения, парестезии, болевой синдром нарастали. В июле появились участки цианоза на коже дистальных отделов стоп.

Объективно: состояние средней тяжести. Пониженного питания, на коже нижних конечностей сетчатое ливедо, слева – «провисание» стопы и появление «петушиной» походки, цианоз передней трети стопы, отсутствие чувствительности в дистальных отделах. Парез правой кисти. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не расширены. Ритм правильный, ЧСС 76 в минуту, АД 160/90, шумы не определяются. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

В клиническом анализе крови: эритроциты  $3,9 \times 10^9$ /л, Hb 106г/л, лейкоциты  $10,9 \times 10^9$ /л, эозинофилы 1%, нейтрофилы 64%, лимфоциты 27%, моноциты 8%, тромбоциты  $532 \times 10^9$ /л, СОЭ 50мм/час.

В биохимическом анализе крови: общий белок 75г/л, альбумины 48%, альфа-2 глобулины 15%, гамма-глобулины 26%, СРБ 40,97 мг/л, сывороточное железо 3,2 мкмоль/л.

Иммунологические показатели: АТ к фосфолипидам IgG – 4,9 (N<10,00 ед/мл), АТ к фосфолипидам IgM – 3,50 (N<10,00 ед/мл), АТ к кардиолипину IgG 5,40 (N<10,00МЕ/мл), АТ к кардиолипину IgM не обнаружено, волчаночный антикоагулянт не обнаружен, АНЦА 0,1 (N <1,0), криоглобулины отрицательно.

Общий анализ мочи: цвет желтый, реакция кислая, удельный вес 1016, белок отсутствует, лейкоциты 1–2 в поле зрения.

При дуплексном сканировании артерий нижних конечностей выявлена двусторонняя окклюзия передних большеберцовых артерий от уровня дистальной трети с коллатерализацией кровотока.

**См. цветную вкладку!**



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## ЗАДАЧА № 20

---

Больная Т. 52 лет поступила в приемное отделение с жалобами на сильную головную боль в затылочной области, резкую слабость.

Из анамнеза известно, что в течение 12 лет отмечается повышение АД до 180/100 мм рт. ст., сопровождающееся головной болью, слабостью, тошнотой. В течение последних трех лет контролировать уровень АД удавалось приемом 10 мг эналаприла в сутки. Затем к терапии добавили амлодипин 5 мг в сутки, что вновь позволило достичь целевых значений АД в течение двух лет. В последующем АД вновь стало повышаться, в связи с чем была сначала увеличена доза эналаприла до 40 мг в сутки, потом амлодипина до 10 мг в сутки, но АД колебалось в пределах 150–160/90–100 мм рт. ст. с сохранением головной боли, выраженной слабости, прогрессирующим снижением работоспособности, необходимости повторных госпитализаций. При обследовании выявили гипертрофию миокарда левого желудочка, гипертоническую ангиопатию сетчатки, хронический пиелонефрит с сохраненной функцией почек, альбуминурию. К лечению добавили индапамид 1,5 мг в сутки с последующей заменой на гидрохлортиазид 25 мг в сутки без существенного изменения уровня АД. Настоящее ухудшение в день поступления, когда появились головная боль, слабость и повышение АД до 176/104 мм рт. ст.

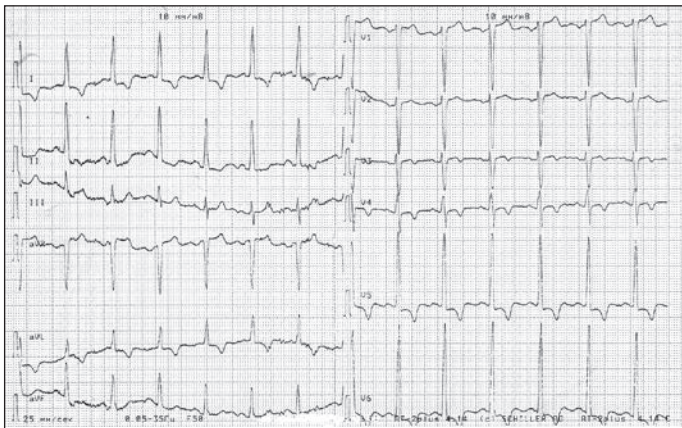
При осмотре в приемном покое состояние средней тяжести. Гиперемия лица. Периферических отеков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. ЧДД 18 в минуту. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Акцент II тона над аортой. ЧСС 86 ударов в минуту. АД 174/98 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Селезенка, почки не пальпируются.

Общий анализ крови: гемоглобин 140 г/л, эритроциты  $4,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты  $8,2 \times 10^9$ /л, формула не изменена, тромбоциты  $240 \times 10^9$ /л, СОЭ 12 мм/час.

Общий анализ мочи без патологии.

Биохимический анализ крови: креатинин 109 мкмоль/л, общий белок 72 г/л, холестерин 6,1 ммоль/л, глюкоза 4,6 ммоль/л, АСТ 30 ед/л, АЛТ 28 ммоль/л, КФК общ. 82 ед/л, калий 4,1 ммоль/л, натрий 142 ммоль/л, хлориды 102 ммоль/л.

ЭКГ:



Эхокардиограмма: симметричная гипертрофия миокарда ЛЖ. Индекс массы миокарда левого желудочка  $205 \text{ г/м}^2$ . Полости сердца не расширены. Клапанный аппарат без патологии. Диастолическая дисфункция 1-го типа. Глобальная сократимость миокарда в пределах нормы.



### Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## ЗАДАЧА № 21

Больная К. 58 лет страдает артериальной гипертензией (АД 195/105 – 180/95 мм рт. ст.). Отмечает повышение АД в течение 18 лет. Постоянно принимает атенолол 50 мг в сутки, гидрохлортиазид 25 мг в сутки. За последние десять лет прибавила в весе 30 кг.

Объективно: состояние средней тяжести. Рост 158 см, вес 91 кг. Объем талии 120 см, объем бедер 118 см. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет.



Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 90 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень у реберного края.

Биохимический анализ крови: холестерин общий 7,2 ммоль/л; триглицериды 3,12 ммоль/л; ЛПВП 0,9 ммоль/л; ХС ЛПНП 6,0 ммоль/л; креатинин 95,9 мкмоль/л; глюкоза крови натощак 6,3 ммоль/л; через 2 часа после приема 75 г глюкозы 9,0 ммоль/л.

Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, относительная плотность 1014, прозрачная, реакция кислая, белок, сахар отсутствуют, лейкоциты единичные в поле зрения.

Альбуминурия: 200 мг/сутки.

СКФ: 61,7 мл/мин/1,73м<sup>2</sup> (СКД-EPI).

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 70 в минуту, гипертрофия левого желудочка.

ЭхоКГ: клапанной патологии не выявлено, полости сердца не расширены, индекс массы миокарда левого желудочка 141 г/м<sup>2</sup>, признаки диастолической дисфункции 2-го типа, ФВ 65%.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 22**

---

Больной В. 43 лет обратился к врачу с жалобами на периодически появляющуюся головную боль в затылочной области. Боли беспокоят около месяца на фоне напряженного рабочего графика (ночные дежурства), курит примерно 20 лет до 15 сигарет в день. Головные боли участились в течение последней недели, при измерении АД 150–160/90 мм рт. ст. Родители страдают гипертонической болезнью, отец в 45 лет перенес инсульт.

Объективно: состояние удовлетворительное. Масса тела повышена по абдоминальному типу, рост 172 см, вес 106 кг. Объем талии 115 см, объем бедер 92 см. Отеков нет. Аускультативно дыхание над легкими жесткое, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, перкуторно границы относительной тупости сердца в пределах нормы. АД 150/90 мм рт. ст., ЧСС 92 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень по краю реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, дизурических явлений нет. Стул в норме.

Общий анализ крови: гемоглобин 145 г/л, эритроциты  $4,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты  $7,0 \times 10^9$ /л, СОЭ 15 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1018, белка нет, в моче осадке лейкоциты 2–4 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий холестерин 6,3 ммоль/л, ЛПНП 4,0 ммоль/л, мочевиная кислота 500 мкмоль/л, креатинин 78 мкмоль/л, глюкоза натощак 5,8 ммоль/л.

Альбуминурия: 35 мг/сут.

ЭКГ: ритм синусовый, признаки гипертрофии миокарда левого желудочка, очаговых изменений нет.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 23**

---

Больной Р. 38 лет по профессии подсобный рабочий. Обратился в поликлинику с жалобами на повышение температуры до  $38,0$  °С, кашель с обильной слизисто-гнойной мокротой, неинтенсивные боли в грудной клетке при кашле, головную боль, слабость в конечностях, потливость. Заболел остро после переохлаждения.

Вредные привычки: курит более 15 лет по 20 сигарет в день. В последние несколько лет из Москвы не выезжал.

Объективные данные: кожные покровы бледноватые, влажные. Обращает внимание повышенная потливость больного. Небные миндалины гиперемированы. В легких дыхание ослабленное справа, множественные влажные мелкопузырчатые хрипы выслушиваются у угла правой лопатки. ЧДД в покое до 26 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, единичные экстрасистолы. ЧСС 100 в минуту, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. По другим органам и системам без видимых патологических отклонений.

Лабораторные и инструментальные методы обследования:

Общий анализ крови: гемоглобин 135 г/л, эритроциты  $4,7 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты  $15 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 28%, сегментоядерные 57%; СОЭ 35 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1018, белок 0,99 г/л, гиалиновые цилиндры.

Биохимический анализ крови: АЛТ 58 ед/л, АСТ 100 ед/л, креатинин 115 мкмоль/л, фибриноген 8 г/л.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный, ЧСС 100 в минуту, единичные наджелудочковые экстрасистолы. Очаговых изменений миокарда, гипертрофии миокарда нет.

Рентгенография органов грудной клетки: очаговая инфильтрация в базальных отделах правого легкого.



### **Вопросы**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 24**

---

Больной Р. 65 лет, пенсионер, при обращении предъявляет жалобы на повышение температуры тела до 38 °С, небольшую мокроту слизистого характера, головную боль, одышку, сердцебиение и слабость в конечностях. Заболел остро после переохлаждения. Больной страдает АГ, ИБС, хронической сердечной недостаточностью; принимает постоянную терапию (периндоприл 2,5 мг 2 раза, бисопролол 2,5 мг, гидрохлортиазид 12,5 мг, верошпирон 50 мг, симвастатин 20 мг). Контакт с больными туберкулезом и инфекционными болезнями не было. В последние несколько лет из Москвы не выезжал.

Объективно при осмотре: кожные покровы бледноватые, влажные, цианоз губ, пальцев кистей и стоп. Рост 170 см. Вес 98 кг. Температура тела 37,8 °С. Язык обложен беловатым налетом. В легких дыхание везикулярное, ослабленное в нижних отделах с обеих сторон, множественные звонкие влажные мелкопузырчатые хрипы в нижнем отделе левого легкого. ЧДД в покое до 24 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, единичные экстрасистолы. ЧСС 90 в минуту, АД 110/70 мм рт. ст. Печень на 1 см выступает из-под края реберной дуги. Дизурических явлений нет. Голени пастозны. По другим органам и системам без видимых патологических отклонений.

Общий анализ крови: гемоглобин 126 г/л, эритроциты  $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты  $13,9 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 10%, сегментоядерные 77%, СОЭ 30 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1012, белок 0,33 г/л, в осадке лейкоциты 2–4 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: АЛТ 38 ед/л, АСТ 35 ед/л, мочевины 9 ммоль/л, креатинин 120 мкмоль/л.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный, ЧСС 100 в минуту, единичные желудочковые экстрасистолы. Признаки гипертрофии левого желудочка. Очаговых изменений миокарда нет.

Рентгенография органов грудной клетки: усиление легочного рисунка в базальных отделах левого легкого.

ЭхоКГ: умеренно расширены полости левого желудочка, гипертрофия миокарда левого желудочка, фракция выброса 45%.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 25**

---

Больная С. 52 лет обратилась с жалобами на повышенную утомляемость, плохое настроение, повышенную раздражительность, слабость в руках и ногах, периодические боли в спине, головные боли. В последние месяцы отмечает повышенную жажду, учащенное мочеиспускание, прибавку веса на 8 кг.

Из анамнеза. В течение 20 лет страдает бронхиальной астмой. Постоянно принимает будесонид в дозе 800 мкг/день, формотерол в дозе 24 мкг/день, фенотерол в дозе 200 мкг по потребности, периодически принимает теопек в дозе до 600 мг/день. Полтора года назад в связи с неконтролируемым течением бронхиальной астмы к проводимой терапии был добавлен преднизолон в дозе 15 мг/день внутрь. Состояние стабилизировалось. Продолжает принимать подобранную терапию до настоящего времени.

В последнее время отмечает периодическое повышение АД до 150/100 мм рт. ст. Регулярную антигипертензивную терапию не получает. Менопауза с 49 лет.

Осмотр. Больная астенического телосложения. Обращает внимание одутловатость лица, кожа лица с красноватым оттенком. Небольшая избыточ-

ность веса с преимущественным накоплением жира на животе, задней поверхности шеи, груди. На коже бедер и живота видны «растяжки» (стрии) красного цвета. На коже рук множественные царапины (в доме кошка), со слов больной, долго не заживающие. Определяется пастозность нижних конечностей.

Объективно. В легких дыхание везикулярное ослабленное, единичные рассеянные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 80 в минуту. АД 140/95 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. По другим органам и системам без видимых патологических отклонений.

Общий анализ крови: гемоглобин 152 г/л, эритроциты  $5,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты  $8,9 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 2%, сегментоядерные 80%, эозинофилы 0%, лимфоциты 16%, моноциты 2%, СОЭ 25 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1011, белок 0,99 г/л, глюкоза не обнаружена, гиалиновые цилиндры.

Биохимический анализ крови: общий белок 65 г/л, альбумины 35 г/л, ЩФ 280 ед/л, АЛТ 44 ед/л, АСТ 36 ед/л, креатинин 64 мкмоль/л, глюкоза (из вены натощак) 6,8 ммоль/л, холестерин 7,9 ммоль/л, триглицериды 2,7 ммоль/л.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 26**

---

Больная М. 50 лет обратилась к поликлиническому врачу с жалобами на тошноту, острые ночные и голодные боли в эпигастрии, уменьшающиеся после приема пищи, тошноту, рвоту «кофейной гущей», однократно черный «дегтеобразный» стул. Лечится по поводу ревматоидного артрита, длительно (более 3 месяцев) принимала индометацин по 1 таблетке 3 раза в день. Ранее данных жалоб не отмечала, к врачу не обращалась.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. По сниженного питания. Язык обложен белым налетом, влажный. В легких дыхание везикулярное, ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 88 в минуту, АД 110/70 мм рт. ст. Живот напряженный, резко болезненный ло-

кально в зоне Шоффара. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Стул черный «дегтеобразный». Мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: гемоглобин 100 г/л, эритроциты  $3,0 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты  $8,4 \times 10^9/л$ , палочкоядерные 4%, сегментоядерные 61%, эозинофилы 1%, лимфоциты 30%, моноциты 4%, СОЭ 20 мм/час.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 27**

---

Больной Н. 65 лет госпитализирован в ОРИТ по поводу ОНМК. В течение первых суток состояние прогрессивно ухудшалось, уровень сознания – кома I. Больному установлен аппарат ИВЛ. На 4-е сутки состояние ухудшилось – снизились показатели оксигенации, температура тела повысилась до  $39^\circ\text{C}$ , при санации трахеобронхиального дренажа появилась гнойная мокрота.

Объективно: состояние тяжелое. Цианоз. Над легкими дыхание ослаблено в нижних отделах с обеих сторон, выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧДД 20 в минуту (синхронизирован с аппаратом ИВЛ). Тоны сердца приглушены, ритмичны, АД 130/80 мм рт. ст., ЧСС 100 в минуту. Печень пальпируется у края реберной дуги. Тазовые функции нарушены. Голени пастозны.

При обследовании:

Общий анализ крови: гемоглобин 126 г/л, эритроциты  $4,2 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты  $15,5 \times 10^9/л$ , палочкоядерные 10%, сегментоядерные 77%, СОЭ 28 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1015, белок 0,66 г/л, в осадке лейкоциты 8–10 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: АЛТ 38 ед/л, АСТ 35 ед/л, мочевины 12 ммоль/л, креатинин 110 мкмоль/л.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный, ЧСС 92 в минуту. Признаки гипертрофии левого желудочка. Очаговых изменений миокарда нет.

Рентгенографией органов грудной клетки выявлена инфильтрация в нижней доле правого легкого.

По данным локального мониторинга структуры и чувствительности возбудителей в данном ОРИТ: наиболее частый возбудитель – *Pseudomonas aeruginosa*, с высоким уровнем резистентности к цефтазидиму, гентамицину, ципрофлоксацину, пиперациллину/тазобактаму. MRSA выявляется редко.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 28**

---

Больная Л. 25 лет поступила в стационар с жалобами на кожные высыпания на конечностях и туловище, кровоточивость десен.

Из анамнеза известно, что около года назад после респираторной вирусной инфекции подобная сыпь появлялась на ногах и регрессировала через 2 недели. К врачу не обращалась. 6 месяцев назад после экстракции зуба было кровотечение в течение недели. Лечилась у стоматолога плотными тампонадами лунки с аминокaproновой кислотой.

При осмотре: на коже рук имеются кровоизлияния по типу экхимозов, на коже ног петехиальная сыпь, на туловище, главным образом на передней поверхности, также петехиальная сыпь с участками экхимозов. Лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 78 в минуту, АД 110/70 мм рт. ст. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических явлений нет. Диурез в пределах нормы. Неврологический статус без особенностей.

Общий анализ крови: гемоглобин 129 г/л, эритроциты  $4,0 \times 10^{12}$ /л, гематокрит 39,6%, цветовой показатель 0,85, средний объем эритроцитов 87,5 фл, среднее содержание гемоглобина в эритроците 30,6 пг, средняя концентрация гемоглобина в эритроците 32,5 г/дл, показатель анизоцитоза эритроцитов 14,7%, ретикулоциты 4%, тромбоциты  $12,0 \times 10^9$ /л, средний объем тромбоцитов 11,2 фл, показатель анизоцитоза тромбоцитов 13,7%, лейкоциты  $6,5 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 3%, сегментоядерные 59%, эозинофилы 2%, базофилы 0%, лимфоциты 31%, моноциты 5%, промиелоциты  $0,2 \times 10^9$ /л, палочкоядерные  $0,2 \times 10^9$ /л, сегментоядерные  $3,84 \times 10^9$ /л, эозинофилы  $0,13 \times 10^9$ /л, базофилы  $0 \times 10^9$ /л, лимфоциты  $2 \times 10^9$ /л, моноциты  $0,33 \times 10^9$ /л, плазматические

клетки  $0 \times 10^9/\text{л}$ , анизоцитоз +, микроцитоз ++, пойкилоцитоз +, полихрома-тофилия +, СОЭ 31 мм/час.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 29**

---

Больная Е. 49 лет обратилась с жалобами на выраженную слабость, снижение аппетита, потерю веса, боли в костях и суставах, увеличение продолжительности менструаций. Все симптомы прогрессировали на протяжении последнего года. 3 месяца назад после обращения к врачу поликлиники была выявлена анемия средней тяжести, назначены пероральные препараты железа. Однако состояние больной не улучшалось. Около месяца назад появились боли и тяжесть в правом и левом подреберье. Пациентка вновь обратилась к врачу поликлиники, в анализе крови были выявлены анемия средней тяжести и лейкоцитоз  $100 \times 10^9/\text{л}$ , после чего больная была направлена в гематологическое отделение для обследования и лечения.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Цианоз губ. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца расширены влево. Тоны сердца приглушены, короткий систолический шум на верхушке, пульс 92 в минуту, АД 140/80 мм рт. ст. Печень выступает из-под правой реберной дуги на 3 см, край печени ровный. В левом подреберье пальпируется больших размеров плотная селезенка.

УЗИ органов брюшной полости: размеры селезенки  $150 \times 100$  мм, селезеночный индекс  $54,6 \text{ см}^2$ , структура диффузно неоднородная, селезеночная вена в воротах 7 мм, не расширена.

Общий анализ крови: гемоглобин 92 г/л, эритроциты  $2,9 \times 10^{12}/\text{л}$ , гематокрит 30,8%, цветовой показатель 0,97, средний объем эритроцитов 90,6 фл, среднее содержание гемоглобина в эритроците 30,3 пг, средняя концентрация гемоглобина в эритроците 35,7 г/дл, показатель анизоцитоза эритроцитов 15,9%, ретикулоциты 4%, тромбоциты  $470,0 \times 10^9/\text{л}$ , средний объем тромбоцитов 10,9 фл, показатель анизоцитоза тромбоцитов 15,8%, лейкоциты  $100,0 \times 10^9/\text{л}$ , бласты 2%, промиелоциты 7%, миелоциты 16%, метамиелоциты



10%, палочкоядерные 8%, сегментоядерные 48%, эозинофилы 2%, базофилы 4%, лимфоциты 2%, моноциты 1%, бласты  $2 \times 10^9/\text{л}$ , промиелоциты  $7 \times 10^9/\text{л}$ , миелоциты  $16 \times 10^9/\text{л}$ , метамиелоциты  $10 \times 10^9/\text{л}$ , палочкоядерные  $8 \times 10^9/\text{л}$ , сегментоядерные  $48 \times 10^9/\text{л}$ , эозинофилы  $2 \times 10^9/\text{л}$ , базофилы  $4 \times 10^9/\text{л}$ , лимфоциты  $2 \times 10^9/\text{л}$ , моноциты  $1 \times 10^9/\text{л}$ , анизоцитоз +, микроцитоз -, макроцитоз -, пойкилоцитоз +, полихроматофилия +, нормобласты 0/100 лейкоцитов, токсическая зернистость нейтрофилов +, гиперсегментация ядер +, СОЭ 39 мм/час.

Миелограмма: костный мозг богат клеточными элементами за счет гранулоцитов (увеличено содержание миелобластов, промиелоцитов, миелоцитов), лейко-эритробластическое отношение 10:1, количество мегакариоцитов увеличено.

При цитогенетическом исследовании выявлена Ph-хромосома, BCR-ABL положительный в 98% клеток, ПЦР выявляет белок p210.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 30**

---

Больная 3. 54 лет поступила в клинику с жалобами на повышение температуры тела до 37,5–38,5 °С, припухлость, ограничение подвижности и боли в правом коленном суставе, которые появились после длительной ходьбы 5 дней назад. В течение этого времени больная принимала диклофенак ретард по 100 мг 2 раза в день. На 5-й день приема повысилась температура до 38,5 °С, появились боли в горле при глотании. Госпитализирована для обследования.

При осмотре: состояние больной средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые несколько бледные. Зев гиперемирован, на миндалинах зеленоватый налет. Правый коленный сустав значительно увеличен в объеме, горячий на ощупь. Лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание ослаблено в нижних отделах, хрипов нет. ЧДД 20 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 88 в минуту, АД 120/70 мм рт. ст. Печень и селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: гемоглобин 13,8 г/л, эритроциты  $4,6 \times 10^{12}/\text{л}$ , гематокрит 41,2%, цветовой показатель 0,9, средний объем эритроцитов 89,6 фл, среднее содержание гемоглобина в эритроците 30,0 пг, средняя концентра-

ция гемоглобина в эритроците 33,5 г/дл, показатель анизоцитоза эритроцитов 12,1%, ретикулоциты 2%, тромбоциты  $410,0 \times 10^9$ /л; средний объем тромбоцитов 11,7 фл, показатель анизоцитоза тромбоцитов 14,5%, лейкоциты  $1,0 \times 10^9$ /л; бласты 0%, метамиелоциты 1%, палочкоядерные 5%; сегментоядерные 13%; эозинофилы 0%; базофилы 0%, лимфоциты 71%; моноциты 10%; плазматические клетки 0%, бласты  $0 \times 10^9$ /л, метамиелоциты  $0,01 \times 10^9$ /л, палочкоядерные  $0,05 \times 10^9$ /л, сегментоядерные  $0,13 \times 10^9$ /л, эозинофилы  $0 \times 10^9$ /л, базофилы  $0 \times 10^9$ /л, лимфоциты  $0,71 \times 10^9$ /л, моноциты  $0,1 \times 10^9$ /л, плазматические клетки  $0 \times 10^9$ /л, нормобласты 0/100 лейкоцитов, СОЭ 32 мм/час.

### **Вопросы:**



1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 31**

---

Больной Н. 65 лет обратился к врачу с жалобами на головокружение, головную боль, повышение температуры до  $38,9^\circ\text{C}$ , общую слабость, потливость, боли в суставах, тяжесть в правом подреберье, затруднения при приеме пищи в связи с болезненностью и кровоточивостью десен. В течение последних 2 лет наблюдался амбулаторно с диагнозом «рефрактерная анемия». Ухудшение состояния с появлением указанных симптомов в течение последних 4-х недель. Лечение у стоматолога с диагнозом «гипертрофический гингивит» было неэффективно. Накануне поступления в клинику на коже конечностей появилась геморрагическая сыпь.

При осмотре: состояние больной средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. На коже конечностей множественные петехии, синяки, образующиеся при малейшем контакте с кожными покровами. Выявляются проявления гипертрофического гингивита: отек, кровоточивость и синюшность десен. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 22 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 96 в минуту, АД 110/70 мм рт. ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см, плотная, немного болезненная при пальпации, небольшое увеличение селезенки, выступающей из-под реберного края на 1 см.

Общий анализ крови: гемоглобин 67 г/л, эритроциты  $2,0 \times 10^{12}$ /л, гематокрит 29,3%, цветовой показатель 1,0, средний объем эритроцитов 114,2 фл,

среднее содержание гемоглобина в эритроците 33,5 пг, средняя концентрация гемоглобина в эритроците 32,7 г/дл, показатель анизоцитоза эритроцитов 15,6%, ретикулоциты 1%, тромбоциты  $28,0 \times 10^9/\text{л}$ , средний объем тромбоцитов 9,1 фл, показатель анизоцитоза тромбоцитов 17,3%, лейкоциты  $52,0 \times 10^9/\text{л}$ , бласты 65%, промиелоциты 3%, сегментоядерные 13%, эозинофилы 0%, базофилы 0%, лимфоциты 12%, моноциты 7%, плазматические клетки 0%, бласты  $33,8 \times 10^9/\text{л}$ , промиелоциты  $1,56 \times 10^9/\text{л}$ , миелоциты  $0 \times 10^9/\text{л}$ , сегментоядерные  $4,2 \times 10^9/\text{л}$ , эозинофилы  $0 \times 10^9/\text{л}$ , базофилы  $0 \times 10^9/\text{л}$ , лимфоциты  $6,56 \times 10^9/\text{л}$ , моноциты  $3,64 \times 10^9/\text{л}$ , плазматические клетки  $0 \times 10^9/\text{л}$ , анизоцитоз +, микроцитоз -, макроцитоз +, пойкилоцитоз +, полихроматофилия +, нормобласты 0/100 лейкоцитов, токсическая зернистость нейтрофилов +, гиперсегментация ядер +, СОЭ 48 мм/час.

При цитогенетическом исследовании выявлена моносомия 17-й хромосомы.

**См. цветную вкладку!**



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 32**

---

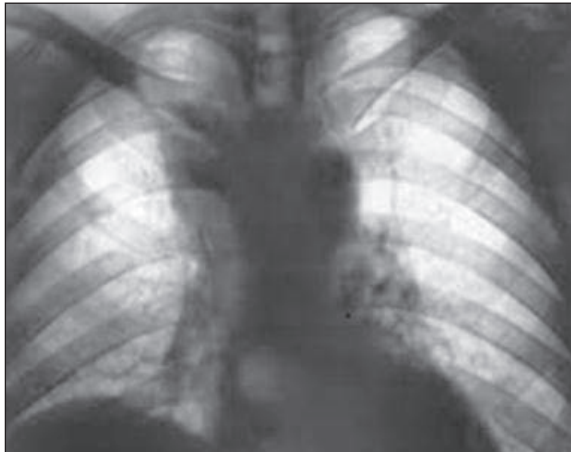
Больная Н. 32 лет в течение последнего года отмечает нарастание общей слабости, плохой аппетит, снижение веса на 7 кг. К врачам не обращалась. Несколько недель назад отметила небольшую болезненность в надключичной области и области шеи справа и заметила увеличение лимфоузлов в этих областях. В течение последней недели температура тела повышалась до 39 °С, появилась потливость по ночам. Накануне госпитализации появилось уплотнение в правой подмышечной области.

При осмотре: кожные покровы обычной окраски. Пальпируются задние шейные и передние шейные лимфоузлы, подмышечные лимфоузлы справа, подвижные, не спаянные друг с другом, с окружающими тканями, безболезненные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца звучные, ЧСС 80 в минуту. АД 115/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: гемоглобин 120 г/л, эритроциты  $3,4 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты  $280 \times 10^9$ /л, лейкоциты  $10 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 4%, сегментоядерные 67%, эозинофилы 2%, моноциты 7%, лимфоциты 20%, СОЭ 45 мм/час.

Биохимический анализ крови: ГГТП 380 ед/л, ЩФ 700 ед/л, ЛДГ 1500 ед/л.

Рентгенография грудной клетки: легочные поля прозрачные, без инфильтративных изменений, тень сердца не расширена, расширение верхних отделов срединной тени, обусловленное поражением лимфатических узлов переднего средостения.



УЗИ: имеются множественные разного диаметра очаги в неувеличенной селезенке от 5 до 20 мм с пониженным кровотоком.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 33**

---

Больной Ж. 60 лет поступил в клинику с жалобами на общую слабость, головокружение, головную боль, сжимающие боли в сердце с иррадиацией в левую руку, возникающие при физической нагрузке и при повышении

артериального давления, боли в ногах при ходьбе, кожный зуд. Из анамнеза известно, что в течение 5 лет отмечает повышение АД до 170/100 мм рт. ст., наблюдается в поликлинике с диагнозом «гипертоническая болезнь». Регулярно принимает эналаприл, амлодипин. В течение последнего года беспокоит кожный зуд, который усиливается после горячего душа, появились боли в сердце при физической нагрузке, в связи с чем к лечению был добавлен бисопролол. Накануне госпитализации возникла слабость в правой руке, дизартрия, нарушение зрения, которые исчезли через несколько часов. Госпитализирован для обследования и лечения.

Объективно: кожные покровы гиперемированы с диффузным цианозом. Слизистые оболочки вишневого цвета. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД 160/100 мм рт. ст. ЧСС 60 в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под реберной дуги на 4 см, плотная, безболезненная, селезенка увеличена, выступает из-под реберной дуги на 3 см, плотная. Неврологической симптоматики нет.

Биохимический анализ крови: АСТ 25 ед/л, АЛТ 17 ед/л, сывороточное железо 7 мкмоль/л, ОЖСС 76 мкмоль/л, мочевиная кислота 400 мкмоль/л.

Общий анализ крови: гемоглобин 193 г/л, эритроциты  $6,9 \times 10^{12}/л$ , гематокрит 55,4%, средний объем эритроцитов 81,9 фл, среднее содержание гемоглобина в эритроците 31,7 пг, средняя концентрация гемоглобина в эритроците 38,7 г/дл, показатель анизоцитоза эритроцитов 15,6%, ретикулоциты 2%, тромбоциты  $580,0 \times 10^9/л$ , средний объем тромбоцитов 14,9 фл, показатель анизоцитоза тромбоцитов 16,9%, лейкоциты  $12,9 \times 10^9/л$ , бласты 0%, промиелоциты 0%, миелоциты 0%, метамиелоциты 1%, палочкоядерные 6%, сегментоядерные 72%, эозинофилы 1%, базофилы 3%, лимфоциты 14%, моноциты 3%, метамиелоциты  $0,13 \times 10^9/л$ , палочкоядерные  $0,76 \times 10^9/л$ , сегментоядерные  $9,3 \times 10^9/л$ , эозинофилы  $0,13 \times 10^9/л$ , базофилы  $0,39 \times 10^9/л$ , лимфоциты  $1,8 \times 10^9/л$ , моноциты  $0,39 \times 10^9/л$ , анизоцитоз +, нормобласты 0/100 лейкоцитов, СОЭ 2 мм/час.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## ЗАДАЧА № 34

---

Больной У. 19 лет поступил в хирургическое отделение многопрофильной больницы с жалобами на схваткообразные боли в животе, тошноту, неоднократную рвоту коричневым содержимым, напоминающим кофейную гущу. В течение последних суток дважды отмечался жидкий черный стул. В течение недели беспокоили боли в коленных и голеностопных суставах. Страдает хроническим тонзиллитом. Перенес острое респираторное заболевание 10 дней назад.

Осмотрен дежурным хирургом. Состояние средней тяжести. Кожные покровы несколько бледноваты. На коже передней поверхности голеней, бедер мелкоточечная геморрагическая сыпь, сгущающаяся в области голеностопных суставов, а также мелкие уртикарные и эритематозные элементы. Голеностопные суставы увеличены в объеме, горячие на ощупь, движения в них ограничены из-за боли.

*См. цветную вкладку!*

В легких хрипы не выслушиваются. Ритм сердца правильный, тоны звучные, ЧСС 95 в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в эпигастриальной области и в проекции луковицы двенадцатиперстной кишки, где определяются слабо положительные перитонеальные симптомы. Поколачивание в поясничной области безболезненно с обеих сторон.

Общий анализ крови: гемоглобин 128 г/л, гематокрит 40%, тромбоциты  $320 \times 10^9$ /л, лейкоциты  $11,3 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 6%, сегментоядерные 60%, лимфоциты 26%, моноциты 5%, эозинофилы 3%, СОЭ 38 мм/час.

Экстренно выполнена ЭГДС: на слизистой желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки выявлены множественные эрозии и мелкие кровоизлияния. Признаков продолжающегося кровотечения не выявлено.

Больной проконсультирован терапевтом, лечение согласовано. Через двое суток абдоминальный синдром был полностью купирован и больной переведен в терапевтическое отделение. В день перевода отметил появление макрогематурии.

Анализ мочи: удельный вес 1022, белок 0,1 г/л, глюкозы нет, лейкоциты 2–4 в поле зрения, эритроциты покрывают поле зрения, цилиндров нет.

Биохимический анализ крови: билирубин 14 мкмоль/л, АСТ 12 ед/л, АЛТ 21 ед/л, креатинин 65 мкмоль/л, мочевины 21 ммоль/л, общий белок 72 г/л, белковые фракции: альбумины 52%, альфа-1 4,1%, альфа-2 15,9%, бета 14,3%,

гамма-глобулины 23,7%, ревматоидный фактор отрицательный, АСЛ-О 300 ед.

Иммуноглобулины крови: IgG 12,3 г/л (7,0–17,0), IgA 6,9 г/л (0,9–4,5), IgM г/л 1,1 (0,5–3,5).

Коагулограмма: фибриноген 2,5 г/л, протромбиновый индекс 85%, МНО 0,98 ед, АЧТВ 38 сек, тромбиновое время 15,9 сек, антитромбин III 92%, система протеина С > 0,7 ед, волчаночный антикоагулянт отрицательный, фибринолитическая активность крови 7,8 мин., протаминсульфатный тест отрицательный, этаноловый тест отрицательный, продукты деградации фибриногена 0,03 г/л.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 35**

---

Больная 3. 28 лет поступила в клинику с жалобами на общую слабость, головокружение, ощущение сердцебиений, снижение аппетита, сухость кожи, ломкость ногтей. Из анамнеза известно, что пациентка длительное время наблюдается у гинеколога в связи с дисфункциональными кровотечениями, нерегулярностью менструаций, обильными и продолжительными меноррагиями. В период обучения в институте беспокоили боли в эпигастральной области, изжога, отрыжка. Ставился диагноз «хронический гастрит». Последние несколько лет диспептические явления не беспокоили. В течение последнего года отмечает снижение аппетита, ломкость ногтей, выпадение волос, похудела на 5 кг. Последний месяц беспокоят общая слабость, головокружение, сердцебиения, вновь появились боли в эпигастрии, изжога. Госпитализирована для обследования и лечения.

Объективно: кожные покровы бледные. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, короткий систолический шум на верхушке. АД 100/60 мм рт. ст., ЧСС 100 в минуту. Живот мягкий безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформлен, обычного цвета.

Общий анализ крови: гемоглобин 66 г/л, эритроциты  $3,0 \times 10^{12}/л$ , гематокрит 26,6%, цветовой показатель 0,62, средний объем эритроцитов 67,5 фл, среднее содержание гемоглобина в эритроците 20,6 пг, средняя концентрация гемоглобина в эритроците 25,5 г/дл, показатель анизоцитоза эритроцитов 18,7%, ретикулоциты 4%, тромбоциты  $320 \times 10^9/л$ , средний объем тромбоцитов 11,2 фл, показатель анизоцитоза тромбоцитов 13,7%, лейкоциты  $6,5 \times 10^9/л$ , бласты 0%, промиелоциты 0%, миелоциты 0%, метамиелоциты 0%, палочкоядерные 3%, сегментоядерные 59%, эозинофилы 2%, базофилы 0%, лимфоциты 31%, моноциты 5%, плазматические клетки 0%, бласты  $0 \times 10^9/л$ , промиелоциты  $0 \times 10^9/л$ , миелоциты  $0 \times 10^9/л$ , метамиелоциты  $0 \times 10^9/л$ , палочкоядерные  $0,2 \times 10^9/л$ , сегментоядерные  $3,84 \times 10^9/л$ , эозинофилы  $0,13 \times 10^9/л$ , базофилы  $0 \times 10^9/л$ , лимфоциты  $2,0 \times 10^9/л$ , моноциты  $0,33 \times 10^9/л$ , плазматические клетки  $0 \times 10^9/л$ , анизоцитоз +, микроцитоз ++, пойкилоцитоз +, полихроматофилия +, нормобласты 0/100 лейкоцитов, СОЭ 18 мм/час.

Биохимический анализ крови: сывороточное железо 4,5 мкмоль/л, ОЖСС 92 мкмоль/л, сывороточный ферритин 14 мкг/л.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 36**

---

Больной Ц. 65 лет обратился к врачу с жалобами на общую слабость, снижение работоспособности, головокружение, одышку при физической нагрузке, боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, грудной клетке.

Из анамнеза известно, что в течение последних 5 лет беспокоят боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. Лечился у невропатолога по поводу радикулита без эффекта. 2 года назад после падения – перелом X–XI ребер справа.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 84 в минуту. АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень +3 см, пальпируется нижний полюс селезенки. Область почек не изменена.



Общий анализ крови: гемоглобин 80 г/л, эритроциты  $2,2 \times 10^{12}/л$ , гематокрит 20,1%, цветовой показатель 0,98, средний объем эритроцитов 91,4 фл, среднее содержание гемоглобина в эритроците 33,2 пг, средняя концентрация гемоглобина в эритроците 36,3 г/дл, показатель анизоцитоза эритроцитов 16,1%, ретикулоциты 0,5%, тромбоциты  $20,0 \times 10^9/л$ , средний объем тромбоцитов 12,9 фл, показатель анизоцитоза тромбоцитов 17,4%, лейкоциты  $6,0 \times 10^9/л$ , бласты 0%, промиелоциты 0%, миелоциты 0%, метамиелоциты 0%, палочкоядерные 2%, сегментоядерные 58%, эозинофилы 0%, базофилы 0%, лимфоциты 35%, моноциты 5%, плазматические клетки 0%, бласты  $0 \times 10^9/л$ , промиелоциты  $0 \times 10^9/л$ , миелоциты  $0 \times 10^9/л$ , метамиелоциты  $0 \times 10^9/л$ , палочкоядерные  $0,12 \times 10^9/л$ , сегментоядерные  $3,48 \times 10^9/л$ , эозинофилы  $0 \times 10^9/л$ , базофилы  $0 \times 10^9/л$ , лимфоциты  $2,1 \times 10^9/л$ , моноциты  $0,3 \times 10^9/л$ , плазматические клетки  $0 \times 10^9/л$ , анизоцитоз +, микроцитоз -, макроцитоз +, пойкилоцитоз +, полихроматофилия +, нормобласты 0/100 лейкоцитов, СОЭ 72 мм/час.

Анализ мочи: относительная плотность 1020, белок Бенс – Джонса 6,5 г/л, эритроциты 0–1 в поле зрения, лейкоцитов нет.

Биохимический анализ крови: общий белок 120 г/л.

Иммуноглобулины крови: IgG 55,3 г/л, IgA 0,9 г/л, IgM 0,4 г/л.

При рентгенологическом исследовании выявлены множественные очаги деструкции костной ткани в поясничных позвонках и костях таза.





### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 37**

---

У больного Ш. 60 лет после самостоятельного лечения острого респираторного заболевания в течение 7 дней сохранялось повышение температуры до 38,5 °С, появились одышка, кашель со слизистой мокротой, слабость. Больной обратился в поликлинику и был госпитализирован. В последние 2 года отмечает частые простудные заболевания. Профессиональных вредностей не было. Наследственность неотягощена. С 55 лет повышение АД до 170/100 мм рт. ст. Постоянной гипотензивной терапии не получает.

При осмотре: состояние средней тяжести, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Пальпируются множественные шейные, подмышечные лимфоузлы, эластичные, безболезненные. Дыхание справа в нижних отделах ослаблено, там же прослушиваются мелкопузырчатые звонкие влажные хрипы. Тоны сердца ясные, акцент II тона над аортой. АД 150/90 мм рт. ст. Печень, селезенка не пальпируются.

Анализ крови: гемоглобин 106 г/л, эритроциты  $3,1 \times 10^{12}/л$ , гематокрит 34,2%, цветовой показатель 0,9, средний объем эритроцитов 81,3 фл, среднее содержание гемоглобина в эритроците 28,7 пг, средняя концентрация гемоглобина в эритроците 34,7 г/дл, показатель анизоцитоза эритроцитов 19,7%, ретикулоциты 3%, тромбоциты  $260,0 \times 10^9/л$ , средний объем тромбоцитов 10,5 фл, показатель анизоцитоза тромбоцитов 14,6%, лейкоциты  $96,0 \times 10^9/л$ , бласты 0%, промиелоциты 0%, миелоциты 0%, метамиелоциты 0%, палочкоядерные 1%, сегментоядерные 5%, эозинофилы 0%, базофилы 0%, лимфоциты 93%, моноциты 1%, плазматические клетки 0%, бласты  $0 \times 10^9/л$ , промиелоциты  $0 \times 10^9/л$ , миелоциты  $0 \times 10^9/л$ , метамиелоциты  $0 \times 10^9/л$ , палочкоядерные  $0,96 \times 10^9/л$ , сегментоядерные  $4,8 \times 10^9/л$ , эозинофилы  $0 \times 10^9/л$ , базофилы  $0 \times 10^9/л$ , лимфоциты  $90,3 \times 10^9/л$ , моноциты  $0,9 \times 10^9/л$ , плазматические клетки  $0 \times 10^9/л$ , анизоцитоз +, пойкилоцитоз +, полихроматофилия +, нормобласты 0/100 лейкоцитов, СОЭ 45 мм/час.

При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки выявлена инфильтрация в нижней доле правого легкого, правый корень инфильтрирован. Сердце увеличено влево. Верхушка сердца закруглена.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 38**

---

Пациентка Х. 77 лет обратилась к врачу с жалобами на снижение аппетита, чувство тяжести в эпигастрии, возникающее после приема любой пищи, отрыжку воздухом, вздутие живота, неустойчивый стул, жжение и боли в кончике языка, преходящее ощущение онемения и «ползания мурашек» в ногах, неустойчивость при ходьбе.

Указанные симптомы беспокоят больную на протяжении последнего года. При осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные с лимонно-желтым оттенком, склеры иктеричны. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца сохранены, ритмичные, шумы над областью сердца и крупными сосудами не выслушиваются. ЧСС 72

в минуту. АД 140/80 мм рт. ст. Язык ярко-розовый, блестящий, с небольшим количеством сосочков, имеются отпечатки зубов, налета нет. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: гемоглобин 85 г/л, эритроциты  $2,0 \times 10^{12}/л$ , цветовой показатель 1,3, выраженный анизоцитоз, тромбоциты  $110 \times 10^9/л$ , лейкоциты  $3 \times 10^9/л$ , палочкоядерные 2%, сегментоядерные 68%, лимфоциты 25%, моноциты 5%, СОЭ 45 мм/час.

В общем анализе мочи повышен уробилин, в остальном без патологии.

В анализе кала без отклонений от нормы.

Исследование пунктата костного мозга: пунктат костного мозга богат клеточными элементами, созревание нейтрофилов несколько ускорено. Эритропоэз смешанный, нормобласты составляют 22%, мегалобласты 9%. Встречаются тельца Жолли и кольца Кебота. Среди нейтрофилов встречаются гигантские и уродливые палочкоядерные формы. Мегакариоциты найдены.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 39**

---

Больной С. 37 лет госпитализирован в связи с появлением кровохарканья и снижением количества отделяемой мочи. 6 недель назад впервые появился кашель с прожилками крови в мокроте. В клиническом анализе крови отклонений обнаружено не было. Лечился антибиотиками на протяжении 3 недель, состояние больного не улучшалось, периодически отмечал примесь крови в мокроте. Около двух недель отмечал уменьшение количества отделяемой мочи.

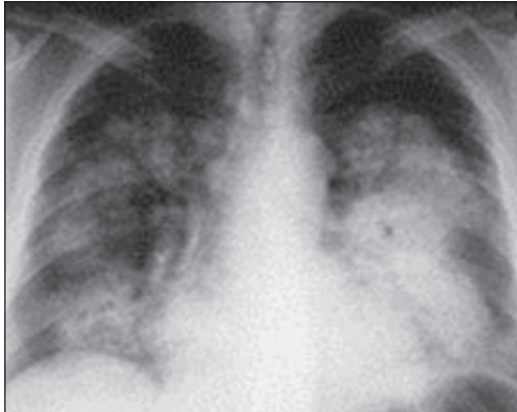
Объективно: состояние средней тяжести, температура тела  $37,2^\circ\text{C}$ . Кожные покровы обычной окраски. Периферических отеков нет. В легких с обеих сторон дыхание с жестким оттенком, выслушиваются влажные хрипы в умеренном количестве. ЧДД 26 в минуту в покое. ЧСС 110 в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке сердца, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: гемоглобин 85 г/л, эритроциты  $3,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты  $9,0 \times 10^9$ /л, лейкоцитарная формула не изменена, тромбоциты  $200 \times 10^9$ /л, СОЭ 35 мм/час.

Биохимический анализ крови: мочевины 42 ммоль/л, креатинин 420 мкмоль/л, железо сыворотки крови 6 мкмоль/л, ОЖСС 72 мкмоль/л, электролиты крови в пределах нормы.

Общий анализ мочи: много эритроцитарных цилиндров, эритроциты 40–50 в поле зрения, лейкоциты 0–2 в поле зрения, белок 2,5 г/л.

Рентгенография легких: облаковидные инфильтраты в легких с обеих сторон.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 40**

---

Больной Н. 29 лет обратился с жалобами на появление красной мочи, головные боли, одутловатость лица.

Считал себя здоровым человеком. В детстве несколько раз были ангины, протекавшие достаточно тяжело, предлагалась тонзиллэктомия, однако так и не была произведена. В 18 лет при обследовании в военкомате никакой пато-

логии со стороны внутренних органов и в анализах крови и мочи не выявлено. Периодически злоупотребляет алкоголем. Описанные жалобы появились около месяца назад после переохлаждения и ангины. Плохое самочувствие объяснял усталостью и напряженной работой, однако состояние продолжало ухудшаться, головные боли стали практически постоянными, цвет мочи оставался красно-бурым, суточный диурез сократился до 500–700 мл.

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. ЧСС 88 в мин. АД 170/100 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого слабо положительный с обеих сторон.

Общий анализ крови: эритроциты  $4,2 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 135 г/л, лейкоциты  $6,5 \times 10^9/л$ , лейкоцитарная формула без изменений, тромбоциты  $260 \times 10^9/л$ , СОЭ 25 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность – неполная, реакция кислая, pH 6,1, относительная плотность 1020 г/л, белок качественно ++++, белок количественно 2,3 г/л, билирубин качественно – отрицательный, кровь качественно – отрицательна, лейкоциты полуколичественно 0 лейко/мкл, эпителий плоский 11 в п/зр., эпителий переходный 2 в п/зр., лейкоциты 4 в п/з, эритроциты 40–50 в п/зр., эритроциты неизмененные 1–2 в п/зр, эритроциты измененные 40–50 в п/зр., цилиндры гиалиновые 4 в п/зр.

Биохимический анализ крови: глюкоза 4,6 ммоль/л, креатинин 122 мкмоль/л, мочевины 10 ммоль/л, общий белок 92 г/л, холестерин 4,5 ммоль/л, триглицериды 1,5 ммоль/л.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 41**

---

Больной Ж. 27 лет заболела 6 лет назад, когда после респираторной вирусной инфекции появились боли в пояснице, дизурические явления, олигурия и макрогематурия, которую пациент описывает как появление бурой мочи. Повышения АД и отеков в тот период не было. При обследовании

были обнаружены эритроциты в моче в большом количестве, альбуминурия 250 мг в сутки, при УЗИ почек и предстательной железы патологии не было выявлено. Все симптомы исчезли в течение недели. Пациент был взят под наблюдение нефролога. При плановых исследованиях мочи обнаруживали персистирующую микрогематурию. В течение последующих лет было несколько сходных по симптоматике эпизодов макрогематурии после респираторных вирусных инфекций. Около 2 лет периодически повышение АД до 150/90 мм рт. ст., не лечился. Ухудшение самочувствия около 2 недель, когда отметил уменьшение количества отделяемой мочи, вновь макрогематурию, а также появление отеков нижних конечностей, повышение АД до 170/100 мм рт. ст. Госпитализирован для обследования и лечения.

Объективные данные: состояние удовлетворительное, отеки голеней. В легких дыхание везикулярное, хрипов не выслушивается. ЧДД 18 в минуту. ЧСС 86 в минуту, АД 170/100 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, край закруглен, безболезненная. Селезенка на пальпируется. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Суточный диурез 800 мл.

Общий анализ крови: гемоглобин 148 г/л, эритроциты  $5,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты  $7,8 \times 10^9$ /л, лейкоцитарная формула не изменена, тромбоциты  $280 \times 10^9$ /л, СОЭ 28 мм/час.

Биохимический анализ крови: глюкоза 5,0 ммоль/л, креатинин 115 мкмоль/л, мочевины 7,6 ммоль/л, общий белок 79 г/л, альбумин 52 г/л, холестерин 4,7 ммоль/л, триглицериды 1,7 ммоль/л.

Антитела к ВИЧ, гепатиту С, HbsAg не обнаружены. IgG 17,0 г/л (7,0–17,0), IgA 6,2 г/л (0,9–4,5), IgM 1,4 г/л (0,5–3,5).

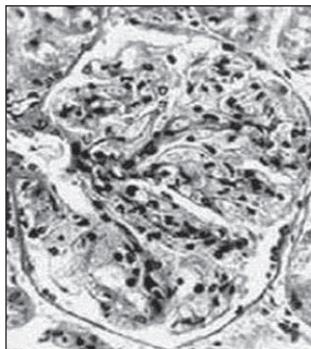
Общий анализ мочи: относительная плотность 1025, эритроциты покрывают все поле зрения, лейкоциты 0–1 в поле зрения, протеинурия (в суточной моче 1,5 г белка), глюкозы, ацетона в моче нет.

Посев мочи: роста микрофлоры нет.

Экскреторная урография: секреторно-выделительная функция почек не нарушена. Конкрементов не выявлено.

Сцинтиграфия почек: легкая степень нарушения накопительной и выделительной функций обеих почек.

Больному произведена биопсия почки: диффузная мезангиальная пролиферация с расширением внеклеточного матрикса, микроскопически пролиферация мезангиальных клеток, отложение IgA в мезангии и под эндотелием капилляров.



**Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 42**

---

Больная Д. 29 лет поступила в клинику с внезапно развившимися (в течение недели) массивными генерализованными отеками. Накануне поступления отмечался эпизод ортостатической гипотензии, в последние сутки диурез составил 300 мл. Появились одышка и кровохарканье.

При осмотре состояние больной тяжелое. Кожные покровы бледные, массивные рыхлые отеки лица, брюшной стенки, поясницы, конечностей, при надавливании оставляют ямку. Лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20 в минуту. Тоны сердца приглушены, шумов нет. ЧСС 82 в минуту. АД 90/50 мм рт. ст.

Общий анализ крови: гемоглобин 140 г/л, эритроциты  $4,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты  $5,0 \times 10^9$ /л, базофилы 1%, эозинофилы 2%, палочкоядерные 4%, сегментоядерные 55%, лимфоциты 34%, моноциты 5%, тромбоциты  $290 \times 10^9$ /л, СОЭ 52 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок 56 г/л, альбумин 21 г/л, общий холестерин 7,3 ммоль/л, триглицериды 2,6 ммоль/л, протромбиновый индекс 92%, МНО 0,84.



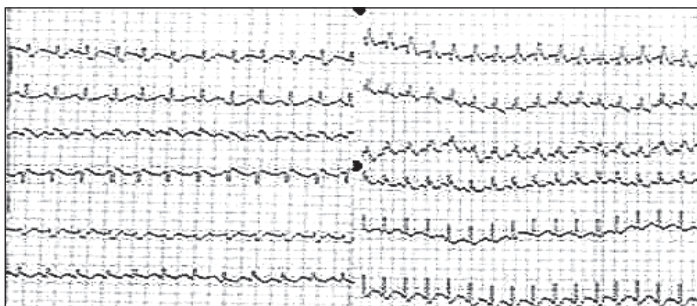
Общий анализ мочи: в суточной моче 6,6 г/л белка.

Проведена биопсия почки (результаты получены через 5 дней): диффузное слияние малых отростков подоцитов, набухание подоцитов при отсутствии признаков пролиферации мембраны, отложения иммуноглобулинов в клубочках.

На следующий день после проведенной биопсии резкое ухудшение состояния. Больная сидит в постели, выраженная одышка в покое, ЧДД 28 в минуту, цианоз губ.

Перкуторно над легкими укорочение тона справа от середины лопатки вниз, там же резко ослабленное дыхание и голосовое дрожание; слева перкуторный тон не изменен, дыхание слева жесткое. Шум трения плевры справа.

ЭКГ:



Коагулограмма: фибриноген 6,2 г/л, протромбиновый индекс 98%, протромбин МНО 0,74, АЧТВ 25,8 сек, антитромбин III 54%, Д-димер 0,75 мг/л, продукты деградации фибриногена 0,1 г/л.

### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 43**

---

Больная Г. 59 лет поступила с жалобами на выраженную слабость, головные боли, сонливость, отеки нижних конечностей и лица, одышку при мини-

мальной физической нагрузке, уменьшение количества отделяемой мочи, анорексию, тошноту, снижение аппетита, кожный зуд, боли в суставах кистей рук, стоп, коленных суставах, сопровождающиеся утренней скованностью длительность около 2 часов.

Около 15 лет назад обратилась к врачу в связи с болями и припуханием во 2–4-х пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставах обеих кистей, левом лучезапястном суставе, что сопровождалось скованностью по утрам в данных суставах продолжительностью около 2–3 часов. С этого времени периодически лечилась амбулаторно нестероидными противовоспалительными препаратами в таблетированной и инъекционной формах. 3 года назад у больной была выявлена анемия, в анализе мочи выявлялся белок (до 1 г/сутки). Лечилась метотрексатом, внутрисуставно вводились глюкокортикоиды, принимала нимесулид. Состояла на учете у ревматолога. Около 1,5 лет назад отметила появление отеков лодыжек в утренние часы, никтурию, затем отеки выросли, стали постоянными на фоне уменьшения количества отделяемой мочи, около 3 месяцев назад появились выраженная слабость, утомляемость, анорексия, кожный зуд, одышка при небольших физических нагрузках, последнюю неделю – частый жидкий стул обычного цвета без патологических примесей, дважды были носовые кровотечения.

Объективно: сонлива, несколько заторможена. Отеки до нижней трети бедер. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Ульнарная девиация, атрофия мышц тыла обеих кистей, деформация и ограничение движений в коленных суставах. В легких дыхание ослаблено в нижних отделах справа. Тоны сердца глухие, ритм правильный, систолический шум во всех точках аускультации, ЧСС 80 в минуту, АД 140/100 мм рт. ст. При перкуссии живота притупление перкуторного звука во фланках, исчезающее при повороте больной на бок. Печень перкуторно + 2 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

Общий анализ крови: гемоглобин 80 г/л, эритроциты  $3,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты  $15 \times 10^9$ /л, тромбоциты  $480 \times 10^9$ /л, лейкоцитарная формула: палочкоядерные 7%, сегментоядерные 70%, лимфоциты 15%, моноциты 8%, СОЭ 32 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1010, рН мочи 6,0, эритроциты 2–4 в поле зрения, лейкоциты 10–12 в поле зрения, протеинурия (в суточной моче 6 г белка), бактерий нет.

Биохимический анализ крови: глюкоза 4,8 ммоль/л, креатинин 850 мкмоль/л, мочевины 32 ммоль/л, общий белок 54 г/л, альбумин 24%, гамма-глобулины 40%, калий 6,0 ммоль/л, натрий 128 ммоль/л, хлориды 90 ммоль/л, бикарбонаты 21 ммоль/л, холестерин 8,2 ммоль/л, ЛПНП 6,8 ммоль/л, триглицериды 4,5 ммоль/л, кальций 2,0 ммоль/л, фибриноген 8 г/л, СРБ 20 ед/л, ревматоидный фактор в латекс-тесте 1:160.

На рентгенограмме легких определяется жидкость до уровня 5 ребра в правом плевральном синусе, расширение корней легких.

ЭКГ: ритм синусовый, высокие зубцы Т.

При УЗИ выявлена свободная жидкость в брюшной полости, почки обычных размеров, эхогенность паренхимы повышенная.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 44**

---

Больная А. 65 лет с 50 лет страдает сахарным диабетом. Ранее принимала пероральные гипогликемические препараты. Затем была переведена на инсулинотерапию, вводит фиксированные дозы инсулина короткой и средней продолжительности действия 2 раза в день.

Поступила с жалобами на постоянную головную боль, сердцебиение, тошноту, постоянно высокие цифры АД (до 200/130 мм рт. ст.), плохо корригуемые гипотензивной терапией (получает ингибиторы АПФ, тиазидные диуретики, блокаторы кальциевых каналов), повышение температуры до 39,5 °С, ознобы, боли в поясничной области, возникшие 4 дня назад. Ранее в моче выявлялись лейкоциты, бактерии, неоднократно лечилась антибактериальными препаратами, уросептиками. В анамнезе многократные госпитализации.

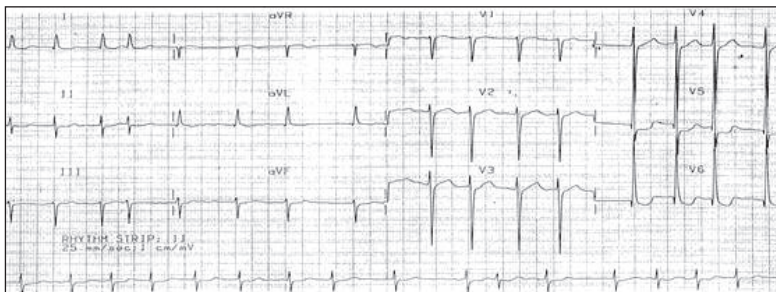
Объективные данные: отеки в области лодыжек. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона на аорте. АД 180/120 мм рт. ст., ЧСС 75 в минуту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: гемоглобин 92 г/л, эритроциты  $3,2 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты  $15,0 \times 10^9/л$ , палочкоядерные 6%, сегментоядерные 76%, СОЭ 32 мм/час.

Биохимический анализ крови: глюкоза 14 ммоль/л, креатинин 152 мкмоль/л, общий белок 82 г/л, альбумин 50 г/л, калий 5,6 ммоль/л, натрий 129 ммоль/л, хлориды 96 ммоль/л, бикарбонат 20 ммоль/л, холестерин 4,6 ммоль/л, ЛПНП 3,2 ммоль/л, триглицериды 1,4 ммоль/л, гликозилированный гемоглобин 9,5%.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1015, протеинурия (в суточной моче 1,5 г белка), глюкоза мочи 10 ммоль/л, ацетона в моче нет, бактериурия, в 1 мл мочи 150 000 лейкоцитов и 1000 эритроцитов.

ЭКГ:



УЗИ почек: правая почка 9,8x5,2см. Левая почка 9,4x6,0 см. Контуры ровные. Пирамидки в обеих почках выражены с венчиками повышенной эхогенности.



### Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## ЗАДАЧА № 45

---

Пациент О. 37 лет поступил с жалобами на отеки лица и нижних конечностей, уменьшение количества отделяемой мочи, слабость, одышку, головную боль, отсутствие аппетита, тошноту, кожный зуд.

В 25-летнем возрасте впервые отмечено повышение артериального давления. С тех пор наблюдался в поликлинике с диагнозом «артериальная гипертензия», при повышении артериального давления принимал гипотензивные препараты. Подробно не обследовался. На протяжении последних 3–4 лет периодически отмечал бурый цвет мочи. Около года назад родственники больного заметили у него отечность лица по утрам, а затем появились отеки голеней. Самостоятельно периодически принимал фуросемид. Состо-

яние больного постепенно ухудшалось, отеки стали более выраженными, а 2–3 месяца назад отметил нарастание общей слабости и вышеописанные жалобы, в связи с чем госпитализирован.

В детстве часто болел ангинами, в возрасте 19 лет после очередной ангины обнаруживали какие-то изменения в анализе мочи, лечился в стационаре, однако подробностей не помнит. По профессии геолог, работал в полевых условиях, в последний год в экспедициях не участвовал.

Состояние больного тяжелое. Большой вялый, заторможен, на вопросы отвечает замедленно. Кожные покровы бледные, следы расчесов на коже брюшной стенки. Лицо одутловатое. Отеки голеней, стоп и поясничной области. Число дыханий 26 в минуту. Границы легких в пределах нормы. Выслушивается жесткое дыхание, в нижних отделах с обеих сторон мелкопузырчатые хрипы. Границы сердца расширены влево. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке, акцент II тона над аортой. Пульс 96 в минуту. Артериальное давление 180/120 мм рт. ст. Печень выступает на 1 см ниже реберной дуги, мягкая, безболезненная. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Диурез снижен.

Общий анализ крови: гемоглобин 100 г /л, эритроциты  $3,2 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты  $170 \times 10^9$ /л, лейкоциты  $19 \times 10^9$ /л.

Общий анализ мочи: уд. вес 1005–1007, белок 1,4 г/л, глюкозы нет, лейкоциты 1–2 в поле зрения, эритроциты – 50–60 в поле зрения, цилиндры в небольшом количестве.

Биохимический анализ крови: калий 6,2 ммоль/л, натрий 128 ммоль/л, глюкоза 4,8 ммоль/л, креатинин 450 мкмоль/л, мочевины 38 ммоль/л.

СКФ 13 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>.

УЗИ почек: почки уменьшены в размерах; контуры нечеткие, неровные; корковый слой равномерно истончен, повышенной эхогенности. Чашечно-лоханочная система не расширена. Конкременты не визуализируются.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## ЗАДАЧА № 46

---

Пациент М. 24 лет обратился с жалобами на постоянно возникающие колющие боли в области сердца, перебои в работе сердца, периодически возникающий панический страх смерти.

При осмотре обращает на себя внимание форма черепа (башенный череп), рост 182 см, размах рук 185 см.

Со слов больного, обладает повышенной гибкостью и способностью к переразгибанию суставов.

*См. цветную вкладку, рис. 1а и 1б.*

При аускультации над сердцем выслушивается среднесистолический щелчок и поздний систолический шум. I и II тоны звучные, единичные экстрасистолы. Другой патологии при осмотре не выявлено. ЧСС 75 в минуту, АД 115/65 мм рт. ст. На электрокардиограмме патологии не выявлено.

При эхокардиографическом исследовании: значительное прогибание тела передней створки митрального клапана в полость левого предсердия (рис. 2а и 2б). Показатели сократимости, индекс массы миокарда в норме. При доплерэхокардиографии выявлена гемодинамически незначимая митральная регургитация.

Лабораторные тесты изменений не выявили.

*См. цветную вкладку, рис. 2а и 2б.*



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## ЗАДАЧА № 47

---

Пациент Н. 32 лет в обморочном состоянии был доставлен в приемное отделение городской больницы.

Со слов сотрудников бригады скорой помощи, потерял сознание после пробежки на ближайшем к больнице стадионе.

Считал себя здоровым. Известно, что отец умер внезапно в возрасте 38 лет.

При осмотре кожные покровы бледные, цианоза нет. Ритм неправильный. ЧСС до 150 в минуту, АД 100/60 мм рт. ст. Тоны сердца звучные, II тон не изменен, выслушивается грубый систолический шум изгнания с *punctum maximum* в пятой точке, на сосуды шеи не проводится. Снята ЭКГ (рис. 1).

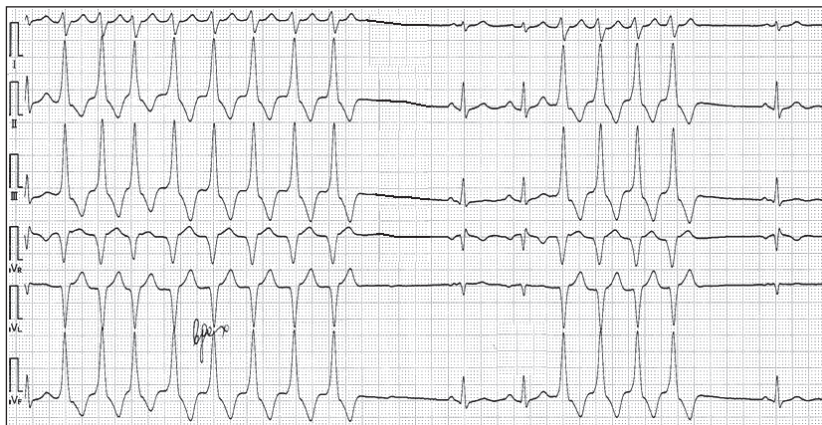


Рис. 1. ЭКГ

При эхокардиографии (рис. 2, 3, 4) выявлено утолщение межжелудочковой перегородки до 2 см, переднесистолическое движение митрального клапана, перекрывающее пути оттока из левого желудочка сердца. Конечный диастолический объем левого желудочка 60 мл, фракция выброса левого желудочка сердца 72%.

**См. цветную вкладку!**

Лабораторные тесты патологии не выявили.



### Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## ЗАДАЧА № 48

---

Пациент К. 25 лет обратился с жалобами на возникшую около месяца назад одышку при малейшей физической нагрузке, отеки нижних конечностей.

Со слов больного, за 10 дней до начала заболевания перенес грипп с высокой температурой. Затем состояние стало постепенно ухудшаться, появились одышка и отеки. Обратился к врачу, когда уже практически не мог выйти на улицу из-за одышки.

При осмотре состояние тяжелое, цианоз губ, одышка в покое, ортопное. В легких выслушивается большое количество влажных мелкопузырчатых незвонких хрипов с обеих сторон, дыхание справа в нижних отделах легкого ослаблено, ЧДД 28 в минуту. Тоны сердца ослаблены, ритм неправильный, систолический шум на верхушке сердца, проводящийся в левую подмышечную область, ЧСС 85 в минуту, АД 90/60 мм рт. ст. Живот мягкий, печень на 5 см выступает из-под реберного края, край ее закруглен, мягкий, умеренно болезненный. Отеки нижних конечностей до средней трети голени.

ЭКГ больного К. представлена на рис. 1.



Рис. 1. ЭКГ.

При рентгенологическом исследовании выявлены застойные явления в легких, расширенная тень сердца.

При эхокардиографии (рис. 2): конечный диастолический объем левого желудочка 200 мл, фракция выброса левого желудочка сердца 27,3%, диффузный гипокинез миокарда левого желудочка.

Общий анализ крови: гемоглобин 115 г/л, эритроциты  $4,34 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты  $7,6 \times 10^9$ /л, СОЭ 30 мм/час, тромбоциты  $284 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 4%, сегментоядерные 70%, эозинофилы 1%, базофилы 2%, моноциты 8%, лимфоциты 15%.



Биохимический анализ крови: АЛТ 126 ед/л, АСТ 110 ед/л, ГГТП 150 ед/л, билирубин общий 20,6 мкмоль/л, креатинин 98 мкмоль/л, КФК общ. 250 МЕ/л, КФК МВ 53 МЕ/л, тропонин I 4,3 нг/л.

При биопсии миокарда выявлен воспалительный инфильтрат: 16 лейкоцитов/мм<sup>2</sup> (5 моноцитов/мм<sup>2</sup>, CD3-позитивные Т-лимфоциты более 7 клеток/мм<sup>2</sup>).

**См. цветную вкладку!**



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 49**

---

Больной А., 35 лет, прошел срочную службу в Вооруженных силах России, в течение 15 лет работал бухгалтером в коммерческой организации города Москвы. Отец пациента умер на Севере в возрасте 42 лет от сердечной недостаточности. Пациент в последние 8 лет неоднократно госпитализировался в кардиологические и терапевтические отделения города Москвы в связи с нарушениями сердечного ритма, отклонениями на электрокардиограмме, имеющими вид изменений конечной части желудочкового комплекса, инверсии зубца Т, наджелудочковой и желудочковой экстрасистолии. Указанные симптомы трактовались как следствие артериальной гипертензии, однако сам пациент эпизоды повышения артериального давления отрицает.

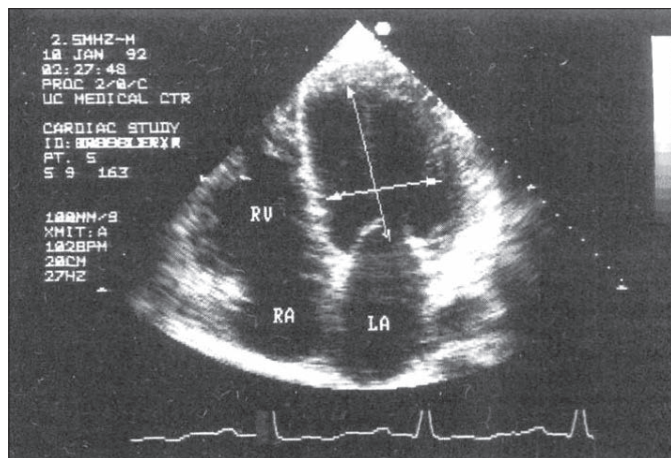
В 2011 г. при проведении холтеровского мониторирования ЭКГ (ХМЭ-КГ) отмечалось появление частой политопной желудочковой экстрасистолии, по данным эхокардиографии (ЭхоКГ): диффузный гипокинез миокарда, фракция выброса левого желудочка (ФВ) 53%. При проведении ЭхоКГ в 2013 г. ФВ составила 42%. Проводимая терапия селективными β-блокаторами, ингибиторами АПФ клинически значимого эффекта не давала. С конца 2014 г. стал отмечать нарастающую одышку, периферические отеки, перебои в работе сердца, учащенное сердцебиение. 17.05.15 г. в связи с нарастаниями явлений хронической сердечной недостаточности (ХСН) и эпизодом потери сознания больной госпитализирован в кардиологическое отделение, диагностирован пароксизм желудочковой тахикардии, купированный внутривенным введением кордарона, но клинического улучшения не последовало.

При поступлении состояние тяжелое. Отеки ног до паховых складок. В легких притупление перкуторного звука ниже углов лопаток с обеих сторон. Дыхание ниже угла лопаток резко ослаблено, над зоной ослабления выслушиваются влажные незвонкие мелкопузырчатые хрипы с обеих сторон. ЧДД 22 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, систолический шум во всех точках аускультации. АД 90/60 мм рт. ст. Печень выступает на 6 см из-под края реберной дуги.

По данным ЭхоКГ, при данной госпитализации выявлена дилатация всех камер сердца, конечный диастолический размер левого желудочка (КДР) составил 6,9 см, относительная недостаточность митрального клапана IV степени; трикуспидального клапана IV степени, диффузный гипокинез миокарда левого желудочка, снижение ФВ до 36%, повышение систолического давления в легочной артерии до 70 мм рт. ст., дилатация ствола и ветвей легочной артерии, нижней полой вены, печеночных вен, жидкость в полости перикарда до 250 мл.

По данным ХМЭКГ, на фоне синусового ритма отмечались пробежки желудочковой и наджелудочковой тахикардии, частая наджелудочковая и желудочковая экстрасистолия, эпизоды аллоритмии.

ЭхоКГ. Апикальная четырехкамерная позиция:



### Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## ЗАДАЧА № 50

---

Больной Н. 73 лет поступил в хирургическое отделение стационара с клиникой желчнокаменной болезни, механической желтухи. В экстренном порядке произведена холецистэктомия. Ранний послеоперационный период протекал без осложнений. Однако на третий день после операции состояние больного резко ухудшилось: появились кашель со слизисто-гнойной мокротой, чувство нехватки воздуха, одышка, озноб, выраженная слабость. Температура тела повысилась до 39,2 °С.

В анамнезе ишемическая болезнь сердца, хронический обструктивный бронхит. Вредные привычки: курит с 20 лет.

Состояние при осмотре тяжелое, температура тела 39 °С. Больной заторможен, дезориентирован. Кожные покровы бледные с пепельным оттенком, цианоз носогубного треугольника. Одышка в покое, дыхание поверхностное. При пальпации грудной клетки болевых точек нет. Справа ниже угла лопатки отмечается притупление перкуторного звука, а при аускультации над этой зоной выслушиваются ослабленное дыхание и звонкие мелкопузырчатые хрипы. Над остальной поверхностью легких выслушиваются единичные сухие хрипы. ЧДД до 32 в минуту. Границы сердца в норме. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 112 в минуту. АД 100/60 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в области операционного шва. Заживление операционной раны первичным натяжением, инфильтратов и гиперемии нет. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, размеры по Курлову 12x10x7 см. Периферических отеков нет.

Общий анализ крови: гемоглобин 120 г/л, эритроциты  $4,7 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты  $15,2 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 18%, сегментоядерные 58%, эозинофилы 2%, моноциты 2%, лимфоциты 20%. Токсическая зернистость нейтрофилов. СОЭ 42 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок 80 г/л, фибриноген 9 г/л, общий холестерин 6,0 ммоль/л, СРБ 15 мг/л.

Анализ мокроты: консистенция вязкая; характер слизисто-гнойный; лейкоциты 40–60 клеток в поле зрения; эритроциты 20–30 в поле зрения. Эпителиальные клетки > 10/100 в поле зрения.

Рентгенография грудной клетки: левое легочное поле повышенной прозрачности, без очаговых и инфильтративных теней, легочный рисунок деформирован. Левый корень структурен. Корень правого легкого расширен, уплотнен. В нижней доле правого легкого на фоне деформированного легочного рисунка определяются множественные очаги воспалительной инфильтрации с тенденцией к слиянию. Междолевая плевра утолщена.

Рентгенография легких в прямой проекции:



**Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 51**

---

Больной В. 58 лет жалуется на кашель с отхождением небольшого количества вязкой зеленой мокроты, одышку при незначительной физической нагрузке, приступы удушья, повышение температуры тела до субфебрильных цифр с увеличением количества мокроты.

В анамнезе у больного частые ОРВИ. Стаж курения 40 лет до 30 сигарет в сутки. Считает себя больным в течение многих лет. Кашель беспокоит в течение 15 лет; вне обострений заболевания кашель постоянный, с отхождением вязкой желтой мокроты. Около 5 лет назад появилась и стала нарастать одышка. Последний год одышка беспокоит при незначительной физической нагрузке. Наблюдается в поликлинике, неоднократные госпитализации в связи с обострениями процесса. Аллергические реакции на пищу, лекарственные препараты, шерсть животных, бытовую химию отрицает. Туберку-

лез отрицает. Настоящее ухудшение в течение 2 недель после перенесенного ОРВИ.

Объективно: состояние средней тяжести. Пониженного питания. Кожа сухая, пепельно-бледная. Акроцианоз. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пастозность голеней. Грудная клетка бочкообразная. В легких дыхание диффузно ослаблено, проводится во все отделы, множественные сухие свистящие хрипы.

Перкуторно: над всей поверхностью коробочный звук. ЧДД 30 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 98 в минуту. АД 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень по краю реберной дуги. Очаговой и менингеальной симптоматики нет. Физиологические отправления в норме.

Общий анализ крови: гемоглобин 170 г/л, эритроциты  $6 \times 10^{12}$ /л, гематокрит 48%, средний объем эритроцита 100 фл, тромбоциты  $300 \times 10^9$ /л, лейкоциты  $10 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 7%, сегментоядерные 78%, лимфоциты 20%, эозинофилы 0%, базофилы 1%, моноциты 2%, СОЭ 20 мм/час.

Общий анализ мочи без патологии.

Показатели биохимического анализа крови: СРБ 24 мг/л.

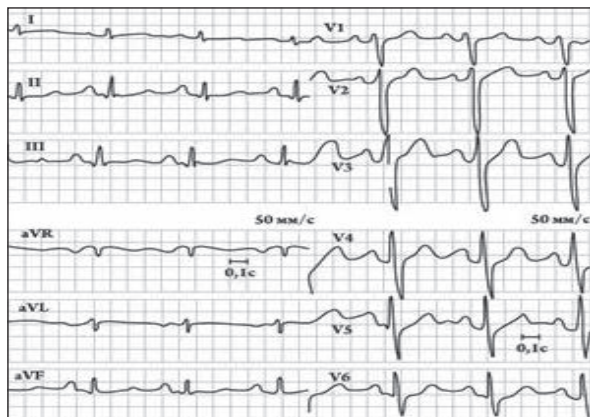
Пульсоксиметрия: SpO<sub>2</sub> 88%.

Цитологическое исследование мокроты: нейтрофильные лейкоциты 70%, альвеолярные макрофаги 45%.

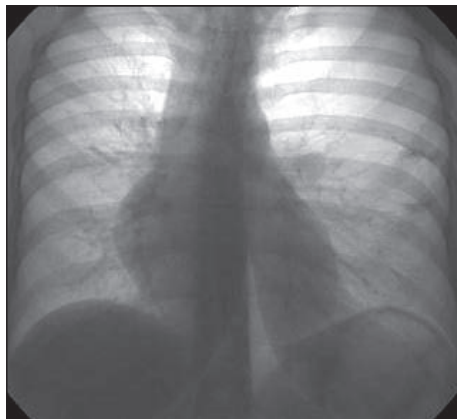
Показатели исследования функции внешнего дыхания (в % от должных величин): ЖЕЛ 80%, ФЖЕЛ 78%, ОФВ<sub>1</sub> 63%, ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ 58%, ПСВ 48%, ОЕЛ 112%, ООЛ 205%, ФОЕ 142%.

Бронходилатационный тест (проведен по стандартной методике): прирост ОФВ<sub>1</sub> 7% и 60 мл.

ЭКГ:



Рентгенография грудной клетки:



**Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 52**

---

Больной Д. 30 лет поступил в стационар с жалобами на приступы удушья, заложенность в грудной клетке, невозможность откашляться, общую слабость, лихорадку до 38,5 °С.

Из анамнеза известно, что в детстве болел нейродермитом, после употребления в пищу citrusовых и орехов развивалась крапивница. Первые приступы удушья возникли после ОРВИ; обострения болезни сначала протекали нетяжело, возникали 1 раз в 2–3 года, купировались эуфиллином в сочетании с супрастином или тавегилом. В 25 лет больной перенес двустороннюю пневмонию, в последующем частота и тяжесть приступов удушья увеличились. Неоднократно были госпитализации в связи с приступом удушья, с которым пациент не мог справиться самостоятельно. Последний год получал в ингаляционной форме фенотерол в дозе 200 мкг 3–4 раза в сутки, беклометазон 500 мкг 2 раза в сутки. Около полугода назад после очередного приступа пациенту был назначен внутрь преднизолон 10 мг в сутки,

который он не принимал последние 3 месяца. За 5 дней до госпитализации после переохлаждения появились насморк, сухой кашель, заложенность в груди, повысилась температура тела до 37,5 °С. Самостоятельно принимал аспирин, парацетамол, мукалтин. Продолжал работать. Через два дня пациент отметил чувство нехватки воздуха, снизилась переносимость физической нагрузки, появилась одышка с затрудненным выдохом, что привело к увеличению потребности в ингаляции беротека до 9–10 раз в сутки. Развился приступ удушья, в связи с чем вызвал бригаду скорой медицинской помощи, которая ввела пациенту 240 мг эуфиллина и 120 мг преднизолона внутривенно струйно, начата инфузия увлажненного кислорода, вследствие чего самочувствие пациента улучшилось незначительно и он был госпитализирован.

При осмотре состояние пациента тяжелое. Вял, адинамичен, говорит с трудом. Положение в постели вынужденное – сидит с опорой на руки. Слышны дистанционные свистящие хрипы, усиливающиеся при разговоре и физических усилиях. Носовое дыхание затруднено. Телосложение гиперстеническое, рост 170 см, масса тела 100 кг. Стрии на передней брюшной стенке и бедрах. Диффузный цианоз кожных покровов, обильное потоотделение. Отеков нет. Грудная клетка расширена, бочкообразной формы. Над легкими коробочный перкуторный звук. При аускультации легких дыхание ослабленное, свистящие рассеянные хрипы, в нижнебоковых отделах дыхание не проводится. ЧДД 32–34 в минуту. Сатурация кислорода по данным пульс оксиметрии 90%. Границы относительной сердечной тупости не определяются из-за выраженного коробочного перкуторного звука. Тоны сердца приглушены, акцент II тона на легочной артерии. АД 90/50 мм рт. ст. ЧСС 55 в минуту. Живот мягкий, умеренно вздут, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены, пальпация их безболезненная.

Общий анализ крови: гемоглобин 160 г/л, эритроциты  $5,8 \times 10^{12}/л$ , цветовой показатель 0,91, гематокрит 50%, лейкоциты  $10,5 \times 10^9/л$ , базофилы 1%, эозинофилы 8%, палочкоядерные 5%, сегментоядерные 57%, лимфоциты 22%, моноциты 7%, СОЭ 8 мм/час.

Рентгенограмма грудной клетки: повышение прозрачности легочных полей, усиление легочного рисунка в прикорневых и базальных отделах.

ЭКГ: синусовая брадикардия, отклонение электрической оси сердца вправо, «P – pulmonale».



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## ЗАДАЧА № 53

---

Пациент А. 27 лет обратился с жалобами на выраженную общую слабость, кашель с отделением большого количества гнойной мокроты с неприятным запахом, повышение температуры тела до 37,5 °С.

Из анамнеза известно, что в детстве пациент переносил частые бронхопневмонии.

Ухудшение состояния в течение 5 лет, когда отметил появление постоянного кашля с отхождением гнойной мокроты с неприятным запахом, преимущественно в утренние часы, постоянное повышение температуры тела до 37,2 °С, общую слабость, снижение работоспособности, сонливость. За последний год похудел на 10 кг.

Кроме того, около трех раз в год отмечает усугубление кашля, увеличение отхождения мокроты, периодически появление в мокроте прожилков крови, повышение температуры тела до 38 °С.

Объективно: питание пониженное, пальцы в виде «барабанных палочек», ногти в виде «часовых стекол». Кожные покровы и видимые слизистые бледные, отеки голеней, стоп, лица. В легких выслушивается большое количество крупно- и среднепузырчатых хрипов, которые исчезают после откашливания. Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД 120/70 мм рт. ст., ЧСС 100 в минуту. Шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень +3 см. Пальпируется нижний полюс селезенки. Стул, диурез в норме.

Общий анализ крови: гемоглобин 94 г/л, цветовой показатель 0,86, лейкоциты  $9,0 \times 10^9$ /л, сегментоядерные 78%, лимфоциты 22%, СОЭ 45 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок 49 г/л, креатинин 186 мкмоль/л, мочевины 15,4 ммоль/л.

Общий анализ мочи: эритроциты, лейкоциты отсутствуют, цилиндры восковидные 10 в поле зрения, белок 4,6 г/л, относительная плотность 1030.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.



## ЗАДАЧА № 54

---

Пациент Ж. 67 лет обратился с жалобами на длительно продолжающуюся одышку и сухой кашель, усиливающиеся при небольшой физической нагрузке, учащенное сердцебиение, слабость, утомляемость, плохой сон. Периодически к вечеру повышается температура тела до 37,8–38,0 °С. Болен в течение последних 4 месяцев, когда после перенесенной ОРВИ продолжали беспокоить кашель и одышка, выраженность которых со временем нарастала, похудел на 6 кг. Из-за прогрессирования симптомов болезни вынужден был оставить работу, бросил курение табака (индекс курящего человека 34 пачка/лет). До 65 лет простудными заболеваниями болел редко. Последние 2 года ОРВИ и простудные заболевания дыхательных путей стали беспокоить 2–3 раза в год. Амбулаторно проходил курсы лечения обострения хронического бронхита. В связи с потерей трудоспособности прошел амбулаторное обследование — рентгенологическое исследование органов грудной клетки, компьютерную томографию органов грудной клетки высокого разрешения, спирометрию, ЭКГ, эхокардиограмму, лабораторные исследования крови. Был консультирован в тубдиспансере фтизиатром, данных за наличие туберкулеза органов дыхания не получено (МБТ не выявлены, диаскин-тест отрицательный). За 4 месяца получил несколько курсов эмпирической антимикробной терапии (цефтриаксон внутримышечно, кларитромицин, левофлоксацин, доксициклин, ципрофлоксацин). Однако улучшения не наступило и с диагнозом «полисегментарная двусторонняя интерстициальная пневмония затяжного разрешения» госпитализирован.

При осмотре состояние средней тяжести. Астенизирован, пониженно-го питания. Обращает внимание выраженный диффузный цианоз кожных покровов, акроцианоз, пастозность голеней и стоп, рельефность вен шеи, ногти в виде часовых стекол. В покое  $SpO_2$  87%; ЧСС 109 в минуту; ЧДД 26 в минуту. После небольшой нагрузки (прошел по коридору около 15 м)  $SpO_2$  73%; ЧСС 128 в минуту; ЧДД 37 в минуту. В положении лежа с низким изголовьем отмечает дискомфорт. Одышка носит выраженный инспираторный характер, отмечается втянутость межреберных промежутков на высоте вдоха. При разговоре пациент постоянно подкашливает, не может целиком произнести речевую фразу, а нередко слова делит по слогам. Дыхание поверхностное, с участием вспомогательных мышц. Грудная клетка цилиндрической формы. При перкуссии над легкими укороченный легочный звук с обеих сторон, более выражен в нижнезадних отделах. Аускультативно — дыхание с жестким оттенком с обеих сторон, в боковых отделах с обеих сторон выслушиваются участки непостоянного шума трения плевры.

На фоне измененного дыхания выслушиваются зоны ослабления дыхания ниже углов лопаток, а также крепитации на высоте вдоха, напоминающие треск целлофана. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент и расщепление 2 тона над легочной артерией, тахикардия, нечастые экстрасистолы до 5–7 в минуту. АД 135/85 мм рт. ст. Живот активно участвует в акте дыхания, не вздут. Пальпация живота безболезненна во всех отделах. Пальпируется увеличенная плотная безболезненная печень, выходящая из-под карая реберной дуги на 3 см, селезенка не увеличена.

Спирометрия: ЖЕЛ 44% должн., ОФВ<sub>1</sub> 85% должн., Инд. Тиффо 51,3%. Газы артериальной крови: Ра О<sub>2</sub> 53 мм рт. ст., Ра СО<sub>2</sub> 49 мм рт. ст.

ЭКГ: синусовая тахикардия, отклонение электрической оси сердца вправо, неполная блокада правой ножки пучка Гиса, P-pulmonale.

Рентгенография ОГК: легочные поля пониженной прозрачности по типу матового стекла, с очагами полисегментарной инфильтрации преимущественно в нижних долях, бронхососудистый рисунок и паренхима легких напоминают строение по типу сотового легкого. Имеются линии Керли, а также выраженные фиброзные плевральные наложения и сращения плевральных листков. Определяется изменение границ сердца за счет выбухания *corpus pulmonalis*.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## ЗАДАЧА № 55

---

Больной М., 50 лет, страдает в течение многих лет язвенной болезнью желудка. Два месяца назад стала беспокоить отрыжка кислым и съеденной пищей, чувство тяжести в эпигастральной области после приема пищи, тошнота. Затем появилась обильная рвота, приносящая облегчение; в рвотных массах примесь пищи, съеденной накануне, сухость во рту, жажда. Стала нарастать общая слабость. За 2 месяца похудел на 7 кг. При осмотре: кожные покровы сухие, бледные, тургор кожи понижен. Язык сухой, обложен беловато-серым налетом. При пальпации живота разлитая болезненность в эпигастральной области. Через истонченную брюшную стенку у больного на глаз определяется выпячивание грушевидной формы, иногда видна перистальтика желудка. Определяется шум плеска. Общий анализ крови: гемоглобин 102 г/л, эритроциты  $4,34 \times 10^{12}/л$ , гематокрит 53,4%, лейкоциты  $12,5 \times 10^9/л$ , тромбоциты  $324 \times 10^9/л$ , палочкоядерные 12%, сегментоядерные 64%, эозинофилы 1%, базофилы 2%, моноциты 7%, лимфоциты 21%, СОЭ 7 мм/час.

Биохимический анализ крови: АЛТ 57 ед/л, АСТ 42 ед/л, ГГТП 43 ед/л, ЛДГ общ 507 ед/л, билирубин общий 18,6 мкмоль/л, билирубин прямой 4,4 мкмоль/л, билирубин непрямой 14,2 мкмоль/л, глюкоза 4,0 ммоль/л, мочевины 10,4 ммоль/л, креатинин 28 мкмоль/л, общий белок 55 г/л, альбумин 34 г/л, калий 2,5 ммоль/л, натрий 130 ммоль/л, хлор 92,8 ммоль/л.

Рентгенологическое исследование желудка с контрастом: желудок расширен, имеет форму чаши, перистальтика ослаблена, имеется выраженное сужение пилорического отдела. При повторном исследовании через 20 ч в желудке определяется контрастное вещество (см. фото).





### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 56**

---

Больной В. 62 лет предъявляет жалобы на слабость, утомляемость, похудание, сухость во рту, жажду, увеличение 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. Также беспокоят ноющие боли в левом подреберье после употребления жареного, жирного и острого.

Около 15 лет назад лечился по поводу подагры. Соблюдает диету с резким ограничением мяса, рыбы, птицы, творога. Не курит, алкоголь не употребляет.

Пять лет назад отметил, что перестал нормально переносить жиры и молоко – появились поносы. Начал худеть. За 4 года похудел на 12 кг, последний год стал питаться часто небольшими порциями из-за вздутия живота после большого количества еды. Стул участился до 4–5 раз в сутки. Ухудшение чаще всего после острой и жареной пищи. Прием антибиотиков облегчения не приносил. Полгода назад появилась сухость во рту, кожный зуд, стал больше выделять мочи, усугубилась слабость.

Пониженного питания. Кожа обычной окраски, сухая, тургор снижен, в углах губ – заеды. Над легкими коробочный перкуторный звук, 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 кишки и сигмовидной кишки.

Общий анализ крови: гемоглобин 61 г/л, эритроциты  $3,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты  $6,4 \times 10^9$ /л, лейкоцитарная формула не изменена. СОЭ 35 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок 45 г/л, билирубин общий 12,5 мкмоль/л, билирубин прямой 2,4 мкмоль/л, общий холестерин 2,63 ммоль/л, амилаза панкреатическая 16 ед/мл, глюкоза 8,9 ммоль/л.

Анализ кала: реакция на скрытую кровь отрицательная, реакция на стеркобилин положительная; мышечные волокна ++, нейтральный жир +++, крахмал ++, лейкоциты, эритроциты отсутствуют.

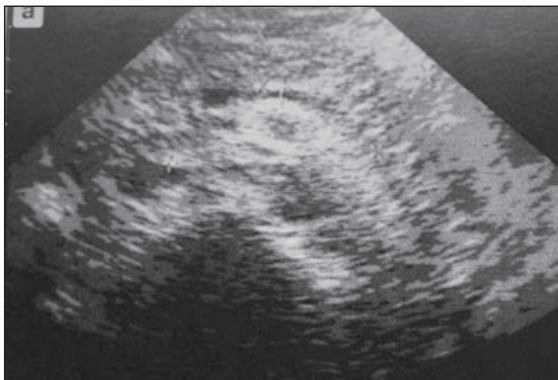
ЭГДС: органических изменений не выявлено.

Ректороманоскопия: гиперемия слизистой, сосудистый рисунок четко выражен.

Ирригоскопия: опухолевого процесса не выявлено.

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

Селективная ангиография: обеднение сосудистого рисунка железы, атипичных, «ампутированных» и новообразованных сосудов нет во всех отделах железы.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 57**

---

Больной К. 58 лет при поступлении в клинику предъявляет жалобы на ноющие боли в правом подреберье, вздутие живота, плохой аппетит, слабость, сонливость.

Из анамнеза известно: в настоящее время работает разнорабочим в строительной организации. Вредные привычки: курит, злоупотребляет алкоголем. Питание нерегулярное. В течение последнего года отмечает появление тянущих болей в правом подреберье, не связанных с приемом пищи, вздутие живота, неустойчивый стул со склонностью к поносам, снижение работоспособности, слабость, похудел.

При осмотре состояние средней степени тяжести. Питание понижено (вес 55 кг, рост 181см). Кожа и склеры обычной окраски. Выявлено увеличение околушных желез. Снижение мышечной массы тела. Контрактура Дюпюитрена. В области плечевого пояса и на коже живота – сосудистые звездочки. В легких единичные незвонкие хрипы в нижних отделах. Тоны сердца приглушены, ЧСС 92 в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Живот увеличен в размере, расширенные вены на передней брюшной стенке. Притупление при перкуссии в области правого, левого флангов. При пальпации живот безболезненный, печень увеличена (+ 2 см от края реберной дуги), плотная, болезненная, край заострен. Селезенка выступает на 2 см из-под края реберной дуги. Пастозность голеней.

Общий анализ крови: гемоглобин 110 г/л, эритроциты  $2,7 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты –  $3,0 \times 10^9$ /л, тромбоциты  $100 \times 10^9$ /л, СОЭ 4 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий билирубин 20 мкмоль/л, прямой 5,1 мкмоль/л, общий белок 56 г/л, альбумины 30 г/л, общий холестерин 3,5 ммоль/л, АСТ 80 ед/л, АЛАТ 65 ед/л, ГГТП 95 ед/л, щелочная фосфатаза 80 ед/л, протромбиновый индекс 76%. Анализ на HBs-антиген отрицательный, анти-HCV отрицательные.

УЗИ органов брюшной полости: печень увеличена в размерах, повышенной эхогенности, структура ее неоднородна. Диаметр воротной вены 16 мм. Желчный пузырь без особенностей. Контуры поджелудочной железы ровные, ткань повышенной плотности. Селезенка увеличена в размерах, эхогенность ткани повышена. В брюшной полости определяется свободная жидкость в боковых флангах.

ЭГДС: пищевод свободно проходим, слизистая его бледно-розовая, несколько атрофична. В нижней трети пищевода видны расширенные и извитые вены, размер которых не превышает 3 мм. В желудке небольшое количество слизи с примесью желчи. Слизистая желудка атрофична. Луковица 12-перстной кишки без видимых органических изменений.

Ректроскопия: слизистая прямой кишки визуально не изменена, выявляются расширенные и извитые вены геморроидального сплетения.

***См. цветную вкладку!***



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 58**

---

Больной Н. 48 лет обратился к врачу с жалобами на пожелтение кожи, увеличение в размерах живота, чувство тяжести в правом подреберье, потерю в весе до 10 кг за 4–5 мес., выраженную слабость, плохой сон ночью и сонливость днем.

Анамнез заболевания. Считает себя больным в течение полугода, когда впервые отметил увеличение в размерах живота, стала нарастать утомляемость. Два месяца назад был госпитализирован в хирургическое отделение с признаками желудочно-кишечного кровотечения (была рвота «кофейной гущей», мелена), медицинской документации по этому поводу нет.

Анамнез жизни: алкоголем не злоупотребляет. Не курит. Переливаний крови, внутривенных инъекций лекарств не проводилось. Гепатитом не болел. Работает стоматологом. Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре: состояние тяжелое, больной сонлив, но ориентирован в пространстве, времени, собственной личности. Отмечается размашистый тремор пальцев рук. Больной пониженного питания, рост 175 см, вес 52 кг, температура 36,5 °С. Кожные покровы и видимые слизистые желтушны, множественные сосудистые звездочки на плечах и спине. На передней поверхности брюшной стенки – расширенные поверхностные вены. Массивные отеки нижних конечностей до средней трети бедер. В легких дыхание везикулярное, справа от угла лопатки не проводится, здесь же значительное притупление перкуторного звука до уровня тупого в нижних отделах. Хрипов нет. ЧДД 19 в минуту. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Пульс 96 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Ритм сердца правильный. АД 130/80 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме за счет асцита. Нижний край печени определяется на 10 см ниже реберной дуги, плотный, безболезненный, поверхность бугристая. Размеры печени по Курлову: 16x14x12 см. Стул неустойчивый. Окраска кала более светлая. Диурез снижен. Моча цвета пива.

Данные дополнительных методов обследования:

Общий анализ крови: эритроциты  $3,0 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 85 г/л, цветовой показатель 0,89, тромбоциты  $80 \times 10^9/л$ , лейкоциты  $3,3 \times 10^9/л$ , палочкоядерные 4%, сегментоядерные 56%, эозинофилы 2%, лимфоциты 30%, моноциты 8%, СОЭ 3 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок 50 г/л, альбумины 24%, глобулины: альфа-1 13%, альфа-2 15%, бета 17,5%, гамма 30,5%; мочевины 7,8 моль/л, креатинин 100 мкмоль/л, холестерин 2,9 ммоль/л, билирубин общий 133, билирубин прямой 65 мкмоль/л, альдолаза 9 ед/л, АЛТ 80 ед/л, АСТ 68 ед/л, ЛДГ 400 ед/л, ЛДГ5 8%, щелочная фосфатаза 170 ед/л, псевдохолинэстераза 0,22 ед/л, СРБ 40 мг/л.

Иммунологический анализ крови. HBs – Ag (-), анти-HCV сум. (+).

Общий анализ мочи. Относительная плотность 1018, белок следы, глюкозы нет, эритроциты 0–1 в поле зрения, лейкоциты 1–2 в поле зрения, цилиндров нет. Желчные пигменты: уробилин (+), билирубин (++).

Анализ кала на стеркобилин. Содержание стеркобилина снижено.

Анализ кала на скрытую кровь. Реакция положительная.

Per rectum. Определяются увеличенные геморроидальные узлы, умеренно болезненные.

УЗИ. Печень: левая доля увеличена до 15x10 см, правая доля увеличена до 16,2 см, структура диффузно неоднородна, экзогенность значительно неоднородна с гипо- и гиперэхогенными включениями. Диаметр воротной вены 1,6 см. Асцит. Поджелудочная железа не увеличена, структура диффузно неоднородна. Селезенка 10,5x4,2 см. Почки расположены в обычном месте. Конкрементов нет. Чашечно-лоханочная система не расширена.

**См. цветную вкладку!**

Эластография печени. F4 ( $\geq 14$  кПа).



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.



## ЗАДАЧА № 59

---

Больная Б. 25 лет поступила в клинику с жалобами на повышение температуры до фебрильных цифр, сильные боли в суставах, покраснение кожи на голенях с болезненными уплотнениями, тошноту, чувство тяжести в правом подреберье, носовые кровотечения. Полгода назад перенесла медицинский аборт. Через месяц стала нарастать слабость, появились летучие артралгии, субфебрильная температура по вечерам. За две недели до госпитализации отметила покраснение кожи голеней с появлением плотных болезненных узлов, иктеричность склер, появились носовые кровотечения, чувство тяжести в правом подреберье, повышение температуры до фебрильных цифр. Больная госпитализирована для обследования и лечения.

Перенесенные заболевания: экссудативный диатез в раннем детстве, частые простудные заболевания, детские инфекции.

При осмотре: больная повышенного питания, кожа и видимые слизистые желтушны, сосудистые звездочки на лице, груди, спине. На коже туловища и конечностей множественные петехиально-пятнистые геморрагические высыпания. На коже голеней плотные болезненные узлы диаметром до 3 см. Кожа над ними горячая, гиперемированная с синюшным оттенком. Увеличены шейные, подмышечные и подчелюстные лимфоузлы до 3–4 см в диаметре. Со стороны сердечно-сосудистой системы и системы дыхания патологии не выявлено. ЧСС 78 в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. Печень выступает на 7 см из-под края реберной дуги, мягкой консистенции, болезненная. Селезенка не пальпируется, перкуторно 14x8 см.

Общий анализ крови: гемоглобин 100 г/л, эритроциты  $3,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоцитарная формула без особенностей, тромбоциты  $70 \times 10^9$ /л, СОЭ 51 мм/ч.

Биохимический анализ крови: билирубин сыворотки 188,1 мкмол/л, прямой 120 мкмол/л., общий белок 93,5 г/л, альбумины 39,5%, глобулины 60,5%: альфа-1 5%, альфа-2 15%, бета 10%, гамма 30,5%. Тимоловая проба 20,8 ед/л, АЛТ 553 ед/л, АСТ 202 ед/л, ЛДГ5 26%. Протромбиновый индекс 75%, СРБ 30 мг/л, фибриноген 8 г/л.

Иммунологический анализ крови: HBsAg, HVA и HVCAb – не обнаружены. Антинуклеарный фактор в сыворотке положителен в разведении 1:16. Реакция Кумбса отрицательная, обнаружены антитела к тромбоцитам. Выявлено резкое повышение уровня иммуноглобулинов класса G.

УЗИ органов брюшной полости: печень значительно увеличена, уплотнена, эхогенность ее неоднородная. Умеренная спленомегалия.

Биопсия печени: в пунктате печени обнаружены выраженные некротические изменения паренхимы (фокальные и мостовидные некрозы), значи-

тельная перипортальная и портальная инфильтрация лимфоцитами, макрофагами и плазматическими клетками.

**См. цветную вкладку!**



**Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 60**

---

У больного С. 26 лет отмечено резкое ухудшение состояния в течение последних 3 недель: выросла слабость, появились позывы на стул, кровавая диарея, профузные поты. Курит на протяжении 10 лет.

При пальпации отмечается лишь умеренная болезненность живота, других отклонений не выявлено.

Общий анализ крови: гемоглобин 120 г/л, эритроциты  $3,64 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты  $10,2 \times 10^9$ /л, СОЭ 34 мм/час, тромбоциты  $204 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 8%, сегментоядерные 72%, эозинофилы 3%, базофилы 1%, моноциты 6%, лимфоциты 10%.

Биохимический анализ крови: АЛТ 74 ед/л, АСТ 46 ед/л, ГГТП 114 ед/л, щелочная фосфатаза 646 ед/л, билирубин общий 28,6 мкмоль/л, прямой 14,2 мкмоль/л, глюкоза 4,2 ммоль/л, мочевины 7,8 ммоль/л, креатинин 80 ммоль/л, общий холестерин 6,4 ммоль/л, общий белок 56 г/л,  $K^+$  3,6 ммоль/л,  $Na^+$  134 ммоль/л.

Фиброколоноскопия: отмечается легкая ранимость слизистой оболочки, ее бугристость и глубокие изъязвления, зоны воспаления чередуются с относительно сохранными участками слизистой оболочки кишки (фото 1). Патологических изменений в поперечно-ободочной кишке и прямой кишках не выявлено.

Гистологическое исследование слизистой измененного участка кишки: макрофагальная гранулема (фото 2).

**См. цветную вкладку!**

Заключение ревматолога: артрит суставов кистей рук.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 61**

---

Пациентка К. 24 лет обратилась с жалобами на боли в животе, локализованные больше слева и в подвздошной области, повышение температуры тела до 38,5 °С, эпизодическое выделение свежей крови, слизи со стулом. Частота стула до 5–6 раз в сутки. Боли в животе значительно усиливаются перед дефекацией и несколько стихают после. Похудела за последние 2 месяца на 6 кг. Кроме того, пациентка отмечает болевые ощущения в левом глазу, иррадиирующие в левый висок, слезотечение. На коже тыльной поверхности голени эксцентрически растущие язвы с приподнятым валиком, пурпурно-красными подрытыми гнойными краями и неровным дном, покрытым некротическими тканями. На одном краю язвы может отмечаться рубцевание, а на другом – экстенсивный рост, вызывающий разрушение тканей.

Подобная симптоматика в течение последнего месяца, дополнительно пациентка сообщает, что год назад отмечала боли в левой половине живота и было два эпизода появления крови и слизи в незначительном количестве. Симптомы самостоятельно купировались.

Дополнительное изучение анамнеза позволило констатировать наличие рака прямой кишки у матери пациентки.

Общий анализ крови: гемоглобин 90 г/л, эритроциты  $2.34 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты  $12,6 \times 10^9$ /л, СОЭ 45 мм/час, тромбоциты  $284 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 12%, сегментоядерные 62%, эозинофилы 1%, базофилы 2%, моноциты 8%, лимфоциты 15%

Биохимический анализ крови: АЛТ 56 ед/л, АСТ 38 ед/л, ГГТП 46 ед/л, билирубин общий 23,6 мкмоль/л, прямой 7,6 мкмоль/л, непрямой 16,0 мкмоль/л, глюкоза 4,6 ммоль/л, мочевины 6,8 ммоль/л, креатинин 98 ммоль/л, общий холестерин 4,8 ммоль/л, общий белок 58 г/л,  $K^+$  4,6 ммоль/л,  $Na^+$  140 ммоль/л.

Фиброколоноскопия: отмечается выраженная отечность и контактная кровоточивость слизистой толстого кишечника на протяжении от прямой кишки до поперечно-ободочной. Сосудистый рисунок практически отсут-

ствует. На поверхности слизистой оболочки видоизмененного участка толстой кишки язвенные дефекты диаметром от 0,6 до 1,3 см с наложением фибрина (смотри представленное фото)

Заключение окулиста: левосторонний иридоциклит.

Заключение дерматолога: гангренозная пиодермия с преимущественным поражением области голеней.

**См. цветную вкладку!**



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 62**

---

Больная Р. 34 лет жалуется на жидкий стул до 10 раз в сутки с остатками непереваренной пищи, вздутие, урчание, переливание в животе, потерю в весе. С детского возраста часто беспокоили поносы. После родов, 7 лет назад, диарея стала носить постоянный характер, появились слабость, подкожные кровоизлияния, кровоточивость десен, снижение зрения в сумеречное время.

Состояние средней тяжести. Рост 155 см, вес 40,5 кг. Имеются X-образные искривления голеней. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Тургор и эластичность кожи значительно снижены. Кожа сухая, шелушащаяся, ногти в виде часовых стекол. Мышцы гипотрофичны. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, артериальная гипотония. Десны рыхлые, легко кровоточат при надавливании. Язык влажный, «географический». Живот равномерно вздут, безболезненный. «Шум плеска» в илеоцекальной области.

Общий анализ крови: гемоглобин 90 г/л, эритроциты  $3,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты  $8,1 \times 10^9$ /л.

Биохимический анализ крови: общий белок 56 г/л, альбумины 46%, глобулины 54%.

Проба с Д-ксилозой резко снижена.

Биохимическое исследование кала: суточная масса 1620 граммов. Большие потери жира со стулом (в три раза больше нормы).

ЭГДС с биопсией из дистальных отделов ДПК. Данные энтеробиопсии: слизистая отечна, инфильтрирована лимфоцитами и плазматическими клетками, ворсинки укорочены, деформированы, число их уменьшено. Крипты глубокие, гипертрофированные.

Анализ крови на антитела к тканевой транскляминазе: IgA <20 ед/л (N < 20 ед/л), IgG 8,4 ед/л (N <1,0 ед/л).

**См. цветную вкладку!**



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 63**

---

Больной Л. 56 лет поступил в больницу с жалобами на рвоту «кофейной гущей», тяжесть в правом подреберье. Ранее не обследовался, не лечился. Из перенесенных заболеваний – аппендэктомия, хронический бронхит. Курит по 1 пачке в день. Алкоголь употребляет 1–2 раза в месяц, в эквиваленте 30–50 граммов этанола. Со слов больного, 15 лет назад перенес какой-то гепатит, лежал в инфекционной больнице.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, обычной влажности. Периферических отеков нет. Доступные пальпации лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание жесткое, хрипов не выслушивается. ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца звучные, ритм правильный. ЧСС 100 в минуту, АД 105/75 мм рт. ст. Живот не вздут, свободной жидкости не определяется, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень выступает на 5 см из-под края реберной дуги, край плотный, поверхность неровная, бугристая. Пальпируется выступающий на 6 см из-под края реберной дуги полюс селезенки.

Общий анализ крови: гемоглобин 102 г/л, эритроциты  $2,7 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты  $44 \times 10^9$ /л, лейкоциты  $2,7 \times 10^9$ /л, сегментоядерные 57%, лимфоциты 43%.

Биохимический анализ крови: АЛТ 97 ед/л, АСТ 143 ед/л, ЛДГ 808 ед/л, ГГТП 680 ед/л, щелочная фосфатаза 972 ед/л, общий белок 57 г/л, альбумин 30 г/л.

При эзофагогастродуоденоскопии обнаружено состоявшееся кровотечение из расширенных до II ст. вен пищевода. По данным УЗИ органов брюшной полости: печень обычной эхогенности, визуализируются узловые образования с неровными контурами, солидные, размерами от 5 до 30 мм. Диаметр воротной вены 20 мм. Селезенка 190x100 мм. Диаметр селезеночной вены 13 мм.

При КТ-сканировании печени с контрастом в каждой доли печени выявлено по одному очагу размерами 30 и 32 мм, гиперденсивных, с усиленной васкуляризацией. При МРТ печени с контрастом «Примовист» данные узлы не накапливают контраст.

HbsAg положительный. Анти-HCV отрицательные. HBV DNA  $1,4 \times 10^4$  копий/мл.

Альфа-фетопроtein 17000 ме/мл.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 64**

---

Больной В. 65 лет госпитализирован с жалобами на кашель, скудную мокроту, усиление одышки, повышение температуры тела до 37,8 °С, потливость, общую слабость. Ухудшение состояния развивалось постепенно, после перенесенного ОРВИ. При осмотре в легких дыхание жесткое, ослаблено в нижних отделах справа, там же выслушиваются множественные звучные мелкопузырчатые хрипы. Одышка в покое до 25 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 85 в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Стул регулярный, оформленный. Отеков нет. По другим органам и системам без видимых патологических отклонений. При лабораторно-инструментальном обследовании больного диагностирована правосторонняя нижнедолевая пневмония среднетяжелого течения. ДН I ст. Начата эмпирическая антибактериальная терапия амоксициллин/клавуланат в/в по 1,2 г 3 раза в сутки. Через 3 дня терапии отмечались улучшение общего самочувствия, нормализация температуры тела, уменьшение одышки и явлений интоксикации. Однако на 5 день пребывания в стацио-

наре больной пожаловался на появление обильного водянистого стула (до 10 раз в сутки) с примесью крови и слизи, интенсивные боли в животе, без четкой локализации, схваткообразного характера, общую слабость. При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела 38,0 °С. Кожные покровы сухие. В легких дыхание жесткое, единичные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах справа. ЧДД 20 в минуту. АД 90 /60 мм рт. ст., ЧСС 90 в минуту. Язык сухой, обложен густым белым налетом. Живот при пальпации вздут, болезненный по ходу толстого кишечника. Перитонеальных симптомов нет. Стул жидкий, светло-желтого цвета с кровяными сгустками и слизью.

Общий анализ крови: гемоглобин 115 г/л, эритроциты  $3,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты  $18,9 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 2%, сегментоядерные 88%, СОЭ 35 мм/час.

Биохимический анализ крови: АСТ 25 ед/л, АЛТ 27 ед/л, ЩФ 210 ед/л, креатинин 65 мкмоль/л, калий 3,0 ммоль/л, общий белок 57 г/л.

Копрологический анализ: кал неоформленный, светло-желтого цвета, остатки непереваренной пищи, реакция на скрытую кровь ++, реакция на белок +, лейкоциты +++, эритроциты +, слизь +++.

Обзорная рентгенография: признаков кишечной непроходимости нет, раздутые петли кишечника.

Фиброколоноскопия: слизистая сигмовидной кишки на всем протяжении гиперемирована, отечная, рыхлая. Визуализируются множественные фибринозные бляшки желтовато-белого цвета в диаметре от 2 мм до 2 см, которые плотно спаяны со слизистой; при попытке их снять появляется кровь (см. фото). Взята биопсия.

Микроскопия: кистообразное расширение желез, очаги фибринозного некроза, инфильтрация слизистой и подслизистой полинуклеарами, псевдомембранозные наложения.

**См. цветную вкладку!**



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## ЗАДАЧА № 65

---

Пациентка Б. 65 лет обратилась с жалобами на схваткообразные боли в левой подвздошной области, возникающие через 15–20 минут после еды, неустойчивый стул с чередованием запоров и поносов, метеоризм, похудание на 3 кг за последние 3 месяца, пониженный фон настроения.

В анамнезе хр. бронхит, сахарный диабет. Регулярно принимает метформин в дозе 1000 мг 2 р. в день. Также отмечает периодическое повышение АД максимально до 170/100 мм рт. ст., лекарственной терапии не получает. Курит 5–8 сигарет в день с 25-летнего возраста, алкоголь 1–2 раза в месяц – до 300 мл вина.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост 162 см, масса тела 85 кг. Жировые отложения в области живота. Кожные покровы обычной окраски. ЧДД 18 в минуту. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца глухие, ритм правильный. ЧСС 78 в минуту, АД 150/95 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 14x12x8 см. Печень + 6 см из-под края реберной дуги, край закруглен, тестоватый, поверхность гладкая. Селезенка перкуторно не увеличена, не пальпируется.

Общий анализ крови: гемоглобин 105 г/л, эритроциты  $4,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты  $6,8 \times 10^9$ /л, СОЭ 30 мм/час, тромбоциты  $284 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 5%, сегментоядерные 67%, эозинофилы 1%, базофилы 1%, моноциты 8%, лимфоциты 18%.

Глюкоза (капиллярная кровь, натощак) 9,4 ммоль/л. Гликозилированный гемоглобин (2 месяца назад) 8,3%.

Биохимический анализ крови: общий белок 65 г/л, альбумин 30 г/л, общий билирубин 18 мкмоль/л, связанный билирубин 4 мкмоль/л, креатинин 150 мкмоль/л, мочевины 11,5 ммоль/л, АСТ 32 ед/л, АЛТ 25 ед/л, ЩФ 250 ед/л, ГГТП 58 ед/л, общий холестерин 8,9 ммоль/л, ЛПНП 5,2 ммоль/л, триглицериды 2,8 ммоль/л.

Копрограмма: рН кала 8,0, стеркобилин ++, слизь – небольшое количество, лейкоциты 20–40 в п/зр., эритроциты 10–20 в п/зр., кишечный эпителий – умеренное количество, клетчатка неперевариваемая – небольшое количество, йодофильная флора не обнаружена, дрожжевые грибы не обнаружены, бактерии не обнаружены, яйца гельминтов не обнаружены. При ректороманоскопии изменений прямой кишки не выявлено. При ирригоскопии в нисходящей ободочной кишке от селезеночного угла отмечается симптом «отпечатка большого пальца» (см. фото). Фиброколоноскопия: в нисходящей ободочной и сигмовидной кишке отмечается отечность слизистой оболоч-



ки, единичные эрозии. При биопсии – отек, утолщение, фиброз подслизистого слоя, инфильтрация лимфоцитами, плазматическими клетками.

Фрагмент контрастного исследования толстого кишечника с барием:



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные обследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 66**

---

Пациент С. 32 лет обратился к врачу с жалобами на боль в поясничном отделе позвоночника, преимущественно в утреннее время, боль иррадирует в паховую область справа, правое бедро, а также отмечается утренняя скованность в позвоночнике продолжительностью до 1 часа.

Из анамнеза известно, что впервые боли в пояснично-крестцовой области появились 8 лет назад. Обследовался у невролога; при МРТ поясничного отдела позвоночника были выявлены небольшие костные разрастания по задней поверхности L<sub>2</sub>–L<sub>5</sub>, артроз фасеточных суставов. На протяжении нескольких лет наблюдается в клинике с диагнозом «пояснично-крестцовый радикулит». Периодически принимал нестероидные противовоспалительные препараты, миорелаксанты, витамины группы В с положительным эффектом. В 25 лет перенес иридоциклит.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Нормостенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки физиологической окраски. Периферических отеков нет. Признаков воспаления суставов не выявлено. Отмечаются сглаженность поясничного лордоза и напряжение прямых мышц спины. Болезненность при пальпации остистых отростков и по паравертебральным линиям в грудном и поясничном отделах позвоночника, а также при пальпации грудино-реберных и грудино-ключичных сочленений. Симптом Кушелевского положительный. Симптом Томайера 23 см. Положительные симптомы Шобера и Отта. Ограничение экскурсии грудной клетки. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. ЧДД 17 в минуту. Тоны сердца звучные, ритм правильный, шумов нет. АД 130/80 мм рт. ст., ЧСС 68 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются, симптом поколачивания в поясничной области отрицательный.

Общий анализ крови: гемоглобин 132 г/л, эритроциты  $4,1 \times 10^{12}$ /л, гематокрит 45%, лейкоциты  $6,1 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 1%, сегментоядерные 60%, лимфоциты 29%, моноциты 8%, эозинофилы 2%, СОЭ 18 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок 77 г/л, альбумин 52,1 г/л, КФК 24 ед/л, ЛДГ 101 ед/л, билирубин общий 6,4 мкмоль/л, АЛТ 17 ед/л, АЛП 32 ед/л, ЩФ 41 ед/л, креатинин 69 мкмоль/л, мочевины 5,8 ммоль/л, мочевая кислота 281 мкмоль/л, холестерин 4,6 ммоль/л, СРБ 15,3 г/л.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 67**

---

Пациентка М. 50 лет поступила в клинику с жалобами на боль в плечевых, лучезапястных суставах, отек кистей, «зябкость», онемение, изменение цвета кончиков пальцев кистей и стоп, одышку при физической нагрузке, сухой кашель, затруднение при глотании твердой пищи, сухость во рту.

Из анамнеза известно, что заболела около 15 лет назад: отметила изменение цвета кончиков пальцев кистей. Наблюдалась в поликлинике с диагнозом «синдром Рейно». Периодически отмечала появление длительно

незаживающих язвочек на кончиках пальцев кистей, особенно в зимний период года. 10 лет назад перенесла двухстороннюю пневмонию, с этого же времени стали беспокоить сухой кашель и одышка при физической нагрузке. Проводилось обследование для исключения туберкулеза: флюорография, диаскин тест, квантифероновый тест – результаты отрицательные. Госпитализирована для дообследования.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Конституция нормостеническая, нормального питания. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледной окраски, сухие; отмечается уплотнение кожи пальцев рук. Выраженный синдром Рейно. Красная кайма губ истончена, ротовая апертура уменьшена. На лице и ладонях единичные телеангиэктазии. Болезненность при пальпации лучезапястных и пястно-фаланговых суставов. Пастозность стоп. В легких дыхание жесткое, выслушиваются рассеянные сухие хрипы. ЧДД 18 в мин. Границы сердца расширены влево на 3 см от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, выслушивается систолический шум на верхушке сердца. АД 140/90 мм рт. ст. ЧСС 84 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических явлений нет. Стул регулярный.

Общий анализ крови: гемоглобин 130 г/л, эритроциты  $4,15 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты  $8,4 \times 10^9/л$ , палочкоядерные 2%, сегментоядерные 52%, эозинофилы 2%, лимфоциты 42%, моноциты 2%, тромбоциты  $232 \times 10^9/л$ , СОЭ 18 мм/час.

Биохимический анализ крови: мочевины 7,8 ммоль/л, креатинин 110 мкмоль/л, триглицериды 1,78 ммоль/л, общий холестерин 4,8 ммоль/л, СРБ 10,6 г/л.

Иммунологический анализ крови: ревматоидный фактор 210 ед/л, АНФ положительный (крапчатое свечение). АТ к нДНК – отрицательно, АТ к топоизомеразе-1 – отрицательно, антицентромерные антитела – положительно.

На ЭКГ – ритм синусовый, правильный. Нормальное положение ЭОС. ЧСС 68 в мин.

Рентгенография органов грудной клетки: легкие эмфизематозные. Корни малоструктурные. Синусы свободные. Базальный пневмосклероз по мелкоячеистому типу.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## ЗАДАЧА № 68

---

Пациентка Т. 42 лет поступила в клинику с жалобами на скованность, боль и ограничение объема движений в суставах, снижение аппетита, затруднение глотания, редкий сухой кашель.

Из анамнеза известно, что с 29-летнего возраста, после перенесенного обострения хронического тонзиллита, отметила появление тугоподвижности пальцев рук. В последующем присоединилась тугоподвижность во всех суставах и позвоночнике. Затем появились уплотнение и атрофия кожи, в связи с чем получала физиотерапевтическое лечение с незначительным положительным эффектом. Затем возникла зябкость рук, стойкая деформация и анкилозы мелких суставов кистей.

При поступлении состояние удовлетворительно. Пониженного питания. Вес 40 кг, рост 158 см. Все движения в суставах ограничены из-за резкой тугоподвижности. Кожа бледная, в области предплечий и кистей рук уплотнена, местами атрофична, со следами нагноений. Лицо маскообразное, с истонченным носом и губами. Рот открывается не полностью. Кожа пальцев рук атрофична, трофические изменения ногтей, пальцы находятся в состоянии резко выраженной сгибательной контрактуры, имеют вид «птичьих лап». Атрофия мышц кистей. Суставы конечностей деформированы, движения в них резко ограничены, особенно в лучезапястных, пястно-фаланговых и голеностопных суставах. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца умеренно приглушены, ритм правильный, выслушивается короткий систолический шум на верхушке. АД 130/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются.

Общий анализ крови: гемоглобин 110 г/л, эритроциты  $3,4 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты  $4 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 2%, сегментоядерные 52%, эозинофилы 2%, лимфоциты 42%, моноциты 2%, тромбоциты  $158 \times 10^9$ /л, СОЭ 20 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция кислая, относительная плотность 1009, белок 1,4 г/л, глюкоза отр., лейкоциты 7–12 в поле зрения, эритроциты единичные в поле зрения.

Биохимический анализ крови: мочевина 8,5 ммоль/л, креатинин 180 мкмоль/л, триглицериды 2,78 ммоль/л, холестерин 7,8 ммоль/л, калий 5,4 ммоль/л, натрий 145 ммоль/л, хлориды 109 ммоль/л, СРБ 11,3 г/л, ревматоидный фактор 14 ед/л.

Рентгенограмма кистей: остеопороз, умеренное сужение суставных щелей в лучезапястных, пястно-фаланговых и голеностопных суставах, частичное рассасывание ногтевых фаланг.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 69**

---

Больная М. 30 лет обратилась в клинику с жалобами на выраженные боли и припухание суставов кистей, лучезапястных, локтевых, плечевых и коленных суставов, на боли при жевании, утреннюю скованность в пораженных суставах до 14–15 часов дня, потерю веса на 6 кг за последние 4 месяца, выраженную общую слабость.

Из анамнеза: около 7 месяцев назад впервые возникли боли в суставах кистей, лучезапястных, а затем в коленных суставах. К врачам не обращалась, самостоятельно принимала диклофенак или нимесулид с некоторым положительным эффектом. На фоне приема данных препаратов возникли боли в эпигастрии, изжога.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела 37,4 °С. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Изменения суставов кистей.

**См. цветную вкладку!**

В области левого локтевого сустава 2 подкожных плотных узелковых образования размером 0,5x0,5 см. Коленные суставы деформированы за счет экссудативных изменений, определяется гипертермия кожи при пальпации, положительный симптом баллотирования надколенника с обеих сторон.

В легких дыхание с жестким оттенком, хрипов нет. ЧДД 17 в минуту. Тоны сердца приглушены, шумов нет, ритм правильный. ЧСС 78 в минуту, АД 132/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии и пилорoduodenальной зоне. Печень и селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: гемоглобин 86 г/л, лейкоциты  $9,1 \times 10^9$ /л, тромбоциты  $519 \times 10^9$ /л, СОЭ 76 мм/час.

Электрофорез белков: альбумины 43,7%, глобулины:  $\alpha_1$  – 4,9%,  $\alpha_2$  – 12,8%,  $\beta$  – 12,4%,  $\gamma$  – 26,2%. СРБ 54,7 мг/л, ревматоидный фактор (РФ) 22,1 ед/л.

Сывороточное железо 6,2 мкмоль/л.

Рентгенография кистей: околосуставной остеопороз и единичные кисты в эпифизах II–III пястных костей справа, сужение суставных щелей обоих лучезапястных суставов, II–IV слева и II–III пястно-фаланговых суставов справа.

Эзофагогастродуоденоскопия: яркая гиперемия слизистой антрального отдела желудка с 3 эрозивными дефектами, складки слизистой утолщены.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 70**

---

Больная К. 75 лет предъявляет жалобы на боли в поясничном отделе позвоночника, в мелких суставах кистей, в коленных суставах, которые усиливаются после физической нагрузки. Утренняя скованность в коленных суставах около 15 минут. Указанные жалобы беспокоят более 10 лет, периодически принимала диклофенак 100 мг/сут. с положительным эффектом. В последнее время пациентка стала отмечать сложности при одевании, принятии душа, подъеме и спуске по лестнице из-за боли в суставах.

Сопутствующие заболевания: около 10 лет повышение АД до 180/110 мм рт. ст., 5 лет назад перенесла инфаркт миокарда.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы нормальной окраски, влажности. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Пастозность голеней. Вес 96 кг, рост 162 см. Деформация II–V дистальных межфаланговых суставов и II–III проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей. Дефигурация коленных суставов за счет небольшого периартикулярного отека, при сгибании коленных суставов интраартикулярный хруст, объем движений не изменен, пальпация и движения умеренно болезненны. Болезненность при пальпации паравертебральных точек поясничного отдела позвоночника. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДДД 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 86 в мин., АД 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

Рентгенограммы поясничного отдела позвоночника, коленных суставов прилагаются.

Общий анализ крови: гемоглобин 130 г/л, лейкоциты  $7,7 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ 15 мм/час.

Биохимический анализ крови без патологии.

Иммунологический анализ крови: ревматоидный фактор отрицательный, С-реактивный белок 8 мг/л.

Общий анализ мочи без патологии.

Рентгенограмма коленных суставов:



Рентгенограмма поясничного отдела позвоночника:





### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 71**

---

Больной Ж. 47 лет поступил в ревматологическое отделение с жалобами на ноющие боли в плюснефаланговых суставах I пальцев обеих стоп, правом голеностопном и левом коленном суставах, усиливающиеся к утру (в момент пробуждения) и при движениях, ограничение объема движений в вышеперечисленных суставах, отечность голеней и стоп, эпизодически выявляемое повышение АД до 160/110 мм рт. ст. (регулярно АД не контролирует, терапии не получает), ноющие боли в правой поясничной области. Работает в офисе, ведет малоподвижный образ жизни. Диет не соблюдает. Наследственный анамнез: мать больного, 70 лет, страдает гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2-го типа, отец умер в возрасте 65 лет от инфаркта миокарда.

Считает себя больным в течение последних 5 лет, когда впервые на фоне полного благополучия появились сильнейшие жгучие, пульсирующие боли в области плюснефалангового сустава I пальца левой стопы около двух часов ночи, вследствие чего больной не мог вновь заснуть. Боли в суставе сопровождалась появлением его припухлости, кожа над ним покраснела, стала горячей, натянутой и блестящей. Повысилась температура тела до 38,2 °С. Болевой синдром не купировался приемом парацетамола. Кроме того, появились резкое ограничение движений в этом суставе, болезненность при дотрагивании до него, соприкосновении с простыней. К утру интенсивность боли заметно ослабела, но припухлость сустава сохранялась. К врачам пациент обращаться не стал, ничем не лечился; через 2–3 суток боли в I плюснефаланговом суставе левой стопы купировались полностью, несколько дней спустя исчезла и припухлость сустава.

Второй приступ болезни последовал примерно через 1 год с вовлечением в процесс правого голеностопного сустава, боли в суставе носили аналогичный характер, сопровождалась общими явлениями в виде субфебрилитета, недомогания, в продромальный период пациент отметил потерю аппетита, гиперсаливацию и жажду. Обратился к врачу, при обследовании выявлены ускоренное СОЭ до 52 мм/час, гиперфибриногенемия (6,88 г/л),



гиперурикемия (мочевая кислота в крови 546 мкмоль/л), гиперхолестеринемия (общий холестерин 7,2 ммоль/л, липидные фракции не исследовались), гликемия натощак 6,0 ммоль/л, на рентгенограмме правого голеностопного сустава изменения не обнаружены. Был назначен индометацин в дозе 150 мг/сут., на фоне приема которого болевой синдром регрессировал.

В дальнейшем пациент отметил, что частота приступов артрита составляла ранее 1 раз в год, а с течением времени кратность обострений болезни увеличилась до 3–4 раз в год. В последние 3 года отмечаются эпизоды повышения АД, появились боли в поясничной области, в связи с чем было проведено УЗИ почек, которое выявило камень в нижнем полюсе правой почки размером 13 мм.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7 °С. Рост 166 см, вес 94 кг. Окружность талии 107 см. Дефигурация голеностопных суставов, более выраженная справа, I плюснефаланговых суставов обеих стоп, кожа над суставами не изменена, без локальной гипертермии. Движения в суставах с болезненным ограничением. На медиальном крае правой стопы обнаружен тофус до 6 мм в диаметре. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 16 в минуту. Перкуторный звук ясный легочный над всеми легочными полями. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумов и дополнительных тонов не выслушивается. АД 160/80 мм рт. ст., ЧСС 88 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень перкуторно по краю реберной дуги. Периферических отеков нет.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 72**

---

Пациент Н. 45 лет предъявляет жалобы на острую боль в правом коленном суставе, усиливающуюся при малейших движениях, лихорадку до 39 °С. Заболел остро 3 дня назад, когда после игры в футбол, сопровождавшейся несколькими падениями с ушибом области сустава и осаднением кожи, в ночное время появились и стали быстро нарастать указанные жалобы. Ранее подобных эпизодов не было, но, со слов пациента, в течение последних

2–3 лет периодически беспокоили болезненность при движениях, покраснение и припухание в области I плюснефалангового сустава попеременно правой и левой нижних конечностей, обычно после переохлаждения. В то время к врачам не обращался, лечился самостоятельно народными средствами. В течение 2 лет – мочекаменная болезнь, камень правой почки (выявлен случайно при ультразвуковом обследовании), в течение последнего года эпизодически отмечает повышение артериального давления до  $160/90$  мм рт. ст., регулярной терапии не получал. Другую хроническую патологию в анамнезе отрицает, на осмотре у врачей бывает редко, мотивируя это занятостью на работе. Алкоголь употребляет 1–2 раза в месяц в пределах 100–200 граммов водки. Не курит. Работает начальником отдела в финансовой компании. Наследственный анамнез уточнить нет возможности (воспитанник детского дома).

При осмотре: общее состояние средней степени тяжести. Температура тела  $37,6$  °С. Гиперстеник. Рост 173 см, вес 92 кг. Окружность талии 103 см. Гиперемия лица. Правый коленный сустав деформирован за счет экссудативных изменений, кожные покровы над ним ярко гиперемированы, горячие на ощупь. Имеется несколько линейных ссадин в области надколенника, прикрытых струпом. Объем активных движений в суставе значительно ограничен из-за боли («с большим трудом добрался до поликлиники»), пассивные движения в полном объеме, резко болезненны. Левый коленный сустав без видимой патологии. По другим суставам без особенностей. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 16 в минуту. Перкуторный звук ясный легочный над всеми легочными полями. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумов и дополнительных тонов не выслушивается. АД  $150/90$  мм рт. ст., ЧСС 96 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень перкуторно по краю реберной дуги. Периферических отеков нет.

В общем анализе крови: гемоглобин 156 г/л, эритроциты  $4,34 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты  $12,1 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 9%, сегментоядерные 60%, лимфоциты 25%, моноциты 4%, базофилы 0%, эозинофилы 2%, тромбоциты  $245 \times 10^9$ /л, СОЭ 35 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1011, цвет соломенно-желтый, прозрачность полная, белок 0,033 г/л, билирубин, глюкоза, кетоновых тел нет, лейкоциты 8–10 в поле зрения, эритроциты 2–4 в поле зрения, неизмененные, бактерии единичные в поле зрения, слизи много, соли: ураты в значительном количестве.

Рентгенография правого коленного сустава (описание): признаков костной травмы не выявлено.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 73**

---

Пациентка С. 55 лет в течение 27 лет наблюдается неврологом по поводу миастении генерализованной формы. В клинической картине присутствовали: характерная мышечная слабость, в том числе мимической мускулатуры (поперечная улыбка, не могла удерживать пищу во рту, птоз), диплопия, бульбарные нарушения (дисфагия, дисфония). Диагноз был поставлен на основании клинической картины, данных электромиографического исследования, подтвердившего нарушение синаптической передачи. Получала антихолинэстеразную терапию с положительным эффектом. Последние 9 лет – спонтанная ремиссия (по данным неврологического заключения), медикаментозного лечения не получала.

Год назад после инсоляции впервые появились преходящие артралгии, артриты мелких суставов кистей, эритема над пястно-фаланговыми суставами, непродуктивный кашель, скованность, шелушение кожи ладоней и медиальной поверхности пальцев. Ограничение объема движений не отмечалось, мышечная сила, в том числе мимической мускулатуры, в пределах нормы, рефлексы оставались сохранными.

При поступлении в клинику имеют место: суставной синдром, включающий артриты мелких суставов кистей, плечевых суставов, утреннюю скованность в течение 30 мин., шелушение кожи пальцев и ладоней, повышение температуры до 38 °С, непродуктивный кашель и боли в груди при глубоком дыхании. Общее состояние средней степени тяжести. При аускультации легких – крепитация в нижнебазальных отделах легких, над остальными легочными полями ослабленное везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД 120/70 мм рт. ст., ЧСС 68 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Периферических отеков нет. Физиологические отправления в норме.

При обследовании: СОЭ 40 мм/ч, С-реактивный белок 101 мг/л, КФК 1093 ме, ЛДГ 581 ед/л, ревматоидный фактор, АЦЦП отрицательные. Остальные анализы без особенностей.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 74**

---

Пациент Ф. 25 лет доставлен в клинику по экстренным показаниям в тяжелом состоянии с выраженной тотальной мышечной слабостью до степени обездвиженности, миалгиями, нарушением глотания. Заболел остро, за 2 месяца до госпитализации появились: лихорадка до 38,5 °С, общая слабость, поражение кожи в виде эритемы с локализацией на шее, груди, животе, верхних веках. В дальнейшем продолжала нарастать мышечная слабость преимущественно в проксимальных отделах конечностей, сгибателях мышц шеи, нарушился акт глотания, появилась дисфония. В анамнезе жизни: оба родителя умерли в возрасте до 50 лет от онкологических заболеваний.

Состояние при поступлении тяжелое. Резко пониженного питания, рост 184 см, вес 48 кг, индекс массы тела 14,2 кг/см<sup>2</sup>. Самостоятельно себя не обслуживает. Кожа сухая, на эритематозном фоне явления чешуйчатого дерматита; в области ушных раковин и на груди эрозии до 10 мм в диаметре. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, мягкий систолический шум во всех точках аускультации. АД 95/60 мм рт. ст. ЧСС 88 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Стул оформлен.

Общий анализ крови: гемоглобин 91 г/л, тромбоциты 94 x10<sup>9</sup>/л, СОЭ 26 мм/час. Биохимический анализ крови: КФК 4660 ед/л, ЛДГ 7880 ед/л, АЛТ 678 ед/л, АСТ 2236 ед/л; общий белок 48,4 г/л.

В анализах мочи протеинурия до 0,5 г/л, миоглобинурия +.

Рентгенография органов грудной клетки: без признаков очаговых и инфильтративных изменений.

ЭхоКГ: систолическая функция миокарда несколько снижена (фракция выброса левого желудочка 46% по Simpson), гипокинез всех стенок левого желудочка, диастолическая дисфункция II типа, зон локального нарушения сократимости не выявлено.

Консультирован неврологом: моторная полинейропатия с вялым тетрапарезом.



### Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## ЗАДАЧА № 75

---

Больной Н. 25 лет обратился к терапевту поликлиники с жалобами на простреливающие боли в предплечьях и голенях, беспокоят также нарастающая слабость в мышцах конечностей, тупые боли в мышцах плеч и бедер, усиливающиеся при нагрузке, но не проходящие даже ночью. Указанные жалобы появились постепенно около полугода назад. Больной отмечает, что в юности употреблял наркотики. В анамнезе также острый панкреатит, который больной связывает с эпизодическим употреблением алкоголя. По этому поводу дважды в течение последнего года проходил стационарное лечение. Тогда же в стационаре выявлен HBsAg. Желтуху в анамнезе отрицает.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Больной пониженного питания. Кожа бледная слизистые обычной окраски. На коже ног – явный сосудистый рисунок, по типу сетчатого ливедо. Температура тела 37,5 °С. Мышечная сила конечностей симметрично снижена. Неврит лучевого нерва справа, большеберцового нерва слева. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Тоны приглушены, ритм правильный. ЧСС 92 в минуту. АД 180/110 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в эпигастрии. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный. Стул, диурез в норме.

Общий анализ крови: гемоглобин 115 г/л, эритроциты  $3,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты  $14,1 \times 10^9$ /л, тромбоциты  $425 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 6%, сегментоядерные 82%, моноциты 3%, лимфоциты 9%, эозинофилы 0%, базофилы 0%. СОЭ 44 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1011, цвет желтый, глюкоза, билирубин, кетоновые тела отсутствуют, белок 0,15 г/л, лейкоциты 2–3 в поле зрения, эритроциты измененные 6–7 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок 65 г/л, альбумин 37 г/л,  $\alpha_1$  – 4%  $\alpha_2$  – 10%  $\beta$  – 11%  $\gamma$  – 20%, креатинин 112 мкмоль/л, АСТ 44 ед/л, АЛТ 45 ед/л, щелочная фосфатаза 100 ед/л, билирубин 14 мкмоль/л, СРБ 48 г/л.

Серологический анализ: HBsAg положительный, HBeAg отрицательный, HbCAb IgG положительный, HbCAb IgM отрицательный, HCVAb отрицательный, ВИЧ отрицательный.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 76**

---

Больная Т. 80 лет при поступлении жаловалась на дискомфорт в груди, приступы головокружений при физической нагрузке, однократный обморок, головную боль. С 1976 года отмечает повышение АД до 240/130 мм рт. ст. Головокружения беспокоили в течение 10 лет, возникали как при физической нагрузке (подъеме по лестнице выше 2-го этажа), так и после эмоциональных переживаний. Иногда во время головокружений появлялись перебои в работе сердца. Ухудшение состояния связывала со стрессовой ситуацией, на фоне которой во время ходьбы возник обморок, в связи с чем была вызвана бригада скорой медицинской помощи и пациентка доставлена в стационар. Случаев внезапной смерти и ИБС у близких родственников не было. Постоянно принимала эналаприл, арифон.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный, единичные экстрасистолы (до 2 в минуту). В точке Боткина определяется систолический шум, проводящийся на верхушку сердца и на сосуды шеи, умеренной интенсивности, продолжающийся в течение всей систолы. Левая граница относительной тупости сердца определяется по передне-подмышечной линии. Пульс слабого наполнения с медленным нарастанием пульсовой волны. АД 160/100 мм рт. ст., ЧСС 80 в минуту. Печень у края реберной дуги.

Общий анализ крови: гемоглобин 132 г/л, лейкоциты  $5,5 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 9%, сегментоядерные 50%, базофилы 1%, лимфоциты 30%, моноциты 10%, СОЭ 12 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок 71 г/л, мочевины 5,1 ммоль/л, креатинин 79 мкмоль/л, общий холестерин 5,32 ммоль/л, триглицериды 1,5 ммоль/л, ЛПВП 1,07 ммоль/л, ЛПНП 2,82 ммоль/л, ЛПОНП 0,3 ммоль/л, ИА 3,9,

билирубин общий 16,2 мкмоль/л (прямой 0,2 мкмоль/л), АСТ 20 ед/л, АЛТ 22 ед/л, КФК 222 ед/л, ЛДГ 330 ед/л, щелочная фосфатаза 234 ед/л, СРБ ++, тимоловая проба 5 Ед, калий 4,9 ммоль/л, натрий 138 ммоль/л, кальций 0,78 ммоль/л, глюкоза 4,9 ммоль/л.

На рентгенограмме органов грудной полости – легочные поля повышенной прозрачности с явлениями диффузного пневмосклероза. Легочный рисунок усилен, очаговых и инфильтративных теней не обнаружено. Корни уплотнены, тяжистые. Купол диафрагмы четкий, сердце увеличено влево за счет дуги левого желудочка. Тень аорты уплотнена.

На ЭхоКГ неомогенное утолщение и уплотнение створок аортального клапана, кальцинаты в створках и в кольце аортального клапана, систолическое раскрытие 10 мм. Аорта расширена, диаметр на уровне кольца 3,3 см, восходящий отдел – 5,0 см. Стенки аорты уплотнены, не утолщены. Максимальная скорость потока 3,1 м/с, максимальный транс-аортальный градиент давления – 45 мм рт. ст. Выявлена аортальная регургитация 1-й степени, с центральным направлением потока. Створки митрального клапана не изменены.



*Рис. 1. ЭхоКГ больной Т. Парастернальная позиция по длинной оси ЛЖ*

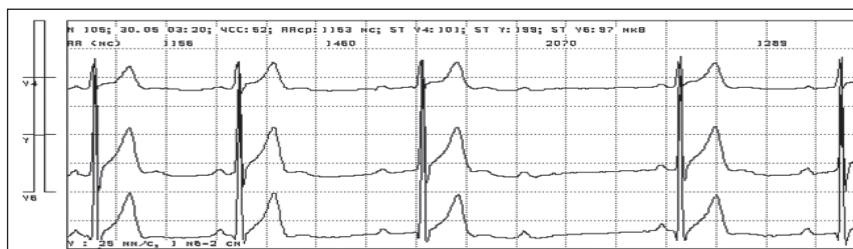
Умеренный аортальный стеноз и кальциноз аортального клапана 2-й степени.

Допплерометрия трансмитрального потока – пик Е 0,4 м/с, пик А 0,6 м/с, максимальный трансмитральный градиент давления 1,44 мм рт. ст. Трикуспидальный клапан не изменен, признаков легочной гипертензии не выявлено. Выявлена дилатация полости левого желудочка с симметричной гипертрофией стенки, умеренное снижение глобальной сократимости ЛЖ.

Незначительное уплотнение перикарда, жидкости нет. Количественные показатели: КДР ЛЖ – 9,0 см, КСР ЛЖ – 6,0 см, КДО ЛЖ – 180 мл, КСО ЛЖ – 90 мл, правый желудочек – 2,6 см, левое предсердие – 3,1 см, МЖП – 1,4 см, ТЗЛЖ – 1,5 см. Фракция выброса левого желудочка – 50%.

Холтеровское мониторирование ЭКГ (рис. 2): наджелудочковая экстрасистолия до 40 экстрасистол в час преимущественно в ночные часы. Количество желудочковых экстрасистол не превышало 10 в час. Ишемических изменений сегмента ST более 1 мм не наблюдалось. В период с 3.00 до 4.00 – урежение ЧСС до 32 в 1 мин., развитие на ЭКГ АВ-блокады II степени типа Мобитц 1, клинически проявившееся синкопальным состоянием с последующей оглушенностью и появлением очаговой неврологической симптоматики (нарушение речи, шаткость походки).

В связи с данным эпизодом больная была консультирована неврологом, диагностировавшим острое нарушение мозгового кровообращения. Однако, учитывая преходящий характер неврологической симптоматики (менее 24 часов) и полученные данные расшифровки мониторной записи ХМ ЭКГ, синкопальное состояние в последующем было расценено как клинический эквивалент периодики Самойлова – Венкебаха.



*Рис. 2. Фрагмент мониторной записи ЭКГ больной Т.  
АВ блокада 2-й степени с периодами Самойлова – Венкебаха*

Через сутки состояние больной удовлетворительное, гемодинамика стабильна, речь восстановилась, больная адекватна, ориентирована, походка стала более уверенной.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.



## ЗАДАЧА № 77

---

Больная М. 25 лет поступила в клинику с жалобами на кашель, слабость, похудание, боли в мелких суставах кистей рук. 4 месяца назад роды здоровым доношенным ребенком. Через месяц после родов отметила появление кашля, боли в грудной клетке, повышение температуры тела до 38,5 °С. Была госпитализирована с диагнозом «правосторонняя нижнедолевая пневмония»; проводилась антибиотикотерапия. Через 10 дней выписана с улучшением. Однако сохранялись субфебрилитет, слабость, одышка при физической нагрузке, присоединилась умеренная боль в суставах кистей. За 2 недели до госпитализации вновь усилился кашель, температура тела повысилась до 38,0 °С; в связи с выявленными при рентгенографии органов грудной клетки изменениями амбулаторно начато лечение амоксициклом, отхаркивающими средствами. На этом фоне появились кожные высыпания на лице и туловище. Госпитализирована с направительным диагнозом «пневмония в нижней доле справа, аллергическая реакция».

При осмотре: состояние средней степени тяжести, температура 38,8 °С. Больная пониженного питания. На коже щек, переносицы, шеи, груди множественные изолированные и сливные эритематозные очаги, четко отграниченные от здоровой кожи. Губы сухие с эрозиями и сероватыми корочками. Волосы тусклые, редкие. Суставы кистей визуально не изменены, при сжатии кистей в кулак отмечает умеренную болезненность в проксимальных межфаланговых суставах. ЧДД 28 в минуту, в легких ниже уровня V ребра справа определяется притупление перкуторного звука, дыхание в этой зоне резко ослаблено, ниже VII ребра не проводится. ЧСС 105 в минуту, ритм правильный, тоны приглушены, шумы не выслушиваются. АД 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень, селезенка не пальпируются. Поколачивание в поясничной области безболезненное с обеих сторон. Неврологической симптоматики не выявлено.

Общий анализ крови: гемоглобин 108 г/л, гематокрит 36%, тромбоциты  $320 \times 10^9$ /л, лейкоциты  $2,9 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 4%, сегментоядерные 60%, лимфоциты 28%, моноциты 5%, эозинофилы 3%, СОЭ 48 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1022, белок 2,5 г/л, глюкоза отр., лейкоциты 2–4, эритроциты 8–10, цилиндры гиалиновые 2–3 в поле зрения.

Биохимический и иммунологический анализы крови: билирубин 14 мкмоль/л, АСТ 12 ед/л, АЛТ 21 ед/л, креатинин 95 мкмоль/л, мочевины 24 ммоль/л, общий белок 72 г/л, белковые фракции: альбумины 52%, альфа-1 4,1%, альфа-2 12,9%, бета 12,3%,  $\gamma$ -глобулины 28,7%. СРБ 26 г/л, ревматоидный фактор 16 ед/л.

Рентгенография органов грудной клетки: легочные поля без очаговых и инфильтративных изменений. Корни легких не расширены, структурны. В правой плевральной полости определяется свободная жидкость до V ребра. Слева небольшое количество жидкости в плевральном синусе. Тень сердца умеренно расширена, больше влево, пульсация ритмичная, малой амплитуды.

ЭхоКГ: на передней створке митрального клапана имеются округлые наложения (вегетации?) размерами до 3–4 мм, умеренной эхоплотности, с четкими контурами, створки несколько уплотнены, движение их в диастолу разнонаправленное. При доплерографии выявлена митральная регургитация I–II ст. Другие клапаны сердца без особенностей. Полости сердца не расширены. Показатели сократимости в пределах нормы. В передних и задних отделах полости перикарда определяется умеренное количество свободной жидкости без признаков тампонады сердца.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 78**

---

Больной С. 26 лет обратился с жалобами на боль и припухлость в области правого коленного и правого голеностопного суставов, боль в пятках при ходьбе. Боль в суставах связывает с активными занятиями спортом. При расспросе выяснилось, что около 3 недель назад после возвращения с курорта отмечались слизисто-гнойные выделения из мочеиспускательного канала, дизурия, по поводу чего к врачам не обращался. 2 недели назад в течение 1–2 дней был конъюнктивит, по совету фармацевта лечился местно сульфацилом натрия с хорошим эффектом.

При осмотре правого коленного и голеностопного суставов отмечается деформация, болезненность при активных и пассивных движениях. Имеется очаговая кератодермия подошв и ладоней, в остальном кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные, систолический щелчок над верхушкой сердца. ЧСС 72 в минуту, ритм правильный. АД 115/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень

и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются, область их не изменена, симптом поколачивания отрицательный.

Общий анализ крови: гемоглобин 150 г/л, эритроциты  $4,51 \times 10^{12}$ /л, гематокрит 41%, лейкоциты  $5,7 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 2%, сегментоядерные 52%, эозинофилы 2%, лимфоциты 41%, моноциты 3%, СОЭ 24 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1025, прозрачная, pH 5,0, белок, глюкоза отсутствуют, лейкоциты 7–8 в поле зрения, эритроциты 0–1 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок 86 г/л, мочевины 7,5 ммоль/л, креатинин 88 мкмоль/л, АСТ 32 ед/л, АЛТ 22 ед/л, ЛДГ 143 ед/л, СРБ 74 г/л, ревматоидный фактор < 15 ед/л.

ЭКГ: синусовая аритмия, вертикальное положение электрической оси сердца. ЧСС 74 в мин.

Рентгенография правого коленного сустава: патологии не выявлено.

Консультация уролога: неспецифический уретрит, циркулярный баланит.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 79**

---

Больной М., 16 лет, обратился с жалобами на боль в коленных суставах, повышение температуры тела. Находясь в спортивном лагере, переболел ангиной с высокой температурой. Через 3 недели появилась боль в голеностопных суставах, которая прошла самостоятельно. Через несколько дней заболели коленные суставы, повысилась температура тела до 37,5 °С. Отмечалась боль при движении, покраснение и увеличение в объеме коленных суставов (явления артрита полностью купированы приемом диклофенака в течение 3 дней). Кроме того, стал отмечать слабость, потливость, сердцебиение и одышку при ходьбе. Госпитализирован.

При осмотре: кожные покровы обычной окраски. Суставы при осмотре не изменены (явления артрита полностью купированы приемом диклофенака в течение 3 дней). Границы сердца в пределах нормы. При аускультации сердца: I тон ослаблен, на верхушке выслушивается мягкий систолический

шум, занимающий  $\frac{1}{2}$  систолы, также выслушивается III тон. ЧСС 90 в минуту, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: гемоглобин 126 г/л, эритроциты  $5,1 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты  $12,0 \times 10^9/л$ , палочкоядерные 9%, сегментоядерные 71%, эозинофилы 0%, моноциты 5%, лимфоциты 15%, СОЭ 30 мм/час.

Биохимический анализ крови: АСТ 12 ед/л, АЛТ 23 ед/л, калий 4,5 ммоль/л, натрий 143 ммоль/л, СРБ 12,6 г/л, глюкоза 5,2 ммоль/л, АСЛ-О 1200 ед/л, АСГ 550 ед/л.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 88 в минуту, PQ 0,22 сек. В грудных отведениях снижение амплитуды зубцов Т.

ЭхоКГ: краевое утолщение («рыхлость») передней створки митрального клапана, ограничение подвижности утолщенной задней створки митрального клапана. Митральная регургитация II степени. Полости сердца не изменены. Фракция выброса 68%.

Рентгеноскопия органов грудной клетки: без патологии.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 80**

---

Больная Р. 27 лет доставлена в неврологическое отделение после судорожного припадка и кратковременной потери сознания. Месяц назад больная отдыхала в Египте. Находясь на солнце, отмечала появление сыпи в области переносицы, скул, зоны декольте. В последние 2 дня стало значительно уменьшаться количество выделяемой мочи, стала темного цвета, стали нарастать отеки на лице, а в день госпитализации имело место повышение АД до 200/120 мм рт. ст.

Объективно: состояние средней тяжести. Больная сонлива, вяло отвечает на вопросы. Кожные покровы бледные, лицо отечно. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД 180/100 мм рт. ст., ЧСС 180 в минуту. По другим органам без существенных изменений.

Общий анализ крови: гемоглобин 90 г/л, эритроциты  $3,2 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты  $150 \times 10^9$ /л, лейкоциты  $3,2 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 5%, сегментоядерные 65%, эозинофилы 9%, лимфоциты 15%, моноциты 5%, базофилы 1%, СОЭ 35 мм/час.

Общий анализ мочи: прозрачность мутная, цвет темно-желтый, реакция нейтральная, относительная плотность 1012, белок 3,02 г/л, лейкоциты 5–10 в поле зрения, эритроциты 10–15 в поле зрения, гиалиновые цилиндры 5–6 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок 50 г/л, креатинин 135 мкмоль/л, мочевины 9,9 ммоль/л, СРБ 17,7 г/л, мочевая кислота 258 мкмоль/л, ЦИК 1,8, АНФ (скрининг) положительный.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 81**

---

Пациентка Т., 55 лет, продавец, в течение последних 5 лет жалуется на боли в коленных суставах, усиливающиеся к концу рабочего дня. В последний год стала отмечать припухание коленных суставов. Также пациентка жалуется на ночную боль и утреннюю тугоподвижность в коленных суставах в течение 20–30 минут. Самостоятельно принимала парацетамол 2 г/сутки, глюкозамина сульфат 500 мг 2 раза в сутки, периодически проводила магнитотерапию. Лечение не приносило облегчения, боль в коленных суставах сохранялась. В последнее время стало трудно ходить более 100 м по ровной местности, подниматься/спускаться по лестнице. Сопутствующие заболевания: артериальная гипертензия (хорошо контролируется приемом иАПФ и диуретиков), гиперхолестеринемия (аторвастатин 10 мг/сутки), ожирение (ИМТ 38 кг/м<sup>2</sup>), курит. Наследственность: имеются указания на наличие ревматоидного артрита у отца и родного дяди, а также у бабушки пациентки. Менопауза наступила 6 лет назад.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, нормальной окраски и влажности. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 64 в минуту. АД 130/70 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки, мягкий, безболезненный. Печень – размеры не уве-

личены, селезенка перкуторно не увеличена. При осмотре коленных суставов выявляется их увеличение в объеме за счет деформации и небольших воспалительных изменений. Движения активные и пассивные ограничены в объеме из-за болезненности. Пальпация обоих коленных суставов болезненна по их медиальной поверхности. При сгибании в коленных суставах отмечается внутрисуставной хруст. При осмотре других суставов патологии не выявлено.

Общий анализ крови: гемоглобин 128 г/л, лейкоциты  $6,7 \times 10^9$ /л, СОЭ 16 мм/час.

Биохимический анализ крови: без патологии.

Иммунологический анализ крови: ревматоидный фактор отрицательный, С-реактивный белок 10 мг/л.

Общий анализ мочи без патологии.

ЭКГ: признаки гипертрофии миокарда левого желудочка.

Рентгенограмма коленного сустава, выполненная месяц назад, прилагается.



Рентгенограмма правого коленного сустава больного, выполненная в положении стоя.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## ЗАДАЧА № 82

---

Больная И. 48 лет госпитализирована с жалобами на слабость, сердцебиение, повышение температуры тела до 37,5–37,8 °С в течение месяца, слабость в левой руке и ноге.

Из анамнеза: известно, что 3 мес. назад пациентка перенесла ОНМК в бассейне средней мозговой артерии, 6 мес. назад – транзиторную ишемическую атаку.

При осмотре: состояние больной средней степени тяжести. Моторная афазия. Отмечается цианотичного оттенка пятнистость кожи, напоминающая «кружева», локализующаяся в области бедер и ягодиц (сетчатое лицевое). Периферические лимфатические узлы не увеличены. Над легкими перкуторно легочный звук, аускультативно хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ритм правильный. ЧСС 96 в минуту АД 120/75 мм рт. ст. Над верхушкой сердца выслушивается систолический шум средней интенсивности, проводится в подмышечную область. Печень, селезенка не увеличены. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Конфигурация суставов не изменена, объем движений полный.

Клинический анализе крови: гемоглобин 112 г/л, лейкоциты  $9 \times 10^9$ /л, тромбоциты  $100 \times 10^9$ /л, СОЭ 46 мм/час.

Антитела к нативной ДНК отрицательные. Волчаночный антикоагулянт положительный – 2,4 условные единицы.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1010, белок 0,33 г/л, лейкоциты 10–12, эритроциты 4–6 в поле зрения.

ЭхоКГ: размеры сердца в норме, отмечается утолщение створок митрального клапана до 5 мм, узелки до 2 мм на предсердной поверхности митрального клапана, регургитация на митральном клапане средней степени тяжести.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## ЗАДАЧА № 83

---

Больная Л. 39 лет обратилась в клинику с жалобами на одышку, сухой кашель, слабость, ограничение переносимости физической нагрузки.

Анамнез заболевания: впервые отметила вышеуказанные жалобы около 3 месяцев назад. С этого момента одышка усилилась, при нагрузках появился сухой кашель. Пациентка отметила, что в последнее время при перемене положения тела (быстрый подъем) отмечается резкая слабость, потемнение в глазах.

Анамнез жизни: замужем, работает парикмахером. Курит по 10–15 сигарет в день в течение 15 лет. Рост 172 см, вес 68 кг. Со слов пациентки, наследственных заболеваний нет, аллергоанамнез не отягощен. Беременностей – 3, роды – 1. Первая беременность закончилась своевременными родами, без осложнений, последующие 2 беременности в возрасте 29 и 33 лет – самопроизвольные выкидыши на сроке 16 и 14 недель. Беременности не были запланированы, поэтому пациентка не обследовалась. В возрасте 38 лет был эпизод внезапного сильного головокружения, частичной потери зрения на правый глаз, но поскольку жалобы самопроизвольно прекратились в течение 1 часа, пациентка расценила это состояние как переутомление (накануне много работала).

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные, на верхушке выслушивается систолический шум (в положении лежа – максимум на верхушке, при перемещении тела в вертикальное положение – максимум шума смещается влево на 2 см от верхушки). АД 120/70 мм рт. ст., ЧСС 78 в минуту. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень не увеличена. Отеков нет.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.



## ЗАДАЧА № 84

---

Больная А. 44 лет предъявляет жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке, ощущения сердцебиения, перебоев в работе сердца.

В анамнезе: в детстве частые ангины, при активном расспросе вспоминает, что в возрасте 8–9 лет был эпизод резкой болезненности суставов и их припухания, к врачам не обращалась, лечилась народными средствами, так как проводила летний отдых в деревне. В юношеском возрасте и после этого считала себя здоровым человеком. В возрасте 24 лет родила ребенка, роды без особенностей. Считает себя больной последний год, исподволь появилась и выросла одышка. Последние месяцы периодически беспокоили ощущения сердцебиения, перебоев в работе сердца, около недели это беспокоит постоянно.

При осмотре: нормостеник. Кожные покровы обычной окраски, цианоз губ. Отеков нет. ЧДД 19 в минуту. При аускультации легких дыхание везикулярное, в нижних отделах с двух сторон выслушиваются единичные влажные мелкопузырчатые хрипы. Пульс на лучевой артерии меньшего, чем в норме, наполнения, нерегулярный. При перкуссии границы относительной сердечной тупости расширены вверх. При аускультации сердца в первой точке аускультации I тон ослаблен, в фазе выдоха сразу после I тона выслушивается систолический шум, занимающий менее половины систолы, звучность шума лучше в положении на левом боку. Также на верхушке сердца выслушивается протодиастолический шум, между II тоном и диастолическим шумом имеется небольшой интервал. В третьей точке аускультации выслушиваются акцент и раздвоение II тона, мягкий «дующий» диастолический шум убывающего характера. ЧСС 98 в минуту, ритм неправильный. АД 115/75 мм рт. ст. на левой руке, 105/65 мм рт. ст. на правой руке, при повторном измерении 113/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

Анализ крови клинический и биохимический, общий анализ мочи без особенностей.

ЭхоКГ: в парастернальной проекции по длинной оси: утолщение створок митрального клапана и уменьшение их амплитуды движения, выбухание передней створки митрального клапана в виде купола в полость левого желудочка, размер левого предсердия 5,5 см; при исследовании в парастернальной позиции короткой оси левого желудочка: изменения створок митрального клапана (утолщение и деформация), наличие спаек между створками, площадь открытия митрального отверстия 1,5 см<sup>2</sup>. Полость левого желудочка не увеличена, фракция выброса 48%. Давление легочной артерии 80 мм рт. ст.

При доплеровском исследовании трансмитральный градиент 10 мм рт. ст. Исследование цветным доплером выявило регургитирующую струю через митральный клапан в полость левого предсердия.

**См. цветную вкладку!**



**Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 85**

---

Больной Н. 45 лет обратился с жалобами на эпизоды повышения температуры тела до 38,5 – 39,0 °С с ознобами и потливостью, сухой кашель по ночам. Заболевание началось около трех недель назад с высокой температуры, ознобов, снижения аппетита, слабости. Катаральных явлений не было, врач поликлиники вначале поставил диагноз «грипп», а через две недели при сохраняющейся лихорадке неправильного типа и появлении сухого кашля, усиливавшегося по ночам, был поставлен диагноз «хронический бронхит». На фоне начатого лечения сумамедом улучшения не было, направлен на госпитализацию с подозрением на двухстороннюю пневмонию.

Курит более 25 лет, три года назад болел пневмонией, месяц назад перенес экстракцию зуба.

При осмотре: состояние тяжелое. Температура тела 38,3 °С. Кожные покровы влажные, бледные. Петехиальная сыпь на голенях. Периферических отеков нет. В легких везикулярное дыхание, небольшое количество влажных мелкопузырчатых хрипов в нижних отделах с обеих сторон. ЧДД 24 в минуту. Усиленная пульсация сонных артерий. Границы сердца расширены влево. I тон сердца ослаблен, II на аорте ослаблен, дующий протодиастолический шум выслушивается во II межреберье справа от грудины и в точке Боткина с проведением вниз вдоль левого края грудины. АД 140/50 мм рт. ст., ЧСС 100 в минуту. Живот мягкий. Печень выступает на 1 см из-под края реберной дуги. Пальпируется край селезенки, селезенка мягкая, умеренно болезненная.

Общий анализ крови: гемоглобин 99 г/л, эритроциты  $3,34 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты  $156 \times 10^9$ /л, лейкоциты  $15,1 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы 6%, сегментоядерные нейтрофилы 85%, лимфоциты 8%, моноциты 1%, эозинофилы 0%, СОЭ 69 мм/час.

Общий анализ мочи: темно-желтая, прозрачность полная, относительная плотность 1030, реакция кислая, белок 0,1 г/л, эпителий плоский 0–1 в поле/зрения, эритроциты 5–10 в поле зрения, лейкоциты 2–5 в поле/зрения, гиалиновые, зернистые и эритроцитарные цилиндры 2–3 в поле/зрения.

Биохимический анализ крови: белок общий 69 г/л, альбумин 49%,  $\gamma$ -глобулины 29%, фибриноген 8,0 г/л, мочевины 9,4 ммоль/л, креатинин 135 мкмоль/л, АСТ 36 ед/л, АЛТ 40 ед/л, билирубин общий 20,4 мкмоль/л, билирубин прямой 4,9 мкмоль/л, ЩФ 157 ед/л, железо 10,4 мкмоль/л, калий 5,1 ммоль/л, натрий 141 ммоль/л, глюкоза сыворотки 6,0 ммоль/л, С-реактивный белок положительный, ревматоидный фактор положительный.

Маркеры гепатитов не выявлены.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 86**

---

Больной Т. 72 лет обратился к врачу с жалобами на общую слабость, утомляемость, сердцебиение, боли в области сердца, локализирующиеся за грудиной, давящего характера, продолжительностью несколько минут, возникающие при эмоциональном напряжении, ограничивающие обычную физическую активность (невозможность пройти 200 м обычным шагом без боли) и купирующиеся нитроглицерином, а также на одышку при минимальной физической нагрузке, отеки нижних конечностей и тяжесть в правом подреберье.

Из анамнеза: последние 6 месяцев заметно снизилась переносимость физической нагрузки, усилилась одышка, стал отмечать отеки голеней и стоп. Самостоятельно лечился: фуросемид 40 мг х 2 раза в неделю с незначительным положительным эффектом. Пациент нерегулярно принимает бисопролол 2,5 мг/сут., эналаприл 5 мг/сут., ацетилсалициловую кислоту 100

мг/сут. Длительно страдает ИБС, 5 лет назад перенес ОИМ, наблюдается у кардиолога. Курит в течение 30 лет по 1 пачке сигарет в сутки, спиртными напитками не злоупотребляет. Отец больного умер в возрасте 52 лет от заболевания сердца.

При осмотре: кожные покровы бледные, влажные. Границы легких не изменены. Притупление перкуторного звука в нижних отделах с обеих сторон. Дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах с обеих сторон. ЧДД 21 в минуту. Границы сердца: верхняя – третье ребро, левая – в шестом межреберье на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии, правая – по правому краю грудины. Аускультативно: тоны глухие, ритмичные, ЧСС 90 в минуту. В первой точке аускультации выслушивается третий тон, систолический шум на верхушке и под мечевидным отростком, акцент II тона над легочной артерией, артериальное давление 90/60 мм рт. ст. Нижний край печени ровный, плотноэластичный, выступает из-под реберной дуги на 3 см. Голени пастозны.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 87**

---

Больная Г. 56 лет обратилась на прием к терапевту поликлиники с жалобами на общую слабость, неприятные ощущения в области поясницы, повышение температуры до 37,7 °С. Ухудшение состояния в течение 3 дней, когда после переохлаждения стала отмечать выше описанные жалобы.

В анамнезе: МКБ, литотрипсия в 2006, 2010 гг., хронический пиелонефрит, наблюдается у нефролога, нарушений функционального состояния почек не определялось. Аллергоанамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. Операции, травмы, сахарный диабет, бронхиальную астму, язвенную болезнь желудка, инфаркт миокарда, нарушение мозгового кровообращения – отрицает.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести, кожные покровы обычной окраски и влажности. Т. 37,5 °С. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. АД 140/90 мм рт. ст. Пульс 98 в минуту, ритмичный. Границы

сердца не изменены. Сердечные тоны приглушены, ритм правильный. ЧСС 98 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. Движение в поясничном отделе позвоночника незначительно ограничено. Стул регулярный, оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 88**

---

Пациент 3. 79 лет на амбулаторном приеме жалуется на боли в поясничном отделе позвоночника, потерю в весе 15 кг за год. Боль ноющая, возникающая при длительном статическом положении, в горизонтальном положении, незначительно купируется приемом НПВС. Болен в течение 4 месяцев, лечился у невролога с диагнозом «дорсопатия поясничного отдела позвоночника, обострение». Принимал анальгин, ставил горчичники, проводились физиотерапевтические процедуры, но состояние не улучшилось. При расспросе стало известно, что пациент курит более 50 лет, выкуривает 20 сигарет в сутки. Беспокоит малопродуктивный кашель с прожилками крови, одышка при умеренной нагрузке. Около 5 лет страдает гипертонической болезнью с максимальными цифрами АД 175/100 мм рт. ст. Постоянной терапии не получает. Гипотензивные препараты принимает только при повышении АД, которое сопровождается головной болью, головокружением. АД не контролирует. Отец перенес инфаркт миокарда в возрасте 56 лет.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Рост 170 см, вес 58 кг. Кожные покровы бледные, тургор снижен. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. ЧДД 18 в минуту. Незначительное расширение сердца влево. На верхушке сердца ослабление I тона, над аортой акцент II тона. АД 170/100 мм рт. ст. Пульс ритмичен, 88 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом поколачивания слабоположительный с обеих сторон. Физиологические оправления без особенностей.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 89**

---

Пациент К. 62 лет предъявляет жалобы на ноющие боли в эпигастрии, чувство тошноты и вздутие живота при употреблении жирной пищи, кашицеобразный стул.

Ухудшение состояния в течение 3 дней, когда после празднования дня рождения стал отмечать тяжесть в эпигастрии, тошноту, метеоризм. Рвоты не было. Вчера и сегодня отмечал кашицеобразный стул, вздутие живота. Самостоятельно принимает ферментативные препараты. В анамнезе: ранее злоупотреблял алкоголем, наблюдается у эндокринолога по поводу нарушения толерантности к глюкозе и ожирения.

При объективном обследовании: состояние удовлетворительное. Рост 165 см, вес 86 кг. Кожные покровы бледно-розового цвета, нормальной влажности. ЧДД 18 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не выслушиваются. Пульс 70 в минуту. АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии, иррадирует в спину и левое подреберье. Печень у края реберной дуги. Стул кашицеобразный без патологических примесей до 3 раз в сутки. Мочиспускание свободное, безболезненное.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## ЗАДАЧА № 90

---

Пациентка Б. 67 лет обратилась на прием к терапевту поликлиники с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, одышку при незначительной нагрузке, головокружение, шум в ушах, сердцебиение, сухость кожи, ломкость ногтей.

Из анамнеза: в прошлом году перенесла резекцию тощей кишки по поводу множественных полипов, наблюдается у гастроэнтеролога. Наличие сахарного диабета, бронхиальной астмы, инфаркта миокарда, нарушения мозгового кровообращения отрицает. Вредные привычки отрицает. Аллергоанамнез не отягощен.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Рост 167 см, вес 55 кг. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, тургор снижен, отмечается ломкость ногтей; трофических изменений кожи нет. Дыхание учащенное, ЧДД 22 в минуту. При аускультации дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения, 110 в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Аускультативно: сердечные тоны приглушены, ритм правильный, систолический шум над всеми точками аускультации. ЧСС 110 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Физиологические отправления в норме.

Общий анализ крови: эритроциты  $1,78 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 66 г/л, гематокрит 0,18. Средний объем эритроцита 110 фл, среднее содержание гемоглобина в эритроците 42 пг, лейкоциты  $3,3 \times 10^9/л$ , лимфоциты 60%, моноциты 3%, сегментоядерные нейтрофилы 37%, тромбоциты  $90 \times 10^9/л$ , СОЭ 25 мм/час.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## ЗАДАЧА № 91

---

Больная Р. 58 лет жалуется на сильную боль в коленных суставах, значительно затрудняющую ходьбу. Боль беспокоит практически постоянно,

усиливаясь после длительного пребывания на ногах, утром при подъеме с постели, а также при спуске по лестнице. Данные жалобы впервые возникли у пациентки 10 лет назад после интенсивной работы на садовом участке. С этого времени они возникали периодически после физической нагрузки, а на протяжении последнего года приняли постоянный характер.

**Анамнез.** Хронические заболевания пациентка отрицает. Длительное время к врачу не обращалась, проходила только ежегодное обследование с целью исключения инфекционных заболеваний для оформления медицинской книжки.

**Наследственность.** Мать страдает артериальной гипертонией и сахарным диабетом. Отец умер внезапно в возрасте 48 лет.

В анамнезе трое нормальных родов, дети здоровы. Пациентка работает продавцом на протяжении 40 лет.

**Физикальное исследование:** состояние удовлетворительное, вес 87 кг, рост 164 см. Кожные покровы обычной окраски. При аускультации легких выслушивается везикулярное дыхание. При аускультации сердца тоны звучные, ритм правильный, ЧСС 74 уд/мин., артериальное давление: сидя – правая рука 158/90 мм рт. ст., левая рука – 154/86 мм рт. ст. Пульсация на периферических артериях сохранена. Язык влажный, чистый. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Поколачивание в области почек безболезненно с двух сторон. Отеков нет. Коленные суставы деформированы, умеренно болезненны при пальпации. Кожа над ними не изменена, локальной гипертермии, отека окружающих тканей нет.

На рентгенограмме правого коленного сустава в 2 проекциях величина, форма, структура видимых костей не изменены. Определяется неравномерное сужение РГ-суставной щели до 3 мм, субхондральный склероз суставных поверхностей костей, суставные поверхности костей деформированы за счет грубых краевых остеофитов. Мягкие ткани вокруг сустава уплотнены. Костно-травматические изменения не выявлены.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.



## ЗАДАЧА № 92

---

Пациентка М. 53 лет жалуется на тошноту, боли в эпигастрии, не связанные с приемом пищи, выраженную слабость, боли в мышцах. Считает себя больной около 2 лет, когда появились высыпания на коже лица. До этого чувствовала себя абсолютно здоровой. Сыпь локализовалась на лице и коже груди. Пациентка лечилась у дерматолога, применяла различные мази без эффекта. Через несколько месяцев после появления сыпи стала отмечать постепенно нарастающие боли и слабость в мышцах плечевого пояса. Боли не зависели от физической нагрузки. Врачом поликлиники был поставлен диагноз «дорсопатия». Пациентке назначались различные препараты из группы НПВС и физиотерапевтические процедуры без значимого эффекта. Полгода назад стали беспокоить тошнота, боли в эпигастрии. Принимала ферментные препараты, антациды, спазмолитики, однако симптоматика постепенно усиливалась. С этого же времени стала терять в весе – похудела на 7 кг за полгода. Хронические заболевания, вредные привычки отрицает. Аллергоанамнез не отягощен. Беременностей не было. Наследственность: отец умер от рака кишечника в возрасте 50 лет, у матери гипертоническая болезнь, работает кассиром в метро.

Физикальное исследование: состояние удовлетворительное, вес 61 кг, рост 170 см. На коже лица, груди диффузная эритема, на фоне которой большое количество мелких папул. Кожа вокруг глаз лилового цвета, выражен периорбитальный отек. Мышцы шеи, плечевого пояса уплотнены и болезненны при пальпации. При аускультации легких выслушивается везикулярное дыхание. При аускультации сердца тоны звучные, ритм правильный, ЧСС 94 в минуту, артериальное давление 128/70 мм рт. ст. Пульсация на периферических артериях сохранена. Язык влажный, чистый. Живот при пальпации мягкий, выражена болезненность в эпигастрии, печень и селезенка не увеличены. Поколачивание в области почек безболезненно с двух сторон. Пастозность лица и голеней. Очаговой неврологической симптоматики не выявляется.

ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 80 ударов в минуту. Вертикальное положение ЭОС. ФЛГ – легкие без очаговых и инфильтративных теней.

Общий анализ крови: гемоглобин 108 г/л, лейкоциты  $6,8 \times 10^9$ /л, СОЭ 84 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1014, лейкоциты 2–3 в поле зрения, белок 0,066.

Биохимический анализ крови: глюкоза 4,0 ммоль/л, общий холестерин 5,1 ммоль/л, ЛПНП 3,3 ммоль/л, креатинин 117,7 мкмоль/л, сывороточное железо 18,2 ммоль/л, С-реактивный белок 68 мг/л.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 93**

---

Пациент В. 50 лет обратился для профилактического обследования. Жалоб не предъявляет. 2 года назад обращался к терапевту в связи с частыми головными болями и повышением АД до 150/90 мм рт. ст. При обследовании был установлен диагноз «эссенциальная артериальная гипертензия I степени». Назначен постоянный прием метопролола. Самочувствие улучшилось, головные боли перестали беспокоить. С этого времени принимает метопролол постоянно в дозе 50 мг в сутки. Последние полтора года к врачу не обращался. АД не контролирует.

Курит по 1–1,5 пачки сигарет в день на протяжении 30 лет. Аллергоанамнез не отягощен. Наследственность: отец умер от инсульта в возрасте 68 лет, у матери гипертоническая болезнь и сахарный диабет.

Объективно: кожа чистая, обычного цвета. Рост 166 см, вес 89 кг, окружность талии 102 см. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены. ЧСС 62 в минуту, ритм правильный, АД 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки, печень у края реберной дуги. Отеков нет. Суставы не изменены, лимфатические узлы, щитовидная железа не увеличены. Дизурии нет. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

Общий анализ крови: гемоглобин 152 г/л, лейкоциты  $7,8 \times 10^9$ /л, СОЭ 10 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий холестерин 6,8 ммоль/л, ЛПНП 4,9 ммоль/л, ЛПВП 0,6 ммоль/л, триглицериды 2,2 ммоль/л, глюкоза 6,9 ммоль/л, мочевины 6,0 ммоль/л, креатинин 101,7 ммоль/л, мочевая кислота 485 ммоль/л.

Общий анализ мочи в норме.

ЭКГ – нормальное положение ЭОС, синусовый ритм, ЧСС 65 уд. в минуту.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 94**

---

Пациентка О. 49 лет обратилась с жалобами на выраженную слабость, одышку, сердцебиение, затруднение при глотании твердой пищи, выпадение волос.

Эти симптомы нарастали постепенно в течение нескольких месяцев. Пациентка наблюдается гинекологом с диагнозом «миома матки». Дважды за последний год была госпитализирована по поводу маточного кровотечения. От операции отказывается. Кроме вышеперечисленных жалоб беспокоит постоянная сухость в носу. Консультирована ЛОР-врачом, диагностирован атрофический ринит. За последний год отмечает частые заболевания вирусными инфекциями.

Аллергоанамнез не отягощен. Наследственность: у матери бронхиальная астма, отец погиб в молодом возрасте. В анамнезе 6 беременностей: 3 нормальных родов, три аборта. Работает менеджером в турфирме.

Осмотр: кожные покровы и видимые слизистые бледные, сухие. Ногти исчерчены, слоятся. Периферические лимфоузлы, щитовидная железа не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке, ритм неправильный (возможно, экстрасистолия), ЧСС 96 в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень, селезенка не увеличены. Отеков нет. Дизурии нет. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

Общий анализ крови: эритроциты  $2,59 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 90 г/л, средний объем эритроцита 65 фл, среднее содержание гемоглобина в эритроците 22 пг, лейкоциты  $7,0 \times 10^9/л$ , лимфоциты 18,1%, моноциты 5,3%, сегментоядерные 68%, тромбоциты  $280 \times 10^9/л$ , СОЭ 24 мм/час.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## ЗАДАЧА № 95

---

Пациентка И. 76 лет предъявляет жалобы на ощущения перебоев в работе сердца, сердцебиение, одышку при физической нагрузке, периодическую головную боль в затылочной области, нестабильность артериального давления в течение последних месяцев.

Впервые отметила появление приступов неритмичного учащенного сердцебиения и небольшую одышку 2 года назад: на ЭКГ была зарегистрирована фибрилляция предсердий.

Из анамнеза известно, что пациентка страдает АГ около 10 лет, но, несмотря на рекомендации врачей, постоянно антигипертензивную терапию не принимала и АД не контролировала, за исключением нескольких последних месяцев. Во время последнего визита к терапевту по месту жительства полгода назад было зарегистрировано АД 160/90 мм рт. ст., назначен фозиноприл 10 мг/сутки, метопролол сукцинат 100 мг/сутки, ацетилсалициловая кислота 100 мг/сутки.

Другие заболевания отрицает. Аллергоанамнез не отягощен. Наследственность не известна, воспитывалась в детском доме.

При осмотре: состояние удовлетворительное, рост 178 см, масса тела 72 кг. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Периферические лимфатические узлы, щитовидная железа не увеличены. Дыхание в легких везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца умеренно приглушены, ритм неправильный, ЧСС 90 в минуту, пульс 80 в минуту, АД 164/94 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень, селезенка не увеличены. Отеков нет. Дизурии нет. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

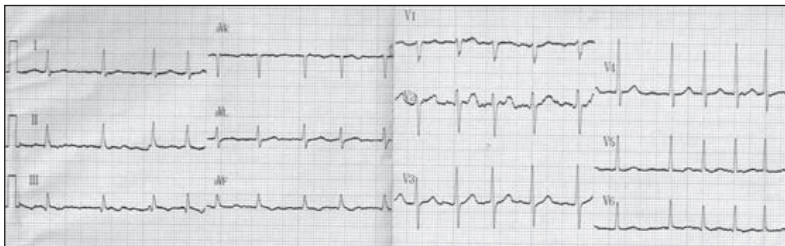
Анализ мочи без отклонений от нормы. Суточный анализ мочи: альбуминурия (24 часа) 34 мг/сутки.

Общий анализ крови: гемоглобин 148 г/л, лейкоциты  $7.5 \times 10^9$ /л, СОЭ 10 мм/час.

Биохимический анализ крови: глюкоза 4,8 ммоль/л, общий холестерин 5,8 ммоль/л, ЛПНП 3,2 ммоль/л, креатинин 94,0 ммоль/л, скорость клубочковой фильтрации по СКД-EPI 50,8 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>.

Заключение ЭхоКГ: кальциноз корня аорты, структур аортального клапана, митрального клапана, дилатация и объемная перегрузка предсердий, концентрическая гипертрофия ЛЖ (относительная толщина стенок ЛЖ 0,55, индекс массы миокарда ЛЖ 169 г/м<sup>2</sup> глобальная систолическая функция ЛЖ не изменена, ФВ ЛЖ 64%, зон нарушений локальной сократимости нет.

ЭКГ прилагается.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 96**

---

Пациент К. 57 лет, директор магазина электроники, впервые обратился к участковому врачу с жалобами на периодическое повышение АД до 165/95, на фоне которого стали беспокоить головные боли и/или головокружение. Других жалоб не предъявляет.

Из анамнеза: периодическое повышение АД отмечает в течение последних 2,5 лет, за медицинской помощью не обращался, не лечился. Если ранее эпизоды повышения АД пациент связывал со стрессом на работе и в быту, то в последнее время стал замечать подъем артериального давления независимо от его активности в течение суток. У матери пациента гипертоническая болезнь, у деда по материнской линии инсульт с летальным исходом в 52-летнем возрасте. Курит в течение 30 лет по 1 пачке сигарет в сутки.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в минуту, границы сердца не расширены, сердечные тоны ясные, ритмичные, ЧСС 65 в минуту, АД 170/100 мм рт. ст., живот мягкий, безболезненный, печень по краю реберной дуги, симптом поколачивания отрицательный, цианоза и отеков нет, окружность талии 101 см, ИМТ 29,8 кг/м<sup>2</sup>.

Общий анализ крови: гемоглобин 140 г/л, эритроциты  $4,0 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель 0,9, лейкоциты  $5,0 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 4%, сегменто-

ядерные 55%, эозинофилы 2%, базофилы 1%, лимфоциты 34%, моноциты 4%, тромбоциты  $290 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ 8 мм/час.

Общий анализ мочи: прозрачная, удельный вес 1020, белка нет, 1–2 лейкоцита в поле зрения.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный, ЧСС 64 в минуту, нормальное положение электрической оси сердца.

Консультация окулиста: глазное дно без патологии.

На ЭхоКГ выявлены эхокардиографические признаки ГЛЖ с нерезко выраженным увеличением ИММЛЖ.

УЗАС брахиоцефальных артерий наличие атеросклеротических бляшек в брахиоцефальных артериях.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 97**

---

Пациент Н. 56 лет, водитель, на амбулаторном приеме жалуется на давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, лопатку. Боль приступообразная, возникающая во время быстрой ходьбы (в обычном темпе пациент может пройти более 500 метров и подняться более чем на 1 этаж), сопровождается чувством страха, заставляет пациента остановиться, в покое быстро проходит. При ходьбе в умеренном темпе боли не возникают. Считает себя больным в течение 2 месяцев, лечился у невролога с диагнозом «межреберная невралгия». Принимал анальгин, горчичники, физиотерапевтические процедуры, но состояние не улучшилось. Курит более 20 лет, выкуривает 20 сигарет в сутки. Около 5 лет страдает гипертонической болезнью с максимальными цифрами АД 175/100 мм рт. ст. Постоянной терапии не получает. АД не контролирует. Отец и старший брат перенесли инфаркт миокарда.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Рост 170 см, вес 98 кг. Над легкими ясный легочный звук, дыхание везикулярное. Незначительное расширение границ сердца влево. На верхушке сердца ослабление I тона, над аортой – акцент II тона. АД 170/100 мм рт. ст.

Пульс ритмичен, 88 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

На ЭКГ: ритм синусовый, правильный, горизонтальное положение ЭОС. Признаки гипертрофии миокарда левого желудочка.

Общий анализ крови и анализ мочи без патологии.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 98**

---

Пациентка Б. 67 лет обратилась на прием к терапевту поликлиники с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, одышку при незначительной нагрузке, головокружение, шум в ушах, сердцебиение, «ватные» ноги, парестезии, чувство жжения языка.

Из анамнеза: наблюдается у гастроэнтеролога по поводу хронического атрофического гастрита. Около 7 лет страдает гипертонической болезнью с максимальными цифрами АД 150/100 мм рт. ст. Принимает аспирин, бисопролол, эналаприл. Наличие сахарного диабета, бронхиальной астмы, инфаркта миокарда, нарушения мозгового кровообращения отрицает. Вредные привычки отрицает. Аллергоанамнез не отягощен.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, субиктеричность склер. Отмечается снижение тургора, трофических изменений кожи нет. Сосочки языка сглажены. Дыхание учащенное, ЧДД 22 в минуту. При аускультации легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения, 110 в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Аускультативно сердечные тоны приглушены, ритмичны, систолический шум над всеми точками аускультации. ЧСС 110 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Физиологические отправления в норме.

Общий анализ крови: эритроциты  $1,59 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 68 г/л, гематокрит 0,181, средний объем эритроцита 114 фл, среднее содержание гемоглобина в эритроците 42,8 пг, лейкоциты  $7,0 \times 10^9/л$ , лимфоциты 61,1%, моноциты 3,3%, сегментоядерные 36,6%, тромбоциты  $290 \times 10^9/л$ , СОЭ 26 мм/час.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 99**

---

Пациентка Д. 32 лет, беременность 22–23 недели, на приеме у терапевта жалуется на периодические головные боли в затылочной области.

Из анамнеза. Беременность третья, роды предстоят вторые (вторая беременность – медицинский аборт без осложнений). Во время первой беременности была гестационная артериальная гипертензия (максимальное АД 165/100 мм рт. ст.). АД нормализовалось через 20 дней после родов. Из перенесенных заболеваний отмечает частые простудные заболевания. Хронические заболевания отрицает.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы розовые, нормальной влажности. Отеков нет. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные АД 150/90 мм рт. ст. ЧСС 82 в минуту. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено, стул регулярный.

Общий анализ крови и общий анализ мочи – патологии не выявлено.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 100**

---

Пациент В. 18 лет предъявляет жалобы на периодическое ощущение сердцебиения, перебоев в работе сердца, колющие боли в левой половине грудной клетки, не связанные с физической нагрузкой, длящиеся как правило несколько секунд, периодически возникающее чувство нехватки воздуха.



Также отмечает частые носовые кровотечения, предобморочные состояния в душных помещениях. Вышеуказанные жалобы беспокоят давно, с детства. Страдает продольно-поперечным плоскостопием. Другие хронические заболевания отрицает.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Астенического типа конституции. Кожные покровы обычной окраски, отмечается повышенная растяжимость кожи (более 3 см над наружными концами ключиц). Грудная клетка имеет воронкообразную деформацию, имеется гипермобильность суставов. Отеков нет. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, выявляется систолический щелчок и поздний систолический шум на верхушке. АД 110/70 мм рт. ст., ЧСС 82 в минуту. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено, стул регулярный.

Общий анализ крови и общий анализ мочи – патологии не выявлено.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный, ЧСС 87 в минуту, вертикальная ось сердца.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 101**

---

Больная В. 84 лет жалуется на слабость, повышенную утомляемость, небольшое снижение слуха, зрения, ухудшение памяти, последнее время отмечает недержание мочи при небольшой нагрузке, уменьшение аппетита и вкусовой чувствительности к пище, снижение массы тела (4 кг) за последний год.

В анамнезе ИБС, артериальная гипертензия. 2 года назад перенесла острый инфаркт миокарда. После этого состояние ухудшилось, появилась небольшая одышка при ходьбе, снизилась физическая активность, отмечает нарушение походки (замедление скорости ходьбы, неустойчивость). Два года назад в результате падения произошел перелом бедра в области шейки. В течение последних 6 месяцев дважды падала без провоцирующего фактора. Лечится нерегулярно, принимает гипотиазид периодически, препарат (название не помнит) 2 раза в день и амлодипин 10 мг перед сном.

При осмотре: состояние удовлетворительное, пониженного питания, неустойчивость в позе при раздевании для осмотра врачом. В легких дыхание ослаблено, в нижних отделах выслушиваются единичные мелкопузырчатые хрипы. При аускультации сердца тоны приглушены, ритм правильный с частотой 76 уд/мин., артериальное давление: сидя, правая рука – 174/100 мм рт. ст., левая рука – 168/98 мм рт. ст., стоя спустя 3 минуты: правая рука – 152/96 мм рт. ст., левая рука – 140/96 мм рт. ст. (головокружение при подъеме), акцент II тона на аорте. Пульсация на периферических артериях сохранена. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Поколачивание в области почек безболезненно с двух сторон. Пастозность лодыжек, варикозно расширенные вены в области голеней, больше справа.

ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС 74 в минуту, горизонтальное положение ЭОС. Признаки гипертрофии левого желудочка. Крупноочаговые изменения миокарда в передне-перегородочной области левого желудочка.

Общий анализ крови без отклонений от нормы.

Биохимический анализ крови: глюкоза 6,34 ммоль/л, общий холестерин 4,92 ммоль/л, креатинин 105,9 мкмоль/л, мочевины 7,1 мкмоль/л.

Общий анализ мочи: патологии не выявлено.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 102**

---

Пациент К. 40 лет обратился в поликлинику с жалобами на эпизоды изжоги, отрыжки кислым, кислого вкуса во рту, боль в эпигастрии (справа от срединной линии, возникающей через 1,5 часа после приема пищи, реже – в ночное время, ранним утром и натощак). Кроме того, больного беспокоят слабость, утомляемость, головокружение, сердцебиение, раздражительность, повышенная влажность ладоней и стоп, склонность к запору, сухость кожи, ломкость ногтей, «поперхивание» при употреблении сухой пищи, частые заеды в углах рта, пристрастие к запахам дегтярного мыла, аромату духов «Опиум».

Считает себя больным в течение 10 лет, когда периодически стал отмечать изжогу, отрыжку кислым, боль в животе и склонность к запору. Симптомы учащались и усиливались весной и осенью. Ухудшение самочувствия и появление других выше указанных клинических проявлений заболевания отмечает последние 3 месяца. К врачам не обращался. Для купирования боли и изжоги самостоятельно принимал препараты альмагель А, ренни, но-шпа, лекарственные травы и соблюдал диету, в качестве слабительных средств использует препараты сенны.

В анамнезе: детские инфекции, ОРВИ ежегодно чаще 2 раз в год, хронический бронхит курильщика с ежегодными обострениями до 2 раз в год, геморрой (лечился амбулаторно у проктолога, хирургического лечения не было).

Живет один. Питание нерегулярное, скудное. Часто употребляет крепкий чай. Работает водителем автобуса. Курит с 16 лет до 20 сигарет в день. Любит выпить алкогольные напитки в выходные дни, 2 алкогольные единицы.

Осмотр: общее состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. Красный дермографизм. Заеды в углах рта (ангулярный стоматит). Кожа кистей рук шелушащаяся, потрескавшаяся. Ладони влажные, холодные. Ногтевые пластины истончены, поперечно исчерчены, слоятся. Температура тела 36,2 °С. Телосложение правильное, пониженного питания. Лимфатические узлы и щитовидная железа не увеличены. Пастозность голеней и стоп. Опорно-двигательный аппарат не изменен. Дыхание носом свободное, отделяемого из полости носа нет. Грудная клетка обычной формы, равномерно участвует в акте дыхания, эластичная и безболезненная при пальпации. Перкуторно ясный легочный звук во всех отделах. При аускультации легких дыхание везикулярное с жестким оттенком над всей поверхностью грудной клетки, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Границы сердца и верхушечный толчок в норме. Тоны сердца ясные, ритм правильный, систолический шум на верхушке. АД 100/60 мм рт. ст. ЧСС и пульс 105 в минуту. Язык чистый, слегка обложен у корня, покраснение кончика языка. Полость рта не санирована, часть зубов отсутствует, отек и гиперемия десен. Живот мягкий, при пальпации – болезненность и умеренное локальное напряжение мышц передней брюшной стенки в пилородуоденальной зоне. Положительный симптом Менделя справа в эпигастрии. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания над областью почек отрицательный с двух сторон. Дизурии нет. Стул сухой фрагментированный (в виде «овечьего кала»), визуально цвет кала не изменен, кровь отсутствует. Дефекация ежедневная при использовании слабительных средств растительного происхождения (сенны). Больной раздражителен и слегка агрессивен. Неврологический статус без особенностей.

Общий анализ крови: гемоглобин 83 г/л, эритроциты  $5,35 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель 0,74, гематокрит 30,6%, ретикулоциты 0,5%, тромбоциты

368,0x10<sup>9</sup>/л, лейкоциты 5,9x10<sup>9</sup>/л, лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ 17 мм/час, МСН 18,2 пг, MCV 71,5 фл, микроцитоз, пойкилоцитоз.

Биохимический анализ крови: сывороточное железо 7,3 мкмоль/л, ОЖСС 88,7 мкмоль/л, ферритин 11 мкг/л.

ЭКГ: синусовая тахикардия, снижение амплитуды зубца Т.

Реакция Грегерсена (бензидиновая проба) положительная.

### **Вопросы:**



1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 103**

---

Пациент И. 67 лет наблюдается с диагнозом «ХОБЛ, тяжелая степень тяжести (GOLD 3)», смешанный вариант течения (бронхитический + эмфизематозный фенотип), группа пациентов С. Хроническая ДН 3-й степени. Диффузный пневмосклероз. Хроническое легочное сердце, стадия декомпенсации. ХСН IIA стадия (IIФК NYHA).

Постоянно принимает фиксированные комбинации длительнодействующие бета-2 агонисты (ДДБА)/ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) и длительнодействующий антихолинергический препарат (ДАХП). Короткодействующие антихолинергический препарат (КАХП), или короткодействующие бета-2 агонисты (КДБА), или КАХП/КДБА использует по потребности. Ежегодно проводится вакцинопрофилактика гриппа. Больному рекомендована немедикаментозная терапия: диетотерапия, ЛФК, дыхательная гимнастика.

В анамнезе: частые ОРВИ (>2 раз в год), неоднократные пневмонии. Курит. Стаж курения 50 лет, 20 сигарет в сутки. Алкоголь употребляет редко. Работал на ковровой фабрике. Инвалид II группы. Аллергологический анамнез не отягощен.

В настоящее время обращение пациента в поликлинику связано с ухудшением его самочувствия после перенесенной ОРВИ (парагриппа).

Больной жалуется на выраженную слабость, недомогание, быстрое утомление при выполнении привычной ежедневной работы по дому и постоянное желание отдохнуть, потливость, снижение аппетита, повышение температуры тела до 37,9 °С, боль в правой половине грудной клетки, усили-

вающуюся при глубоком дыхании, кашле, чувство тяжести в груди, нарастающие одышки и интенсивности кашля (кашель приступообразный малопродуктивный, с отделением слизисто-гноной вязкой мокроты), повышение потребности в препаратах скорой помощи.

Осмотр на дому: общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, горячие, повышенной влажности, выраженный «серый» цианоз лица и верхней половины туловища, цианоз губ и кончиков пальцев рук. Температура тела (аксиллярная) 37,5 °С. Лимфатические узлы и щитовидная железа не увеличены. Опорно-двигательный аппарат не изменен. Дыхание носом свободное, отделяемого из полости носа нет. Грудная клетка симметрична при спокойном дыхании, отмечается отставание ее правой половины при глубоком дыхании, безболезненная при пальпации, бочкообразной (эмфизематозной) формы, эластичность снижена, голосовое дрожание ослаблено над всей поверхностью. Во время вдоха нижние отделы грудной клетки двигаются внутрь. При перкуссии грудной клетки коробочный звук. Топографическая перкуссия: изменение границ легких (нижние границы опущены, верхние приподняты), ограничение подвижности нижнего легочного края. Сравнительная перкуссия: притупление перкуторного звука над средней долей правого легкого. При аускультации легких дыхание жесткое, ослабленное над всей поверхностью грудной клетки. В большей степени ослабление дыхания выражено над средней долей правого легкого. Там же выслушиваются мелкопузырчатые влажные звучные хрипы. Кроме того, при аускультации легких (при спокойном дыхании) выявляются рассеянные высокотональные сухие хрипы. ЧДД 30 в минуту. При аускультации сердца тоны глухие, ритм правильный, акцент II тона над легочным стволом. АД 90/60 мм рт. ст., ЧСС и пульс 120 в минуту. Полость рта санирована. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания над областью почек отрицательный с двух сторон. Физиологические отправления в норме. Больной заторможенный – вялый, на вопросы врача отвечает неохотно. Неврологический статус без особенностей.

### **Вопросы:**



1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 104**

---

Пациент С. 35 лет обратился к пульмонологу с жалобами на повышение температуры тела до 37,8 °С, боль в левой половине грудной клетки, усиливающуюся при глубоком вдохе и наклоне туловища вправо, на интенсивный приступообразный кашель с отделением обильной гнойной мокроты – «полным ртом», особенно по утрам и лежа в постели на правом боку, с неприятным запахом, эпизоды кровохарканья, одышку с затруднением выдоха при умеренной физической нагрузке (ходьбе), потливость, слабость, недомогание. Выше перечисленные жалобы появились после перенесенного большим коклюша.

В анамнезе: частые ОРВИ (>2 раз в год), в детском возрасте – дважды пневмония, хронический бронхит курильщика с ежегодными обострениями на фоне ОРВИ.

Курит с 16 лет 20–30 сигарет в сутки. Алкоголь употребляет каждую пятницу, субботу и в праздничные дни, 3 алкогольные единицы. Работает установщиком и наладчиком лифтов. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: состояние средней тяжести. Астеническое телосложение. Масса тела снижена (ИМТ = 16 кг/м<sup>2</sup>). Кожные покровы бледные, повышенной влажности, горячие, цианоз губ. Температура тела (аксилярная) 37,7 °С. Лимфатические узлы и щитовидная железа не увеличены. Дыхание носом свободное, отделяемого из полости носа нет. Трахея не смещена. Отмечается отставание левой половины грудной клетки при дыхании. Грудная клетка бочкообразной формы, широкие межреберные промежутки, эластичность снижена, голосовое дрожание ослаблено над всей поверхностью. При сравнительной перкуссии грудной клетки – коробочный звук, притупление перкуторного звука над нижней долей левого легкого. Топографическая перкуссия: изменение границ легких (нижние границы опущены, верхние – приподняты), ограничение подвижности нижнего легочного края. При аускультации легких дыхание жесткое, ослабленное над всей поверхностью грудной клетки. В большей степени ослабление дыхания выражено над нижней долей левого легкого. Там же выслушивается обилие разнокалиберных влажных звучных хрипов, шум трения плевры. Кроме того, при аускультации легких выявляются рассеянные высокочастотные сухие хрипы. ЧДД 18 в минуту. Приступообразный интенсивный кашель. Мокрота отделяется в большом объеме, вязкая, желтая, мутная. При осмотре область сердца не изменена, верхушечный толчок – норма. Границы сердца не изменены. Аускультация сердца: тоны приглушены, ритм правильный. ЧСС 95 в минуту АД 115/60 мм рт. ст. (после 15 минут отдыха). Appetit снижен. Язык обложен белым налетом у корня, сухой. Полость рта санирована, часть зубов отсутствует. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Нижний край печени – по краю реберной дуги, гладкий, безболезненный.

Размеры печени при перкуссии в норме. Селезенка не увеличена. Стул регулярный, оформленный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. Психоневрологический статус не изменен.

Макроскопия мокроты: количество мокроты в сутки – 250 мл, цвет – желтоватая, характер – гнойная, имеет неприятный запах.

Микроскопия мокроты: лейкоциты – сплошь покрывают все поле зрения, эритроциты – единичные.

Общий анализ крови: лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ.

Биохимический анализ крови: диспротеинемия, повышенное содержание  $\alpha_2$ - и  $\gamma$ - глобулинов, повышение концентрации фибриногена, сиаловых кислот, СРБ.

Рентгенография и КТ органов грудной клетки:



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.



## **ЗАДАЧА № 105**

---

Пациент С. 34 лет работает штукатуром-отделочником, наблюдается с диагнозом: «бронхиальная астма (БА)», экзогенная форма среднетяжелого течения, эмфизема легких. ДН 0–1.

Бронхиальная астма контролируется постоянным приемом фиксированной комбинации: ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) в низкой дозе/длительнодействующие бета-2 агонисты (ДДБА). В качестве препаратов неотложной помощи пациент использует короткодействующие бета-2 агонисты (КДБА) 1–2 раза в сутки, 1–2 раза в неделю отмечает приступы затрудненного дыхания в предутренние часы. По рекомендации пульмонолога ЛПУ пациент ежедневно проводит пикфлоуметрию и заполняет дневник самоконтроля. В течение последней недели отмечается снижение ПСВ пациента в сравнении с ее наилучшим значением (ПСВ в период контроля БА), разброс утренних и вечерних показателей ПСВ составляет 30%. ПСВ в день визита к врачу – 70% от индивидуального наилучшего значения.

В анамнезе: частые ОРВИ. БА страдает с 16 лет. В течение 30 лет работает прорабом на стройке. Аллергологический анамнез: отмечает приступы удушья на резкие запахи, аллергические реакции на пыльцу березы – аллергический ринит, конъюнктивит, приступы удушья. У отца в анамнезе гипертоническая болезнь, ОНМК. Дед страдал бронхиальной астмой.

Больной обратился в ЛПУ с жалобами на приступы затрудненного дыхания в ночное и дневное время, при физической и эмоциональной нагрузке, при контакте с резкими запахами, купирующиеся приемом бронхолитиков, малопродуктивный приступообразный кашель, ощущение заложенности в груди, повышенную потребность в препаратах скорой помощи (КДБА).

Осмотр: общее состояние удовлетворительное. Положение активное. Сознание ясное. Речь предложениями. Телосложение нормостеническое. Температура тела (аксилярная) 36,7 °С. Кожные покровы физиологической окраски, сыпи нет. Видимые слизистые не изменены, энантемы нет. Подкожная клетчатка развита чрезмерно. ИМТ 31 кг/м<sup>2</sup>. Отеков нет. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Щитовидная железа не увеличена. Опорно-двигательный аппарат не изменен. Изменения формы носа и носовой перегородки нет, обоняние сохранено. Дыхание носом не затруднено. Грудная клетка при осмотре симметричная, бочкообразная, равномерно участвует в дыхании, при пальпации безболезненная, эластичность снижена. Голосовое дрожание ослаблено над всей поверхностью. Сравнительная перкуссия: коробочный звук над всей поверхностью грудной клетки. Топографическая перкуссия – изменение границ легких (нижние границы опущены, верхние приподняты), ограничение подвижности нижнего легочного края. Аускультация легких: дыхание ослаблено, жесткое, проводится равномерно, рассеянные сухие свистящие хрипы на фазе выдо-



ха. ЧДД 22 в минуту. При осмотре область сердца не изменена, верхушечный толчок – норма. Границы сердца не изменены. Аускультация сердца: тоны приглушены, ритм правильный. ЧСС 70 в мин., АД 130/80 мм рт. ст. (после 15 минут отдыха). Appetit сохранен. Язык не изменен. Полость рта санирована. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, увеличен за счет ПЖК. Нижний край печени – по краю реберной дуги, гладкий, безболезненный. Размеры печени при перкуссии в норме. Селезенка не увеличена. Стул регулярный, оформленный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. Нейромышечное обследование: норма. Психоневрологический статус не изменен.

### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.



## **ЗАДАЧА № 106**

---

Больная К. 40 лет работает мастером малярного цеха 10 лет. Контакт с бензолом. Поступила в клинику с жалобами на резкую общую слабость, шум в ушах, одышку при небольшой физической нагрузке, быструю утомляемость, кровоточивость десен, меноррагии. Заболевания в прошлом отрицает, всегда была здорова. До поступления на данную работу контакта с токсическими веществами не имела. Больна около 2 месяцев.

При осмотре: выраженная бледность кожных покровов, видимых слизистых с легким желтушным оттенком. Субиктеричность склер. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Симптом щипка резко положительный. В легких везикулярное дыхание, грубый систолический шум на верхушке сердца, шум волчка над яремной веной. Смещение границ относительной тупости сердца влево. Пульс 100 в минуту, ритмичный, АД 100/60 мм рт. ст. Appetit отсутствует. Язык чистый, влажный. Десны гиперемированы, разрыхлены, кровоточат. Живот мягкий. Печень не пальпируется (размеры по Курлову 9,5–8,5–5 см). Длинник селезенки 8 см. Диспептические явления отсутствуют. Стул нормальный. Нервная система: больная раздражительна, эмоционально неустойчива. Сухожильные рефлексы живые, патологических рефлексов нет. Дермографизм розовый, умеренный.

Общий анализ крови: гемоглобин 90 г/л, эритроциты  $2,8 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты  $2,0 \times 10^9/л$ , эозинофилы 1%, палочкоядерные 2%, сегментоядерные 18%, лимфоциты 67%, моноциты 12%. СОЭ 64 мм рт. ст., анизоцитоз, пойкилоцитоз, тромбоциты  $160 \times 10^9/л$ , ретикулоциты  $18^0/_{00}$ .

Удлинение времени кровотечения до 8 минут.

Общий анализ мочи без патологии.

В пунктате костного мозга количество клеточных элементов уменьшено, отшнуровывание кровяных пластинок слабо выражено. Со стороны гранулоцитопоза резкое снижение количества зрелых нейтрофилов, снижение числа молодых форм миелоидного ряда. Встречаются дегенеративные изменения гранулоцитов.

В клинике началась менструация. Выделения обильные, сгустками и продолжались 10 дней, в связи с чем наступила еще большая анемизация. Гемоглобин снизился до 52 г/л.

### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.



## **ЗАДАЧА № 107**

---

Больной Н. 46 лет работает паркетчиком в течение 17 лет. Занимается циклевкой паркета вручную в неудобной позе (на коленях), а затем покрывает обработанный пол лаком (содержание бензола в лаке достигает до 35%). Из индивидуальных средств защиты используется респиратор (не всегда), кисти рук покрываются пленкозащитными гелями или пастами (не всегда).

Последние 6–7 лет беспокоит кашель, вначале возникал только во время работы, в настоящий момент возникает и дома, причем в холодное и сырое время года усиливается, иногда повышается температура до  $37,2\text{--}37,3$  °С, появляется заложенность в груди. В течение последних 6 месяцев беспокоит одышка при физической нагрузке, а также появились боли в коленных суставах и мелких суставах кистей, больше справа.

При осмотре кожные покровы слегка цианотичны. В легких дыхание жестковатое во всех отделах, сухие хрипы в небольшом количестве, единичные. Тоны сердца несколько приглушены, пульс 78 в минуту, ЧСС 78 в

минуту, АД 120/80 мм рт. ст., живот безболезненный при пальпации, печень не увеличена.

Отмечается некоторое увеличение размеров коленных суставов, больше справа, а также наличие узелков Гебердена на фаланговых суставах (II–IV), больше выраженные справа, безболезненных при пальпации, V пальцы имеют значительные ограничения сгибания.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки признаки эмфиземы и пневмосклероза, небольшое расширение корней легких за счет бронхиального компонента, больше видимое справа.

При исследовании ФВД: ОФВ<sub>1</sub> 68%, ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ 58%.

В клиническом анализе крови без патологических изменений.

### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.



## **ЗАДАЧА № 108**

---

Больной Р. 45 лет работал аккумуляторщиком в течение 10 лет. Концентрация свинца в воздухе рабочей зоны превышает ПДК в 20–30 раз. Считает себя больным в течение последнего года, когда появились общая слабость, повышенная утомляемость, головная боль, раздражительность, боли в суставах конечностей, их онемение, схваткообразные боли в животе, запоры.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледноватые, повышенной влажности; дермографизм яркий, стойкий; отмечается гиперестезия на верхних конечностях по типу коротких перчаток. Тоны сердца приглушены, чистые, пульс 56 в минуту, АД 170/105 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот правильной формы, активно участвует в акте дыхания, мягкий, умеренно болезненный; пальпируются спастически сокращенные сигма и слепая кишка. Симптомов раздражения брюшины нет. Длительные запоры.

Общий анализ крови: гемоглобин 100 г/л, эритроциты  $3,7 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель 0,8, ретикулоциты 35%, эритроциты с базофильной зернистостью 170%, лейкоциты  $5,2 \times 10^9$ /л, СОЭ 20 мм/час.

Дельта-аминолевуленовая кислота 11 мг/г креатинина.

### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.



## **ЗАДАЧА № 109**

---

Больная Н. 46 лет в течение 20 лет работала стеклодувом на Клинском термометровом заводе в условиях контакта с повышенными концентрациями ртути.

Поступила в клинику с жалобами на постоянные головные боли распирающего характера с ощущением давления на глаза, тяжесть в голове, головокружения системного и несистемного характера, пошатывание при ходьбе, тошноту, с утра постоянное ощущение сонливости, общей слабости, повышенной раздражительности, приступы немотивированной злости – трудно сдерживать себя, стеснительность – трудно выполнить привычную работу в присутствии посторонних, дрожь в руках, периодически повышение температуры тела до 37,2 °С, ощущение онемения губ и конечностей, усиление головных болей до приступов, сопровождающихся чувством нехватки воздуха, ознобоподобной дрожью, страхом смерти.

Считает себя больной с 2002 года, когда стали беспокоить общая слабость, разбитость по утрам, сонливость во время работы, затем присоединились головные боли, онемение пальцев рук. Была направлена на обследование в клинику Института медицины труда, где больной было рекомендовано перейти на работу, не связанную с воздействием токсических веществ. Однако больная в течение 14 лет оставалась на своем рабочем месте. За время с 2002 года больная ежегодно лечилась амбулаторно, неоднократно направлялась в санатории г. Сочи (Мацеста). Вместе с тем состояние больной постепенно ухудшалось, головные боли стали более интенсивными, приняли постоянный характер, сопровождались тошнотой, головокружением, появились непереносимость жары, духоты, плаксивость, раздражительность, злость, кошмарные сновидения.

При осмотре: состояние больной удовлетворительное. Правильного телосложения, повышенного питания, кожные покровы чистые. По внутренним органам без особенностей. Пульс 80 в минуту, ритмичный, АД 90/60–120/70 мм рт. ст.

В неврологическом статусе: легкое беспокойство глазных яблок, слабость конвергенции с обеих сторон, легкая судорога взора больше слева, легкая девиация кончика языка вправо. Резко усилен нижнечелюстной рефлекс до клоноида. Легкая гипалгезия на кончике носа, вокруг губ, в дистальных отделах рук и ног по полиневритическому типу. В позе Ромберга покачивается, выраженный тремор век, пальцев вытянутых рук. Сухожильные рефлексы оживлены с расширением рефлексогенных зон ( $d=s$ ), брюшные, подошвенные рефлексы живые. Красный, стойкий дермографизм, гипергидроз, субфебрилитет. Выраженная эмоциональная лабильность. В стационаре зарегистрированы симпатoadреналовые кризы.

ЭЭГ: имеются выраженные диффузные изменения биоэлектрической активности мозга с заинтересованностью срединных структур.

В клиническом анализе крови и общем анализе мочи без патологии.

### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.



## **ЗАДАЧА № 110**

---

Больная И. 38 лет работает аппаратчицей на заводе ФАО «Феррейн» в течение 8 лет, имеет контакт с антибиотиками.

Жалобы на приступы удушья в любое время суток, периодически возникающий кашель и повышение температуры до субфебрильных цифр, одышку в движении, пастозность голеней.

Заболела 3 года назад, когда при контакте с антибиотиками стали возникать вначале крапивница, затем дерматит, несколько раз был ангионевротический отек лица и верхней половины туловища. Продолжала работать, год назад возник приступ удушья во время рабочей смены. При поступлении в клинику предъявляла жалобы на приступы удушья во время работы.

При осмотре: кожные покровы и видимые слизистые без изменений, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Однако, как только в палату стали вносить капельницы с антибиотиками, у больной появилась крапивница, слезотечение и возник приступ удушья со свистящими хрипами.

Больной было рекомендовано прекратить контакт с антибиотиками и вернуться к работе бухгалтера. Однако больная трудоустроилась упаковщицей на том же предприятии. В течение последнего года часто стала болеть простудными заболеваниями, приступы удушья возникают и на работе и дома, стали нарастать симптомы недостаточности кровообращения. Во время осмотра возник приступ удушья. Выраженный цианоз; акроцианоз.

ФВД: ОФВ<sub>1</sub> – 64%, ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ-57%.

ЭКГ: ритм синусовый, отклонение электрической оси сердца вправо, P-pulm<sub>r</sub>, S<sub>r</sub>, Q<sub>III</sub>.

Общий анализ крови без патологических изменений.

### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.



## **ЗАДАЧА № 111**

---

Больной Р. 35 лет, литейщик по выплавке легированной стали, в контакте с марганцем, профессиональный стаж 10 лет. Жалобы на кашель, одышку, боли и онемение конечностей, головную боль, снижение аппетита, общую слабость, небольшую заторможенность при ходьбе. Сон тревожный, прерывистый, сопровождается тяжелыми сновидениями. Недомогание развивалось исподволь в течение последних 2 лет. Курит, спиртные напитки употребляет умеренно.

При осмотре: кожные покровы бледные, лимфатические узлы не увеличены, со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Неврологический статус: умеренная гипомимия, непостоянная анизокория, симптом Маринеско. Сухожильные и периостальные рефлексы равномерно снижены, брюшные не вызываются. Красный стойкий дермографизм, акрогипотермия, акроцианоз, гипалгезия по типу «перчаток» и «носок», тонус мышц конечностей снижен, мышечная сила ослаблена, неустойчивость в позе Ромберга. Легкий тремор вытянутых пальцев рук.

Общий анализ крови: гемоглобин 150 г/л, эритроциты  $4,55 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты  $6,2 \times 10^9$ /л, эозинофилы 1%, палочкоядерные 53%, лимфоциты 43%, моноциты 2%, СОЭ 11 мм рт. ст.

Общий анализ мочи: прозрачная, относительная плотность 1015, белка и сахара нет, лейкоциты 1–2–3 в поле зрения, эпителий плоский в умеренном количестве.

ЭКГ без отклонений от нормы.

**Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.



---

**ЗАДАЧА № 112**

Больная А. 33 лет работает птичницей на птицефабрике в течение 13 лет. В 23-летнем возрасте дважды госпитализирована по поводу пневмонии.

На протяжении последнего года отмечает появление сухого кашля и одышки, которые возникают в основном в период ее работы. В связи с тем, что состояние ее стало резко ухудшаться – усилилась одышка, появились приступы удушья, озноб, повысилась температура до 39 °С, она была госпитализирована.

При осмотре: перкуторный звук над легкими с коробочным оттенком, дыхание ослабленное, над всей поверхностью обоих легких прослушиваются крепитация и мелкопузырчатые влажные хрипы, больше в нижних отделах.

Мокрота слизисто-гнойная, с прожилками крови.

Нарушение функции внешнего дыхания по рестриктивному типу.

Общий анализ крови: гемоглобин 130,0 г/л, лейкоциты  $9,6 \times 10^9$ /л, СОЭ 30 мм/час.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки – диффузное усиление и деформация легочного рисунка за счет уплотнения интерстициальной ткани, плевральные утолщения. Ателектаз средней доли правого легкого.

**Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## ЗАДАЧА № 113

---

Больной М. 43 лет работает забойщиком в шахте в течение 18 лет, во время очередного периодического медицинского осмотра на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки были обнаружены изменения в виде усиления и умеренной деформации легочного рисунка в средних и нижних отделах обоих легких. В базальных отделах прозрачность легочных полей повышена. Корни легких не изменены.

Активных жалоб не предъявлял, но при детальном расспросе отмечал периодический непродуктивный кашель. В прошлом респираторных заболеваний не было. Умеренно курит.

При осмотре: подвижность легочных краев не ограничена, над легкими перкуторный звук не изменен, дыхание с жестким оттенком, выслушиваются единичные непостоянные сухие хрипы. Границы сердца не изменены, тоны ясные, чистые. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Размеры печени и селезенки не увеличены. Дизурических расстройств нет.

Показатели функции внешнего дыхания: ФЖЕЛ = ФЖЕЛ<sub>выд</sub> – 82%, ОФВ<sub>1</sub> – 79%, ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ – 70%.

ЭКГ без отклонений от нормы.

Общий анализ крови и общий анализ мочи без патологии.

### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## ЗАДАЧА № 114

---

Больной Г. 30 лет работает клепальщиком в течение 6 лет. Считает себя больным около года. Беспокоят резкие боли в плечевом поясе, особенно в ночное время, пальцы рук немеют и белеют при охлаждении, стал раздражительным.



При осмотре: кисти отечные, холодные, цианотичные. Кончики пальцев с ладонной поверхности имеют вид подушечек. Резко снижены все виды чувствительности (болевая, температурная, вибрационная) по типу длинных перчаток. При холодовой пробе – симптомы «мертвых пальцев», особенно белеют 2-й и 4-й пальцы обеих рук. Отмечается слабость в приводящих мышцах 5 пальца, приведение 5-го пальца на правой руке ограничено, изменена электровозбудимость. Сухожильные и периостальные рефлексы живые. При пальпации определяется значительное уплотнение типа миофасцикулитов в надлопаточных мышцах предплечья, мышцы при пальпации болезненны, в местах перехода в сухожилия – крепитация. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Рентгенограммы кистей: в мелких костях кистей имеются небольшие очаги уплотнения костной ткани.

Капилляроскопия: выраженные изменения на обеих руках с преобладанием спастико-атонического состояния капилляров.

Плетизмография: значительно снижен артериальный приток.

Общий анализ крови и общий анализ мочи без патологических изменений.

ЭКГ: ритм синусовый, нормальное положение электрической оси сердца.

Обнаружено повышение порога восприятия шума на высокие частоты.

### ***Вопросы:***

- 1. Выделите основные синдромы.*
- 2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.*
- 3. Назначьте дополнительные исследования.*
- 4. Определите тактику ведения больного.*



## **ЗАДАЧА № 115**

---

Больной К. 50 лет, ветеринарный врач, обратился к врачу с жалобами на повышение температуры тела до 37,5 °С, боли в крупных суставах, постоянную потливость, умеренную слабость, боли в мышцах рук и ног.

Анамнез: около 3 месяцев назад отметил повышение температуры тела до 37,5 °С, небольшую слабость, потливость, снижение аппетита. Продолжал работать. Все последующие дни температура снижалась утром до 37,2–37,3 °С, вечером вновь повышалась до 37,5–38 °С. Лечился самостоятельно, принимал бисептол – без эффекта. На 4-й неделе болезни появились боли в крупных суставах без видимых изменений суставов, неприятные ощущения в области мошонки справа. Обратился к врачу, госпитализирован в стационар.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура 37,5 °С. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, влажные. Сыпи нет. Суставы не изменены. Движения в коленных, локтевых суставах ограничены из-за болезненности. Пальпируются подмышечные и паховые лимфатические узлы величиной до 1,0x0,5см, безболезненные, плотноватые, не спаянные с окружающими тканями. В области мошонки отмечается гиперемия кожи и увеличение правого яичка, болезненного при пальпации. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, перкуторно легочный звук. ЧДД 19 в минуту. Пульс 90 в минуту, ритмичный, удовлетворительных свойств. Тоны сердца приглушены, шумы не выслушиваются. Границы сердца не расширены. АД 110/60 мм рт. ст. Язык обложен, влажный. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень и селезенка увеличены, плотноватой консистенции. Стул оформленный. Дизурических явлений нет. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Сознание ясное, активен. Менингеальных синдромов и очаговых симптомов со стороны нервной системы нет.

Общий анализ крови: гемоглобин 120 г/л, лейкоциты 10,0x10<sup>9</sup>/л, СОЭ 30 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес 1006, имеются следы белка.

Биохимический анализ крови: АЛТ 42 ед/л, АСТ 47 ед/л.

### ***Вопросы:***

- 1. Выделите основные синдромы.*
- 2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.*
- 3. Назначьте дополнительные исследования.*
- 4. Определите тактику ведения больного.*



## **ЗАДАЧА № 116**

---

Больной П. 32 лет, работник шоу-бизнеса, обратился к врачу с жалобами на выраженную слабость, периодически жидкий стул, повышение температуры, отсутствие аппетита и сна.

Считает себя больным в течение 2 месяцев, когда появилась слабость, пропал аппетит, повысилась температура тела до 39 °С, плохо спал. В последующие дни присоединился жидкий стул до 3–4 раз в сутки иногда с примесью слизи. Рвоты не было. Принимал тетрациклин. Самочувствие немного улучшилось, но оставалась субфебрильная температура тела, слабость, головная боль. Пропал аппетит, периодически беспокоила тошнота. В последние 3 дня температура тела вновь поднялась до 39 °С, появился кашель. Больной обратился к врачу.

Перенесенные заболевания: больной страдает хронической герпетической инфекцией (I, II типов, 2 раза был опоясывающий герпес). 4 года назад перенес длительную аденовирусную инфекцию с увеличением всех групп лимфатических узлов. После перенесенного заболевания к врачу не обращался до последнего эпизода. Похудел.

Анамнез жизни: живет с родителями, лицами противоположного пола не интересуется. На вопрос о парентеральном употреблении наркотиков отвечает уклончиво.

Объективно: состояние тяжелое, температура тела 38,8 °С. Бледен, пониженного питания. Герпетические высыпания на половом члене. Видимые слизистые обычной окраски. Пальпируются все группы лимфатических узлов размером 2,0×1,5 см, не спаянные, безболезненные, плотной консистенции.

В легких перкуторно определяется укорочение легочного звука справа в подлопаточной области, там же выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Пульс 114 в минуту, удовлетворительного наполнения. АД 120/70 мм рт. ст. Границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, шумы не выслушиваются.

Язык влажный, обложен серым налетом, имеются единичные афты на слизистой десен. Живот слегка вздут, мягкий, безболезненный. Отмечается урчание в кишечнике. Стул жидкий с небольшим количеством слизи. Печень и селезенка не увеличены.

Дизурических явлений нет. Симптом поколачивания в области поясницы отрицательный с обеих сторон. Моча нормальной окраски.

Сознание ясное. Менингеального синдрома и очаговых симптомов со стороны нервной системы нет.

Общий анализ крови: гемоглобин 112 г/л, эритроциты  $3,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты  $4,8 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 2%, сегментоядерные 59%, эозинофилы 1%, лимфоциты 30%, моноциты 8%, СОЭ 48 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1020, pH 6,3, белок 0,033 г/л, глюкозы нет, эритроциты 0–1 в поле зрения, лейкоциты 0–2 в поле зрения, эпителия нет, цилиндров нет.

### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.



## **ЗАДАЧА № 117**

---

Больной К. 22 лет обратился к врачу на 5-й день болезни с жалобами на повышение температуры тела, головную боль, выраженную слабость, тошноту, снижение аппетита.

Заболел остро с озноба и повышения температуры тела до 39,2 °С, сильной головной боли, неприятных ощущений в горле, слабости. На следующий день появилась тошнота, 3 раза была рвота съеденной пищей, 2 раза жидкий стул без патологических примесей, пропал аппетит. В последующие дни состояние больного не улучшалось. Принимал парацетамол, но температура снижалась кратковременно; нарастала слабость, аппетита не было, ухудшился сон, появились неприятные тянущие ощущения в правом подреберье. Утром заметил потемнение мочи, обесцвеченность кала. При этом самочувствие несколько улучшилось, температура тела снизилась до 37,2 °С.

Месяц назад отдыхал с друзьями в одной из стран Ближнего Востока, купался в море, пил некипяченую воду и коктейли со льдом на улице. Вчера узнал, что один из друзей, отдыхавших с ним, был госпитализирован в инфекционную больницу с похожими симптомами.

Объективно: состояние больного средней тяжести. Кожные покровы субиктеричны, цианоза нет, склеры иктеричные. Зев гиперемирован, миндалины не увеличены, гиперемированы, налетов нет. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца слегка приглушены, шумов нет. АД 100/50 мм рт. ст. Пульс 60 в минуту, ритмичный. Язык влажный, обложен сероватым налетом. Живот немного вздут, активно участвует в акте дыхания, мягкий, отмечается небольшая болезненность в правом подреберье. Печень выступает из-под реберной дуги на 2,5 см. Край печени закруглен,

болезненный, мягкой консистенции. В положении на боку пальпируется край селезенки.

Общий анализ крови: гемоглобин 148 г/л, лейкоциты  $3,8 \times 10^9$ /л, эозинофилы 2%, палочкоядерные 2%, сегментоядерные 48%, лимфоциты 38%, моноциты 10%, СОЭ 10 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1020, pH 6,4, белок 0,033 г/л, глюкозы нет, билирубин 2 мкмоль/л.

Биохимический анализ крови: общий билирубин 32 мкмоль/л (прямой 21 мкмоль/л), общий холестерин 6,4 ммоль/л.

### **Вопросы:**



1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 118**

---

Больная О. 20 лет, воспитательница детского сада, обратилась с жалобами на сильную головную боль, выраженную слабость. Заболела сутки назад, когда появился озноб, температура тела повысилась до  $39^\circ\text{C}$ , появилась сильная головная боль, миалгии, выраженная слабость. Болей в животе не было, стул оставался нормальным.

Несколько детей не посещают детский сад из-за высокой температуры (со слов родителей).

Объективно: состояние тяжелое. Температура тела  $39,2^\circ\text{C}$ . Выраженная бледность кожных покровов, легкий цианоз губ. На конечностях и туловище геморрагическая сыпь неправильной, «звездчатой», формы. В легких дыхание везикулярное, ЧДД 22 в минуту. Пульс 128 в минуту, слабого наполнения и напряжения. Тоны сердца приглушены. АД 90/65 мм рт. ст. Слизистая глотки гиперемирована. Язык влажный, слегка обложен. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Пальпация по ходу кишечника безболезненная. Стул был вчера оформленный. Дизурических явлений нет. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. С утра не мочилась.

Сознание сохранено. Очаговых симптомов со стороны нервной системы нет. Менингеальные симптомы не выражены.

Общий анализ крови: гемоглобин 108 г/л, эритроциты  $3,1 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты  $150 \times 10^9$ /л, гематокрит 28%, лейкоциты  $15,2 \times 10^9$ /л, юные 5%, палочкоядерные 14%, сегментоядерные 70%, лимфоциты 8%, моноциты 2%, эозинофилы 1%, СОЭ 28 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1016, белок 0,06 г/л, глюкозы нет, кетоновых тел нет, лейкоциты 4 в поле зрения, эритроциты 2 в поле зрения, гиалиновые цилиндры единичные в поле зрения.

### **Вопросы:**



1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 119**

---

Больная Т. 55 лет вызвала врача скорой помощи из-за рвоты, частого жидкого стула, быстро нарастающей слабости, головокружения.

Заболела ночью, когда появился очень частый обильный водянистый стул без слизи и крови (до приезда врача около 20 раз), затем присоединилась рвота. Тошноты не было. Беспокоили выраженная слабость, головокружение, сильная жажда, появились судороги мышц рук и ног.

За день до болезни вернулась из Индии, где посещала базары, пробовала с лотков экзотические фрукты, пила прохладительные напитки в уличных кафе.

Объективно: состояние больной тяжелое. Температура тела  $36,3^\circ\text{C}$ . Бледная, выраженный акроцианоз. Судороги жевательных мышц, верхних и нижних конечностей. Тургор кожи снижен. Голос сиплый. Язык сухой. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Пульс 110 в минуту, слабого наполнения и напряжения. АД 80/50 мм рт. ст. Тоны сердца глухие. Очаговых изменений со стороны нервной системы нет. Стул осмотрен: обильный, типа «рисового отвара». С утра не мочилась. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Общий анализ крови: гемоглобин 168 г/л, гематокрит 57%, эритроциты  $6,2 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты  $540 \times 10^9$ /л, лейкоциты  $12 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 10%, сегментоядерные 48%, эозинофилы 2%, лимфоциты 32%, моноциты 8%.

### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.



## **ЗАДАЧА № 120**

---

Больной Д. 42 лет обратился к врачу с жалобами на сильную головную боль, слабость, разбитость, бессонницу, потерю аппетита, боли в мышцах спины, икроножных мышцах на 3-й день болезни.

Заболел внезапно с потрясающего озноба, быстрого повышения температуры до 39,3 °С, появления сильной головной боли, мышечных болей, особенно икроножных мышц, усиливающихся при движении, плохо спал все дни болезни, пропал аппетит. Температура тела все дни болезни сохранялась на уровне 38-39 °С. За день до поступления в стационар было небольшое носовое кровотечение.

Живет постоянно в сельской местности. За 2–3 недели до начала заболевания работал на уборке сена, часто купался в озере. Контакты с инфекционными больными отрицает.

Объективно: состояние средней тяжести. Гиперемия и одутловатость лица, иктеричность склер и инъекция их сосудов, легкая гиперемия слизистой глотки. На переходной складке конъюнктив, слизистой мягкого неба единичные геморрагии. В легких дыхание везикулярное. Пульс 88 в минуту, АД 100/70 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Язык обложен серо-коричневым налетом, суховат. Живот мягкий, безболезненный, пальпируются увеличенная печень и селезенка. Последние два дня стал мочиться реже и меньшим количеством. Периферических отеков нет. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Общий анализ крови: гемоглобин 120 г/л, гематокрит 38%, эритроциты  $4,2 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты  $256 \times 10^9$ /л, лейкоциты  $12 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 6%, сегментоядерные 68%, эозинофилы 1%, лимфоциты 19%, моноциты 6%.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1012, белок 3,6 г/л, глюкозы нет, кетоновых тел нет, лейкоциты 4 в поле зрения, эритроциты 3 в поле зрения, клетки почечного эпителия 2–4 в поле зрения, гиалиновые цилиндры единичные в поле зрения.

### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.



## **ЗАДАЧА № 121**

---

Больной Б. 32 лет, журналист, заболел 4 дня назад, когда появился потрясающий озноб, затем повысилась температура тела до 40 °С, появилась ломота в теле, головная боль, головокружение. Кашля, насморка, диспепсических расстройств не было. В течение 3 дней температура оставалась высокой. На 3-й день стал адинамичен, заторможен, сонлив, была повторная рвота в течение дня. Сегодня потерял сознание. Бригадой скорой помощи был доставлен в стационар.

Со слов родственников, 2 недели назад вернулся из экваториальной Африки здоровым.

Объективно: состояние тяжелое, больной бледен, без сознания. Периодически появляется психомоторное возбуждение, судороги мышц конечностей. Сухожильные рефлексы повышены.

На туловище, конечностях единичные элементы геморрагической сыпи, отеков нет. Акроцианоз.

Лимфатические узлы не увеличены. Зев спокоен.

Дыхание шумное. ЧДД 40 в минуту. При аускультации дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца глухие. Пульс ритмичный 120 в минуту, слабого наполнения. АД 80/40 мм рт. ст.

Язык сухой, густо обложен налетом. Живот мягкий, на пальпацию не реагирует. Печень и селезенка увеличены. Стула не было. Непроизвольное мочеиспускание.

Сухожильные рефлексы повышены. Менингеального синдрома нет.

После осмотра назначен срочно общий анализ крови.

### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.



## ЗАДАЧА № 122



Больной А. 20 лет, студент, обратился с жалобами на сильную головную боль, тошноту, повторную рвоту. Заболел 2 дня назад, когда появились явления назофарингита, затем появился озноб, температура тела повысилась до 39 °С. Сегодня появились сильная головная боль, миалгии, тошнота и рвота. Болей в животе не было, стул оставался нормальным.

В группе у некоторых студентов отмечались катаральные явления.

Объективно: состояние тяжелое. Лежит с закрытыми глазами, заторможен. Кожные покровы бледные, цианоза нет. Сыпи нет. В легких дыхание везикулярное, ЧДД 18 в минуту, пульс 120 в минуту удовлетворительного наполнения. АД 110/65 мм рт. ст.

Слизистая глотки гиперемирована, налетов нет. Язык влажный, слегка обложен. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Пальпация по ходу кишечника безболезненная. Стул был вчера, оформленный. Дизурических явлений нет. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Сознание сохранено. Очаговых симптомов со стороны нервной системы нет. Отмечается отчетливая ригидность мышц затылка, сомнительный симптом Кернига.

Общий анализ крови: гемоглобин 142 г/л, эритроциты  $4,2 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты  $350 \times 10^9$ /л, гематокрит 32%, лейкоциты  $16,3 \times 10^9$ /л, юные 4%, палочкоядерные 12%, сегментоядерные 68%, лимфоциты 12%, моноциты 2%, эозинофилы 1%, СОЭ 32 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1014, белок 0,05 г/л, глюкозы нет, кетоновых тел нет, лейкоциты 3 в поле зрения, эритроциты 2 в поле зрения, гиалиновые цилиндры единичные в поле зрения.

### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.



## ЗАДАЧА № 123

Больная С. 23 лет обратилась к врачу с жалобами на общую слабость, недомогание, боли в горле при глотании, повышение температуры. Заболела 7 дней назад, когда появились снижение аппетита, недомогание, потливость, боли в горле. Температура повысилась до 38 °С. На следующий день, в поликлинике была диагностирована ангина. Принимала 5 дней эритромицин, однако температура тела выросла до 39 °С, усилились головная боль, боли в мышцах, слабость.

В семье ребенок болел ангиной.

Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела 38,7 °С. Лицо гиперемировано, склеры иктеричны. Кожа влажная, обычной окраски. Сыпи, отеков нет. Пальпируются подчелюстные, передне- и заднешейные, подмышечные, кубитальные, паховые лимфатические узлы до 3,0x2,0 см, 2,0x2,0 см, 1,0x1,0 см, болезненные, подвижные, не спаянные с подлежащими тканями, плотноватые. Кожа над ними не изменена. Миндалины увеличены, гиперемированы, имеется белый налет. На задней стенке глотки увеличены лимфатические скопления.

В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 100 в минуту, АД 110/75 мм рт. ст.

Язык влажный, обложен. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Стул оформленный, печень выступает из-под реберной дуги на 2,5 см, эластичная, слегка болезненная, пальпируется увеличенная селезенка. Дизурических явлений нет, моча цвета заваренного чая. Сознание ясное. Менингеального синдрома и очаговых симптомов со стороны нервной системы нет.

Общий анализ крови: гемоглобин 152 г/л, эритроциты  $5,2 \times 10^{12}/л$ , тромбоциты  $340 \times 10^9/л$ , лейкоциты  $18,2 \times 10^9/л$ , сегментоядерные 48%, лимфоциты 44%, моноциты 12%, эозинофилы 2%, СОЭ 32мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1018, белок нет, глюкозы нет, кетоновых тел нет, лейкоциты 1–3 в поле зрения, эритроциты 0–1 в поле зрения.

### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.



## **ЗАДАЧА № 124**

---

Пациент К. 31 года, строитель, длительно злоупотребляет алкоголем, курит. В течение последнего месяца отмечает повышенную утомляемость, нарушение сна, похудание. Со слов больного заболевание началось подостро с повышения температуры тела до 39 °С, затем появились кашель с выделением плевков гнойной мокроты, кровохарканье, выраженная слабость, потливость. Машиной «скорой помощи» был доставлен в терапевтическое отделение городской клинической больницы.

Объективно: состояние средней тяжести. Пониженного питания. Кожные покровы бледные. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. ЧДД 22 в минуту. При перкуссии над верхним отделом правого легкого притупление звука. При аускультации в верхнем отделе правого легкого, на фоне бронхиального дыхания выслушиваются сухие и единичные влажные хрипы. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС 110 в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 из-под края реберной дуги, безболезненная. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет.

Общий анализ крови: гемоглобин 115 г/л, лейкоциты  $17 \times 10^9$  /л, палочкоядерные 11%, сегментоядерные 70%, лимфоциты 7%, моноциты 12%, СОЭ 55 мм/час.

Общий анализ мочи без патологии.

Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л отрицательная.

Анализ мокроты методом прямой бактериоскопии: обнаружены единичные КУМ.

Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки: в верхней доле правого легкого определяется неоднородное затемнение с множественными участками просветления. В нижних отделах обоих легких множественные полиморфные очаги.

### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.



## **ЗАДАЧА № 125**

---

Пациент Р. 20 лет, студент, заболел остро: повышение температуры тела до 38,5 °С, сухой кашель, слабость, потливость, ломота в мышцах и суставах. Вызвал врача на дом и был госпитализирован в терапевтическое отделение с подозрением на пневмонию.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, влажные. Пальпируются мелкие шейные и подмышечные лимфатические узлы. ЧДД 17 в минуту. Перкуторно слева паравертебрально притупление звука. Аускультативно дыхание везикулярное, слева паравертебрально и у угла лопатки ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС 100 в минуту. АД 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет.

Общий анализ крови: гемоглобин 125 г/л, лейкоциты  $10,2 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 10%, сегментоядерные 60%, лимфоциты 20%, моноциты 10%, СОЭ 30 мм/час.

Общий анализ мочи без патологии.

Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л – папула 22 мм.

Анализ мокроты методом люминесцентной микроскопии: трехкратно КУМ не обнаружены.

Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки: в 10 сегменте левого легкого определяется затемнение неправильной формы размером 4×5 см, неоднородной структуры, преимущественно средней интенсивности, с нечеткими и неровными контурами. Между фокусом и тенью левого корня выявляется тень связующей «дорожки», представленная избыточным легочным рисунком. Корень левого легкого расширен, не структурен, наружный контур его нечеткий.

В течение 10 дней пациенту проводилась терапия антибиотиками широкого спектра действия. Отмечалось улучшение самочувствия, снижение температуры тела до субфебрильной. При повторном рентгенологическом обследовании положительной динамики патологических изменений не отмечено.

### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.



## ЗАДАЧА № 126

---

Пациент С. 36 лет страдает сахарным диабетом 2-го типа. Получает диабетон по 1 таблетке утром. Диету не соблюдает. Изменения в легких выявлены при диспансеризации. Предыдущее флюорографическое обследование 1 год назад.

Жалобы на быструю утомляемость, слабость.

Объективно: состояние удовлетворительное. Температура тела 37,2 °С. Кожные покровы бледные. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. ЧДД 18 в минуту. Над легкими при перкуссии ясный легочный звук. При аускультации дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС 96 в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет.

Общий анализ крови: гемоглобин 130 г/л, лейкоциты  $9,2 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 3%, сегментоядерные 67%, лимфоциты 28%, моноциты 2%, СОЭ 28 мм/час.

Общий анализ мочи без патологии.

Биохимический анализ крови: АЛТ 35 ед/л, АСТ 21 ед/л, креатинин 100 мкмоль/л, мочевины 5,8 ммоль/л, глюкоза 8,5 ммоль/л., гликированный гемоглобин 7,8%.

Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л – папула 12 мм.

Анализ мокроты методом прямой бактериоскопии: КУМ не обнаружены.

Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки: в правом легком в подключичной области определяется фокусное затемнение 3х4 см, средней и высокой интенсивности, с нечетким контуром и воспалительной «дорожкой» к корню правого легкого.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## ЗАДАЧА № 127

---

Пациент Г. 63 лет имел контакт с больным туберкулезом соседом. Курит на протяжении 40 лет по 1 пачке сигарет в день. Флюорографическое обследование проходил нерегулярно, последний раз 7 лет назад. На контроль не вызывали.

Заболел подостро, когда появились кашель с мокротой слизисто-гнойного характера, повышение температуры тела до 37,8 °С, слабость. Амбулаторно терапевтом проводилось лечение по поводу острого бронхита. Состояние не улучшалось, присоединилось кровохарканье, приступы удушья. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки выявлены изменения, госпитализирован.

Объективно: состояние средней тяжести. Пониженного питания. Кожные покровы бледные. Пальпируются периферические лимфатические узлы шейной группы размерами до 0,8–1 см, слева пальпируется увеличенный до 1,5 см плотный, безболезненный подмышечный лимфатический узел. ЧДД 20 в минуту. Перкуторно ясный легочный звук, в нижних отделах с коробочным оттенком. Аускультативно дыхание ослабленное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС 86 в минуту. АД 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет.

Общий анализ крови: гемоглобин 100 г/л, лейкоциты  $9,1 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 7%, сегментоядерные 69%, эозинофилы 1%, лимфоциты 14%, моноциты 9%, СОЭ 47 мм/ч.

Общий анализ мочи без патологии.

Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л отрицательная.

Анализ мокроты методом люминесцентной микроскопии: трехкратно КУМ не обнаружены.

Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки: корень левого легкого расширен, не структурен, наружный контур корня четкий, бугристый.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## ЗАДАЧА № 128

---

Пациент Л. 48 лет страдает язвенной болезнью желудка, последние 3 года обострений не было.

В течение 5 лет болен туберкулезом легких. Неоднократно лечился в туберкулезном стационаре, выписывался за нарушение режима. Амбулаторно лечение нерегулярное. Ухудшение самочувствия отмечает последние 3 месяца: усилился кашель с мокротой слизисто-гнойного характера, похудел на 6 кг, беспокоит слабость, потливость, повышение температуры тела в вечерние часы до 38 °С, одышка при ходьбе.

Объективно: состояние средней тяжести. Пониженного питания. Диффузный цианоз. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. ЧДД 26 в минуту. Перкуторно – притупление над верхним отделом левого легкого. Аускультативно слева в верхнем отделе выслушивается амфорическое дыхание, в среднем и нижнем отделах левого легкого и в правом легком на фоне жесткого дыхания выслушиваются сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 100 в минуту. АД 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 3 см из-под края реберной дуги, безболезненная. Периферических отеков нет.

Общий анализ крови: гемоглобин 129 г/л, лейкоциты  $10 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 5%, сегментоядерные 76%, моноциты 5%, лимфоциты 14%, СОЭ 45 мм/ч.

Общий анализ мочи без патологии.

Анализ мокроты методом люминесцентной микроскопии: выявлены КУМ.

Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л – папула 8 мм.

Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки: в проекции уменьшенной в объеме верхней доли левого легкого определяется полость 6х8 см, неправильной формы, с толстой стенкой, с четким внутренним и наружным контуром, в средних и нижних отделах обоих легких определяются множественные очаги малой и средней интенсивности с нечеткими контурами. Корень левого легкого деформирован, подтянут кверху. Срединная тень смещена влево.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## ЗАДАЧА № 129

---

У пациента С. 71 года патология в легких выявлена при обращении по поводу ухудшения самочувствия. Жалобы на повышение температуры тела до 38,8 °С, головную боль, озноб, редкий кашель, преимущественно сухой. Лечился самостоятельно симптоматическими средствами без какого-либо эффекта.

В анамнезе – простудные заболевания, гипертоническая болезнь, в 1972 г. – ушивание прободной язвы желудка. Летом 2014 года травма грудной клетки. Отмечает снижение веса на 8 кг в течение последнего года. Контакт с больным туберкулезом отрицает. Флюорографическое обследование 3–4 года назад.

Объективно: состояние удовлетворительное. Пониженного питания. Кожные покровы чистые, бледные. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. ЧДД 19 в минуту. Перкуторно притупление над верхним отделом левого легкого. Аускультативно дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 90 в минуту. АД 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, безболезненная. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет.

Общий анализ крови: гемоглобин 90 г/л, лейкоциты  $8,4 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 2%, сегментоядерные 54%, эозинофилы 1%, лимфоциты 28%, моноциты 15%, СОЭ 38 мм/ч.

Общий анализ мочи без патологии.

Анализ мокроты: слизистая, вязкая, эпителий плоский много, лейкоциты много, скопления слизи, эритроциты единичные. Анализ мокроты методом прямой бактериоскопии: КУМ не обнаружены.

Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л – 5 мм.

Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки: в S<sub>3</sub> левого легкого определяется фокус округлой формы, 4 см в диаметре, высокой интенсивности, с неровным, «лучистым», контуром, воспалительной дорожкой к корню левого легкого. Корень левого легкого незначительно расширен в области головки, не структурирован.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.



## ЗАДАЧА № 130

---

Пациент М. 34 лет, не работает, направлен на консультацию в противотуберкулезный диспансер по месту жительства из Центра СПИД, где в течение 2 лет наблюдается и получает антиретровирусную терапию по поводу ВИЧ-инфекции, IVA ст. Патология в легких выявлена при обращении по поводу кашля, осиплости голоса, повышения температуры тела до 38 °С, болей в грудной клетке. Туберкулезом болела сестра несколько лет назад. Предыдущая флюорография органов грудной клетки год назад, о результате пациент не знает. Из других заболеваний: хронический вирусный гепатит С, орофарингеальный кандидоз. Употребляет инъекционные наркотики.

Жалобы на кашель с мокротой, осиплость голоса, сухость в горле, повышение температуры тела до 38 °С, нарушение сна, снижение аппетита, похудание.

Объективно: состояние средней тяжести. Пониженного питания. Кожные покровы бледные. На коже правого предплечья татуировка. В области локтевых ямок множественные следы от внутривенных инъекций. Пальпируются шейные и подмышечные лимфатические узлы размерами до 1,5–2 см, безболезненные, не спаянные с окружающими тканями. Перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно дыхание везикулярное. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 92 в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 3 см из-под края реберной дуги, безболезненная. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет.

Общий анализ крови: гемоглобин 114 г/л, лейкоциты  $11,8 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 17%, сегментоядерные 53%, эозинофилы 1%, лимфоциты 22%, моноциты 7%, СОЭ 33 мм/ч.

Общий анализ мочи: желтая, прозрачная, относительная плотность 1021, белок, глюкозы нет, лейкоциты 4–6 в поле зрения., эритроциты 5–7 в полк зрения, соли оксалаты, слизь умеренное количество.

Биохимический анализ крови: общий белок 60 г/л, общий билирубин 32 мкмоль/л, АЛТ 72 ед/л, АСТ 84 ед/л, холестерин 6,3 ммоль/л, щелочная фосфатаза 279,0 ед/л.

Анти-HCV положительный.

Анализ мокроты методом люминесцентной микроскопии: трехкратно КУМ обнаружены (++++). В посевах мокроты в последующем получен массивный рост колоний МБТ, устойчивых к стрептомицину, изониазиду, рифампицину, этамбутолу, канамицину.

Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л отрицательная.

Реакция на пробу с препаратом «ДИАСКИНТЕСТ» – гиперемия.

Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки: в верхних и средних отделах обоих легких на фоне усиленного и деформированного легочного рисунка определяются множественные полиморфные очаговые тени, преимущественно низкой и средней интенсивности, средних и крупных размеров, местами сливающиеся в фокусы. В верхних отделах относительно симметрично с обеих сторон имеются просветления округлой формы с четкими и ровными контурами, тонкостенные. Корни легких несколько расширены, не структурны.



**Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 131**

---

Больной Н. 23 лет с 11-летнего возраста страдает сахарным диабетом. В вагоне метро стал вести себя агрессивно. Окружающие отметили бледность его лица, потливость, дрожание рук. Через несколько минут у больного появились судороги верхних и нижних конечностей, затем он потерял сознание. На момент прибытия бригады скорой медицинской помощи, больной в коме, кожные покровы теплые, влажные, тонус глазных яблок сохранен, зрачки расширены, рефлексы сохранены, мышечный тонус высокий. Пульс 100 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные. АД 160/90 мм рт. ст. Со стороны органов дыхания и пищеварения без особенностей.



**Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## ЗАДАЧА № 132

---

Больная В. 67 лет предъявляет жалобы на сухость во рту, жажду, обильное, учащенное мочеиспускание. Вышеуказанные жалобы появились на фоне длительного лечения мочегонными препаратами (тиазидовые диуретики, фуросемид) и клофелином по поводу гипертонической болезни. Со слов дочери, более 25 лет страдает артериальной гипертензией, часто отмечала отеки нижних конечностей, отдышку при небольшой физической нагрузке, принимала различные гипотензивные (каптоприл, клофелин, нифедипин) и мочегонные (гипотиазид, фуросемид) препараты, меняя дозы самостоятельно. 3 дня назад усилились сухость во рту, жажда, появились обильное и учащенное мочеиспускание, тошнота, неоднократная рвота, стала вести себя неадекватно. Потеряла сознание. Бригадой скорой медицинской помощи была госпитализирована в реанимационное отделение. Из анамнеза известно, что в течение 5 лет страдает сахарным диабетом 2-го типа.

Объективно: больная в коме, выраженная сухость кожи, снижение ее тургора. Тонус глазных яблок снижен, зрачки узкие, слабо реагируют на свет. Сухожильные рефлексы снижены. Локальные и генерализованные судороги, ригидность затылочных мышц, положительный симптом Бабинского. Пульс 120 в минуту, ритмичный, слабого наполнения и напряжения. Левая граница относительной сердечной тупости на 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены. АД 90/60 мм рт. ст. Дыхание частое, поверхностное. ЧДД 22 в минуту. Температура тела 38,1 °С. Язык сухой. Живот мягкий. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см.

Содержание глюкозы в крови 45 ммоль/л. Ацетон в моче отсутствует.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## ЗАДАЧА № 133

---

Больная Г. 19 лет, студентка вуза, доставлена в реанимационное отделение в тяжелом состоянии. Заторможена, сонлива, на вопросы отвечает вяло, односложно.

Со слов матери, около 3 недель назад, вернувшись из Средней Азии, девушка перенесла ОРВИ с температурой 38 °С. Через 20 дней после перенесенного ОРВИ появились сухость во рту, жажда, учащенное и обильное мочеиспускание, нарастала слабость. За неделю похудела на 7 кг при нормальном аппетите. За сутки до госпитализации появились головные боли, одышка, неоднократная рвота, боли в животе неопределенной локализации.

Объективно: кожные покровы сухие, тургор кожи снижен. Дыхание глубокое, шумное, 24 в минуту. При аускультации дыхание везикулярное. Пульс 108 в минуту, слабого наполнения и напряжения. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены. АД 100/70 мм рт. ст. Язык сухой, малиновый. Живот напряжен. При пальпации живот болезненный, выраженная болезненность в эпигастрии и правой половине живота.

Общий анализ крови: гемоглобин 150 г/л, эритроциты  $5,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты  $14,8 \times 10^9$ /л, СОЭ 20 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок 58 г/л, мочевины 10,2 ммоль/л, креатинин 160 мкмоль/л, общий холестерин 8,0 ммоль/л, калий 3,8 ммоль/л, уровень глюкозы в крови 22 ммоль/л.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1028, белок следы, глюкоза 50 ммоль/л, ацетон 4+, лейкоциты 10 в поле зрения, эритроциты 4–5 в поле зрения.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## ЗАДАЧА № 134

---

Больной П. 23 лет доставлен в клинику машиной скорой помощи с диагнозом «гипогликемическая кома». Сознание восстановилось после введения 40 мл 40% раствора глюкозы. Из анамнеза известно, что сахарным диабетом страдал с 14 лет, диету не соблюдал, нарушал режим инсулинотерапии, показатели сахара крови не контролировал. В течение последнего года отмечает частые гипогликемии.

Предъявляет жалобы на общую слабость, одышку, отеки на лице и ногах, резкое снижение остроты зрения.

При осмотре: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, обычной влажности. Отеки на лице, ногах. ЧДД 24 в минуту. В легких дыхание ослаблено в нижних отделах, там же выслушивается обилие влажных мелкопузырчатых хрипов. Пульс ритмичный, 96 в минуту, тоны сердца приглушены, акцент 2-го тона над аортой, АД 190/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, чувствительна при пальпации.

Общий анализ крови : гемоглобин 80 г/л, СОЭ 40 мм/час.

Биохимический анализ крови: глюкоза 9,6 ммоль/л, общий белок 40 г/л, мочевины 23 ммоль/л, креатинин 216 мкмоль/л, холестерин 7,5 ммоль/л.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1008, белок 1 г/л, глюкоза отсутствует, лейкоциты 10–15 в поле зрения, эритроциты 6–8 в поле зрения.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## ЗАДАЧА № 135

---

Больная Б. 48 лет жалуется на раздражительность, сердцебиение, перебои и сжимающие боли в области сердца, одышку, усиливающуюся при ходьбе, отеки ног, плохую переносимость жары, повышенную потливость, мышечную слабость, похудание, нарушение сна.

Перебои в области сердца стала отмечать в течение последних 2 лет. В течение года появились отеки на ногах, к врачу не обращалась.

Менопауза с 46 лет, с частыми приливами. За 2 года похудела на 7 кг при повышенном аппетите.

Три недели назад была госпитализирована в кардиологическое отделение по поводу пароксизмальной мерцательной аритмии. Проводимое лечение в кардиологическом отделении было без эффекта.

Объективно: больная суетлива, многословна, склонна к плаксивости, пониженного питания. Отмечается умеренный 2-сторонний экзофтальм. Кожные покровы бархатистые, теплые, с усиленной пигментацией в местах трения одеждой, на ногах массивные отеки, оставляющие при надавливании ямки. Щитовидная железа II степени, средней плотности, безболезненная, подвижная при пальпации; мелкий тремор вытянутых кистей рук. Пульс 100 в минуту, аритмичный, слабого наполнения и напряжения. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены. ЧСС 115 в минуту, АД 140/70 мм рт. ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, слегка болезненная при пальпации.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 136**

---

Больная Л. 29 лет жалуется на головную боль, преимущественно в теменной и затылочной областях, одышку при ходьбе, периодические боли в области сердца сжимающего характера, нарастание массы тела, изменение внешности, выраженную слабость.

Считает себя больной 5 лет, когда, нарушился менструальный цикл, появились головные боли, тогда же выявлена артериальная гипертензия. В последующем возникли сухость во рту, жажда, учащенное мочеиспускание.

Объективно: повышенного питания с преимущественным отложением жира в верхней половине грудной клетки, живота. Отеки голеней и стоп. Лицо багрового цвета. Усилен рост волос над верхней губой, в подбородочной области и на боковых поверхностях лица. Кожа сухая с мраморным оттенком. В подмышечных областях и на боковых поверхностях живота широкие полосы багрово-красного цвета (стрии). Пульс 90 в минуту, ритмич-

ный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см снаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, акцент 2-го тона над аортой. АД 170/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 137**

---

Больной Д. 52 лет предъявляет жалобы на сонливость, снижение памяти, физической и интеллектуальной работоспособности, выраженную зябкость (находясь в помещении при комнатной температуре, надевает теплую куртку). Последнее время испытывает затруднения в самообслуживании из-за слабости в руках и ногах, затруднения речи («язык не ворочается»), осиплость голоса. Существенно прибавил в весе, отмечает отечность лица, отеки стоп и голеней; также имеются снижение аппетита и запоры.

Температура тела не повышалась. В связи с отеками сдавал общий анализ мочи, в котором значимых изменений не выявлено.

При осмотре: рост 176 см, масса тела 96 кг. Лицо амимично, одутловато, выраженная отечность верхних и нижних век. Кожа сухая. Отечность стоп и до середины голеней. Речь медленная, выговаривает слова с усилием.

Щитовидная железа не увеличена. Температура в подмышечной области 35,7 °С. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 50 в мин. Границы сердца несколько расширены. АД 120/80 мм рт. ст. Язык увеличен в размерах.

При эхокардиографии в полости перикарда 100 мл жидкости.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## ЗАДАЧА № 138

---

У больной М. 28 лет через 2 недели после перенесенной ОРВИ появилась выраженная слабость. Прогрессирование заболевания сопровождалось болью в области шеи с иррадиацией в нижнюю челюсть и уши, усиливающейся при глотании, ознобом, головной болью. Отмечались повышение температуры тела до 38 °С, тахикардия, повышенная потливость.

Объективно: щитовидная железа II степени, при пальпации резко болезненна, в отдельных участках уплотнена. Кожа над железой не изменена. Флюктуация над щитовидной железой не определяется. Подчелюстные и шейные лимфатические узлы не увеличены. Температура тела 37,6 °С. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 14 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 90 в минуту, АД 110/65 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный.

Общий анализ крови: гемоглобин 115 г/л, лейкоциты  $8,0 \times 10^9$ /л, сегментоядерные 45% , палочкоядерные 1% , лимфоциты 50% , моноциты 3% , эозинофилы 1% , базофилы 0% , СОЭ 50 мм/час.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## ЗАДАЧА № 139

---

Больная К. 50 лет предъявляет жалобы на потемнение кожных покровов, выраженную слабость, раздражительность, тошноту, рвоту, поносы, чувство тяжести в эпигастральной области, усиливающиеся после еды, снижение аппетита, похудание за последний месяц на 10 кг.

Из перенесенных заболеваний: вирусный гепатит, частые ОРВИ. В 30 летнем возрасте был контакт с больным туберкулезом.

В течение последних дней на фоне стресса состояние ухудшилось: усилились пигментация, слабость, исчез аппетит, появился понос.

При осмотре: рост 163 см, масса тела 46 кг. Кожа сухая, бронзового цвета, выраженная пигментация в местах трения одеждой, в области ладонных складок кистей рук.



Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 14 в минуту. Пульс 90 в минуту, ритмичный, слабого наполнения и напряжения. Границы сердца несколько уменьшены в размерах, тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 90 в минуту. АД 80/50 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии, симптомов раздражения брюшины нет.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 140**

---

Больной Р. 34 лет жалуется на сонливость, зябкость, снижение памяти, прибавку массы тела, периодически давящие боли за грудиной, отеки на лице и ногах, запоры, снижение слуха и половой функции.

По поводу отеков обследовался у уролога, который диагностировал хронический простатит.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост 182 см, масса тела 94 кг. Больной выглядит значительно старше своих лет. Лицо амимично, одутловато, выраженная отечность верхних и нижних век. Кожа сухая. Щитовидная железа не увеличена. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс 52 в минуту удовлетворительного наполнения и напряжения. Границы сердца расширены влево на 1 см кнаружи от среднеключичной линии и вправо. АД 120/90 мм рт. ст. Язык увеличен в размерах. Живот мягкий, болезненный по ходу толстого кишечника.

Общий анализ крови: гемоглобин 110 г/л, эритроциты  $3,2 \times 10^{12}$ /л, средний объем эритроцита 80 фл, среднее содержание гемоглобина в эритроците 26,9 пг, лейкоциты  $4,0 \times 10^9$ /л, СОЭ 5 мм/час.

ЭКГ: ритм синусовый, отрицательный зубец Т в отведениях III, aVF.

ЭхоКГ: в полости перикарда 100 мл жидкости.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 141**

---

Больная Л. 29 лет предъявляет жалобы на головную боль, преимущественно в теменной и затылочной областях, одышку при ходьбе, периодические боли в области сердца сжимающего характера, нарастание массы тела, изменение внешности, выраженную слабость.

Считает себя больной 5 лет, когда нарушился менструальный цикл, появились головные боли, тогда же выявлена артериальная гипертензия. В последующем возникли сухость во рту, жажда, учащенное мочеиспускание.

При осмотре: повышенного питания с преимущественным отложением жира в верхней половине грудной клетки, живота. Отеки голеней и стоп. Лицо багрового цвета. Усилен рост волос над верхней губой, в подбородочной области и на боковых поверхностях лица. Кожа сухая с мраморным оттенком. В подмышечных областях и на боковых поверхностях живота широкие полосы багрово-красного цвета (стрии). Пульс 90 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, акцент 2-го тона над аортой. АД 170/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации.

На ЭКГ ритм синусовый, ЧСС 94 в минуту, отклонение электрической оси сердца влево, увеличение амплитуды зубца R в левых грудных отведениях,  $RV_4 < RV_5, RV_6 > 25$  мм, отрицательный зубец T в I, aVL, V5, V6.

Общий анализ крови без изменений.

Биохимический анализ крови: креатинин 100 мкмоль/л, калий 3,5 ммоль/л, АЛТ 30 ед/л, АСТ 38 ед/л, общий холестерин 6,6 ммоль/л, ЛПНП 2,0 ммоль/л, глюкоза крови 6,4 ммоль/л.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## ЗАДАЧА № 142

---

Больной П. 23 лет доставлен в клинику машины скорой помощи с диагнозом «гипогликемическая кома». Сознание восстановилось после введения 40 мл 40% раствора глюкозы. Из анамнеза известно, что сахарным диабетом страдает с 14 лет, диету не соблюдал, нарушал режим инсулинотерапии, показатели сахара крови не контролировал. В течение последнего года отмечает частые гипогликемии.

Предъявляет жалобы на общую слабость, одышку, отеки на лице и ногах, резкое снижение остроты зрения.

При осмотре: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, обычной влажности. Отеки на лице, ногах. ЧДД 24 в минуту. В легких дыхание ослаблено в нижних отделах, там же выслушивается обилие влажных мелкопузырчатых хрипов. Пульс ритмичный, 96 в минуту, тоны сердца приглушены, акцент 2-го тона над аортой, АД 190/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, чувствительна при пальпации.

Общий анализ крови: гемоглобин 80 г/л, СОЭ 40 мм/час.

Биохимический анализ крови: глюкоза 9,6 ммоль/л, общий белок 40 г/л, мочевины 23 ммоль/л, креатинин 216 мкмоль/л, холестерин 7,5 ммоль/л.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1008, белок 1 г/л, глюкоза отсутствует, лейкоциты 10–15 в поле зрения, эритроциты 6–8 в поле зрения.

ЭхоКГ: конечный диастолический объем левого желудочка 180 мл, конечный систолический объем левого желудочка 80 мл, толщина межжелудочковой перегородки 1,3 мм, толщина задней стенки левого желудочка 1,4 мм. Диаметр левого предсердия 52 мм. Систолическое давление в легочной артерии 40 мм рт. ст. Митральная регургитация II степени, трикуспидальная регургитация II степени. Фракция выброса 40%.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## ЗАДАЧА № 143

---

Больная Б. 48 лет жалуется на раздражительность, сердцебиение, перебои и сжимающие боли в области сердца, одышку, усиливающуюся при ходьбе, отеки на ногах, плохую переносимость жары, повышенную потливость, мышечную слабость, похудание, нарушение сна.

Перебои в области сердца стала отмечать в течение последних 2 лет. В течение года появились сердцебиение, общая слабость, раздражительность, сжимающие боли в области сердца без четкой связи с физической нагрузкой, к врачу не обращалась. За 2 года похудела на 7 кг при повышенном аппетите. Менопауза с 46 лет, с частыми приливами. Три недели назад была госпитализирована в кардиологическое отделение по поводу пароксизма фибрилляции предсердий. Проводимое лечение в кардиологическом отделении было без существенного эффекта.

Объективно: больная суетлива, многословна, склонна к плаксивости, пониженного питания. Отмечается умеренный 2-сторонний экзофтальм. Температура тела 37,1 °С. Кожа теплая, влажная, бархатистая, отмечаются пастозность голеней. Щитовидная железа диффузно умеренно увеличена (II степени), средней плотности, безболезненна, подвижная при пальпации; мелкий тремор вытянутых кистей рук и языка. Дыхание везикулярное, ослабленное, хрипов нет, ЧДД 22 в минуту. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, аритмичны, ЧСС 115 в минуту. Пульс 100 в минуту, аритмичный, слабого наполнения и напряжения. АД 148/70 мм рт. ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, слегка болезненная при пальпации.

ЭКГ: вертикальное положение ЭОС. Фибрилляция предсердий со средней ЧСС 115 в мин. Регистрируется отрицательный зубец Т в отведениях V1–V5.

Биохимический анализ крови: общий холестерин 4,3 ммоль/л, триглицериды 1,6 ммоль/л, АЛТ 38 ед, АСТ 42 ед, креатинин 77 ммоль/л, тропонин I отрицательный.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## ЗАДАЧА № 144

---

Больная М. 68 лет предъявляет жалобы на одышку, отеки на ногах, нарушение сна, перебои в области сердца, выпадение волос. В анамнезе перенесенные заболевания сердца отрицает.

Длительно страдает артериальной гипертонией, принимает эналаприл 10 мг в сутки, достигнутое АД 145/90 мм рт. ст. Ухудшение состояния в течение полугода, когда стала нарастать одышка, появились головокружение, отеки на ногах, выпадение волос. Больная была госпитализирована в кардиологическое отделение с диагнозом «ИБС». Хроническая сердечная недостаточность II А стадии. Однако проводимая терапия была без существенного эффекта, отеки голеней практически не уменьшились, одышка отмечается при незначительной физической нагрузке. В течение последнего месяца появилось нарушение сна по типу синдрома обструктивного апноэ, головные боли, эпизоды «замирания» сердца, усилилась слабость.

Объективно: повышенного питания. Речь замедлена, слова растягивает, отмечается снижение скорости счета, изменение почерка. Температура тела 36,1 °С. Присутствует одутловатость лица, бледность кожных покровов. На голенях и тыльной стороне стоп имеются плотные отеки, ямка после надавливания не разглаживается. Щитовидная железа не увеличена, уплотнена. Дыхание везикулярное, ослабленное, хрипов нет, ЧДД 18 в минуту. Левая граница относительной сердечной тупости на 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, экстрасистолия. Пульс 50 уд./мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 140/90 мм рт. ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, слегка болезненная при пальпации.

ЭКГ: ритм синусовый, синусовая брадикардия. ЧСС 52 в минуту. Горизонтальное положение ЭОС. Одиночная предсердная экстрасистолия. Регистрируется сглаженный зубец Т в отведениях I, II, III, aVL, aVF, V2–V6.

Биохимический анализ крови: общий холестерин 8,3 ммоль/л, триглицериды 2,6 ммоль/л, АЛТ 38 ед, АСТ 42 ед, креатинин 79 мкмоль/л.

### **Вопросы:**



1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## ЗАДАЧА № 145

---

Больной П. 23 лет предъявляет жалобы на общую слабость, одышку, отеки на лице и ногах, резкое снижение остроты зрения.

Госпитализирован в клинику с диагнозом «сахарный диабет 1-го типа, декомпенсация». Из анамнеза известно, что сахарным диабетом страдал с 14 лет, диету не соблюдал, нарушал режим инсулинотерапии, показатели сахара крови не контролировал. В течение последнего года отмечает частые гипогликемии. В течение полугода отмечает появление отеков на ногах, одутловатость лица, слабость, снижение остроты зрения, повышение АД. Максимальные цифры АД 170/100 мм рт. ст.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, обычной влажности. Отеки на лице, голенях и нижней трети бедер. ЧДД 24 в минуту. В легких дыхание ослаблено в нижних отделах, там же выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Пульс ритмичный, 96 в минуту, тоны сердца приглушены, акцент 2-го тона над аортой, АД 165/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, чувствительна при пальпации.

Общий анализ крови: эритроциты  $3,59 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 90 г/л, средний объем эритроцита (MCV)  $85 \text{ мкм}^3(\text{фл})$ , среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH) 33 пг, лейкоциты  $7,0 \times 10^9/л$ , лимфоциты 18,1%, моноциты 5,3%, сегментоядерные 68%, тромбоциты  $280 \times 10^9/л$ , СОЭ 14 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1008, белок 3,5 г/л, глюкозы нет, кетоновых тел нет, лейкоциты 2–3 в поле зрения, эритроциты 0–1 в поле зрения.

Биохимический анализ мочи, крови: глюкоза 10,6 ммоль/л, общий белок 40 г/л, мочевины 23 ммоль/л, креатинин 216 мкмоль/л, общий холестерин 7,5 ммоль/л.

Офтальмоскопически выявляются мелкоочечные кровоизлияния в перимакулярной зоне, отек сетчатки, частичное отслоение сетчатки слева.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## ЗАДАЧА № 146

---

Больная К. 37 лет жалуется на выраженную общую слабость, раздражительность, тошноту, частый жидкий стул до 5–7 раз в сутки, чувство тяжести в эпигастральной области, усиливающееся после еды, снижение аппетита, похудание за последний месяц на 10 кг, снижение памяти.

Данные жалобы появились около полугода назад. Вначале стала отмечать немотивированную слабость, постепенно прогрессировало похудание, периодически стали беспокоить тошнота и рвота, не связанные четко с приемом пищи. На коже декольте и открытых частях тела появились белые пятна, летом отметила появление более выраженной пигментации на открытых частях тела, позже обратила внимание на пигментацию кожи в местах трения одеждой. Около 3 месяцев назад возникла склонность к запорам, которая в дальнейшем сменилась диареей с частотой стула 3 раза в сутки. Стала замечать, что больше солил пищу, а также периодически испытывает резкое немотивированное чувство голода, сопровождающееся потливостью, дрожью в теле, головокружением, резкой слабостью. Неделю назад пациентка заболела: повысилась температура тела до 38,5 °С, появились ринорея, боли в горле, сухой кашель, в связи с чем находилась на больничном листе, назначены были ингавирин, антисептики местно, парацетамол. Температура снизилась до субфебрильных цифр, но частота стула увеличилась до 7 раз в сутки. Кроме того, резко narosла слабость, при вставании утром с постели появилось выраженное головокружение. В связи с резкой слабостью вызвала бригаду скорой медицинской помощи, которая определила также гипотензию до 80/50 мм рт. ст. и госпитализировала ее в стационар с диагнозом «пневмония».

Из анамнеза жизни известно, что пациентка перенесла около 10 лет назад вирусный гепатит А, также болела ОРВИ. Алкоголь употребляет редко, не курит. Отец пациентки умер 20 лет назад от хронической алкогольной интоксикации, также страдал ХОБЛ, наблюдался в противотуберкулезном диспансере, снят с учета.

При осмотре: рост 163 см, масса тела 46 кг. Кожа сухая, бронзового цвета, выраженная пигментация в местах трения одеждой, в области ладонных складок кистей рук, гиперпигментированы соски молочных желез. На коже декольте, тыльных поверхностей кистей также участки депигментации. Отдельные участки гиперпигментации на деснах. Подмышечные впадины и лобок с редкими волосами. Периферических отеков нет. Перкуторный звук ясный легочный. ЧДД 22 в минуту. В легких дыхание жесткое, в нижних отделах легких с обеих сторон выслушиваются сухие жужжащие и свистящие хрипы в умеренном количестве. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС

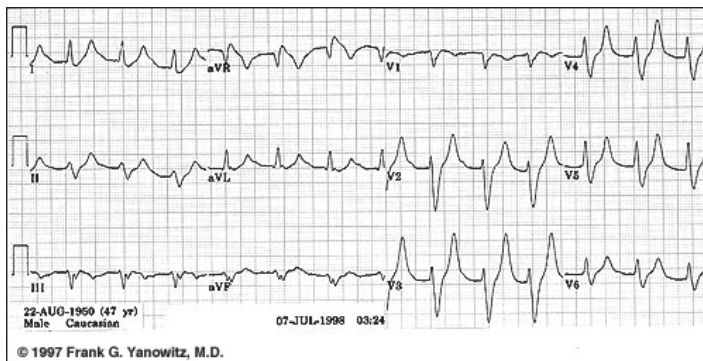
90 в минуту, АД 90/60 мм рт. ст. в положении лежа, 75/45 мм рт. ст. в положении стоя. Пульс слабого наполнения и напряжения. Живот втянут, не напряжен, мягкий, безболезненный при пальпации. Печень размерами 9x8x7 см, у края реберной дуги, край острый, безболезненная. Селезенка перкуторно не увеличена, поверхность гладкая. Мочевыделение не учащено, дизурии нет. Стул 6-го типа по Бристольской шкале, калового характера, обычного цвета, без патологических примесей.

Общий анализ крови: гемоглобин 102 г/л, эритроциты  $3,34 \times 10^{12}$ /л, гематокрит 52%, лейкоциты  $12,0 \times 10^9$ /л, тромбоциты  $420 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 6%, сегментоядерные 50%, эозинофилы 7%, базофилы 0%, моноциты 2%, лимфоциты 35%, СОЭ 20 мм/час.

Общий анализ мочи без патологии.

Биохимический анализ крови: АЛТ 27 ед/л, АСТ 22 ед/л, ГГТП 43 ед/л, билирубин общий 18,6 мкмоль/л, билирубин прямой 4 мкмоль/л, глюкоза 3,0 ммоль/л, мочевины 12,4 ммоль/л, креатинин 138 мкмоль/л, общий белок 55 г/л, альбумин 32 г/л, калий 6,4 ммоль/л, натрий 120 ммоль/л, хлор 93 ммоль/л.

ЭКГ:



Рентгенография легких: усиление легочного рисунка в базальных отделах с обеих сторон.



### Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.



## ЗАДАЧА № 147

---

Больной П. 33 лет, инвалид I группы, доставлен в клинику машиной скорой помощи с диагнозом «острая гипогликемия». Сознание восстановилось после введения 120 мл 40% раствора глюкозы. При поступлении в стационар жалобы на выраженную общую слабость, потливость, одышку, резкое снижение остроты зрения, снижение чувствительности пальцев стоп, ощущение, что ходит «по вате», похудание, кожный зуд, тяжесть в голове.

Из анамнеза известно, что с 14 лет пациент страдает сахарным диабетом, около 3 лет отмечает прогрессирующее снижение остроты зрения, нестабильные показатели гликемии – периодические симптоматические гипогликемии, сменяющиеся гипергликемиями. В связи с этим пациент резко уменьшил количество потребляемых углеводов, за последние 2 месяца похудел на 3 кг. Тем не менее гипогликемии стали возникать вновь на фоне более строгой диеты и уменьшения доз инсулинов, отметил появление одышки, кожного зуда, тошноты, нарастание слабости, периодически появление диареи.

Объективно: состояние тяжелое. Рост 175 см, масса тела 60 кг. Кожные покровы бледные, сухие, следы расчесов на спине, животе, конечностях. Умеренная пастозность голеней и лодыжек. ЧДД 28 в минуту. При пульсоксиметрии сатурация кислорода 92%. Перкуторный звук ясный легочный, притуплен в нижних отделах справа. В легких дыхание ослаблено в нижних отделах справа, выше зоны ослабления и в нижних отделах слева выслушивается обилие влажных мелкопузырчатых незвонких хрипов. Тоны сердца приглушены, акцент 2-го тона над аортой, ритм правильный. АД 165/110 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, чувствительна при пальпации, край плотный, закруглен, поверхность гладкая. Селезенка перкуторно не увеличена. За сутки выделяет около 1 литра мочи, моча очень светлая, мутноватая.

Общий анализ крови: гемоглобин 85 г/л, эритроциты  $2,75 \times 10^{12}$ /л, гематокрит 38%, лейкоциты  $15,0 \times 10^9$ /л, тромбоциты  $460 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 7%, сегментоядерные 74%, эозинофилы 1%, базофилы 0%, моноциты 1%, лимфоциты 17%, СОЭ 40 мм/час. Уровень гликозилированного гемоглобина 8,5% (1 месяц назад).

Общий анализ мочи: относительная плотность 1006, белок 2,5 г/л, глюкоза 10 ммоль/л, кетоновые тела +, лейкоциты 20–25 в поле зрения, эритроциты 4–6 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: АЛТ 45 ед/л, АСТ 62 ед/л, ГГТП 110 ед/л, билирубин общий 12,0 мкмоль/л, билирубин прямой 2,4 мкмоль/л, глюкоза 15,0 ммоль/л, мочевины 22,4 ммоль/л, креатинин 325 мкмоль/л, общий белок

68 г/л, альбумин 28 г/л, холестерин 8,2 ммоль/л, триглицериды 3,5 ммоль/л, калий 6,2 ммоль/л, натрий 130 ммоль/л, хлор 92 ммоль/л.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 148**

---

Больная А. 67 лет госпитализирована бригадой скорой медицинской помощи в реанимационное отделение в состоянии комы.

Анамнез собран со слов мужа пациентки. Из анамнеза известно, что в течение 5 лет страдает сахарным диабетом 2-го типа, по поводу чего принимала глибенкламид 5 мг три раза в сутки. В течение 5 лет артериальная гипертензия с максимальными повышениями АД до 180/100 мм рт. ст., хорошее самочувствие при АД 140/80 мм рт. ст., постоянно принимает эналаприл 10 мг два раза в день. Другие сопутствующие заболевания отрицает. Курит по 10 сигарет в день на протяжении 35 лет.

Настоящее ухудшение состояния около недели назад, когда больная перенесла вирусную инфекцию, протекающую с выраженной диареей, рвотой несколько раз в день на протяжении трех дней, по поводу чего самостоятельно принимала активированный уголь и регидрон. С этого момента появились и стали нарастать жалобы на сухость во рту, жажду, обильное и учащенное мочеиспускание, слабость, гиподинамия. В день госпитализации больная потеряла сознание, отмечался судорожный синдром, в связи с чем муж пациентки вызвал наряд «скорой медицинской помощи», и она была госпитализирована в реанимационное отделение.

Объективно: состояние крайне тяжелое. Уровень сознания – кома. Температура тела 38,1 °С. Выраженная сухость кожи, снижение ее тургора. Тонус глазных яблок снижен, зрачки узкие, слабо реагируют на свет. Сухожильные рефлексы снижены. Ригидность затылочных мышц, положительный симптом Бабинского. ЧДД 14 в минуту. В легких жесткое дыхание, хрипы не выслушиваются. Перкуторно границы сердца расширены влево. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 120 уд./мин., АД 90/60 мм рт. ст. Пульс на периферических артериях слабого наполнения и напряжения. Живот мягкий. Язык сухой. Печень по краю реберной дуги.

ЭКГ: синусовая тахикардия с ЧСС 120 в минуту, отклонение ЭОС влево. Признаки гипертрофии миокарда левого желудочка.

Общий анализ крови: гемоглобин 146 г/л, эритроциты  $5,2 \times 10^{12}$ /л, гематокрит 44%, лейкоциты  $9,8 \times 10^9$ /л, тромбоциты  $240 \times 10^9$ /л.

Биохимический анализ крови: креатинин 108 мкмоль/л, калий 4,1 ммоль/л, натрий 152 ммоль/л, хлориды 112 ммоль/л, АСТ 30 ед/л, АЛТ 28 ммоль/л, глюкоза 46 ммоль/л.

Общий анализ мочи без патологии. Кетоновые тела отсутствуют.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **ЗАДАЧА № 149**

---

Пациент Н. 19 лет поступил экстренно по скорой помощи. При поступлении предъявлял жалобы на общую слабость, повышенную утомляемость, вялость, сонливость, сухость во рту, жажду, кожный зуд в области ладоней, снижение аппетита, болезненность в области живота, головные боли, запах ацетона изо рта.

Из анамнеза: родился третьим ребенком в семье. Рос и развивался соответственно возрасту. Питание регулярное, разнообразное. Перенесенные заболевания: ОРЗ, ОРВИ, грипп. Наследственность не отягощена. Ранее не обследовался, не лечился. Настоящее ухудшение состояния наступило в течение суток до госпитализации на фоне психоэмоционального стресса, когда появились головные боли, общая слабость, быстрая утомляемость, сухость во рту, жажда, тошнота, запах ацетона изо рта.

Объективный осмотр: состояние средней тяжести. Рост 180 см, вес 68 кг. Сознание ясное, положение активное. Осанка правильная, походка ровная. Конституциональный тип нормостенический. Температура тела 36,6 °С. Выражение лица утомленное. Кожные покровы бледно-розовые, сухие, шелушение кожи в области ладоней. Волосистой покров соответствует полу и возрасту. Видимые слизистые бледно-розовые, чистые, влажные. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Периферических отеков нет. Лимфатические узлы не пальпируются. Щитовидная железа не увеличена, безболезненна, без уплотнений и узелков. Мышечная система развита

удовлетворительно. Костная система без видимых деформаций. Частота дыхательных движений 18 в минуту. Дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 120 в минуту. Пульс на периферических артериях умеренного напряжения и наполнения. Артериальное давление на обеих руках 130/80 мм рт. ст. Язык влажный, покрыт белым налетом. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Край печени, закругленный, гладкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

ЭКГ: синусовая тахикардия, ЧСС 133 в минуту.

Рентгенография грудной клетки: без патологических изменений

УЗИ органов брюшной полости и почек: общий желчный проход не расширен, желчный пузырь не опорожнен. Поджелудочная железа умеренной эхогенности, контуры ровные, четкие. Почки: правая – размер 115x43 мм, паренхима 15 мм; левая – размеры 116x55 мм, паренхима 15 мм. Печень: 13x3,5 см, умеренно повышенная эхогенность.

Общий анализ крови: гемоглобин 170 г/л, эритроциты  $5,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты  $11,0 \times 10^9$ /л, СОЭ 7 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок 70 г/л, креатинин 79 мг/л, билирубин общий 12,2 мкмоль/л, холестерин 5,9 ммоль/л, глюкоза 16,0 ммоль/л.

Гликемический профиль: в 13:00 18,6 ммоль/л, в 17:00 19,8 ммоль/л.

Гликозилированный гемоглобин 12,2%.

Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, реакция кислая, относительная плотность 1020, лейкоциты 1–2 в поле зрения, белок отрицательный, глюкоза +++++, кетоновые тела +++.



### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## ТЕМЫ ЗАДАЧ

---

### *Терапия. Задачи 1–105*

1. Острый инфаркт миокарда, кардиогенный шок
2. Острый инфаркт миокарда, отек легких
3. Острый инфаркт миокарда, АВ-блокада
4. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST
5. Острый коронарный с подъемом сегмента ST
6. WPW-синдром, наджелудочковая тахикардия
7. Расслоение аорты
8. Вазоспастическая стенокардия
9. Абдоминальная форма инфаркта миокарда
10. Коарктация аорты
11. Массивная ТЭЛА, острая правожелудочковая недостаточность
12. Хроническая постэмболическая легочная гипертензия
13. Феохромоцитома, артериальная гипертензия, гипертонический криз
14. Гипотиреоз, гидроперикард
15. Экссудативный перикардит
16. Постинфарктный кардиосклероз, ХСН со сниженной фракцией выброса
17. Проплапс митрального клапана, экстрасистолия
18. Аортальный стеноз, синдром стенокардии
19. Узелковый полиартериит, артериальная гипертензия
20. Резистентная артериальная гипертензия
21. Артериальная гипертензия, метаболический синдром
22. Гипертоническая болезнь
23. Внебольничная пневмония
24. Внебольничная пневмония
25. Бронхиальная астма. Осложнения в связи с длительным приемом ГКС
26. Язвенная болезнь, осложненная кровотечением на фоне приема НПВС
27. Госпитальная пневмония
28. Тромбоцитопения
29. Хронический миелолейкоз
30. Агранулоцитоз
31. Острый миелобластный лейкоз
32. Лимфома Ходжкина
33. Истинная полицитемия
34. Геморрагический васкулит
35. Железодефицитная анемия
36. Множественная миелома

37. Хронический лимфолейкоз, внебольничная пневмония
38. В12-дефицитная анемия
39. Синдром Гудпасчера
40. Острый гломерулонефрит
41. Гематурический гломерулонефрит
42. Болезнь минимальных изменений, НС и ТЭЛА
43. Ревматоидный артрит, вторичный амилоидоз
44. Сахарный диабет, хронический пиелонефрит, ХБП
45. Хронический гломерулонефрит, ХБП
46. Проплап митрального клапана, дисплазия соединительной ткани
47. ИГСС, пароксизмальная желудочковая тахикардия
48. Вирусный миокардит, нарушения ритма и проводимости
49. Дилатационная кардиомиопатия, ХСН
50. Госпитальная пневмония
51. ХОБЛ, обструктивная дыхательная недостаточность
52. Острый приступ обструкции при бронхиальной астме (астматический статус)
53. Бронхоэктатическая болезнь, амилоидоз почек
54. Фиброзирующий альвеолит, рестриктивная дыхательная недостаточность
55. Язвенная болезнь желудка, стеноз привратника
56. Хронический панкреатит с признаками экзокринной и эндокринной недостаточности
57. Цирроз печени, синдром портальной гипертензии
58. Цирроз печени, синдром печеночно-клеточной недостаточности
59. Аутоиммунный гепатит, тромбоцитопения
60. Болезнь Крона, системные (внекишечные) поражения
61. Язвенный колит, системные (внекишечные) проявления
62. Целиакия, анемический синдром
63. Гепатоцеллюлярная карцинома в исходе хронического гепатита В
64. Псевдомембранозный колит на фоне антибактериальной терапии
65. Ишемический колит, сахарный диабет
66. Анкилозирующий спондилит
67. Системная склеродермия
68. Системная склеродермия
69. Ревматоидный артрит с внесуставными проявлениями, НПВП-гастропатия
70. Остеоартроз
71. Подагра, метаболический синдром
72. Острый подагрический артрит
73. Идиопатический дерматомиозит

74. Идиопатический дерматомиозит острого течения
75. Узелковый полиартериит
76. Кальцинированный клапанный аортальный стеноз
77. Системная красная волчанка
78. Серонегативный спондилоартрит (синдром Рейтера)
79. Острая ревматическая лихорадка
80. Системная красная волчанка
81. Гонартроз
82. Антифосфолипидный синдром
83. Антифосфолипидный синдром
84. Хроническая ревматическая болезнь сердца: сочетанный митральный порок
85. Инфекционный эндокардит
86. ИБС, постинфарктный кардиосклероз, ХСН
87. Хронический пиелонефрит
88. Болевой синдром, онкологическое заболевание легких
89. Хронический панкреатит с признаками экзокринной и эндокринной недостаточности
90. Фолиеводефицитная анемия
91. Остеоартроз
92. Дерматомиозит, опухолевое заболевание
93. Гипертоническая болезнь I стадии, множественные метаболические факторы риска (дислипидемия, ожирение, нарушение гликемии натощак)
94. Железодефицитная анемия, хроническая кровопотеря (метроррагии)
95. Гипертрофическая болезнь, гипертрофия миокарда левого желудочка, фибрилляция предсердий, высокий риск тромбоэмболических осложнений
96. Гипертоническая болезнь II стадии и факторы риска (возраст, мужской пол, семейный анамнез, курение)
97. ИБС, стенокардия напряжения
98. В12-дефицитная анемия
99. Беременность, артериальная гипертония
100. Дисплазия соединительной ткани, нарушения ритма сердца
101. Старческая астения
102. Железодефицитная анемия, хроническая кровопотеря из желудочно-кишечного тракта
103. Внебольничная пневмония пожилого возраста, ХОБЛ
104. Бронхоэктатическая болезнь
105. Бронхиальная астма

### ***Профессиональные болезни. Задачи 106–115***

106. Хроническая интоксикация бензола
107. ХОБЛ профессионального генеза, деформирующий артроз
108. Хроническая свинцовая интоксикация
109. Хроническая ртутная интоксикация
110. Профессиональная бронхиальная астма
111. Хроническая марганцевая интоксикация
112. Гиперчувствительный пневмонит
113. Пневмокониоз, антракосиликоз
114. Вибрационная болезнь
115. Бруцеллез, подострая форма

### ***Инфекционные болезни. Задачи 116–123***

116. ВИЧ-инфекция
117. Гепатит А
118. Менингококковая инфекция
119. Холера
120. Лептоспироз
121. Тропическая малярия, кома
122. Менингококковый менингит
123. Инфекционный мононуклеоз

### ***Фтизиатрия. Задачи 124–130***

124. Хронический алкоголизм и казеозная пневмония
125. Первичный туберкулезный комплекс
126. Сахарный диабет и инфильтративный туберкулез легких
127. Центральный рак легкого
128. Язвенная болезнь желудка и фиброзно-кавернозный туберкулез легких
129. Периферический рак легкого
130. Диссеминированный туберкулез легких, ВИЧ-инфекция, хронический вирусный гепатит С

### ***Эндокринология (кафедра эндокринологии). Задачи 131–139***

131. Сахарный диабет 1-го типа, гипогликемическая кома
132. Декомпенсированный сахарный диабет, тип 2, гиперосмолярная кома
133. Декомпенсированный сахарный диабет, тип 1, впервые выявленный, кетоацидотическое состояние
134. Сахарный диабет 1-го типа, диабетическая нефропатия



135. Диффузный токсический зоб, тиреотоксическое сердце
136. Синдром гиперкортицизма (болезнь Иценко – Кушинга, синдром Кушинга)
137. Гипотиреоз
138. Подострый тиреоидит
139. Хроническая надпочечниковая недостаточность

***Эндокринология (кафедра терапии). Задачи 140–149***

140. Гипотиреоз
141. Синдром гиперкортицизма
142. Сахарный диабет 1-го типа, декомпенсация, диабетическая нефропатия, обострение хронического пиелонефрита
143. Диффузный токсический зоб, тиреотоксическое сердце, офтальмопатия
144. Гипотиреоз и сердечная недостаточность
145. Сахарный диабет 1-го типа, декомпенсация, диабетическая нефропатия, нефротический синдром
146. Хроническая надпочечниковая недостаточность аутоиммунного генеза
147. Сахарный диабет 1-го типа, диабетическая нефропатия, ХБП, вероятное обострение хронического пиелонефрита
148. Сахарный диабет 2-го типа, гиперосмолярная кома
149. Сахарный диабет 1-го типа, кетоацидоз

***Авторы задач***

- Задачи 1–20 подготовлены кафедрой госпитальной терапии №1
- 21–27: кафедрой клинической фармакологии ЛФ
  - 28–45: кафедрой факультетской терапии МФ
  - 46–65: кафедрой госпитальной терапии №2 ЛФ
  - 66–85: кафедрой факультетской терапии имени А.И. Нестерова
  - 86–105: кафедрой поликлинической терапии
  - 106–115: кафедрой профессиональных болезней
  - 116–123: кафедрой инфекционных болезней
  - 124–130: кафедрой фтизиатрии
  - 131–139: кафедрой эндокринологии

## НОРМАЛЬНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

### Общий анализ крови

ПОКАЗАТЕЛЬ	НОРМА	ЕДИНИЦЫ
Гемоглобин	120–150	г/л
Эритроциты	3,7–5,5	10 <sup>12</sup> /л
Гематокрит	36,0–54,0	%
Цветовой показатель	0,82–1,05	ед
Тромбоциты	150,0–450,0	10 <sup>9</sup> /л
Лейкоциты	4,0–9,0	10 <sup>9</sup> /л
Бласты	0	%
Промиелоциты	0	%
Миелоциты	0	%
Метамиелоциты	0	%
Палочкоядерные	1–6	%
Сегментоядерные	47–72	%
Эозинофилы	0–5	%
Базофилы	0–1	%
Лимфоциты	19–37	%
Моноциты	2–11	%
Плазматические клетки	0	%
Бласты	0	10 <sup>9</sup> /л
Промиелоциты	0	10 <sup>9</sup> /л
Миелоциты	0	10 <sup>9</sup> /л
Метамиелоциты	0	10 <sup>9</sup> /л
Палочкоядерные	0,04–0,3	10 <sup>9</sup> /л
Сегментоядерные	2,0–5,5	10 <sup>9</sup> /л
Эозинофилы	0–0,3	10 <sup>9</sup> /л
Базофилы	0–0,07	10 <sup>9</sup> /л
Лимфоциты	1,2–3,0	10 <sup>9</sup> /л
Моноциты	0,09–0,6	10 <sup>9</sup> /л
Плазматические клетки	0	10 <sup>9</sup> /л
Нормобласты	0	/100 лейкоцитов
СОЭ	2–15	мм/час

### *Миелограмма*

ПОКАЗАТЕЛЬ	НОРМА	ЕДИНИЦЫ
Клеточность костного мозга	41–200	$10^{12}/л$
Бласты	5	%
Гранулоцитарный ряд	52,7–68,9	%
Лимфоидный ряд	15–37	%
Моноцитарный ряд	1–8	%
Эритроидный ряд	14,5–26,5	%

### *Биохимический анализ крови*

ПОКАЗАТЕЛЬ	НОРМА	ЕДИНИЦЫ
Общий белок	63–87	г/л
Альбумин	35–45	г/л
Мочевина	2–8	ммоль/л
Креатинин	45–88	мкмоль/л
ЛДГ	240–450	ед/л
Щелочная фосфатаза	120–240	ед/л
АЛТ	20–35	ед/л
АСТ	8–34	ед/л
ГГТП	20–120	ед/л
СРБ	До 5	мг/л
Сывороточный IgE	0–8	кед/л

### *Газы артериальной крови*

ПОКАЗАТЕЛЬ	НОРМА	ЕДИНИЦЫ
pH	7,35–7,45	
$p_aO_2$	10–13,1	кПа
$p_aCO_2$	4,9–6,1	кПа
$HCO_3^-$	22–28	ммоль/л

### **УЗИ органов брюшной полости**

ПОКАЗАТЕЛЬ	НОРМА	ЕДИНИЦЫ
Печень		
Правая доля КВР	<14	см
ККР	<15	см
Толщина	<12.5	см
Левая доля		
ККР	<10	см
Толщина	<6	см
Желчный пузырь	6–10х1,5–3	см
Воротная вена	≤ 6	мм
Селезенка	120х50х70	мм
Селезеночная вена	8–10 (вдох), 4–6 (выдох)	мм

*КВР – косой вертикальный размер*

*ККР – краниокаудальный размер*

### **УЗИ почек**

ПОКАЗАТЕЛЬ	НОРМА	ЕДИНИЦЫ
Длина почки	10–12	см
Ширина почки	5–6	см
Толщина почки	4–5	см
Толщина паренхимы почки	20–23	мм

### **УЗИ щитовидной железы**

ПОКАЗАТЕЛЬ	НОРМА	ЕДИНИЦЫ
Перешеек	4–6	мм
Правая доля	13–18 x 16–18 x 40–60	мм
Левая доля	13–18 x 16–18 x 40–60	мм
Паращитовидные железы	4–8 x 3–4 x 1–3	мм

*Эхокардиографические показатели в норме (Резник Е.В., Гендлин Г.Е., Сторожаков Г.И., 2013)*

Показатель	Женщины	Мужчины
Толщина передней стенки правого желудочка (Тпр), см	0,2–0,5	
Конечно-диастолический размер правого желудочка (КДРпж), см	2,7–3,3	
Диаметр корня аорты (Ао), см	2,2–3,6	
Толщина межжелудочковой перегородки (Тмжп), см	0,6–0,9	0,6–1,0
Конечно-диастолический размер левого желудочка (КДРлж), см	3,9– 5,3	4,2–5,9
Конечно-систолический размер левого желудочка (КСРлж), см	<3,8 см	
Толщина задней стенки левого желудочка (Тзслж), см	0,6–0,9	0,6–1,0
Раскрытие аортального клапана, см	>1,6	
Диаметр левого предсердия (ЛП), см	2,7–3,8	3,0–4,0
Диаметр легочной артерии (ЛА), см	1,5–2,1	
Конечно-диастолический объем левого желудочка (КДОлж), мл	56–104	67–155
Конечно-систолический объем левого желудочка (КСОлж), мл	До 58 мл	
Фракция выброса левого желудочка (ФВлж), %	>55%	
Индекс массы миокарда левого желудочка (ИММлж), г/м <sup>2</sup>	43–95	49–115
Сердечный выброс (СВ), л/мин	4–6,5	
Ударный объем левого желудочка (УОлж), мл	50–90	
Ударный индекс (УИ), мл/м <sup>2</sup>	45–55	
Сердечный индекс (СИ), л/мин/м <sup>2</sup>	3–4,5	

## РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

### Перечень основной литературы

№ п/п	Наименование	Автор	Год и место издания	Используется при изучении разделов	Семестр	Количество экземпляров	
						в библиотеке	электронный адрес ресурсов
1	2	3	4	5	6	7	1
1	Внутренние болезни. В 2 т.	Под редакцией В.С. Моисеева, А.И. Мартынова, Н.А. Мухина	Москва, ГЭО-ТАР-Медиа, 2013	Госпитальная терапия	9, 10, 11	удаленный доступ	http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp
2	Эндокринология	И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, В.В. Фадеев	Москва, ГЭО-ТАР-Медиа, 2013	Эндокринология	10, 11	удаленный доступ	http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp
3	Госпитальная терапия. Курс лекций: учебное пособие	Под ред. В.А. Люсова	Москва, ГЭО-ТАР-Медиа, 2010	Госпитальная терапия	9, 10, 11	удаленный доступ	http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp
4	Внутренние болезни [учеб. для мед. вузов] : в 2 т. / 2-е изд., испр. и доп. – Т. 1.	Р. А. Абдулхаков, В. Г. Авдеев, В. А. Алмазов и др.; под ред. Н.А. Мухина и др.	Москва, ГЭО-ТАР-Медиа, 2012	Госпитальная терапия	9, 10, 11	118	-
5	Внутренние болезни [учеб. для мед. вузов] : в 2 т. / 2-е изд., испр. и доп. – Т. 2.	Р.А. Абдулхаков, В.Г. Авдеев, В.А. Алмазов и др.; под ред. Н.А. Мухина и др.	Москва, ГЭО-ТАР-Медиа, 2012.	Госпитальная терапия	9, 10, 11	118	-

6	Внутренние болезни [учеб. для высш. проф. образования]: в 2 т. / Т. 2 / 3-е изд., испр. и доп. – 896 с. : ил.	Р.А. Абдулхаков и др.; под ред. В.С. Моисеева и др.	Москва, ГЭО-ТАР-Медиа, 2013	Госпитальная терапия	9, 10, 11	удаленный доступ	<a href="http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp">http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp</a>
7	Внутренние болезни [учеб. для высш. проф. образования]: 6-е изд., перераб. и доп. – 765 с. : ил.	В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, В.А. Сулимов	Москва, ГЭО-ТАР-Медиа, 2013.	Госпитальная терапия	9, 10, 11	удаленный доступ	<a href="http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp">http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp</a>
8	Внутренние болезни: тесты и ситуаци. задачи [учеб. пособие для высш. проф. образования]. – 294 с. : ил.	В.И. Маколкин и др.	Москва, ГЭО-ТАР-Медиа, 2012.	Госпитальная терапия	9, 10, 11	удаленный доступ	<a href="http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp">http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp</a>
9	Болезни клапанов сердца. – 200 с.: ил.	Г.И. Сторожков, Г.Е. Гендлин, О.А. Миллер	Москва, Практика, 2012	Госпитальная терапия	9, 10, 11	удаленный доступ	<a href="http://books-up.ru">http://books-up.ru</a>

### Перечень дополнительной литературы

№ п/п	Наименование	Автор	Год и место издания	Используется при изучении разделов	Количество экземпляров	
					в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6	7
1	Госпитальная терапия: учебник 472 с. – (Учебник для медицинских вузов)	под ред. А.В. Гордиенко	Санкт-Петербург: СпецЛит, 2014	Госпитальная терапия	удаленный доступ URL : <a href="http://e.lanbook.com">http://e.lanbook.com</a> .	
2	Клиническая медицина: цв. атлас и учеб.– 528 с.: ил.	Ч. Д. Форбс, У.Ф. Джексон	Москва, Логосфера, 2009	Госпитальная терапия, эндокринология	удаленный доступ URL : <a href="http://books-up.ru">http://books-up.ru</a> .	

3	Кардиология : нац. рук. / Ю.Н. Беленков и др.]; 1232 с.: ил.	под ред. Ю.Н. Беленкова, Р.Г. Оганова	Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2011	Кардиология	удаленный доступ URL : <a href="http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp">http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp</a> .
4	Кардиореабилитация: практическое руководство. – 328 с.	под ред. Дж. Ниебауэра; пер. с англ., под ред. Ю.М. Позднякова.	Москва, Логосфера, 2012	Кардиология	удаленный доступ URL : <a href="http://books-up.ru">http://books-up.ru</a> .
5	Болезни сердца по Бранувальду: руководство по сердечно-сосудистой медицине: в 4 т. Т.1. – 624 с. Т. 2. – 596 с. Т.3. – 728 с. Т. 4. – 808 с.	ред.: П. Либби и др.; пер. с англ.	Т.1 Москва, Рид Элсивер 2011 Т.2 Москва, Логосфера, 2012 Т.3 Москва, Логосфера, 2013 Т.4. Москва, Логосфера, 2015	Кардиология	удаленный доступ URL : <a href="http://books-up.ru">http://books-up.ru</a> .
6	Ревматология: нац. рук. – 718 с.: ил.	Алекберова З.С. и др.]; под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой.	Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2010	Ревматология	удаленный доступ URL: <a href="http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp">http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp</a> .
7	Атлас гематологии. – 608 с.	Шона К. Андерсон, Кейла Б. Поулсен.	Москва, Логосфера, 2007.	Гематология	удаленный доступ URL: <a href="http://books-up.ru">http://books-up.ru</a>
8	Электrokардиография. – 320 с.	Мурашко В.В., Струтынский А.В.	Москва, МедПресс-Интерм, 2016	Кардиология	
9	Эхокардиография в практике кардиолога. – 212 с.	Е.В. Резник, Г.Е. Гендлин, Г.И. Сторожаков.	Москва, Практика, 2013 г.	Кардиология	
10	Грамматика артрита. – 168 с.	Лялина В.В. Сторожаков Г.И.	Москва, Практика, 2010	Ревматология	
11	Клинические рекомендации по всем представленным нозологиям				



# СБОРНИК СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ИТОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО»

## Учебное пособие

### Составители задач:

*Сотрудники кафедры госпитальной терапии №1 ЛФ:* Гордеев И.Г. – профессор, д.м.н., заведующий кафедрой; Лучинкина Е.Е. – к.м.н., доцент кафедры; Лебедева А.Ю. – д.м.н., профессор; Волов Н.А. – к.м.н., доцент; Шайдюк О.Ю. – к.м.н., доцент; Кокорин В.А. – к.м.н., доцент; Соболева В.Н. – к.м.н., доцент; Беневская М.А. – к.м.н., доцент.

*Сотрудники кафедры госпитальной терапии №2 ЛФ:* Никитин И.Г. – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой; Резник Е.В. – д.м.н., профессор; Ильченко Л.Ю. – д.м.н., профессор; Карабиненко А.А. – д.м.н., профессор; Гендлин Г.Е. – д.м.н., профессор; Байкова И.Е. – к.м.н., доцент; Тотолян Г.Г. – к.м.н., доцент; Эттингер О.А. – к.м.н., доцент; Модестова А.В. – к.м.н., доцент; Лепков С.В. – к.м.н., доцент; Лялина В.В. – к.м.н., доцент; Мелехов А.В. – к.м.н., доцент; Емелина Е.И. – к.м.н., доцент; Ежова И.С. – к.м.н., доцент; ассистенты – Алиева А.М., Пшеннова В.С., Светлаков В.И., Шуйкова К.В., Островская Ю.И., Осканова Р.С.; Полищук С.С.

*Сотрудники кафедры факультетской терапии ЛФ:* Кисляк О.А. – д.м.н., профессор; Червякова Ю.Б. – к.м.н., доцент; Копелев А.А. – к.м.н., доцент.

*Сотрудники кафедры факультетской терапии им. академика А.И. Нестерова ЛФ:* Шостак Н.А. – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой; Аксенова А.В. – д.м.н., профессор; Карпова Н.Ю. – д.м.н., профессор; Константинова Е.В. – д.м.н., доцент; Чипигина Н.С. – к.м.н., доцент; Казакова Т.В. – к.м.н., доцент; Аничков Д.А. – к.м.н., доцент; Мурадянц А.А. – к.м.н., доцент; Ткачева В.Н. – к.м.н., доцент; Клименко А.А. – к.м.н. доцент; Поскребышева А.С. – к.м.н., доцент; Андрияшкина Д.Ю. – к.м.н., ассистент; Кондрашов А.А. – ассистент; Новицов И.В. – к.м.н., старший лаборант.

*Сотрудники кафедры эндокринологии ЛФ:* Потемкин В.В. – к.м.н., профессор, заведующий кафедрой; Томилова Е.Н. – к.м.н., доцент; Алексеева Е.А. – ассистент.

*Сотрудники кафедры фтизиатрии ЛФ:* Стаханов В.А. – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой; Шаркова Т.И. – к.м.н., доцент.

*Сотрудники кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии ЛФ:* Никифоров В.В. – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой; Бурова С.В. – к.м.н., доцент

*Сотрудники кафедры клинической фармакологии ЛФ:* Леонова М.В. – д.м.н., профессор; Алимова Э.Э. – к.м.н., доцент; Еремина Ю.Н. – к.м.н., доцент; Борисова Е.О. – к.м.н., доцент.

*Сотрудники кафедры поликлинической терапии ЛФ:* Чукаева И.И. – д.м.н. профессор, заведующая кафедрой; Орлова Н.В. – д.м.н. профессор; Ларина В.Н. – д.м.н. профессор; Ахматова Ф.Д. – к.м.н., доцент; Вартанян Е.А. – к.м.н., доцент; Головки М.Г. – к.м.н., доцент; Кудина Е.В. – к.м.н., доцент; Спирякина Я.Г. – к.м.н. доцент; Литвинова С.Н. – к.м.н., доцент; Соловьев С.С. – к.м.н. доцент; Карселадзе Н.Д. – к.м.н. ассистент.

*Сотрудники деканата лечебного факультета:* д.м.н. Дворников А.С., Надарейшвили Г.Г., к.м.н. Скрипкина П.А., к.м.н Гайдина Т.А.

*Проректор по учебной работе:* Коробко А.И.

*Заведующая кафедрой русского языка:* Соина М.А.

**АНО «Издательство РАМН»**

**119021, г. Москва, а/я 81**

**Тел. 8 (499)390-27-20**

Отпечатано в ЗАО «Издательство ИКАР».

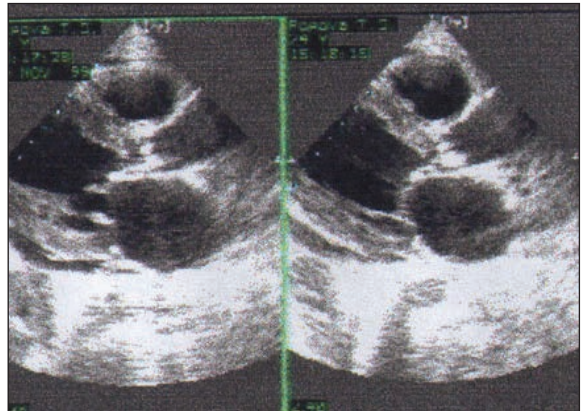
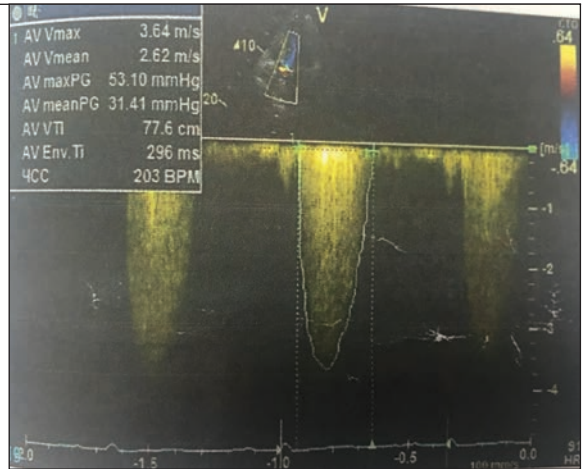
Москва, 121069, Хлебный пер., д. 2/3, стр. 2

Тел.: 8(495) 777-30-39, 8(495) 978-35-99, 8(499)238-90-03

www.ikar-publisher.ru

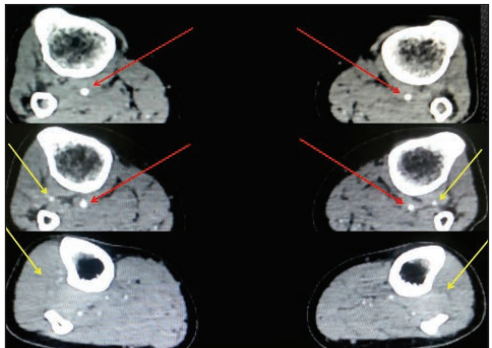
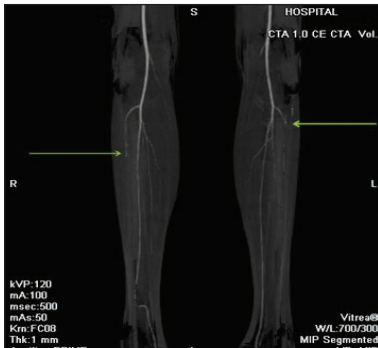
## К ЗАДАЧЕ 18

Эхокардиография: аорта, аортальный клапан (АК) кальцинированы. Амплитуда раскрытия створок АК снижена, площадь АК  $0,73 \text{ см}^2$  (норма  $2,5\text{--}3,5 \text{ см}^2$ ). Градиент систолического давления на АК  $53/31 \text{ мм рт. ст.}$ . Аортальная регургитация II степени. Небольшое расширение левого предсердия. Умеренная симметричная гипертрофия миокарда левого желудочка. Масса миокарда ЛЖ  $340 \text{ г.}$  Систолическая функция ЛЖ снижена. Фракция выброса  $50\%$ . Признаки небольшой легочной гипертензии. Небольшое количество жидкости в полости перикарда.



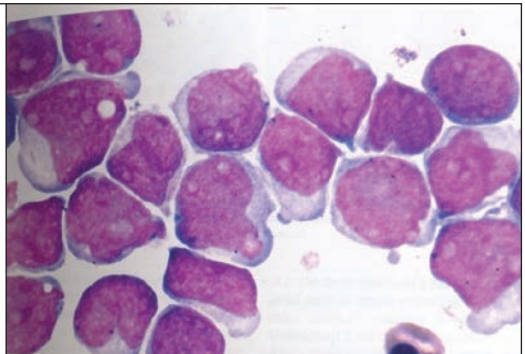
## К ЗАДАЧЕ 19

На МСКТ артерий нижних конечностей окклюзия передних большеберцовых артерий с обеих сторон.



## К ЗАДАЧЕ 31

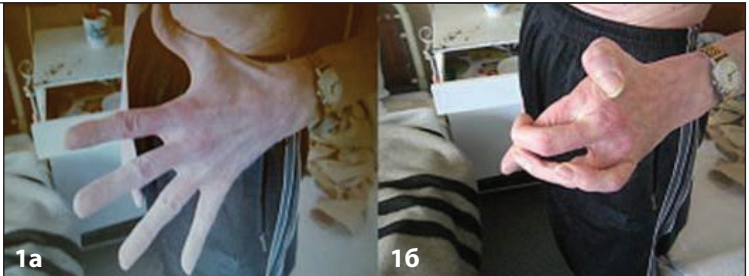
Миелограмма: бласты 90%, содержат азурофильные гранулы, палочки Ауэра, признаки вакуолизации ядер и цитоплазмы, угнетение всех ростков кроветворения, мегакарициты отсутствуют.



## К ЗАДАЧЕ 34

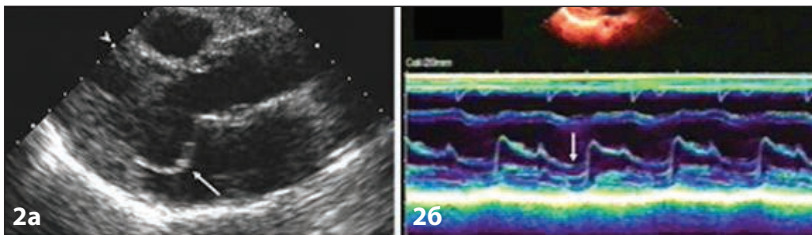


## К ЗАДАЧЕ 46



**Рис. 1а.** Кисть больного М.

**Рис. 1б.** Демонстрация больным М. способности к переразгибанию



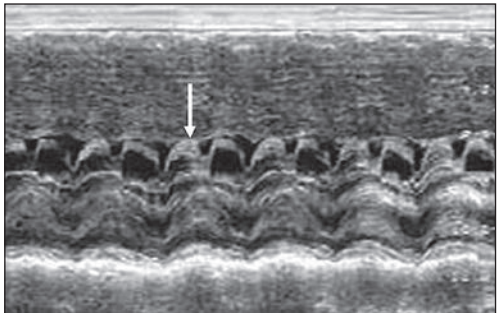
**Рис. 2а и 2б.** Эхокардиограмма больного М. в В- (рис. 2а) и М-режимах (рис. 2б) из парастеральной позиции по длинной оси. Стрелкой указан прогиб передней створки митрального клапана

## К ЗАДАЧЕ 47

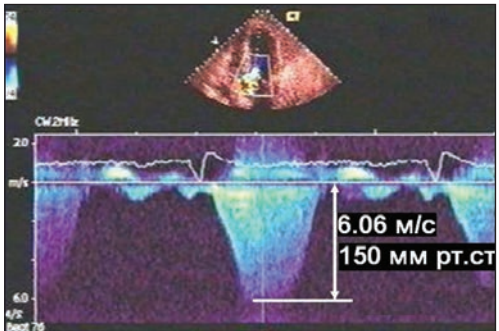
**Рис. 2.** Эхокардиограмма. Переднесистолическое движение аппарата митрального клапана



**Рис. 3.** Эхокардиографическое изображение сердца в М-режиме из парастеральной позиции по длинной оси. Переднесистолическое движение аппарата митрального клапана отмечено стрелкой

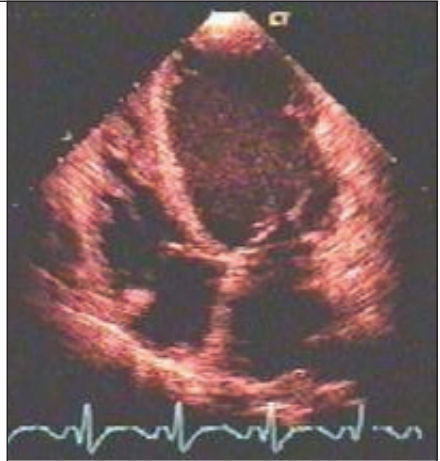


**Рис. 4.** Градиент (перепад) давления, определенный с помощью доплерографии, в выходном отделе левого желудочка сердца

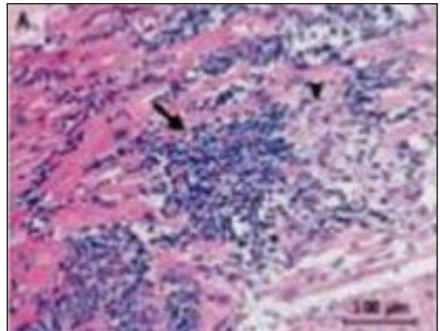


## К ЗАДАЧЕ 48

**Рис. 2.** Эхокардиограмма. Апикальная четырехкамерная позиция, систола



**Рис. 3.** Биоптат миокарда. Окраска гематоксилин-эозином. Стрелкой указаны воспалительная инфильтрация миокарда и поврежденные кардиомиоциты



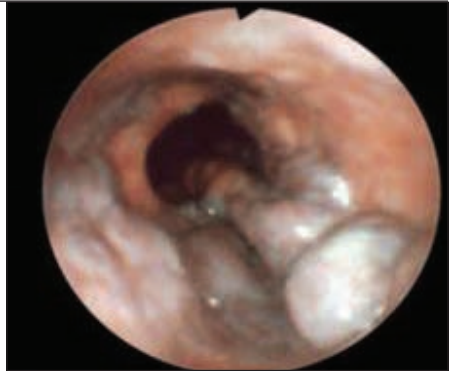
## К ЗАДАЧЕ 57

Фрагмент видеозаписи процедуры фиброгастродуоденоскопии (участок нижней трети пищевода).



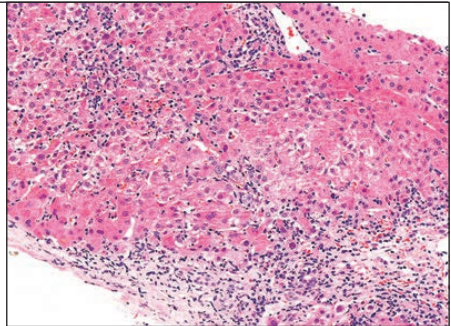
## К ЗАДАЧЕ 58

ЭГДС. Варикозно-расширенные вены пищевода I-II степени (фрагмент видеозаписи процедуры фиброгастроскопии, участок слизистой оболочки пищевода).

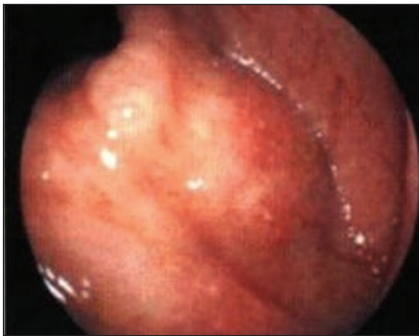


## К ЗАДАЧЕ 59

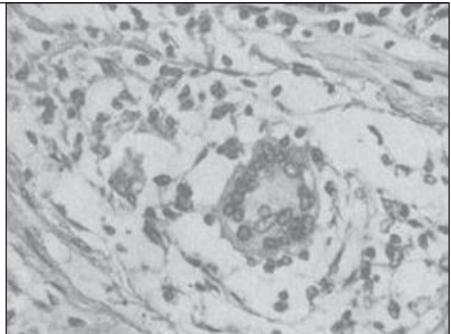
Микроскопия биоптата печени.



## К ЗАДАЧЕ 60



**Фото 1.** Фрагмент фиброколоноскопии (участок подвздошной кишки)

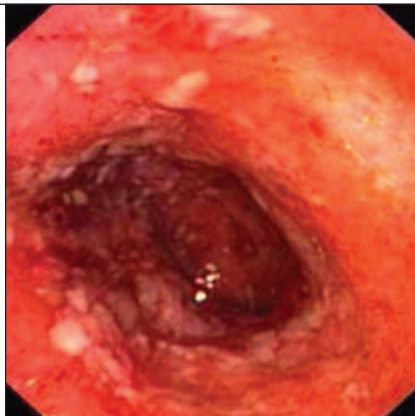


**Фото 2.** Макрофагальная гранулема

## К ЗАДАЧЕ 61

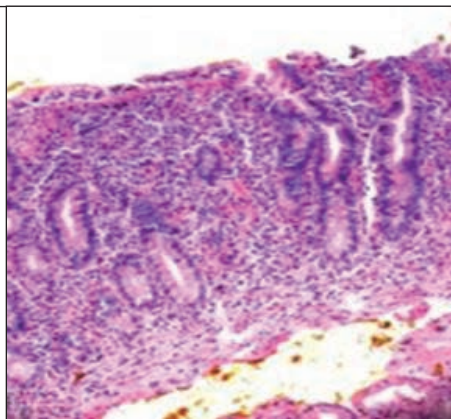
---

Фрагмент видеозаписи процедуры фиброколоноскопии (участок сигмовидной кишки).



## К ЗАДАЧЕ 62

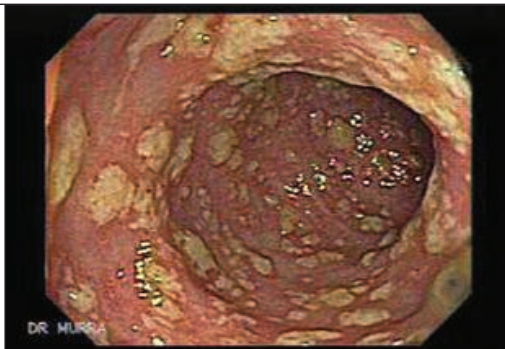
---





## К ЗАДАЧЕ 64

На фото представлен фрагмент видеозаписи процедуры фиброколоноскопии (участок сигмовидной кишки).



## К ЗАДАЧЕ 69

Изменения суставов кистей.



## К ЗАДАЧЕ 84

Допплеровское исследование больной А.

