

**Клинические задачи для подготовки студентов IV курса очной формы
обучения педиатрического факультета
ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ к промежуточной
аттестации в форме курсового экзамена по дисциплине « Факультетская
терапия, профессиональные болезни».**

КАРДИОЛОГИЯ

ЗАДАЧА

Пациент А., 48 лет, госпитализирован с жалобами на резкую слабость, одышку при незначительной физической нагрузке, головокружение, давящие боли за грудиной при ходьбе. Вышеуказанные жалобы появились год назад, постепенно прогрессировали. Состояние было расценено как стенокардия, получал лечение нитратами, в-блокаторами – без эффекта. В течение года отмечает усиленное выпадение волос, повышение потребности в кислых, солёных продуктах. При очередном обращении в поликлинику выявлено снижение Нв до 34 г/л, в связи с чем экстренно госпитализирован.

В анамнезе – редкие простудные заболевания, пневмония, хронический геморрой с редкими обострениями.

При поступлении состояние больного средней степени тяжести. Выраженная бледность слизистых и кожных покровов. Периферические лимфоузлы не увеличены. Над лёгкими лёгочный звук, дыхание везикулярное, ЧД 22 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, систолический шум над областью сердца, ритм правильный 94 в мин., АД 110/70 мм рт. ст. Печень, селезёнка не увеличены. Койлонихии.

В анализе крови: Нв 40 г/л, цв.показатель 0,78, ретикулоциты 10%, тромбоциты $300 \cdot 10^9$ /л, лейкоц. $7,8 \cdot 10^9$ /л, п/я 4%, сегм. 72%, эоз. 2%, лимф. 18%, мон 4%. Анизоцитоз, пойкилоцитоз, микроцитоз. Сывороточное железо 5,8 мкмоль/л.

Анализ мочи, билирубин, креатинин, сахар крови в пределах нормы. ЭКГ – ритм синусовый, диффузные изменения миокарда.

Какие ведущие клинические синдромы имеют место у пациента?

Чем они обусловлены?

Предварительный диагноз.

Составьте план обследования.

Назначьте лечение.

ЗАДАЧА

Пациент Б., 68 лет, госпитализирован с жалобами на одышку в покое, вплоть до приступов удушья по ночам, перебои в работе сердца, отёки нижних конечностей, увеличение в объеме живота.

В течение многих лет страдает артериальной гипертонией с максимальными цифрами АД 200/100 мм рт.ст. Эпизодически принимал капотен, клофелин. Год назад перенёс инфаркт миокарда, после чего прогрессивно нарастала одышка, появилось ощущение сердцебиения и перебоев в работе сердца. Периодически отмечает появление отёков ног, проходящих после приёма мочегонных. Постоянно получал дигоксин, энап, фуросемид, нитросорбид. В течение последнего месяца одышка усилилась, возникали ночные приступы удушья, отёки ног приобрели стойкий характер.

При поступлении состояние больного тяжёлое. Ортопноэ. Цианоз губ, «холодный» акроцианоз. ЧД 24 в 1 мин. Над лёгкими в нижних отделах справа – незвонкие влажные хрипы, там же укорочение перкуторного звука и ослабление дыхания. Границы сердца расширены влево. Тоны сердца глухие, систолический шум на верхушке, ритм неправильный, ЧСС 62 в 1 мин, АД 160/90 мм рт. ст. Живот увеличен в объёме за счёт свободной жидкости. Отёки, голеней, бёдер, передней брюшной стенки. Клинические анализы без патологии.

На ЭКГ – неправильная форма трепетания предсердий, частота 48 в 1 мин, в $V_2 - V_5$ – комплекс QS. На серии ЭКГ в течение года – без существенной динамики.

Рентгенологически – явления застоя в малом круге кровообращения.

Сформулируйте клинический диагноз.

Дальнейшая программа обследования.

Назначьте лечение.

Каков прогноз?

ЗАДАЧА

Пациент В., 56 лет, считает себя больным в течение 6 месяцев, когда при занятиях бегом стали появляться боли за грудиной давящего, сжимающего характера с иррадиацией в руку. Боли проходили при прекращении физической нагрузки. Больной прекратил занятия физкультурой. Последние три месяца приступы загрудинных болей стали возникать при незначительных стрессах, при ходьбе на расстояние 1-2 кварталов, подъёме на лестницу на 1-2 этажа. Боли купировались приёмом нитроглицерина сублингвально. В покое боли в грудной клетке не возникали. При случайных измерениях АД было 160/90 мм рт.ст. Больной курит до 10-12 сигарет в день.

При осмотре – умеренного питания, кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, тоны сердца ясные, ритм

правильный 72 уд/мин, АД 140/80 мм рт. ст. Печень не увеличена, периферических отёков нет.

В крови: холестерин 7,8 ммоль/л (№ - 3,1 –5,2 ммоль/л), триглицериды 1,02 ммоль/л (№ -0,2 ммоль/л), глюкоза 4,6 ммоль/л.

На ЭКГ ритм синусовый, ЧСС 72 уд/мин, признаки гипертрофии левого желудочка.

С диагностической целью была проба с физической нагрузкой на тредмиле. Больной выполнял нагрузку в течение 9 мин 50 сек, при этом на ЭКГ отмечалась депрессия сегмента ST на 2 мм ниже изолинии в нижнебоковых отведениях, во время восстановительного периода возникло мерцание предсердий.

При коронарографии выявлены атеросклеротические бляшки в левой коронарной артерии, сократительная функция левого желудочка на нарушена, в правой коронарной артерии обнаружен стеноз в средней части на 90%, в дистальном отделе – на 70% просвета.

- Сформулируйте клинический диагноз.
- Назначьте лечение.

ЗАДАЧА

Пациент Г., 61 года, на протяжении последних четырёх лет стали беспокоить загрудинные боли, возникающие при эмоциональных нагрузках, при быстрой ходьбе, на холодном ветру, после обильной еды. Боли возникали до 4-5 раз в день. Одышки не было. Последние три года во время болевых приступов – тахикардия 110-120 уд/мин и подъём АД до 170/90-100 мм рт. ст. На ЭКГ в покое без существенных изменений.

При осмотре – пульс 76 уд/мин, ритмичный. Границы сердца в пределах нормы, тоны приглушены. Со стороны лёгких, органов брюшной полости без патологии, периферических отёков нет.

Сформулируйте предварительный диагноз.

Будет ли препятствовать нормальная ЭКГ диагностике ИБС?

Можно ли по клиническим данным определить функциональный класс стенокардии?

Если можно, то назовите его.

Если нельзя, то какие дополнительные исследования с этой целью можно назначить: а) более простые; б) более сложные?

Препараты какой группы из антиангинальных средств наиболее предпочтительны при лечении этого пациента? Почему?

ЗАДАЧА

Пациент Д., 57 лет, находился в клинике по поводу трансмурального инфаркта миокарда. На 12 день заболевания у больного возникли сильные боли в левой половине грудной клетки, связанные с дыханием, повысилась температура до 38° , на следующий день появился сухой кашель.

При осмотре выявлено ослабление дыхания ниже угла лопатки слева, шум трения перикарда на ограниченном участке.

ЭКГ – динамика переднеперегородочного инфаркта миокарда.

При рентгенологическом исследовании грудной клетки выявлено наличие жидкости в левой плевральной полости.

Анализ крови: Нв 130 г/л, лейкоц. $12 \cdot 10^9/\text{л}$, Эоз. 8%, п/я 9%, сегм. 68%, лимф. 11%, мон. 4%, СОЭ 30 мм/час.

О каком осложнении инфаркта миокарда нужно думать в первую очередь?

Сформулируйте полный клинический диагноз.

Назначьте лечение.

ЗАДАЧА

Пациент Е., 64 лет, поступил с жалобами на одышку при ходьбе и в покое, отёки голеней. Болен в течение пяти лет, когда стали беспокоить боли за грудиной сжимающего характера, возникающие при ходьбе, подъёме по лестнице, а затем и в покое. Боли купировались приёмом нитроглицерина сублингвально. Два года назад перенёс инфаркт миокарда, после чего стала нарастать одышка, вначале при физической нагрузке, а в последнее время и в покое, преимущественно по ночам, появились отёки.

При осмотре – положение ортопноэ, цианоз губ, отёки голеней. В лёгких – влажные хрипы в задненижних отделах. Сердце увеличено влево, ослабление 1 тона и систолический шум на верхушке, акцент 2 тона на аорте. Пульс 64 уд/мин, ритм правильный, АД 150/80 мм рт.ст. Печень выступает из-под рёберного края на 3 см.

ЭКГ- ритм синусовый, глубокий Q в I, AVL, V₂₋₄ отведениях. Элевации ST нет.

Какой синдром является ведущим в клинической картине?

При каких заболеваниях он встречается?

Какие дополнительные методы исследования Вы должны назначить?

Сформулируйте диагноз.

Рекомендуемое лечение.

ЗАДАЧА

Пациент Ж., 54 лет, поступил с жалобами на одышку, тяжесть в правом подреберье. Болен около трёх лет, когда после перенесенного инфаркта миокарда появилась одышка при физической нагрузке. Два года назад заболевание осложнилось мерцательной аритмией, усилилась одышка, к вечеру появлялись отёки на ногах. Лечение сердечными гликозидами и мочегонными с эффектом. Ухудшение самочувствия последний месяц: появилась тяжесть в правом подреберье, выраженные отёки голеней и стоп, сердцебиение, чувство нехватки воздуха. Госпитализирован.

Состояние больного средней тяжести, выраженный акроцианоз, ортопноэ. Одышка в покое до 25 в 1 мин. Над лёгкими в нижних отделах притупление перкуторного звука, дыхание в этих отделах резко ослаблено, выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы, единичные сухие хрипы. Тоны сердца глухие, аритмичные, ЧСС 108 уд/мин, дефицит пульса 16. В правом подреберье пальпируется болезненная с закругленным краем, гладкая, увеличенная на 8 см, печень. Трофические изменения кожи голеней. Отёки.

Назовите ведущий клинический синдром.

Перечислите группу заболеваний, при которых может встречаться данный синдром.

Составьте план обследования пациента.

Сформулируйте клинический диагноз.

Назначьте лечение.

ЗАДАЧА

Пациент З., 47 лет, проснулся ночью от сильной боли за грудиной, в шее и правом плече. Почти сразу почувствовал удушье. Из-за боли и ощущения резкой нехватки воздуха не мог лежать, вскакивал с постели, ходил по комнате, выбегал на балкон. Через 30 минут после начала приступа осмотрен врачом кардиологической бригады скорой помощи.

При осмотре – состояние больного тяжёлое, бледен, цианоз губ, ЧД 34 в 1 мин, на расстоянии слышны «булькающие» хрипы. При аускультации в лёгких с обеих сторон много влажных крупнопузырчатых хрипов, выслушать тоны сердца из-за наличия хрипов невозможно. Пульс 10-4 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, АД 110/80 мм рт. ст.

Как Вы охарактеризуете данную клиническую ситуацию?

Основные причины возникновения данного клинического синдрома.

Сформулируйте предварительный диагноз.

Неотложные лечебные мероприятия.

Необходимое обследование больного после купирования приступа.

ЗАДАЧА

Пациент И., 55 лет, последние три месяца стал отмечать появление боли в грудной клетке при небольшой физической нагрузке. В течение 20 лет у больного инсулинзависимый сахарный диабет. Помимо инсулина других лекарственных препаратов не принимал. Пациент не курил, его масса тела находилась в пределах нормы. При осмотре у пациента не было выявлено каких-либо изменений со стороны сердца или других органов, однако на основании повторных измерений АД была диагностирована артериальная гипертензия с уровнем АД 170/110 мм рт.ст.

Общий анализ крови, содержание мочевины, креатинина и электролитов, функция щитовидной железы и ЭКГ покоя в пределах нормы. Показатели уровня гликолизированного инсулина свидетельствовали, что лечение сахарного диабета проводилось адекватно.

При рентгенологическом исследовании грудной клетки сердце в размерах не увеличено.

Уровень АД нормализовался после назначения препарата из группы ингибиторов АПФ. Диагноз стенокардии подтверждался положительным эффектом назначения нитратов. Однако, несмотря на нормализацию уровня АД, полностью добиться устранения приступов стенокардии на фоне приёма нитратов не удалось.

Сформулируйте клинический диагноз.

Какие препараты Вы ещё назначите пациенту?

Будете ли Вы рекомендовать на определённом этапе лечения проведение коронарографического исследования?

ЗАДАЧА

Пациентка К., 46 лет, обратилась с жалобами на интенсивные головные боли, головокружение, тошноту, неприятные ощущения в левой половине грудной клетки. Болеет около 5 лет, периодически регистрировалось повышение до АД 170/100 мм рт. ст., сопровождавшееся появлением головной боли, общего недомогания. Настоящее ухудшение связывает с тяжёлыми физическими перегрузками. Больная курит до 10 сигарет в день. Осмотрена гинекологом месяц назад – патологии не выявлено.

При осмотре – состояние больной средней степени тяжести. Отмечено смещение левой границы сердца до среднеключичной линии, акцент 2 тона на аорте. Пульс ритмичный, несколько напряженный, 80 уд/мин, АД 180/110 мм рт. ст.

Анализ крови без патологии. В анализе мочи – следы белка, лейкоц. 2-3 в п/зр., 0-1 выщелоченных эритроцита в п/зр.

Сформулируйте предварительный диагноз.

Неотложные мероприятия.

Программа обследования.

ЗАДАЧА

Пациентка Л., 35 лет, переведена из неврологического отделения. Жалобы при поступлении на повышение температуры, сопровождающееся потрясающими ознобами и проливными потами, одышку при незначительной физической нагрузке, боль в правом подреберье, головные боли. В 8 и 10-летнем возрасте – суставные атаки ревматизма, в 15 лет диагностирован митральный порок сердца. Два месяца тому назад после экстракции зуба стали появляться эпизоды высокой температуры с ознобом и потами. На фоне приёма оксациллина по 1 г/сутки температура снизилась до субфебрильных цифр. Через месяц появились мучительные головные боли, головокружения, мышечные подёргивания. С подозрением на менингоэнцефалит поступила в неврологическое отделение, где вновь эпизодически повышалась температура до 39-40⁰, появилась одышка, тяжесть в правом подреберье

При осмотре в терапевтическом отделении: состояние больной средней степени тяжести. Положение ортопноэ, кожа и слизистые бледны на фоне цианотичного румянца щёк. В лёгких выслушиваются застойные влажные хрипы в нижних отделах, ЧД 20 в 1 мин, ритм сердечных сокращений правильный, 100 уд/мин, на верхушке выслушивается хлопающий первый тон, тон открытия митрального клапана, пресистолический и систолический шумы. В точке Боткина – мягкий диастолический шум, начинающийся сразу после второго тона. АД 130/60 мм рт.ст. Печень выступает из подреберья на 5 см, плотная, умеренно болезненная при пальпации, пальпируется умеренно увеличенная селезёнка. Имеются небольшие отёки на голенях и стопах.

Анализ крови: Нв 100 г/л, лейкоц 12,6*10⁹/л, нейтрофилы 86%, СОЭ 56 мм/час, СРБ ++++, титры противострептококковых антител не повышены. Общий белок 82 г/л, альбумины 40%, глобулины 60%, альфа₁ 10%, альфа₂ 12%, бета 14%, гамма 22%. При посеве крови дважды высевался зеленеющий стрептококк, чувствительный к пенициллину ампициллину, линкомицину, цефалоспорином. Рентгенологическое исследование выявляет значительное увеличение левого желудочка и левого предсердия, расширение корней лёгких, смешанный тип застойного лёгочного рисунка.

Сформулируйте диагноз.

Чем обусловлена неврологическая симптоматика?

Необходимые дополнительные исследования.

Назначьте лечение.

ЗАДАЧА

Пациент М., 27 лет, поступил с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, головокружения, боли в области сердца, ознобы, потливость, общую слабость. Из анамнеза известно, что больной с 18 лет состоит на учёте у ревматолога по поводу митрального порока сердца. Последние три недели у больного отмечалась субфебрильная температура, ночная потливость, нарастающая слабость.

При осмотре: кожные покровы бледные, с сероватым оттенком, на слизистой мягкого нёба и конъюнктиве мелкоточечные кровоизлияния, склеры субиктеричны. Верхушечный толчок усиленный, разлитой, локализован в 5 межреберье на 2 см влево от срединно-ключичной линии. При аускультации – систолический дующий шум на верхушке, связанный с 1 тоном, выраженный протодиастолический шум во 2 межреберье справа. Пульс высокий и быстрый, «пляска каротид», АД 130/30.

В анализе крови: Нв 88 г/л, эр $3,4 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоц 11,7*10⁹/л, нейтр 72% со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 49 мм/час, СРБ +++, общий белок 75 г/л, альбумины 47%, глобулины 53%, альфа₁ 7,2%, альфа₂ 9,8%, гамма 24%, фибриноген 7,1 (норма 2-4 г/л), билирубин 32 мкмоль/л, прямой 25,4 мкмоль/л, непрямой 6,6 мкмоль/л, креатинин 209 (норма 48-98 мкмоль/л), мочевины 10,6 (норма 2,5 – 8,3 ммоль/л).

О каком заболевании следует думать прежде всего? Почему?

Какие дополнительные исследования Вы назначите для уточнения диагноза?

Принципы лечения данного заболевания.

ЗАДАЧА

Пациент Н., 56 лет, поступил с жалобами на озноб, пот. Лихорадку, ноющие боли в области сердца, сердцебиения, одышку при физической нагрузке, головные боли, общую слабость. Заболел внезапно три месяца назад после переохлаждения, отмечал повышение температуры до 39-40° с потрясающим ознобом и проливным потом. За это время сильно похудел, появилась выраженная мышечная слабость, затем присоединилась нарастающая одышка, головная боль, носовые кровотечения. В анамнезе указания на какие-либо заболевания отсутствуют.

При осмотре состояние больного тяжёлое, бледен, питание снижено. На голенях и стопах свежие геморрагические высыпания от петехиальных до 2 см в диаметре. Умеренная пульсация каротид. Левая граница сердечной тупости на 3 см кнаружи от средне-ключичной линии. Систолический и диастолический шум на всех точках, пульс 120 уд/мин, быстрый, высокий, ритмичный. АД 120/40 мм рт.ст. Печень плотная с закругленным краем, чувствительная при пальпации, размеры 12*14*12 см. Пальпируется селезёнка, размеры её 17*8 см.

В крови: Нв 103 г/л, эр $3,5 \cdot 10^{12}$, лейкоц $8,2 \cdot 10^9$ /л, п/я 8%, с 67%, лимф 21%, мон 4%, СОЭ 44 мм/час. Фибриноген 6,8 г/л, общий белок 92 г/л, альбумины 32%, гамма глобулины 30%. При бактериологическом исследовании трижды выделен эпидермальный стафилококк. В анализе мочи: белок 0,66 г/л, эритроц 6-8 в п/зр.

На ЭКГ синусовый ритм, блокада передневерхней ветви левой ножки пучка Гиса, гипертрофия левого желудочка.

ЭХОКГ: подвижность створок клапана аорты не ограничена, на свободных краях створок булавовидные вегетации, пролабирующие в диастолу за

плоскость аортального кольца в выводной отдел левого желудочка. Умеренная дилатация полостей, концентрическая гипертрофия миокарда левого желудочка.

Достаточно ли у Вас данных, чтобы поставить диагноз?
Если достаточно, то сформулируйте клинический диагноз.
Назначьте лечение.
Определите прогноз.

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

ЗАДАЧА

У 72-летнего пациента А. на 4 день после операции аденомэктомии возникли сильные боли в грудной клетке, выраженная одышка. На следующий день повысилась температура $37,8^{\circ}$, затем появился кашель, кровохарканье.

При осмотре – лёгкий цианоз губ, ЧД 28 в 1 ми. В лёгких справа на фоне ослабленного дыхания выслушивались влажные крепитирующие хрипы, непостоянный шум трения плевры.

Рентгенологически – свободная жидкость в правой плевральной полости.

В анализе крови лейкоцитоз со сдвигом влево, СОЭ 35 мм/час.

На ЭКГ – признаки перегрузки правых отделов сердца.

При плевральной пункции получено около 200 мл геморрагической жидкости.

Сформулируйте клинический диагноз.
Объясните, какие изменения на ЭКГ свидетельствуют о перегрузке правых отделов сердца.
Назначьте лечение.

ЗАДАЧА

У пациента Б., 50 лет, на фоне экссудативного плеврита наступило резкое ухудшение общего состояния, появилась гектическая лихорадка с потрясающими ознобами и проливными потами.

В анализе крови нейтрофильный лейкоцитоз с токсигенной зернистостью лейкоцитов, сдвиг лейкоцитарной формулы до миелоцитов, ускорение СОЭ до 50 мм/час.

О каком осложнении Вы можете подумать?
Какие методы исследования помогут Вам уточнить диагноз?
Назначьте лечение.

ЗАДАЧА

Пациент В., 20 лет, заболел остро, появился озноб, жар, боли в правом боку при дыхании, кашель с трудно отделяемой скудной мокротой.

При объективном исследовании: гиперемия лица, цианоз губ и носогубного треугольника, правая половина грудной клетки несколько отстаёт при дыхании. Дыхание поверхностное, 24 в 1 мин. Незначительное укорочение перкуторного звука справа спереди по среднеключичной линии на уровне III-V рёбер, сзади в межлопаточной области на уровне III-IV позвонка, в правой подмышечной области выслушивается шум трения плевры. Пульс 120 уд/мин, АД 90/50 мм рт.ст.

Анализ крови: НВ 140 г/л, лейкоц 18,8*10³/л, эоз 0%, миелоциты 2%, п/я 15%, сегм 64%, лимф 12%, мон 7%, СОЭ 29 мм/час, токсигенная зернистость нейтрофилов.

Мокрота ржавого цвета, вязкая, эритроциты покрывают все поля зрения, обнаружен *Streptococcus pneumoniae*.

Сформулируйте клинический диагноз.

Какие осложнения возможны при этом заболевании?

Назначьте лечение.

ЗАДАЧА

Пациент Г., 50 лет, поступил в клинику с жалобами на отёки ног, увеличение в объёме живота, одышку в покое, сердцебиение, кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты. Курит в течение 30 лет. В последние 10 лет отмечает кашель с выделением слизистой мокроты. После перенесённой пневмонии мокрота слизисто-гнойной, появилось ощущение затруднённого дыхания, иногда сопровождавшееся свистящими хрипами. В течение 5 лет стала беспокоить одышка при ходьбе, а затем и в покое. За год до госпитализации впервые появились отёки голеней, проходящий после приёма мочегонных. Периодически отмечается субфебрильная температура.

Состояние больного тяжёлое. Диффузный цианоз, акроцианоз. Отёки нижних конечностей, поясничной области, передней стенки живота. Перкуторно над лёгкими определяется коробочный звук. Аускультативно: по передней поверхности выслушиваются сухие хрипы низкого тембра. ЧД 26 в 1 мин, АД 140/70 мм рт.ст., асцит, печень выступает на 8 см из-под рёберного края, диурез 600 мл/с.

Анализ крови: Нв 170 г/л, эр 4,9*10¹²/л, лейкоц 5,6*10⁹/л, лейкоцитарная формула нормальная, СОЭ 10 мм /час.

Анализ мочи: относительная плотность 1020, белок 0,66 ‰, единичные эритроциты.

Анализ мокроты: характер – слизисто-гнойный, микроскопически – много лейкоцитов.

Рентгенологически: повышенная прозрачность лёгочных полей, лёгочный рисунок перестроен, тяжист. Справа и слева в синусах жидкость, выбухает конус лёгочной артерии.

ЭКГ – ритм синусовый, тахикардия, отклонение ЭОС вправо, высокий $R_{II,III,AVF}$, перегрузка правого желудочка.

Выделите основные клинические синдромы.

Сформулируйте клинический диагноз.

Программа лечения.

ЗАДАЧА

26-летняя пациентка Д. поступила в клинику в связи с болями в грудной клетке, связанными с дыханием. Несколько месяцев тому назад у больной отмечались артралгии, а за две недели до поступления – припухлость мелких суставов кистей.

Объективно выявлена небольшая деформация и ограничение подвижности в лучезапястных суставах, тахикардия до 100 уд/мин, повышение температуры до $37,8^{\circ}$. Рентгенологически: в правой плевральной полости небольшое количество жидкости.

В анализе крови: Нв 100 г/л, ретикулоциты 4‰, лейкоц. $3,0 \cdot 10^9$ /л, тромбоциты $60 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 40 мм/час.

Сформулируйте предварительную диагностическую концепцию.

Назначьте план обследования.

Возможные лечебные программы в зависимости от результатов обследования.

ЗАДАЧА

Пациентка Е., 39 лет в течение 15 лет после родов страдает варикозным расширением вен нижних конечностей, тромбофлебитом глубоких вен. После выполнения значительной физической нагрузки у неё внезапно появилась одышка, боль в левой половине грудной клетки. Через два дня повысилась температура до 39° , озноб, кашель с небольшим количеством слизисто-гнойной мокроты с прожилками крови.

Объективно: кожные покровы обычной окраски. В легких небольшое количество сухих хрипов и в левой подлопаточной области звонкие влажные мелкопузырчатые хрипы. Число дыханий 20 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, 90 ударов в 1 мин. А/Д 110/70 мм рт.ст.

Анализ крови: НВ-120 г/л, лейкоц – $11,4 \cdot 10^3$ /л, эоз-2%, п-7, с-65, м-6, лимф-20, СОЭ – 27 мм/час.

Ваш предполагаемый диагноз.

Какие методы исследования необходимо провести?

Назначьте лечение.

Ваша дальнейшая тактика.

ЗАДАЧА

У пациентки Ж., 49 лет, длительно страдавшей ревматизмом с формированием митрального стеноза и постоянной формой мерцательной аритмии, внезапно развились интенсивные боли за грудиной с иррадиацией в спину, выраженная одышка, холодный пот, чувство страха смерти. Состояние больной крайне тяжёлое, в сознании. Кожные покровы с цианотичным оттенком, влажные. В лёгких – единичные сухие хрипы на фоне ослабленного везикулярного дыхания, ЧДД – 28 в 1 мин. Тоны сердца глухие, тахиаритмия (115 уд в 1 мин). АД – 90/60 мм рт.ст. Печень выступает из-под рёберного края на 3 см. Пастозность голеней.

Какое осложнение развилось у пациентки?

Какие изменения на ЭКГ Вы ожидаете увидеть?

Какие методы исследования помогут Вам подтвердить диагноз?

Неотложные мероприятия.

ЗАДАЧА

Пациент Ж., 70 лет, по поводу множественных переломов правой нижней конечности длительное время находился на скелетном вытяжении, соблюдал постельный режим. После снятия вытяжения и наложения гипсовой повязки больному разрешили вставать. На второй день при ходьбе больной внезапно упал, потерял сознание.

Кожные покровы с цианотичным оттенком, холодный пот. Единичные дыхательные движения, ЧСС – 50 уд в 1 мин, слабого наполнения и напряжения. А/Д 60/20 мм рт.ст.

На ЭКГ – идиовентрикулярный ритм.

Какое осложнение развилось у больного?

Ваши действия.

Как можно предупредить данное осложнение у больных пожилого возраста?

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

ЗАДАЧА

Пациент А., 34 лет, жалуется на постоянные боли в правом подреберье, усиливающиеся после приёма жирной и жареной пищи, понижение аппетита, рвоту, жидкий стул. В течение 10 лет злоупотребляет алкоголем. Пять лет назад перенёс вирусный гепатит, после выписки из стационара режим питания не соблюдал, употреблял алкоголь. Вскоре появились ноющие боли в правом подреберье, желтушность кожи и склер. 1-2 раза в год наблюдались обострения

заболевания, сопровождавшиеся резкой слабостью, диспептическими расстройствами, желтухой, иногда повышением температуры до 38⁰.

При осмотре больной достаточного питания, склеры и кожа желтушны, единичные «сосудистые звездочки», печень выступает из-под рёберного края на 3 см, плотная, край острый, при пальпации безболезненный. Селезёнка у края рёберной дуги.

В анализе крови билирубин 45 мкмоль/л, прямой 35 мкмоль/л, не прямой 10 мкмоль/л, общий белок 72 г/л, альбумины 45%, альфа₂-глобулины 11,9%, гамма 29,8%, фибриноген 720 мг/л (N 200-400 мг/л), АЛТ 86 ед/л, (N 0-38 ед/л), АСТ 98 ед/л (N 0-40 ед/л).

При пункционной биопсии в пунктате распознать дольковую структуру ткани печени не удаётся. Ядра в некоторых клетках пикнотичны. Многие клетки содержат жировые вакуоли. Видны широкие жировые прослойки с тяжами фибробластов, мелкими сосудами, скоплениями лимфоидных клеток. Между балками имеются очаги пролиферации купферовских клеток.

Дайте заключение по пунктату печени.

Какие клинические синдромы можно выделить в клинической картине?

Поставьте клинический диагноз.

Какие дополнительные исследования необходимы?

Назначьте лечение.

ЗАДАЧА

Пациент Б., 49 лет, поступил в стационар с жалобами на кровавую рвоту после приёма алкоголя, тяжесть в правом подреберье, отсутствие аппетита, слабость. В 40-летнем возрасте перенёс вирусный гепатит, в последующие годы неоднократно госпитализировался в терапевтический стационар по поводу желтухи, зуда, носовых кровотечений, похудения. Выписывался с кратковременным улучшением.

При поступлении: кожа и видимые слизистые желтушны. В области ключиц – «сосудистые звездочки». Подкожно-жировой слой и мышечная система развиты недостаточно. Тоны сердца приглушены, систолический шум во всех точках. Живот увеличен в объёме за счёт асцита, видны расширенные подкожные вены переднебоковых поверхностей живота, выпячивание пупка. Печень чётко не пальпируется, имеется симптом «плавающей льдинки». Селезёнка значительно увеличена, плотная, безболезненная при пальпации.

Выделите основные клинические синдромы.

Назначьте план обследования.

Какие изменения общего анализа крови Вы ожидаете увидеть?

Сформулируйте клинический диагноз.

Назначьте лечение.

ЗАДАЧА

Пациент В., 47 лет, обратился с жалобами на боли в эпигастрии, возникающие через 15-20 мин после еды и уменьшающиеся через 1,5-2 часа, периодически беспокоит изжога. Впервые подобные явления появились 2,5 года назад, при рентгенологическом исследовании выявлены симптомы гастрита.

Объективно: больной правильного телосложения, язык обложен серым налётом, разлитая боль в эпигастриальной области, спазмированная сигмовидная кишка. При ЭГДС – небольшая язва на малой кривизне желудка, по соседству с которой обнаружен небольшой рубец. Слизистая вокруг язвы отёчна, гиперемирована.

Ваш диагноз.

Какие дополнительные методы исследования Вы рекомендуете?

Программа лечения.

ЗАДАЧА

50-летняя женщина в течение нескольких лет обращается к врачу с жалобами на периодически возникающий кожный зуд, желтуху, тяжесть в правом подреберье. В детстве болела малярией, алкоголь не употребляет. Настоящее обострение началось две недели назад после грубого нарушения диеты, появился мучительный кожный зуд, пожелтели склеры и кожа, появилась тёмная моча, боли в костях.

При осмотре кожа и слизистые желтушны, имеются многочисленные следы расчёсов, на коже – ксантомы, печень выступает из-под рёберного края на 5 см, край её острый, плотный, селезёнка пальпируется на 1 см ниже рёберной дуги.

В биохимическом анализе крови: билирубин 110 мкмоль/л (N 8,5-20,5 мкмоль/л), связанный 88 мкмоль/л (N 0-5,1 мкмоль/л), свободный (N до 16,5 мкмоль/л). щелочная фосфатаза 540 (N 40-190), АСТ 45 ед/л (норма 0-40), АЛТ 68 (N 0 –38 ед/л), холестерин 12,8 ммоль/л (N 3,1-5,2 ммоль/л), Б-липопротеиды 92 ед (норма 35-55 ед).

Ведущий синдром у больной и его биохимическое обоснование.

О каких заболеваниях следует думать при наличии данного синдрома?

Предварительный диагноз.

Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза?

Назначьте лечение.

ЗАДАЧА

У пациента 18 лет во время профилактического медицинского осмотра выявлены иктеричность склер, повышение уровня билирубина до 45 ммоль/л. В последующие три года чувствовал себя хорошо, хотя периодические появлялась лёгкая иктеричность склер.

При осмотре – печень выступает из-под реберного края на 1 см, край её мягкий, пальпация безболезненная.

Содержание билирубина в крови 40 мкмоль/л, непрямой – 36 мкмоль/л.

При пункционной биопсии дольковая структура печени сохранена, определяются включения липофусцина.

Поставьте диагноз.

С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

Дополнительные исследования, которые необходимо назначить?

Ваши рекомендации.

ЗАДАЧА

Пациентка 46 лет жалуется на кожный зуд, появившийся полгода назад. Лечился безуспешно у терапевта, дерматолога, невролога. Присоединившаяся желтуха послужила поводом для госпитализации в терапевтическое отделение.

Объективно: состояние больной удовлетворительное, кожные покровы слегка желтушны со следами расчёсов на животе, на руках. Склеры иктеричны. Органы грудной клетки без отклонений от нормы. Живот не увеличен, мягкий, печень выступает из-под правой рёберной дуги на 3-4 см, умеренной плотности, безболезненная. Селезёнка перкуторно увеличена, не пальпируется.

Анализ крови: НВ 140 г/л, эр $4,5 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоц $4,4 \cdot 10^9$ /л, эоз 4%, п/я 6%, сегм 60%, лимф 22%, мон 10%, тромбоциты $320 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 8 мм/час.

В анализе мочи реакция на уробилин отрицательная, реакция на билирубин положительная.

Биохимическое исследование сыворотки крови: билирубин 56 мкмоль/л, прямой 46 мкмоль/л, непрямой 10 мкмоль/л, МНО (Международное нормализованное отношение – протромбиновый тест) 1,1 (норма 1,1-1,2), АЛТ, АСТ в пределах нормы, щелочная фосфатаза 360 ед/л (норма 40-190), холестерин 8,8 ммоль/л (норма 3,1-5,2), общий белок 82 г/л, альбумины 52%, глобулины: альфа₁ 11,3%, альфа₂ 12%, бета 15%, гамма 18%.

В течение трёх недель проводилась стандартная терапия, которая не дала выраженного клинического эффекта, особенно упорно не уменьшался кожный зуд. Последнее послужило основанием для назначения преднизолона в дозе 20 мг/с внутрь. Постепенно кожный зуд снизился, уменьшилась желтуха. На поддерживающей дозе гормонов больной выписан.

Назовите ведущий синдром.

Дополнительные исследования, которые Вы назначите.

Сформулируйте диагноз.

Нужна ли коррекция лечения, с Вашей точки зрения?

ЗАДАЧА

Пациент 23 лет с 8-летнего возраста периодически отмечает появление небольшой желтушности кожных покровов, не сопровождавшихся никакими другими жалобами, не лечился. Желтуха проходила самостоятельно. Такие эпизоды отмечались 2-3 раза в год. В анамнезе в 7-летнем возрасте – вирусный гепатит.

При осмотре кожные покровы и склеры желтушны, внепечёночных знаков нет, печень выступает из-под рёберного края на 2 см, селезёнка не пальпируется.

В анализе крови Нв 130г/л, эр. $4,3 \cdot 10^{12}$ /л, лейко. $5,5 \cdot 10^9$ /л, лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ 7 мм/час.

Биохимическое исследование сыворотки крови: билирубин 56,5 мкмоль/л, прямой 10,3 мкмоль/л, непрямой 46/6 мкмоль/л. АСТ, АЛТ, общий белок и белковые фракции в пределах нормы.

О каком синдроме следует думать в первую очередь?

С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

Составьте программу обследования.

ЗАДАЧА

Пациентка 42 лет предъявляет жалобы на резкие боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую лопатку и левое плечо. Боли возникают после приёма жирной, жареной пищи, сопровождаются тошнотой, рвотой, не приносящей облегчения. Одновременно возникают боли в эпигастрии, отдающие в спину.

Впервые боли возникли год назад. Приступ начался после обильной еды, длился всю ночь, прошёл самостоятельно. Желтухи, потемнения мочи не было. Неделю держалась субфебрильная температура, тошнота, стул был по 3 раза в день, неоформленный. В течение года аналогичных приступов было 6. При соблюдении диеты боли не возникали.

При осмотре – патологии дыхательной, сердечно-сосудистой системы не выявлено. Рост больной 164 см, масса тела – 72 кг. Живот несколько вздут, мышечного напряжения нет. Повышенная кожная чувствительность в левом подреберье. Печень не увеличена, жёлчный пузырь не пальпируется. Величина подкожно жировой складки слева от пупка меньше, чем справа. Резкая болезненность при пальпации над пупком и на 3 см ниже середины

левой рёберной дуги. Болезненность уменьшается при повороте на левый бок.

Сформулируйте диагностическую концепцию.

Составьте план обследования.

В консультации каких специалистов нуждается пациентка?

ЗАДАЧА

Пациент 64 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на слабость, кожный зуд, желтушность кожи и склер, обесцвеченный кал.

4 года назад после приступа печёночной колики выявлены камни в жёлчном пузыре и выполнена холецистэктомия. Спустя два года появился рецидивирующий фурункулёз, в крови натощак выявлена гипергликемия (8,4 ммоль/л), назначен манинил. Месяц назад обратил внимание на потемнение мочи, через неделю заметил необычный цвет кала – серо-глинистый. Появилась желтушность склер, похудел.

При осмотре – состояние больного средней тяжести. Рост 175 см, масса тела 61 кг. Кожа и склеры желтушны. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритм правильный 52 удара в 1 мин, АД 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, свободной жидкости в брюшной полости нет. Печень по средне-ключичной линии выходит из-под рёберного края на 3 см, край заострен, умеренно плотный, безболезненный. Селезёнка не увеличена. Определяется болезненность в пилорoduоденальной области. В правом подреберье определяется эластичное образование, размером 8 x 6 см.

О какой патологии нужно думать прежде всего?

Какие клинические синдромы выявляются у пациента?

Перечислите необходимые лабораторные и инструментальные исследования.

ЗАДАЧА

Пациент 44 лет находится в стационаре по поводу резко выраженных болей в эпигастрии опоясывающего характера. Из-за болей отказывается от еды, беспокоит изжога, стихающая после приёма питьевой соды, температура тела 37,9°. Отмечается мышечная защита слева в эпигастрии, глубокая пальпация невозможна из-за болезненности.

Амилаза в моче 680 мг/мл/час.

УЗИ – выраженный отёк поджелудочной железы, фиброз в области головки.

Лейкоциты крови – $11300 \cdot 10^3/\text{л}$, СОЭ – 34 мм/час.

Сформулируйте предварительный диагноз.

Какие лабораторные и инструментальные исследования необходимо назначить пациенту?

Определите лечебную тактику.

ЗАДАЧА

50-летняя пациентка в течение 6-ти лет страдает приступами болей в правом подреберье, возникающими преимущественно после жирной пищи. Год назад после обследования рекомендована холецистэктомия, от которой больная отказалась. За последнюю неделю приступы болей стали ежедневными (прежде бывали 1-2 раза в месяц) и значительно более сильными. Больную госпитализировали. На третий день пребывания в стационаре появилась желтушность склер и кожных покровов, «замазкообразный» стул, тёмная моча.

В анализе крови нейтрофильный лейкоцитоз – $13150 \cdot 10^3/\text{л}$, СОЭ 28 мм/час.

Какие изменения в моче, биохимическом анализе крови Вы ожидаете обнаружить?

Какой основной синдром выявляется у пациентки?

Определите характер желтухи в данном случае.

Ваша дальнейшая тактика.

НЕФРОЛОГИЯ

ЗАДАЧА

Пациент А., 55 лет, доставлен в больницу в коматозном состоянии. Со слов родственников, он болен много лет; в последнее время потерял аппетит, часто появлялась тошнота, рвота, сонливость. В день госпитализации потерял сознание.

Объективно: Истощение, бледность. Язык сухой запах мочевины изо рта. В лёгких сухие хрипы. Сердце – систолический шум на верхушке, акцент II тона на аорте, шум трения перикарда. АД 170/90 мм рт. ст.

В анализе крови: Нв 80 г/л, лейкоц. $16 \cdot 10^9$, в анализе мочи: относительная плотность 1007, белок 0,66 г/л, в осадке единичные эритроциты.

Укажите ведущий синдром.

Назначьте план обследования пациента.

Назовите лечебные мероприятия.

ЗАДАЧА

Пациентка Б., 25 лет, поступила в кардиореанимационное отделение с диагнозом «отёк лёгких». Из анамнеза: в марте этого года перенесла фолликулярную ангину, примерно через две недели проснулась утром с сильной головной болью, выраженным отёком лица. Вызванный участковый врач зафиксировал повышение АД до 170/100 мм рт. ст., был поставлен диагноз «Гипертонический криз», назначена гипотензивная терапия. Состояние больной не улучшалось, и только через месяц была направлена на госпитализацию. В

стационаре был диагностирован острый гломерулонефрит, назначены мочегонные, гипотензивные средства, преднизолон. Самочувствие и состояние больной несколько улучшилось, снизилось АД до 140/90, уменьшились отёки, улучшились (но не нормализовались) анализы мочи. По просьбе больной через месяц выписана с рекомендацией амбулаторного приёма преднизолона. По совету экстрасенса, к которому больная обратилась в связи с плохим самочувствием, отёками, повышенным АД, был отменён преднизолон, что вызвало резкое ухудшение состояния больной: уменьшилось количество мочи, резко усилились отёки, стала нарастать одышка, и в связи с развившимся приступом удушья больная была госпитализирована.

При осмотре – выраженная бледность кожи и слизистых, одутловатость лица, анасарка. В лёгких масса влажных разнокалиберных хрипов, тоны сердца приглушены, ЧСС 80 уд/мин, АД 180/110 мм рт.ст.

Анализ крови: Нв 94 г/л, лейкоц. $5,6 \cdot 10^{12}/л$, п/я 1%, сегм. 73%, лимф. 19%, мон. 7%, СОЭ 70 мм/час.

Анализ мочи: относительная плотность 1018, белок 33‰, лейкоц. 15-20 в п/зр, эр 10-15 в п/зр, гиалиновые цилиндры 6-8 в п/зр, восковидные цилиндры 5-7 в п/зр. Суточная протеинурия 41 г.

В биохимическом анализе крови: общий белок 42 г/л, альб. 34,5%, глобулины: альфа₁ 5,6%, альфа₂ 35,15, гамма 10,6%. Холестерин 15,2 ммоль/л (N до 5,6), в-липопротеиды 110 ммоль/л (N - 55), мочевины 8,2 ммоль/л (N 1,7-8,3), креатинин 86 мкмоль/л (N 48-98).

При УЗИ выявлено увеличение размеров печени, почек. Рентгенография легких: Застойные явления, корни недостаточно структурны, отмечено наличие выпота в плевральных полостях. Сердце расширено в поперечнике, увеличен левый желудочек.

Сформулируйте клинический диагноз.

Какие дополнительные исследования необходимо назначить?

Какие врачебные ошибки Вы можете отметить в данном случае?

Назначьте лечение?

Каков прогноз?

ЗАДАЧА

Пациентка В., 65 лет, заболела остро, после переохлаждения появились ноющие боли в поясничной области, болезненное учащенное мочеиспускание, мутная моча, повышение температуры – 38° .

Объективно: Кожные покровы и слизистые бледные. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичны 82 уд/мин, АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом «поколачивания» положительный в правой половине поясничной области.

В анализе крови: Нв 110 г/л, лейкоц. $12,2 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 26 мм/час.

Анализ мочи по Нечипоренко: эр $0,9 \cdot 10^3$ /мл, лейкоц. $80 \cdot 10^3$ /мл.

Предварительный диагноз.

Назначьте план обследования.

Какие лекарственные препараты необходимо назначить?

ГЕМАТОЛОГИЯ

ЗАДАЧА

Пациентка А., 16 лет, поступила в клинику с жалобами на слабость, недомогание, появившиеся в течение последних 6 месяцев. Отмечала также снижение аппетита, тяжесть в эпигастрии, за это время выросла на 6 см (рост 170 см). Менструации с 12 лет, обильные по 6 дней, безболезненные.

При осмотре – астеничного телосложения, отмечена ломкость и деформация ногтей в виде поперечной исчерченности. Бледность кожи и слизистых. Периферические лимфоузлы не увеличены. В лёгких дыхание везикулярное. Тоны сердца звучные, ритмичные, систолический шум на верхушке и по левому краю грудины. ЧСС 90 ударов в 1 мин, АД – 110/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень у края рёберной дуги.

Анализ крови: Нв – 76 г/л, эр $3,5 \cdot 10^{12}$ /л, цв.показатель 0,6, ретикулоциты 0,5%, тромбоциты $325 \cdot 10^9$ /л, лейкоц. $3,5 \cdot 10^9$ /л, п/я 1%, сегм 50%, э 2%, лимф 37%, мон. 10%, СОЭ 18 мм/час. Сывороточное железо 4,5 ммоль/л.

При R⁰ исследовании желудка, ирригоскопии, ректороманоскопии, колоноскопии патологии не выявлено.

Какие вопросы ещё Вы зададите пациентке?

Предполагаемый диагноз.

Дополнительные методы исследования и консультации специалистов для уточнения диагноза.

Назначьте лечение.

ЗАДАЧА

Пациентка Б., 45 лет, жалуется на боли в животе, метеоризм, тошноту, поносы, чередующиеся с запорами. В течение последних двух лет появилась слабость, периодические обмороки, сердцебиения, одышка.

При осмотре бледна, кожа сухая, тургор снижен. Ногти расслаиваются, деформированы. Ангулярный стоматит. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца сохранены, учащены до 100 уд в 1 мин. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот умеренно вздут, болезнен в эпигастрии, в области пупка и по ходу толстой кишки. Печень и селезёнка не пальпируются. При ЭГДС – гастродуоденит, обнаружена небольшая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Гинекологической патологии не выявлено.

Анализ крови: Нв 85 г/л, эр $4 \cdot 10^{12}$ /л, цв.показатель 0,63, ретикулоциты 2%, тромбоциты $300 \cdot 10^9$ /л, лейкоц 4,2*10⁹/л, п/я 8%, сегм 52%, э 2%, лимф 30%, мон 8%, СОЭ 36 мм /час. Сывороточное железо 9 ммоль/.

При рентгенологическом и эндоскопическом исследовании пищевода, желудка и тонкой кишки выявлена картина энтерита.

Дополнительные исследования, которые Вы назначите пациентке.

Предполагаемый диагноз.

Врачебная тактика.

ЗАДАЧА

Пациентка В., 35 лет, обратилась к терапевту по направлению женской консультации, где она наблюдалась по поводу беременности (20 недель) в связи со снижением уровня гемоглобина. В течение года упорные поносы, в анамнезе язвенная болезнь 12-перстной кишки. Во время беременности поносы уредились, прибавила в весе, но в течение последнего месяца появилась слабость, головокружение.

При осмотре бледна. Периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ЧСС 92 удара в 1 мин. АД 130/80 мм рт.ст. Язык малинового цвета с единичными афтами. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии, параумбиликальной области, печень не увеличена.

Анализ крови: Нв 80 г/л, эр $2,0 \cdot 10^{12}$ /л, цв.показатель 1,1, ретикулоциты 0,1%, тромбоциты $250 \cdot 10^9$ /л, макроцитоз, лейкоц $3,2 \cdot 10^9$ /л, п/я 3%, сегм. 65%, эоз 1%, лимф 25%, мон 6%, полисегментация ядер нейтрофилов, СОЭ 26 мм рт.ст.

Предполагаемый диагноз.

Лечение.

ЗАДАЧА

Пациентка Г., 61 года, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на резкую слабость, похудание, снижение аппетита, отвращение к мясу, боли в эпигастрии, шум в ушах.

Объективно: резко пониженного питания, кожные покровы и видимые слизистые бледны, кожа с землистым оттенком. Грудина при поколачивании умеренно болезненна. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, систолический шум над всеми точками. ЧСС 92 уд. В 1 мин. АД 160/95 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Где пальпируется плотное образование, легко смещаемое, с неровными контурами. Печень на 2 см выступает из-под края рёберной дуги. Селезёнка не увеличена. Отёков нет.

Анализ крови: Нв 85 г/л, эр 1,75, цв.показатель 1,3, лейкоц 5,5, э 1%, п/я 8%, сегм 60%, лимф 23,5%, мон 8%, ретикулоциты 0,2%, тромбоциты 1800, СОЭ 39 мм/час. Макроцитоз.

Предполагаемый диагноз.

Составьте план обследования пациентки.

Какие изменения Вы ожидается увидеть в миелограмме?

Ваша лечебная тактика.

ЗАДАЧА

Пациентка Д, 42 лет, страдает меноррагиями с юности. У больной неоднократно снижался гемоглобин до 85-90 г/л, эритроциты $3,8 \cdot 10^{12}/л$, цветовой показатель 0,75. Получала перорально препараты железа с эффектом. Настоящее ухудшение после перенесённой ОРВИ, усилилась слабость, появились головокружения, ухудшился аппетит, похудела. Снижение гемоглобина при поступлении в клинику 72 г/л, цветовой показатель 0,65. На фоне лечения препаратами железа отмечена положительная динамика, улучшилось самочувствие, повысился Нв до 113 г/л. Однако оставался сниженный аппетит.

Сформулируйте клинический диагноз.

Нуждается ли пациентка в дальнейшем пребывании в клинике?

ЗАДАЧА

Пациентка Е., 45 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на резкую слабость, головокружение, шум в ушах, одышку при малейшей физической нагрузке, отсутствие аппетита, неустойчивый стул. Больной считает себя три года, с момента, когда появилась слабость, повышенная утомляемость. К врачам не обращалась. В последние два месяца

к прежним жалобам присоединились головная боль, шум в ушах, прогрессивно нарастающая одышка, жжение в кончике языка, тяжесть в эпигастрии, шаткость походки, чувство онемения в стопах.

Объективно: несколько повышенного питания, кожные покровы бледные с желтоватым оттенком, склеры субиктеричны. Язык отёчен, красный с трещинами и афтами. Периферические лимфоузлы не увеличены. Границы сердца расширены влево, систолический шум над всеми точками, ЧСС 100 уд/мин, АД 100/70 мм рт.ст. Печень увеличена (на 2 см выступает из-под края рёберной дуги), при пальпации мягкая, безболезненная. Селезёнка не пальпируется.

Анализ крови: Нв 56 г/л, эр $1,2 \cdot 10^{12}/л$, цв.показатель 1,4, лейкоц 2,5 эоз 0%, п/я 4%, сегм 56%, лимф 36%, мон 4%, СОЭ 32 мм/час. Макроцитоз, базофильная пунктация эритроцитов, полисегментация нейтрофилов.

Предварительный диагноз.

Какие синдромы выявлены у пациентки?

Составьте план обследования.

Назначьте лечение.

ЗАДАЧА

Пациентка Ж., 70 лет, выписана из клиники с диагнозом анемия Аддисон-Бирмера. При выписке самочувствие больной вполне удовлетворительное. Одышки в покое и незначительной нагрузке нет, остаётся небольшая слабость. Appetit хороший.

При осмотре в поликлинике: кожа несколько бледна, слизистые обычной окраски. ЧД 18-20 в 1 мин. АД 140/80. Язык со сглаженным сосочковым слоем, красный. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 1 см из-под края рёберной дуги. Селезёнка не увеличена. Отёков нет.

Анализ крови: Нв 110 г/л, эр $3,3 \cdot 10^{12}/л$, цв.показатель 1,0, лейкоц 5,1, э 2%, сегм 70%, лимф 21%, мон 4%, тромбоциты $210 \cdot 10^9/л$, СОЭ 15 мм/час.

Ваша дальнейшая тактика.

ЗАДАЧА

Пациент З., 42 лет, жалуется на общую слабость, снижение работоспособности, одышку при ходьбе, сердцебиение. Из анамнеза: в течение года больной отмечает выделение алой крови при дефекации.

Объективно: Состояние больного относительно удовлетворительное, бледность кожи и слизистых, тахикардия 96 уд/мин, АД 110/70 мм рт.ст.

Анализ крови: Нв 90 г/л, эр $3.8 \cdot 10^{12}/л$, цв.показатель 0,7, лейко 4,2*10⁹/л, лейкоцитарная формула не изменена, тромбоциты 180*10⁹/л, СОЭ 18 мм/час.

Предполагаемый диагноз.

Необходимые дополнительные исследования.

Назначьте лечение в зависимости от результатов анализов.

ЗАДАЧА

Пациентка И., 30 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на слабость, утомляемость, частые простудные заболевания. Профессиональный донор. В течение полугода трижды сдавала кровь.

Объективно: Бледность кожных покровов. Слизистые обычной окраски. Ангулярный стоматит. Кожа суховата, продольная исчерченность ногтей. Периферические лимфоузлы не увеличены. В лёгких дыхание везикулярное. Хрипов нет. Тоны сердца приглушены, тахикардия до 88 уд/мин, АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень у рёберного края.

Анализ крови: Нв 120 г/л, эр $4,5 \cdot 10^{12}/л$, цв.показатель 0,8, лейко 7,2*10⁹, э 2%, сегм 68%, лимф 22%, мон 5%, СОЭ 12 мм/час, Гипохромия эритроцитов. Сывороточное железо 8 ммоль/л.

Какой синдром выявляется у пациентки?

Ваши рекомендации.

ЗАДАЧА

Пациентка К., 45 лет, поступила в клинику с жалобами на слабость, головокружение, шум в ушах, мелькание мушек перед глазами. В анамнезе геморрой десятилетней давности, дважды оперативные вмешательства по поводу геморроидальных кровотечений.

Объективно: Кожные покровы и слизистые бледные. Со стороны органов грудной клетки без особенностей. Язык чистый, печень и селезёнка не увеличены.

Анализ крови: Нв 62 г/л, ретикулоциты 3‰, эр $3,05 \cdot 10^{12}$, цв.показатель 0,6, лейко 4,2*10⁹/л, п/я 6%, сегм 51%, лимф 40%, мон 3%, тромбоциты

180*10⁹/л. СОЭ 19 мм/час. Анизоцитоз, пойкилоцитоз, гипохромия эритроцитов. Содержание железа в сыворотке крови 7,2 ммоль/л.

Ведущий синдром.

Предполагаемый диагноз.

Лечение.

ЗАДАЧА

Пациентка Л., 40 лет, поступила в клинику с жалобами на слабость, снижение работоспособности, сонливость, головокружение, шум в ушах, извращение вкуса, повышенную ломкость ногтей. Считает себя больной в течение последнего года, когда на фоне нарушения менструального цикла появились и стали нарастать перечисленные выше жалобы.

При осмотре состояние больной удовлетворительное. Кожа и слизистые бледные. Ногти деформированы, с продольной исчерченностью. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца звучные, систолический шум над всеми точками, ЧСС 96 уд/мин, АД 110/70 мм рт.ст. Язык влажный, бледный. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. При обследовании желудочно-кишечного тракта (ЭГДС, рентгеноскопия желудка, ирригоскопия, RRS) патологии не выявлено. Осмотрена гинекологом – патологии нет.

В анализе крови: Нв 88 г/л, эр 3,2*10¹²/л, цв.показатель 0,72, лейкоц 4,0*10⁹/л, формула не изменена, СОЭ 23 мм/час. Гипохромия эритроцитов. Сывороточное железо 8,4 ммоль/л.

Предполагаемый диагноз.

Необходимое дообследование.

Назначьте лечение.

ЗАДАЧА

Пациент М., 15 лет, лечился в гематологическом отделении по поводу острого лимфобластного лейкоза. Получал курсы противорецидивного лечения. Длительность ремиссии три года. В настоящее время жалуется на головные боли, эпизоды головокружения, дурноту.

При осмотре: горизонтальный нистагм, ригидность затылочных мышц. Очаговой симптоматики нет. При физикальном исследовании внутренних органов патологии не выявлено.

Ваши предположения по поводу причин церебральной симптоматики?

Назначьте необходимые исследования.

Ваше лечение в зависимости от результатов исследования.

ЗАДАЧА

Пациент Н., 26 лет, наблюдается в гематологическом отделении по поводу острого лимфоцитарного лейкоза в течение 2,5 лет после достигнутой полной ремиссии.

При обследовании состояние больного удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. При осмотре: умеренная бледность кожных покровов, слизистые обычной окраски. Пальпируются подчелюстные лимфоузлы, мягкие, до 1 см в диаметре. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, умеренная тахикардия. Печень и селезёнка не увеличены.

Анализ крови: Нв 110 г/л, эр $3,6 \cdot 10^{12}/л$, цв. показатель 0,9, лейкоц. $4,5 \cdot 10^9/л$, тромбоциты $160 \cdot 10^9/л$, лейкоцитарная формула в пределах нормы. В пунктате костного мозга: бласты 3,8%, сумма лимфоидных клеток 14%.

Оцените фазу заболевания.

Нужны ли дополнительные исследования?

Нуждается ли пациент в лечении?

ЗАДАЧА

Пациентка О., 20 лет, жалуется на боли в горле при глотании, повышение температуры до 38^0 , слабость. Больна в течение недели, когда после охлаждения появились вышеперечисленные жалобы. На фоне повышения температуры до 39^0 однократно носовое кровотечение. Самостоятельно принимала ампициллин, полоскала горло раствором фурацилина, самочувствие не улучшалось, в связи с чем обратилась к врачу.

При осмотре: состояние больной средней степени тяжести. Бледна. На слизистой щёк в месте соприкосновения с зубами – участки мелкоочечных кровоизлияний, зев гиперемирован, миндалины увеличены, гиперемированы, в лакунах гной. Увеличены подчелюстные и шейные лимфоузлы, чувствительные при пальпации. Десны разрыхлены, кровоточат. В лёгких дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца звучные, тахикардия до 96 ударов/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не пальпируются, перкуторные размеры в пределах нормы.

Анализ крови: Нв 46 г/л, эр $1,4 \cdot 10^{12}/л$, цв.показатель 0,98, лейкоц. $2,2 \cdot 10^9/л$, эоз. 1%, п/я 1%, сегм. 48%, лимф. 35%, мон. 15%, тромбоциты $90 \cdot 10^9/л$, СОЭ 42 мм/час.

Какой ведущий синдром определяется у пациентки?

Перечислите заболевания, которые могут проявляться данным синдромом?

Составьте программу обследования для уточнения диагноза.

ЗАДАЧА

У пациентки П., 67 лет, на 7 день пребывания в травматологическом отделении (по поводу перелома плеча) появились боли в горле при глотании, повысилась температура до 38° . Отоларинголог диагностировал гнойный фарингит.

При осмотре состояние больной тяжёлое, румянец щёк. В лёгких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, тахикардия 92 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный, печень, селезёнка не пальпируются.

В анализе крови: Нв 127 г/л, эр. $4 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоц. $0,9 \cdot 10^9$ /л, сегм. 1%, лимф. 99%, тромбоциты $190 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 40 мм/час.

Поставьте диагноз.

Назначьте лечение.

ЗАДАЧА

Пациент Р., 60 лет, жалуется на слабость, потливость, увеличение лимфоузлов, гнойничковые высыпания на коже. Увеличение лимфоузлов отметил год тому назад, но не придавал этому значения. В последнее время самочувствие ухудшилось, появилась потливость, высыпания на коже.

Объективно: состояние удовлетворительное. Лимфоузлы шейные, подмышечные, паховые размером 3-4 см мягкие, подвижные, безболезненные. Над лёгкими коробочный перкуторный звук, аускультативно – ослабленное везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, ритм правильный 80 уд/мин. Живот мягкий, печень не увеличена, селезёнка выступает на 4 см из-под угла рёберной дуги.

Анализ крови: Нв 110 г/л, эр. $3,6 \cdot 10^{12}$ /л, цв. показатель 0,9, лейкоц. $50 \cdot 10^9$ /л, э. 2%, п/я 1%, сегм. 24%, лимф. 70%, мон. 3%, тромбоциты $130 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 22 мм/час.

Сформулируйте диагноз.

Дополнительные исследования, необходимые пациенту.

Какие осложнения характерны для этого заболевания?

Лечебная тактика.

ЗАДАЧА

Пациент С., 57 лет, обратился к врачу в связи с дискомфортом в области левого подреберья. В анамнезе ранее серьёзной патологии не отмечал.

При осмотре: кожа и слизистые обычной окраски, геморрагий нет. АД 140/80 В лёгких патологии нет. Умеренная тахикардия. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезёнка на 4 см ниже края рёберной дуги.

В анализе крови: Нв 118 г/л, лейкоц. $3,4 \cdot 10^9$ /л, тромбоциты $90 \cdot 10^9$ /л.

Назовите ведущие синдромы.

Составьте план обследования пациента.

Перечислите группы заболеваний, сопровождающиеся спленомегалией.

ЗАДАЧА

Пациент Т., 48 лет, поступил в клинику в связи с носовыми кровотечениями, зудом кожи. В течение 5 лет наблюдается по поводу первичного билиарного цирроза печени, получает урсофальк.

При осмотре – желтушен, следы расчёсов на коже. Множественные мелкоточечные кровоизлияния на коже, петехии, единичные гематомы после взятия крови из вены.

В анализе крови: Нв. 84 г/л, лейкоц. $12,6 \cdot 10^9$ /л, тромбоциты $68 \cdot 10^9$ /л.

Какой Вы ждёте увидеть селезёнку?

Составьте программу обследования пациента.

Какие изменения в коагулограмме Вы ожидаете?

Какие осложнения возможны у пациента?

Из чего будет складываться неотложная помощь при прогрессирующем геморрагическом синдроме?

ЗАДАЧА

Пациентка У., 64 лет, госпитализирована в ортопедическое отделение для реконструктивной операции на стопе. Страдает в течение многих лет ревматоидным артритом. В отделении получала анальгин. Через неделю после операции – внезапное повышение температуры до 39^0 , боли в горле при глотании, першение, резкая слабость.

При осмотре $t-39,2^0$ °C. Гиперемия зева, миндалины гиперемизованы, отёчны, гнойные налёты на миндалинах и дужках. Афты слизистой языка, нижней губы. Увеличены подчелюстные лимфоузлы.

В анализе крови: Нв 118 г/л, лейкоц $1,2 \cdot 10^9$ /л, тромбоциты $240 \cdot 10^9$ /л.

Какие изменения Вы ожидаете увидеть в лейкоцитарной формуле?

Что входит в программу обследования пациентки?

Принципы лечения.

ЗАДАЧА

Пациент Ф., 52 лет, находится в неврологическом отделении в связи со слабостью в ногах, нарушением походки, онемением пальцев стоп. В анамнезе – злоупотребление алкоголем, хронический панкреатит с частыми поносами.

При осмотре – больной пониженного питания, бледность кожи и конъюнктив. Периферические лимфоузлы не увеличены.

В анализе крови: Нв 82 г/л, эр $2,5 \cdot 10^{12}$ /л, цв.показатель 1,0, MCV 102 фл. (норма –80-94 фл.), лейкоц. $3,0 \cdot 10^9$ /л, тромбоциты $60 \cdot 10^9$ /л.

Составьте план обследования пациента.

Какие неврологические изменения Вы ожидаете увидеть?

Какие изменения могут быть в миелограмме?

Назначьте лечение.

ЗАДАЧА

Пациентка Х., 59 лет, поступила в клинику в связи со слабостью, одышкой при незначительной физической нагрузке, сердцебиениями, появившимися за неделю до госпитализации. В анамнезе деформирующий остеоартроз с преимущественным вовлечением в процесс коленных суставов, лечилась нестероидными препаратами (вольтарен), местно – диклофенаковым гелем.

При осмотре – кожа и конъюнктивы бледны, склеры желтушны. Периферические лимфоузлы не увеличены. Деформация коленных суставов. Печень не увеличена, селезёнка на 3 см ниже края рёберной дуги.

В анализе крови: Нв. 50 г/л, лейкоц. $4,8 \cdot 10^9$ /л, тромбоциты $280 \cdot 10^9$ /л.

Перечислите ведущие синдромы.

Составьте программу обследования.

Как определить характер анемии?

Каким Вы ожидаете увидеть уровень сывороточного железа?

Будет ли иметь место изменения костного мозга?

Ваши предположения о характере изменений эритроцитарных индексов.

Лечебная тактика.

ЗАДАЧА

Пациентка Ц., 44 лет, азербайджанка, поступила в клинику в связи с болями в поясничной области, повышением температуры до 40^0 , ознобом, резкой слабостью. Болеет в течение двух дней, когда на фоне повышения температуры появились боли в поясничной области, дизурия. Принимала аспирин. Боли усилились, появилась рвота, олигурия, моча тёмного цвета.

По органам: в лёгких патологии нет. Субиктеричность склер, тоны сердца сохранены, ритмичны, ЧСС 96 уд/мин, живот мягкий, безболезненный. Печень у края рёберной дуги, пальпируется край селезёнки.

Анализ крови: Нв 84 г/л, эр. $2,5 \cdot 10^{12}/л$, цв.показатель 1,0, лейкоц. $4,8 \cdot 10^9/л$, э 2%, п/я 2%, сегм. 67%, лимф. 24%, мон. 5%, СОЭ 82 мм/час, ретикулоциты 2%. Билирубин 36 мкмоль/л, связанный 6, свободный 30.

В анализе мочи: белок 0,33‰, эритроциты 20-40 в п/зр, реакция на кровь резко положительная.

Ведущий синдром у пациентки.

Каковы его основные причины?

Ваша диагностическая и лечебная тактика.

ЗАДАЧА

Пациент Ч., 53 лет, поступил с жалобами на геморрагические высыпания на коже по типу петехий, экхимозов, кровоизлияний в подкожно-жировую клетчатку с развитием гематомы, слабость, потливость, повышение температуры до $37,4^0$. Болен в течение недели, когда на фоне повышения температуры до 38^0 появилась слабость, однократное носовое кровотечение. После приёма аспирина появились высыпания на коже. Госпитализирован с подозрением на геморрагический васкулит.

При осмотре: бледность кожи и слизистых. Множественные

геморрагические высыпания на коже туловища, конечностей, единичные

петехии на лице, микролимфаденопатия. В лёгких дыхание

везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный,

ЧСС 100 уд/мин. Печень пальпируется у края рёберной дуги, селезёнку

пропальпировать не удаётся. Отёков нет

Анализ крови: Нв 80 г/л, эр $3,0 \cdot 10^{12}/л$, цв.показатель 0,9, лейкоц. $12,8 \cdot 10^9/л$, эоз. 0%, п/я 2%, сегм. 10%, лимф. 12%, мон. 10%, бласты 46%, промиелоциты 20%, тромбоциты $60 \cdot 10^9/л$, СОЭ 62 мм/час.

Предполагаемый диагноз.

Программа обследования.

Ваша дальнейшая тактика как врача-терапевта.

ЗАДАЧА

Пациент Ц., 76 лет, поступил в неврологическое отделение в связи с преходящим нарушением мозгового кровообращения. В анамнезе в течение 10 лет артериальная гипертензия с нечастыми гипертоническими кризами. Регулярной гипотензивной терапии не получал. В последнее время – частые носовые кровотечения.

При осмотре обращает на себя внимание гиперемия лица, инъекция сосудов конъюнктив. Периферические лимфоузлы не увеличены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный 86 уд/мин. АД 200/105 мм рт.ст. Живот мягкий, пальпируется край печени и селезёнки.

В анализе крови – эритроцитоз, повышение уровня гемоглобина, тромбоциты в пределах нормы.

О каком заболевании нужно думать в первую очередь?

Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить?

Лечебные мероприятия.

РЕВМАТОЛОГИЯ

ЗАДАЧА

13-летняя девочка жалуется на повышение температуры тела до 37,5⁰, слабость. Родители отмечают, что их дочь в последнее время быстро утомляется, не может аккуратно писать из-за произвольных движений рук, беспокойна, речь её стала менее внятной.

При осмотре обнаружены бледно-розовые кольцевидные высыпания в подключичных областях, на животе, на разгибательных поверхностях предплечий.

В крови лейкоцитоз и повышение СОЭ.

Какие анамнестические данные следует уточнить?

К консультации каких специалистов Вы прибегнете?

Наиболее вероятный диагноз.

Составьте план обследования.

Назначьте лечение.

ЗАДАЧА

У 14-летней армянки в течение двух лет трижды наблюдались атаки острого моноартрита с поражением крупных суставов, высокой лихорадкой, которые проходили самостоятельно в течение недели. Два месяца назад больной проведена аппендэктомия, через две недели вновь появились боли в животе, прошедшие без лечения в течение 3 дней. Родители больной здоровы, дядя её умер от уремии в молодом возрасте.

О каком заболевании следует думать прежде всего?

Поражение каких органов при данном заболевании является ведущим в клинической картине?

Прогноз заболевания.

ЗАДАЧА

У 53-летнего мужчины после ужина в ресторане ночью появились резкие боли в области большого пальца правой стопы, повысилась температура тела до 38⁰.

При осмотре выявлена припухлость первого плюснефалангового сустава, яркая гиперемия кожи вокруг него. Прикосновение к большому пальцу вызывает резкое усиление болей.

Для какого заболевания такое начало является типичным?

Какими исследованиями Вы подтвердите Ваш диагноз?

Какие препараты целесообразно использовать для купирования острых проявлений?

Какие препараты назначаются после купирования острой атаки для лечения заболевания?

ЗАДАЧА

48-летняя женщина госпитализирована с жалобами на боли и ограничение движений в межфаланговых суставах кистей, преимущественно справа

При осмотре в области дистальных межфаланговых суставов выявлены плотные узелки размером 0,5 см, умеренно болезненные при пальпации. Суставы незначительно деформированы, движения в них ограничены. При рентгенографии суставов обнаружено сужение суставной щели, уплотнение краевой пластинки и наличие экзостозов.

Наиболее вероятный диагноз.

Какие суставы наиболее часто поражаются при данном заболевании.

Принципы лечения.

ЗАДАЧА

У 22-летней девушки после возвращения из Крыма появились эритематозные высыпания на лице, боли в суставах кистей и лучезапястных суставах, повышение температуры тела до $37,5^{\circ}$.

Гемоглобин 115 г/л, СОЭ 32 мм/час.

В моче белок 0,99 г/л, 5-6 лейкоцитов и 3-5 эритроцитов в поле зрения.

В крови обнаружен антинуклеарный фактор в титре 1:40.

О каком заболевании идет речь?

Какую тактику лечения выбрать?

Преднизолон 25 мг/сутки

Преднизолон 60 мг/сутки

Азатиоприн 150 мг/сутки

Индометацин 150 мг/сутки

Плазмаферез.

ЗАДАЧА

Больная 32 лет госпитализирована с жалобами на остро возникшее повышение температуры до $39,2^{\circ}$, резкие боли и припухание правого коленного сустава, озноб, проливной пот. При осмотре кожа в области поражённого сустава гиперемирована, горячая на ощупь. На спине обнаружены немногочисленные папулы и пузырьки с геморрагическим содержимым.

При пункции сустава получена жидкость с большим количеством нейтрофилов.

В анализе крови лейкоцитоз $22 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ 48 мм/час.

Предполагаемый диагноз.

Методы уточнения диагноза.

Лечение.

ЗАДАЧА

Больной 21 года жалуется на интенсивные боли и скованность в нижних отделах спины и в тазобедренных суставах. При рентгенографии выявлены неровность контуров и сужение крестцово-подвздошных сочленений.

О каком диагнозе может идти речь?

План обследования.

Какая тактика лечения может быть использована?

1. Преднизолон

2. Азатиоприн

3. Индометацин

4. Препараты золота
5. Сульфасалазин.

ЗАДАЧА

20-летняя медсестра во время летнего отпуска на море ежедневно по несколько часов находилась на пляже. Через две недели появились боли в мелких суставах кистей рук, голеностопных суставах, субфебрильная температура, сухой кашель. Принимала антибиотики без эффекта, самочувствие ухудшалось, продолжали беспокоить артралгии, температура повысилась до 38° , лечилась сульфаниламидами, аспирином. Через два месяца обратилась в поликлинику и была госпитализирована.

При осмотре состояние больной средней тяжести. Слабость, анорексия. В области щёк и спинки носа эритематозные высыпания в форме «бабочки». В нижнебоковых отделах грудной клетки с обеих сторон немного звонких влажных мелкопузырчатых хрипов на фоне жёсткого дыхания, под правой лопаткой нежный шум трения плевры. Границы сердца в пределах нормы, тоны приглушены, ритмичны, 94 уд/мин. На верхушке и в точке Боткина систолический шум. АД 110/65 мм рт. ст. Со стороны других органов патологических изменений не выявлено.

При рентгенограмме грудной клетки обнаружено усиление сосудистого рисунка в нижних отделах лёгких.

На ЭКГ – синусовая тахикардия, умеренное снижение амплитуды зубца Т в грудных отведениях.

Анализ крови: Нв 101 г/л, эр $3,2 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоц. $6,0 \cdot 10^9$ /л, цв.показатель 0,9, эоз. 5%, п/я 6%, сегм. 68%, лимф. 15%, мон. 6%, СОЭ 48 мм/час.

При исследовании мочи 0,066‰, 103 эритроцита и 1-2 гиалиновых цилиндра в п/зр.

О каком заболевании следует думать?

Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Основная медикаментозная терапия.