

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА (СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ) ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.49 «ТЕРАПИЯ»

Ситуационная задача 1

Больная 54 лет, поступила в ревматологическое отделение с жалобами на слабость, боли во II-IV проксимальных межфаланговых и пястно-фаланговых суставах кистей рук, лучезапястных суставах, сопровождающиеся утренней скованностью длительностью около 3 часов. Впервые эти симптомы появились 4 года тому назад. С этого времени постоянно принимает метотрексат 15 мг 1 раз в неделю перорально, фолиевую кислоту 5мг через 24 часа после приема метотрексата, периодически-мелоксикам -7.5 мг и внутрисуставное введение глюкокортикоидов. 1,5 года назад больную стали беспокоить сухость во рту, чувство наличия «песка» в глазах, резко ухудшилось состояние зубов. Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы и видимые слизистые бледные, отмечается ульнарная девиация, деформация и припухлость суставов кистей, положительный симптом «сжатия кисти». В области правого локтевого сустава определяются 2 подкожных плотных узелковых образования. ООСЗ (общая оценка больной состояния здоровья в миллиметрах по 100-миллиметровой визуальной аналоговой шкале- ВАШ – 60). Индекс активности заболевания - DAS 28= 6,6. В околоушных областях имеется небольшая припухлость. В легких дыхание, хрипов нет. Тоны сердца глухие, ритм правильный, систолический шум во всех точках аускультации, ЧСС 78 в 1 минуту, АД 130/80мм.рт.ст. Язык сухой, пришеечный кариес многих зубов. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Клинический анализ крови: гемоглобин 120 г/л, эритроциты $4,5 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $10 \times 10^9/л$, тромбоциты $378 \times 10^6/л$, лейкоцитарная формула: палочкоядерные нейтрофилы 3%, сегментоядерные нейтрофилы 63%, лимфоциты 27%, моноциты 7%, СОЭ 42 мм/час.

Биохимический анализ крови: глюкоза 5,3 ммоль/л, креатинин 97 мкмоль/л, мочевины 7,8 ммоль/л, АЛТ-23 ед/л, АСТ-28 ед/л. Электрофорез белков: альбумины 42,5%, глобулины: α_1 - 4,8%, α_2 - 12,6%, β - 12,4%, γ - 27,3%. СРБ 56,4 мг/л, ревматоидный фактор (РФ) – 92,1 Ед/л, АЦЦП-35 Ед/л. Рентгенография кистей: околосуставной остеопороз, кисты и единичные эрозии в эпифизах II-IV пястных костей, сужение суставных щелей обоих лучезапястных суставов, II-IV слева и II-III пястно-фаланговых суставов справа.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Сформулируйте клинический диагноз. На основании каких критериев поставлен диагноз?
3. Назначьте дополнительные методы исследования.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Определите тактику ведения больной.

Ситуационная задача 2

Пациентка Г., 23 года, в течение 3-х месяцев отмечает боли в суставах кистей, периодическое повышение температуры тела до 37,9С, слабость, выпадение волос. Больная обратилась к ревматологу, были взяты АЦЦП, ревматоидный фактор, результат отрицательный, выставлен диагноз «Серонегативный ревматоидный артрит», назначен метотрексат в дозе 10 мг/нед. На фоне приема отметила появление высыпаний на лице, трещины в уголках рта, язвы слизистой рта, отеки нижних конечностей и лица, самостоятельно отменила метотрексат, однако после отмены препарата сыпь появилась на туловище, отеки нижних конечностей нарастали, было отмечено повышение температуры тела до 39,0С, состояние ухудшалось. С диагнозом «Лихорадка неясного

генеза. Аллергическая реакция» госпитализирована в стационар. При осмотре имеется выраженная отёчность лица, стоп и нижней трети голеней, температура тела 38,7С. 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 23 в мин. При исследовании лёгких аускультативно ослабление дыхания в нижних отделах, перкуторно в нижних отделах определяется притупление перкуторного звука. При исследовании сердца – перкуторно границы расширены, тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 93 в мин, АД 160/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон.

Лабораторные исследования:

1. Общий анализ крови: гемоглобин 89 г/л, эритроциты $2,7 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $3,1 \times 10^9/л$, палочкоядерные 2%, сегментоядерные 52%, эозинофилы 2%, лимфоциты 36%, моноциты 8%, тромбоциты $158 \times 10^9/л$, СОЭ 35 мм/час.

2. Общий анализ мочи: относительная плотность 1009, белок 1,0 г/л, глюкоза отр., лейкоциты 0-1 в поле зрения, эритроциты 5-7 в п/зр.

Инструментальные исследования:

1. Рентгенография органов грудной клетки: легочные поля без очаговых и инфильтративных изменений. Корни легких не расширены, структурны. В правой и левой плевральных полостях определяется свободная жидкость до V ребра. Тень сердца умеренно расширена.

2. Эхокардиография: в полости перикарда определяется умеренное количество жидкости без признаков тампонады.



Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте дообследование для верификации диагноза.
5. Лечебная тактика.

Ситуационная задача 3

Пациентка М., 49 лет, обратилась в связи с болями и припухлостью суставов кистей, появление белых образований на коже пальцев рук, побеление пальцев на холоде, одышку при умеренной физической нагрузке. Из анамнеза известно, что боли и припухлость суставов появились год назад, в течение месяца отметила появление одышки и нарушения глотания. При осмотре болезненность и припухлость суставов кистей, симптом поперечного сжатия положительный, на коже кончиков пальцев и в области дистальных межфаланговых суставов отмечаются подкожные уплотнения белого цвета, местами изъязвленные. В легких при аускультации ослабление дыхания в нижних отделах, перкуторный звук ясный. Тоны сердца приглушенные, отмечается акцент II тона над легочной артерией, ритм правильный. ЧСС 82 в мин. АД 135/80 мм РТ. Ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. В ревмопробах - РФ 79 МЕд/мл, АНФ 1/1280.



Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте дообследование для верификации диагноза.
5. Лечебная тактика.

Ситуационная задача 4

Больная К., 38 лет, поступила в клинику с жалобами на выраженную слабость, снижение массы тела, одышку при незначительной физической нагрузке, сухой кашель, на уплотнение кожи в области лица, верхних конечностей, грудной клетки, ограничение подвижности пальцев обеих кистей, периодические боли в области мелких суставов кистей, а также лучезапястных суставов, изжогу, быстрое насыщение, нарушение глотания твердой пищи.

Из анамнеза известно, что первые симптомы заболевания появились в 35 лет, после перенесенной вирусной инфекции, когда стала отмечать онемение, боль и изменение окраски кожи в области пальцев обеих кистей, возникающие на холоде или при стрессе. Через три месяца развился плотный отек обеих кистей, пальцы приобрели «сосискообразный» вид, на кончиках пальцев стали появляться резко болезненные, длительно незаживающие язвочки. В дальнейшем кожа в области кистей становилась плотной, уменьшился объем мягких тканей концевых фаланг, развились сгибательные контрактуры. Уплотнение кожи распространилось на лицо, верхние конечности с переходом на грудную клетку. Два года назад стала беспокоить одышка при физической нагрузке и сухой кашель. В течение последнего полугодия отмечает усиление одышки, снижение толерантности к физической нагрузке, появились симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта: быстрое насыщение, изжога, явления дисфагии. Наследственный анамнез: мама страдает ревматоидным артритом.

При осмотре: Состояние средней степени тяжести. Пониженного питания. Температура тела 36,8С. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, сухие. Отмечается уплотнение кожи верхних конечностей с распространением выше локтевых суставов, с переходом на переднюю поверхность грудной клетки, резкое уменьшение объема мягких тканей концевых фаланг обеих кистей, резко выраженная сгибательная контрактура в области пястно-фаланговых суставов обеих кистей. Кожный счет (по Rodnan) – 21 балл. В области дистальной фаланги III пальца левой кисти выявлена резко болезненная язва. Лицо больной имеет маскообразный вид, амимичное. Кончик носа заострен, губы истончены, ротовая апертура уменьшена, радиальные морщины вокруг рта. При осмотре ротовой полости обращает на себя внимание утолщение и укорочение уздечки языка. Лимфатические узлы, доступные пальпации не увеличены. В легких дыхание жесткое, в нижних отделах легких выслушивается крепитация, ЧД - 20 в минуту. При аускультации тоны сердца ритмичны, ЧСС - 88 в минуту, акцент II тона во II межреберье слева от грудины, АД - 115/70 мм рт.ст. Живот мягкий, отмечается болезненность при пальпации в эпигастральной области. Печень и селезенка не увеличены. Стул регулярный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Неврологический статус без особенностей. **Клинический анализ крови:** гемоглобин 123 г/л; эритроциты 4,1х10¹²/л; ЦП - 0,94; тромбоциты 340х10⁹/л; лейкоциты 7,8х10⁹/л; палочкоядерные 6%; сегментоядерные 69%; лимфоциты 20%; моноциты 5%; СОЭ 38 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок 75 г/л; мочевины 6,0 ммоль/л; креатинин 98 мкмоль/л; АСТ 23 ед/л; АЛТ 25 ед/л; КФК 98 ед/л; билирубин общ. 16 мкмоль/л; глюкоза 4,2 ммоль/л; СРБ 24 мг/л.

Иммунологический анализ крови: АНФ 1:640 (нуклеарный тип свечения); АТ к топоизомеразе I (анти-Scl-70) 35 МЕ/мл; Антицентромерные АТ (анти-CENT-B) 3 МЕ/мл.

DLCO (ДСЛ - диффузионная способность легких для оксида углерода) – 53% от должного значения.

КТВР органов грудной клетки: определяются двухсторонние симметричные участки «матового стекла» в базальных отделах легких, ретикулярные изменения в сочетании с тракционными бронхоэктазами. КТ- паттерн соответствует неспецифической интерстициальной пневмонии.

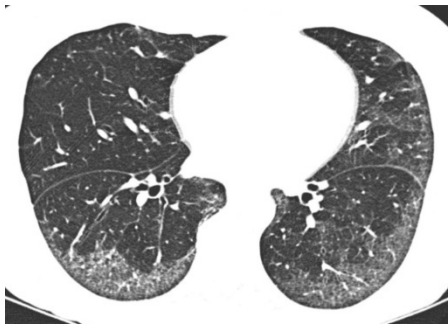


Рис. 1 КТВР органов грудной клетки больной К.



Рис. 2 Дигитальная язва.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо назначить больной?
4. Определите тактику ведения больной.

Ситуационная задача 5

Больная М., 50 лет, госпитализирована с жалобами на зудящие высыпания на коже верхних конечностей, спине, шее, ягодицах, лобной области, внутренней поверхности бедра обеих нижних конечностей, отечность лица, слабость в верхних и нижних конечностях, слабость шейных мышц (трудно поднять голову с подушки). Из анамнеза известно, что месяц назад отметила появление слабости в руках. Через неделю отметила кожный зуд на спине. С лекарствами, пищевыми аллергенами не связывает. Неоднократно вызывала врача на дом - назначались антигистаминные препараты - с временным положительным эффектом в виде уменьшения зуда на поверхности спины. Затем сыпь распространилась на туловище, ягодицы, нижние конечности, присоединились сыпь и отеки лица. Постепенно стала нарастать слабость (трудно поднять руки, чтобы причесаться, помыть голову), появилось затруднение при глотании пищи. В связи с отсутствием эффекта от проводимого лечения, вызвала бригаду скорой медицинской помощи, госпитализирована в стационар с диагнозом «Аллергическая реакция неуточненная». При осмотре: температура тела 36,5С. Пациентка лежит в постели, не может подняться и сидеть без посторонней помощи, с трудом удерживает голову. Отеков нет. На лице двусторонняя периорбитальная эритема розово-фиолетового оттенка, веки отечны (рис. 1), на коже обеих верхних конечностей, плеч, спины, ягодиц, внутренней поверхности бедра, в лобной области прослеживаются эритематозные пятна сливного характера, без шелушения, на разгибательных поверхностях суставов пальцев отмечается эритема с признаками шелушения, следы эксфолиаций на надплечье и задней поверхности шеи. Мышечная сила снижена. Дисфагия, дисфония. ЧДД 21 в мин. Дыхание ослаблено, единично выслушиваются сухие хрипы. АД 130/75 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон.



Рис. 1.

Лабораторные исследования:

1. Общий анализ крови: гемоглобин 103 г/л, эритроциты $3,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $5,6 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 1%, сегментоядерные 58%, эозинофилы 2%, лимфоциты 29%, моноциты 10%, тромбоциты 174×10^9 /л, СОЭ 50 мм/час.

2. Общий анализ мочи: относительная плотность 1011, белок 0,3 г/л, глюкоза отр., лейкоциты 0-1 в поле зрения, эритроциты 0-1 в п/зр.

3. Биохимический анализ крови: АСТ 842 Ед/л, АЛТ 531 Ед/л, КФК 3017 Ед/л.
Инструментальные исследования: МСКТ органов грудной клетки – см. рис. 2.

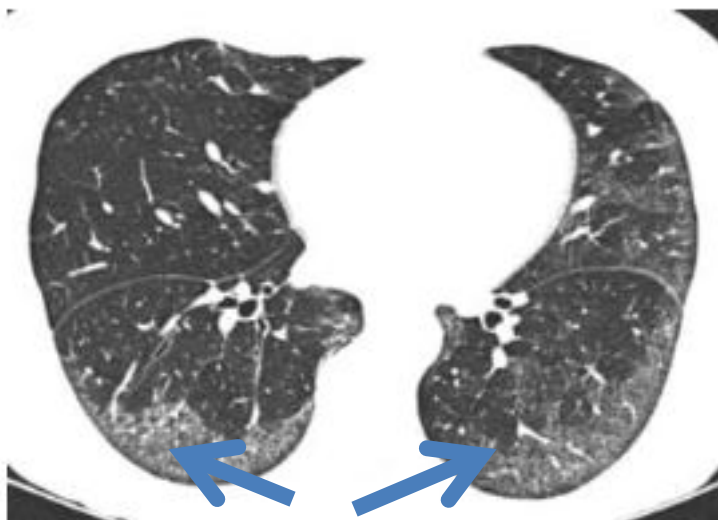


Рис. 2.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Опишите изменения на МСКТ органов грудной клетки.
4. Назначьте дообследование для верификации диагноза.
5. Лечебная тактика.

Ситуационная задача 6

Больная Н., 27 лет, поступила в стационар с жалобами на головную боль, одышку при ходьбе, периодические давящие боли в области сердца, выраженную слабость. Считает себя больной в течении года: год назад впервые появились головные боли, отеки на лице, слабость. При обследовании в поликлинике установили заболевание почек, и пациентка была госпитализирована в стационар с повышенными цифрами АД – 230/120 мм.рт. ст., в крови было установлено

повышенное содержание азота, мочевины, креатинина, в моче – белок. Пациентка после стационарного лечения в течение 6 месяцев чувствовала себя удовлетворительно, затем состояние больной стало прогрессивно ухудшаться.

При обследовании: Рост – 167 см, вес 60 кг., кожные покровы сухие, бледные с сероватым налетом. В легких дыхание везикулярное, ослаблено. Границы относительной сердечной тупости расширены влево. Тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум на верхушке, акцент II тона на аорте, АД – 220/110 мм.рт.ст. Живот при пальпации умеренно болезненный в эпигастральной области. Правая доля печени выступает на 2 см. ниже края реберной дуги, болезненна. В брюшной полости определяется свободная жидкость. Отеки в области поясницы и на ногах. Поколачивание в поясничной области болезненно с обеих сторон.

Общий анализ крови: эритроциты – $1,9 \times 10^{12}/л$, Hb – 65г/л, ЦП -1,0, тромбоциты - $176 \times 10^9/л$, лейкоциты – $11,2 \times 10^9$, п.-1, с.-89, л.-8, м.-2, СОЭ – 26 мм/ч.

Мочевина – 29 ммоль/л, креатинин – 380мкмоль/л, холестерин – 3,8 ммоль/л. Анализ мочи: удельный вес – 1007, белок – 3,9 г/л, лейкоциты – 5-7 в поле зрения, гиалиновые цилиндры – 0-1-2 в поле зрения, зернистые цилиндры – 0-1 в поле зрения.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз
3. Поставьте диагноз
4. Назначьте лечение
5. Определите прогноз.

Ситуационная задача 7

Пациент А. 25 лет обратился за медицинской помощью в связи с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, головную боль, появление мочи красного цвета, отечность лица, нижних конечностей.

Ранее считал себя здоровым человеком. В детстве несколько раз были повторные эпизоды ангины, протекавшие достаточно тяжело, предлагалась тонзиллэктомия, однако операция так и не была проведена. Хронические заболевания в анамнезе отрицает, в поликлинике на наблюдается, стационарное лечение не проходил. Прием лекарственных препаратов на постоянной основе отрицает. Периодически употребляет алкогольные напитки. Оперативные вмешательства в анамнезе отсутствуют.

Вышеуказанные жалобы отмечает в течение последних двух недель после эпизода переохлаждения и ангины. Антибактериальную терапию не получал, лечился симптоматически, за медицинской помощью не обращался. В связи с сохранением жалоб, а также уменьшением количества выделяемой мочи за сутки обратился за помощью.

При осмотре состояние средней степени тяжести. Цвет кожных покровов обычный. Отмечается отечность мягких тканей лица и пастозность стоп и голеней. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД – 17 в минуту. SpO₂ – 98% на воздухе. Тоны сердца ясные, ритмичные. Шумы в сердце не выслушиваются. ЧСС – 90 в минуту. АД – 170/100 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания – отрицательный с 2-х сторон.

Общий анализ крови: Hb – 102 г/л, эритроциты – $3,3 \times 10^{12}/л$, тромбоциты – $280 \times 10^9/л$, лейкоциты – $7,8 \times 10^9/л$, лейкоцитарного сдвига нет, СОЭ – 30 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет мясных помоев, прозрачность неполная, рН 6,1, относительная плотность – 1025 г/л, белок – 2,1 г/л, билирубин – 0, лейкоциты – 1-2 в п/зр, эпителий – 8 в п/зр, эритроциты – 40-50 в п/зр, цилиндры гиалиновые – 6-8 в п/зр.

Биохимический анализ крови: общий белок – 86 г/л, альбумин – 43 г/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, мочеви́на – 10,2 ммоль/л, креатинин – 211,0 мкмоль/л, АЛТ – 35 Ед/л, АСТ – 38 Ед/л, общий холестерин – 5,1 ммоль/л, натрий – 135,2 ммоль/л, калий – 6,1 ммоль/л.

Вопросы:

1. Выделите основные клинические и лабораторные синдромы.
2. Определите дифференциально-диагностический ряд и установите диагноз.
3. Назначьте дополнительные лабораторные и инструментальные обследования.
4. Определите тактику ведения больного.

Ситуационная задача 8

Пациентка Н. 24 лет поступила в приемное отделение городского скорпомощного стационара в связи с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, потливость, боли в животе, поясничной области, дискомфорт при мочеиспускании, частые позывы к мочеиспусканию, повышение Т тела до 38,0 С.

С раннего возраста у пациентки отмечались изменения в анализах мочи (лейкоцитурия, оксалурия). Однако по этому поводу не обследовалась. 2 года назад впервые появились жалобы на боли в животе, поясничной области, дизурические явления в виде болезненного мочеиспускания. Неоднократно проходила курсы лечения антибактериальными препаратами в связи с инфекцией мочевыводящих путей. Оперативных вмешательств в анамнезе нет. Стационарное лечение не проходила. Настоящее ухудшение состояния отмечает в течение последних 5 дней, принимала фосфомицин, парацетамол – без эффекта. За медицинской помощью не обращалась. В связи с сохранением вышеуказанных жалоб сегодня вызвала бригаду СМП. Была доставлена в приемное отделение стационара.

При осмотре в приемном отделении состояние средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски. Периферических отеков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Т тела – 37,8 С. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. SpO₂ – 97% на воздухе. Тоны сердца ясные, ритмичные. Шумы в сердце не выслушиваются. ЧСС – 96 в минуту. АД – 150/90 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, слегка болезненный в средних и нижних отделах. Печень при пальпации +2 см из-под края реберной дуги. Почки при пальпации увеличены. Симптом поколачивания – положительный справа, слабopоложительный слева.

Общий анализ крови: Hb – 131 г/л, эритроциты – $4,0 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты – 310×10^9 /л, лейкоциты – $12,3 \times 10^9$ /л преимущественно за счет гранулоцитов, СОЭ – 50 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, прозрачность неполная, рН 6,0, относительная плотность – 1018 г/л, белок – 0,25 г/л, билирубин – 0, лейкоциты – 40-50 в п/зр, эпителий – 10-12 в п/зр, эритроциты – 10-12 в п/зр, цилиндры – 6-8 в п/зр.

Биохимический анализ крови: общий белок – 83 г/л, альбумин – 45 г/л, глюкоза – 4,1 ммоль/л, мочеви́на – 7,8 ммоль/л, креатинин – 110 мкмоль/л, АЛС – 43 Ед/л, АСТ – 48 Ед/л, общий холестерин – 4,1 ммоль/л, натрий – 138 ммоль/л, калий – 4,9 ммоль/л.

Экскреторная урография:



Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Определите дифференциально-диагностический ряд и установите диагноз.
3. Назначьте дополнительные лабораторные и инструментальные обследования.
4. Определите тактику ведения больного.

Ситуационная задача 9

Больная В., 50 лет, обратилась с жалобами на тупые тянущие боли в поясничной области, не зависящие от положения тела, учащенное, болезненное мочеиспускание, общую слабость, быструю утомляемость, головную боль, повышение температуры тела до 37,5С. Из анамнеза

известно, что с 20 лет больная страдает частыми обострениями хронического цистита, лечилась самостоятельно. Дважды проходила стационарное лечение в гинекологическом отделении по поводу воспалительного заболевания органов малого таза. В течение последних 10 лет беспокоят тупые тянущие боли в поясничной области, сопровождающиеся учащенным, болезненным мочеиспусканием, повышением температуры до субфебрильных цифр. Урологическому обследованию не подвергалась, при болях принимала дротаверин и травяной сбор. Пять лет назад была диагностирована артериальная гипертензия с подъемами АД до 180/100 мм рт.ст., регулярной гипотензивной терапии не получает, эпизодически принимает каптоприл для купирования гипертонических кризов.

При осмотре: Состояние средней степени тяжести. Температура тела 37,4С. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, сухие, без высыпаний. Конъюнктива век и склеры нормальной окраски. Периферических отеков нет. Лимфатические узлы, доступные пальпации не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД - 18 в минуту. Перкуторно границы относительной тупости сердца не расширены. При аускультации тоны сердца ритмичны, отмечается акцент II тона во II м/р справа, ЧСС - 94 в минуту, мягкий систолический шум на верхушке, АД - 160/100 мм рт.ст. на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон, больше справа. Дизурия. Стул в норме. Неврологический статус без особенностей.

Клинический анализ крови: гемоглобин 110 г/л; эритроциты $3,4 \times 10^{12}$ /л; цветовой показатель 0,98; тромбоциты 210×10^9 /л; лейкоциты $11,7 \times 10^9$ /л; палочкоядерные 9%; сегментоядерные 67%; лимфоциты 20%; эозинофилы 1%; моноциты 3%; СОЭ 32 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок 74 г/л; мочевины 6,0 ммоль/л; креатинин 86 мкмоль/л; АСТ 26 ед/л; АЛТ 28 ед/л; КФК общ. 101 ед/л; билирубин общ. 15,8 мкмоль/л; ЩФ 160 ед/л; холестерин 5,6 ммоль/л; калий 4,3 ммоль/л; натрий 138 ммоль/л; глюкоза 4,8 ммоль/л; С реактивный белок 25 мг/л.

Общий анализ мочи: мутная, реакция щелочная, удельный вес 1010, белок 0,033 г/л, эритроциты 5-6 в поле зрения, лейкоциты 25 - 30 в поле зрения, цилиндры отсутствуют, эпителий ед. в поле зрения, бактерий много.

Анализ мочи по Нечипоренко: эритроциты - 1000; лейкоциты - 8000; цилиндры - нет.

УЗИ брюшной полости и почек: свободной жидкости в брюшной полости нет, печень, селезенка без особенностей. Почки с неровным, деформированным контуром, несколько уменьшены в размерах, паренхима истончена, чашечно - лоханочная система расширена.



Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.

3. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо назначить больной?

4. Обоснуйте тактику лечения больной.

Ситуационная задача 10

Больной Н., 18 лет, поступил в клинику с жалобами на слабость, отсутствие аппетита, сухость во рту, уменьшение количества выделяемой за сутки мочи, на выраженные отеки в области лица, голеней и стоп. Из анамнеза известно, что в возрасте 5 лет была впервые выявлена выраженная протеинурия, сопровождающаяся массивными генерализованными отеками, в связи с чем больной проходил обследование и лечение в нефрологическом отделении, после проведения глюкокортикостероидной терапии выписан в удовлетворительном состоянии, до настоящего времени симптомы заболевания более не рецидивировали. Настоящее ухудшение состояния в течение месяца, когда появились и стали нарастать вышеуказанные жалобы. При осмотре: Состояние средней степени тяжести. Температура тела 36,7С. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, с «перламутровым» оттенком. Лицо одутловатое с отечными веками, вздутыми надбровными дугами. Отмечаются выраженные отеки нижних конечностей в области голеней и стоп. Отеки рыхлые, подвижные, сохраняют след от нажатия. Лимфатические узлы, доступные пальпации не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД - 18 в минуту. При аускультации тоны сердца ритмичны, ЧСС - 84 в минуту, акцент II тона во II межреберье справа от грудины, АД - 160/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул регулярный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Неврологический статус без особенностей. Клинический анализ крови: гемоглобин 102 г/л; эритроциты $2,8 \times 10^{12}/л$; ЦП - 0,94; тромбоциты $240 \times 10^9/л$; лейкоциты $6,8 \times 10^9/л$; палочкоядерные 5%; сегментоядерные 69%; лимфоциты 21%; моноциты 5%; СОЭ 42 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок 52 г/л; альбумин 21 г/л; гамма - глобулины 5 г/л; мочевины 6,0 ммоль/л; креатинин 86 мкмоль/л; Калий 4,2 ммоль/л; Натрий 140 ммоль/л; АСТ 24 ед/л; АЛТ 21 ед/л; КФК 98 ед/л; билирубин общ. 15 мкмоль/л; глюкоза 4,6 ммоль/л; холестерин 7.8 ммоль/л; фибриноген 8 г/л. Общий анализ мочи: удельный вес 1030, реакция щелочная, белок 3,2 г/л, эритроциты 0 - 1 в поле зрения, лейкоциты 1 - 2 в поле зрения, гиалиновые цилиндры 20 в поле зрения, бактерий нет.

Биопсия почки (электронная микроскопия): отмечается диффузное слияние ножковых отростков подоцитов и их микровиллезная трансформация, другие ультраструктурные патологические изменения в клубочках отсутствуют.

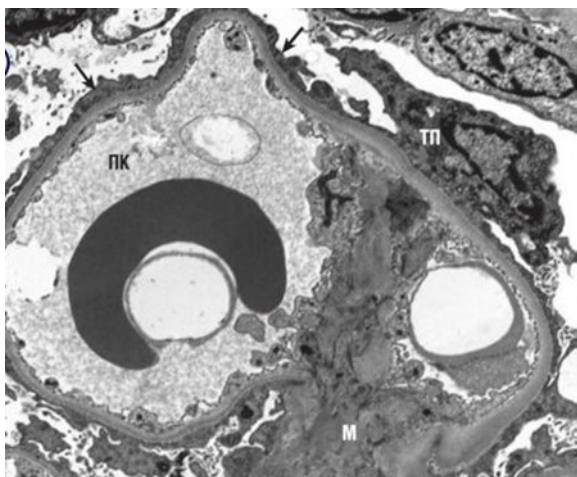


Рис. 1 Электронная микроскопия биоптата почки, больной Н.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Укажите ведущий синдром. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо назначить больному?
4. Перечислите возможные осложнения.
5. Определите тактику ведения больного.

Ситуационная задача 11

Больная С., 65 лет обратилась с жалобами на повышение температуры до 37,5°C, общую слабость, утомляемость, потливость, заложенность носа, першение в гортани и кашель с вязкой мокротой желтого цвета, одышку.

Из анамнеза известно, что заболела остро, около 10 дней назад, когда появились жалобы на повышение температуры тела до 37,6°C, «саднение» за грудиной, сухой, приступообразный кашель, провоцируемый разговором и холодным воздухом, першение в гортани, небольшой насморк. В течение последних трех дней кашель стал влажным с трудно отделяемой мокротой желтого цвета, появилась одышка. В семье перед этим болел ребенок, посещающий детский сад. Лечилась самостоятельно без эффекта.

В анамнезе в течение последних 3 лет - артериальная гипертензия с максимальным значением АД 170/100 мм рт ст. Постоянно принимает рамиприл 5 мг и амлодипин 5 мг. На фоне антигипертензивной терапии АД в пределах 135/80 мм рт ст.

Вредные привычки отрицает.

Эпидемиологический анамнез: за пределы Москвы и Московской области не выезжала. Не работает.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Рост 164 см. Вес 76 кг. Температура тела на момент осмотра 37,3°C. Кожные покровы обычной окраски, влажные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Зев гиперемирован. Небные миндалины рыхлые, гиперемированные, без налета. При сравнительной перкуссии легких выявляется небольшое притупление легочного звука в нижних отделах справа. В легких аускультативно выслушивается жесткое дыхание, в нижних отделах справа ослабленное, рассеянные сухие хрипы, над зоной притупления перкуторного звука выслушивается небольшое количество влажных звонких мелкопузырчатых хрипов. ЧДД 24 в минуту. SpO₂ 94%. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 92 удара в минуту. АД 135/80 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с двух сторон. Стул, диурез в норме.

Общий анализ крови: гемоглобин 117 г/л, эритроциты $3,9 \times 10^{12}/л$, MCV 96 фл (81-103), RDW 12,4% (11,6- 14,8), MCH 29,6 пг (26,0-34,0), MCHC 34,8 г/дл (32,0-36,0), тромбоциты $225 \times 10^9 /л$, лейкоциты $9,41 \times 10^9 /л$, нейтрофилы палочкоядерные 5 %, нейтрофилы сегментоядерные 64 %, лимфоциты 25 %, моноциты 4 %, базофилы 0 %, эозинофилы 2 %, нейтрофилы $4,70 \times 10^9 /л$, лимфоциты $1,37 \times 10^9 /л$, моноциты $0,26 \times 10^9 /л$, эозинофилы $0,09 \times 10^9 /л$, Базофилы $0,04 \times 10^9 /л$, СОЭ 24 мм/ч

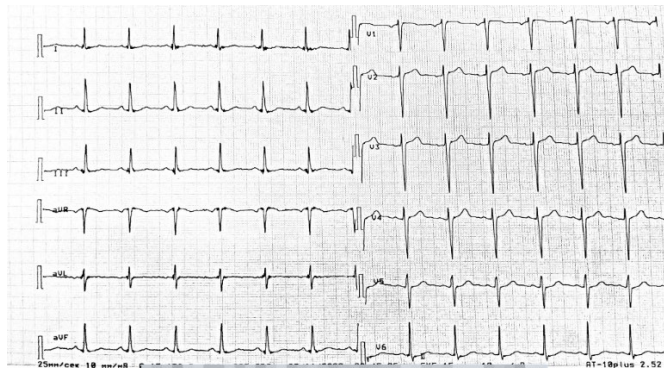
Общий анализ мочи : цвет соломенно-желтый, прозрачность полная, относительная плотность 1016, белок- отрицательно, глюкоза отрицательно, лейкоциты 0-1 в поле зрения.

Анализ мокроты: цвет светло - желтый, характер- слизистая, консистенция вязкая, лейкоциты 25-45 в п/зр., эпителий 3-5 п/зр., альвеолярные макрофаги 1-2 п/зр., эритроциты не обнаружены, эозинофилы не обнаружены, атипичные клетки отсутствуют, кристаллы Шарко-Лейдена не обнаружены, спирали Кушмана не обнаружены, флора смешанная.

Микробиологическое исследование мокроты: рост микрофлоры не обнаружен.

ИФА: IgM- Chlamydomphila pneumoniae- отрицательно, IgG Chlamydomphila pneumoniae отрицательно, IgM Mycoplasma pneumoniae -положительно, IgG- Mycoplasma pneumoniae отрицательно.

ЭКГ:



Рентгенография органов грудной клетки:



Вопросы:

1. Выделите основные клинические синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить пациентке?
4. Определите тактику ведения пациентки.
5. Назначьте лечение.

Ситуационная задача 12

Пациент А., 35 лет, поступил в приемное отделение стационара самотеком в сопровождении родственников, в связи с жалобами на общую слабость, сухой кашель, приступы удушья, чувство заложенности в грудной клетке.

Из анамнеза известно, что пациент с детства имеет пищевую аллергию на цитрусовые, аллергию на пыль. Нередко страдал ОРВИ с эпизодами удушья, в связи с чем периодически принимал по рекомендации знакомых супрастин, эуфиллин в таблетках с положительным эффектом. Стационарное лечение не проходил, у врачей в поликлинике по месту жительства не наблюдался. Наличие хронических заболеваний в анамнезе отрицает. Курение отрицает. Около 5 лет назад перенес двустороннюю полисегментарную пневмонию, после чего эпизоды удушья

стали появляться чаще. Настоящее ухудшение состояния отмечает в течение последних 5 дней, когда на фоне очередного эпизода ОРВИ стал отмечать повторные приступы удушья, сухого кашля. Температура тела все дни болезни была субфебрильная. Опираясь на информацию в сети Интернет, самостоятельно стал принимать сальбутамол при приступах удушья с временным положительным эффектом. Однако в связи с учащением приступов удушья и увеличением их продолжительности и быстро ухудшающимся самочувствием, обратился в приемное отделение стационара.

Объективно: состояние тяжелое. Пациент вялый, говорит с трудом, не может закончить фразы. Сидит с опорой руками на край кровати. Цвет кожных покровов обычный, акроцианоз пальцев верхних конечностей и губ. Периферических отеков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, на всей поверхности легких выслушиваются сухие жужжащие хрипы. ЧДД – 32-34 в минуту. SpO₂ – 86% на воздухе. Тоны сердца ясные, ритмичные. Шумы в сердце не выслушиваются. ЧСС – 56 в минуту. АД – 100/60 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания – отрицательный с 2-х сторон.

Данные обследований: общий анализ крови: Hb – 150 г/л, эритроциты – $4,8 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты – 300×10^9 /л, лейкоциты – $11,0 \times 10^9$ /л, базофилы – 1%, эозинофилы – 8%, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы – 57%, лимфоциты – 22%, моноциты – 7%, СОЭ – 30 мм/ч.

ЭКГ: синусовая брадикардия, P-ритм, отклонение ЭОС вправо.

Рентгенография ОГК: повышение прозрачности легочных полей, усиление легочного рисунка в прикорневых и базальных отделах.

Вопросы:

1. Выделите основные клинические и лабораторные синдромы;
2. Определите дифференциально-диагностический ряд и установите диагноз;
3. Назначьте дополнительные лабораторные и инструментальные обследования;
4. Определите тактику ведения больного.

Ситуационная задача 13

Пациентка М., 63 лет, госпитализирована в стационар с жалобами на кашель с отделением слизисто-гнойной мокроты, одышку при незначительной физической нагрузке с затрудненным выдохом, общую слабость.

Из анамнеза известно, что пациентка считает себя больной в течение последних нескольких лет, когда отметила появление кашля с отделением слизистой мокроты в утренние часы, затем появилась одышка при умеренной физической активности. К врачам не обращалась, не обследовалась. Самостоятельно принимала ацетилцистеин, с незначительным положительным эффектом. Настоящее ухудшение в течение последней недели, когда после переохлаждения повысилась температура тела до субфебрильных цифр, увеличилась продукция мокроты, усилились одышка и кашель.

Из анамнеза жизни известно, что пациентка курит с 23 лет по 15 сигарет в сутки. Аллергологический анамнез не отягощен. Хронические заболевания в анамнезе отрицает. Наследственный анамнез не отягощен.

Объективно: Состояние средней тяжести. Пациентка в сознании, контактна. Кожные покровы сухие, диффузный цианоз. Отеков нет. Температура тела 37,4 С. Периферические лимфоузлы не увеличены. АД - 110/70 мм рт.ст., Ps - 94 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, патологические шумы не выслушиваются. При аускультации легких дыхание жесткое, рассеянные сухие свистящие хрипы над всей поверхностью легких. ЧДД - 28 в мин, SpO₂ 89% на

воздухе. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Данные лабораторных исследований: клинический анализ крови: эритроциты - $4.5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 155 г/л, тромбоциты - $320 \times 10^9/л$, лейкоциты - $11,3 \times 10^9/л$, б - 1 %, палочкоядерные нейтрофилы - 9%, сегментоядерные - 63%, лимфоциты - 25%, моноциты - 2%, СОЭ - 45 мм/ч; биохимический анализ крови: С-реактивный белок - 45 мг/л (норма 0-5 мг/л); цитологический анализ мокроты: признаки умеренного нейтрофильного воспаления, клеток атипии не выявлено.

Данные инструментальных исследований: рентгенограмма органов грудной клетки в прямой и боковой проекции: диффузное усиление легочного рисунка, очаговых и инфильтративных изменений в легких не выявлено; ЭКГ: ритм правильный, синусовый, нормальная ЭОС, ЧСС 92 в минуту; Спирография: ОФВ1 55%, Индекс Тиффно 65%, проба с сальбутамолом - прирост ОФВ1 на 5%.

Вопросы:

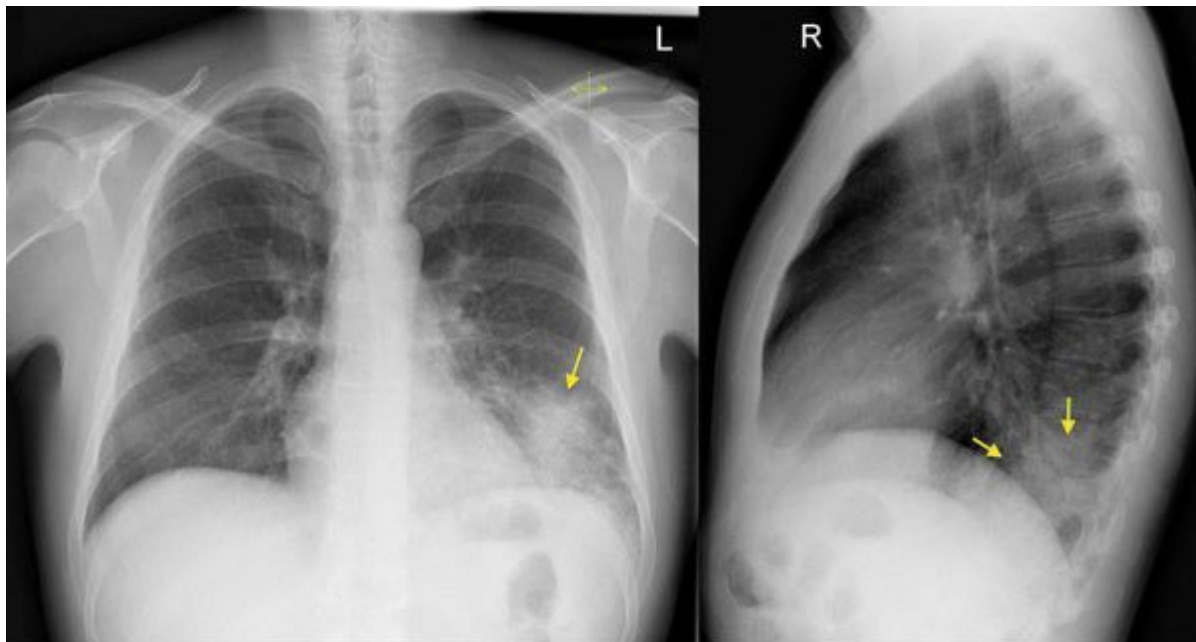
1. Выделите ведущие клинические и лабораторные синдромы у пациентки;
2. Какие заболевания могут сопровождаться подобной клинической картиной? Проведите дифференциальный диагноз;
3. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить и с какой целью?
4. Сформулируйте клинический диагноз;
5. Какова лечебная тактика ведения данной пациентки?

Ситуационная задача 14

Больной Д, 61 год госпитализирован в отделение кардиореанимации с жалобами на интенсивные жгучие боли в эпигастральной области. Из анамнеза известно, что пациент работает слесарем, на протяжении 40 лет курит по 15–20 сигарет в день, злоупотребление алкоголем отрицает, страдает лишним весом. В течение двух месяцев эпизодически отмечает возникновение одышки, боли жгучего характера в эпигастральной области без связи с приемом пищи, эпизодически головные боли. К врачам не обращался, по настоянию жены принимал омепразол без положительного эффекта. Со слов год назад при измерении АД в аптеке электронным тонометром зарегистрирован уровень 178/92 мм рт ст. Так как ранее не чувствовал признаков повышения АД, показатели тонометра расценил как ошибку тонометра, далее также АД не контролировал. Настоящее ухудшение сегодня на работе, когда боль усилилась, появилась резкая слабость. Вызвал СМП, на ЭКГ зарегистрирован синусовый ритм с ЧСС 58 уд/мин, элевация сегмента ST в отведениях II, III, aVF, депрессия ST в I и aVL. Экспресс-тест на миоглобин положительный. Пациент доставлен в отделение кардиореанимации с предварительным диагнозом «ОКСпST». При обследовании данных за хирургическую патологию не получено, отмечается повышение уровня тропонина I 24 нг/мл. Пациенту установлен диагноз ИБС: Острый инфаркт миокарда. Атеросклероз коронарных артерий. Гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени, риск ССО4. Табакокурение. Ожирение II ст». Проведено ЧКВ в объеме коронароангиографии со стентированием ПКА (по данным КАГ отмечается стеноз дистальной/3 70%, остальные артерии без гемодинамически значимых стенозов). Назначена двойная антиагрегантная терапия, лизиноприл, бисопролол, аторвастатин. Состояние с положительной динамикой. На 3-и сутки пациент пожаловался врачу на слабость, озноб, кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты, одышку при малейшем движении в пределах койки. При осмотре кожные покровы бледные, влажные, температура тела 38,2 С. В легких выслушивается везикулярное дыхание, влажные звонкие мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах легких слева. ЧДД 20 в мин. Сатурация 94%. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 93 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Общий анализ

крови: Анализ крови: гемоглобин – 138 г/л, эритроциты – $4,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $14,5 \times 10^9$ /л, СОЭ – 50 мм/час, тромбоциты - 373×10^9 /л, лейкоцитарная формула – п/я – 21%, с/я – 59%, э-0%, б-1%, мон-2%, лим-17%.

РГ ОГК:



Вопросы:

1. Какое осложнение развилось у больного?
2. Какие дополнительные обследования нужно провести?
3. Сформулируйте дифференциально-диагностический ряд.
4. Определите тактику лечения.

Ситуационная задача 15

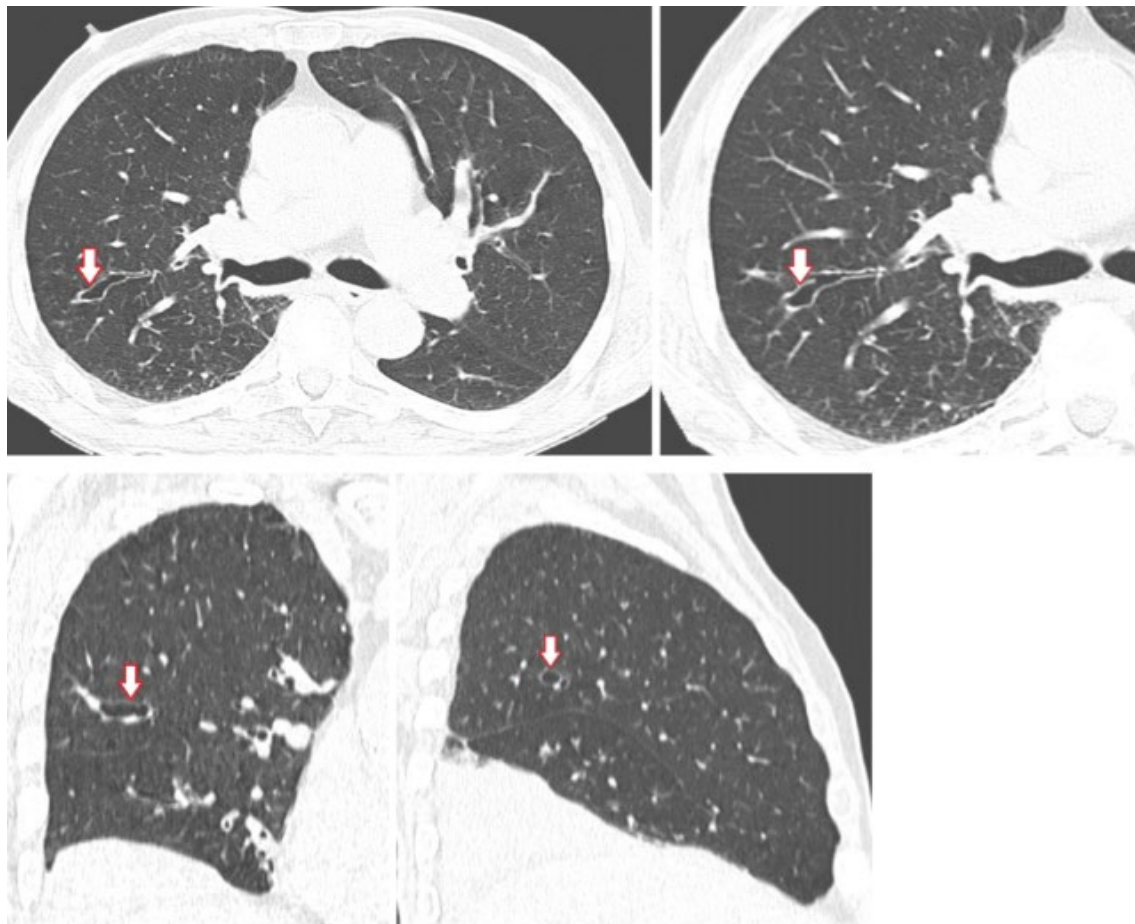
Больной П, 63 года обратился к врачу с жалобами на усиление одышки, выделение большого количества гнойной мокроты после утреннего пробуждения. Из анамнеза известно, что пациент имеет длительный стаж табакокурения (выкуривает по 1 пачке сигарет в день), в течение 15 лет страдает хронической обструктивной болезнью легких, применяет ингаляции с фенотеролом и тиотропия бромидом 2 раза в день. На фоне терапии обострения 3 раза в год (последнее обострение 3 месяца назад, по поводу которого пациент проходил стационарное лечение). В течение 1 месяца отметил изменение характера и количества выделяемой мокроты - появилась гнойная мокрота в большом количестве, усиление одышки при выполнении привычной работы, эпизоды гипертермии до 37,9 С.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожа чистая, умеренный диффузный цианоз. ЧД 23 в минуту. При аускультации дыхание ослабленное, везикулярное, влажные средне - и крупнопузырчатые хрипы, также выслушиваются рассеянные сухие свистящие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 92 в минуту. АД - 138/84 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Периферических отеков нет. Кончики пальцев в форме барабанных палочек.

Клинический анализ крови: гемоглобин -158 г/л. Эритроциты- $5,27 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $14,3 \times 10^9$ /л СОЭ-58 мм/ч.

Биохимический анализ крови: Креатинин 89 ммоль/л, мочевины 8 ммоль/л, АСТ 21 Ед/л, АЛТ 28 Ед/л.

КТ органов грудной клетки:



Вопросы:

1. Перечислите основные синдромы
2. Предполагаемый диагноз.
3. Какие методы нужно провести для подтверждения диагноза?
4. Определите тактику ведения.

Ситуационная задача 16

Пациент К., 38 лет, госпитализирован с жалобами на выраженную одышку в покое, отеки нижних конечностей, сердцебиение, общую слабость. Из анамнеза известно, что ранее заболеваниями сердечно-сосудистой системы не страдал, артериальное давление не повышалось. 2 месяца назад перенес ОРВИ. Настоящее ухудшение в течение двух недель, когда появились и стали нарастать вышеуказанные жалобы.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски и влажности. В легких выслушиваются влажные хрипы в нижних отделах. Перкуторно границы сердца – левая по передне-подмышечной линии, верхняя – III ребро, правая – на 1 см кнаружи от правого края грудины. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный, выслушивается систолический шум на верхушке и у основания мечевидного отростка. ЧСС=102 уд/мин. АД=108/76 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги. Отеки голеней и стоп.

Общий анализ крови: гемоглобин 142 г/л, эритроциты $4,8 \times 10^9$ /л, лейкоциты $6,6 \times 10^9$ /л, тромбоциты 370×10^9 /л.

ЭКГ – фибрилляция предсердий с ЧСЖ=99 уд/мин.

Эхокардиография: расширение всех полостей сердца. Диффузное снижение сократимости миокарда ЛЖ. ФВ ЛЖ 29%.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. Дополнительные методы обследования
3. Тактика ведения больного

Ситуационная задача 17

Больной Н., 37 лет, заболел остро за 2 недели до поступления. Отмечал повышение температуры до 37,5-38,0 С, чувство тяжести в груди, нарастающую одышку при физической нагрузке, а затем и в покое, облегчавшуюся в вертикальном положении. Через несколько дней возникли отеки ног, перед поступлением присоединилась отечность лица.

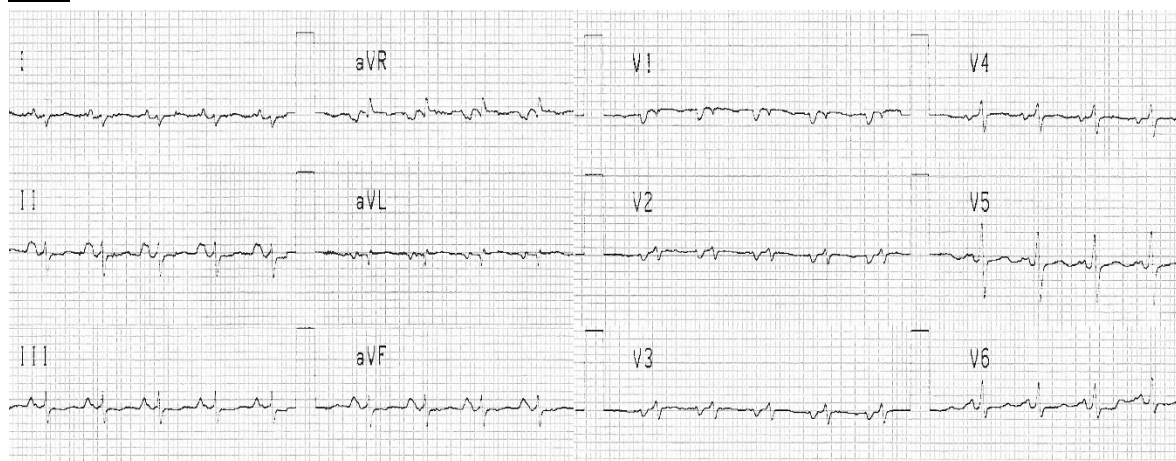
При осмотре: больной сидит, наклонив туловище вперед, прижав подбородок к груди. Кожные покровы обычной окраски, сухие. Отмечаются одутловатость лица, набухание шейных вен. ЧД 22 в минуту. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца резко ослаблены, шумов нет. ЧСС 110 в минуту, ритм правильный. АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации болезненный в правом подреберье, где определяется закругленный край печени, выступающий из-под края реберной дуги на 4-5 см. Селезенка не пальпируется. Умеренные отеки голеней и стоп.

Клинический анализ крови: гемоглобин 139 г/л; лейкоциты 10×10^9 /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:



Вопросы:

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

Ситуационная задача 18

К врачу-терапевту поликлиники обратилась пациентка В., 48 лет, с жалобами на отеки лица, конечностей, недомогание, повышенную утомляемость, сонливость, повышенное выпадение волос, одышку при подъеме по лестнице. Отмечает немотивированную прибавку массы тела на 10 кг. Вышеуказанные жалобы около 1 года

В анамнезе ОРВИ, желчнокаменная болезнь, периодическое «ситуационное» повышение АД до 150 и 100 мм.рт.ст. Никаких лекарств регулярно не принимает. Курит 5-6 сигарет в день, алкоголь употребляет 1-2 раза в месяц, около 250 мл сухого вина.

Объективно: состояние удовлетворительное. Рост – 161 см. Вес – 79.6 кг. Несколько заторможена, речь замедлена, голос хриплый, сухость кожи, одутловатость лица, отечность периорбитальной области, нижней трети голеней, лодыжек. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 20 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС и пульс 50 уд/мин. АД – 158/106 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, край плотный, закруглен, б/б при пальпации. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Физиологическое отправление: стул – запоры.

При обследовании: клинический анализ крови: гемоглобин 105 г/л, эритроциты $3,4 \cdot 10^{12}$ /л, остальные показатели в пределах нормы. В биохимическом анализе крови: холестерин 7.2 ммоль/л, ЛПНП – 4.1 ммоль/л, ЛПВП – 0,8 ммоль/л, триглицериды – 4.27 ммоль/л. Гликозилированный гемоглобин 6,5%.

ТТГ – 14.2 МЕ/л., fT4 < 0.4 нг/мл

ЭКГ – синусовая брадикардия (ЧСС 52 в мин), вольтаж снижен, зубец Т в грудных отведениях сглажен. ЭХО-КГ – размеры сердца в пределах нормы, сократительная способность миокарда не нарушена. ТЗСЛЖ 1,2 см, ТМЖП 1,3 см. В трансмитральном потоке E<A. В полости перикарда определяется небольшое количество жидкости (80 мл).

По данным ультразвукового исследования щитовидной железы отмечается уменьшение ее размеров, неоднородная структура с множественными «узловыми» образованиями, не демонстрирующими паренхиматозный кровоток при цветовом доплеровском картировании, отмечается размытость структуры железы и подкапсульный фиброз. Тонкоигольная пункционная биопсия «узловых» образований выявила картину очаговой лимфоидной инфильтрации.

Вопросы:

1. Выделите ведущие синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Обоснуйте тактику дообследования.
4. Укажите, с какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию.
5. Обоснуйте тактику ведения пациентки.

Ситуационная задача 19

Пациентка Л., 83 года, вызвала врача-терапевта на дом. Жалобы: нарастающая слабость, одышка, эпизоды падения в квартире без потери сознания, боли в коленных и тазобедренных суставах (интенсивность по ВАШ - 45).

Анамнез заболевания: Ухудшение в течение 1,5 месяцев – постепенное нарастание слабости, утомляемости, одышки, головокружения. За медицинской помощью не обращалась. Отмечает 3 эпизода падений дома, последний - за два дня до вызова врача. Хотела прийти на прием в поликлинику самостоятельно, но из-за страха падений не решилась выйти из дома и вызвала врача. Хронический болевой синдром в коленных и тазобедренных суставах отмечает в течение 15 лет с частыми обострениями. Установлен диагноз остеоартрита, регулярно использует НПВП, бесконтрольно. Базисную терапию медленно действующими препаратами не использует.

Анамнез жизни: 15 лет страдает гипертонической болезнью, максимальные цифры АД 160/100 мм рт.ст. Регулярно принимает эналаприл 10 мг 2 раза в день, индапамид 2,5 мг. ОИМ, ОНМК, сахарный диабет отрицает.

Страдает ожирением, диету не соблюдает.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Избыточного питания. Рост 156 см, масса тела 88 кг, ИМТ 36,2 кг/м². Кожные покровы бледные. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, систолический шум во всех точках аускультации. ЧСС 88 в 1 мин, АД 145/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Коленные суставы деформированы, объем движений снижен, безболезненные при пальпации.

При обследовании: Эритроциты – 4,12x10¹²/л, НВ – 103 г/л, MCV - 77,8, MCHC - 23,9, MCHC – 301, НТ - 32,6, Тромбоциты - 326x10¹²/л, WBC – 7,3x10⁹/л, СОЭ – 6 мм/ч. Сывороточное железо – 5,3 мкмоль/л, ферритин – 12 нг/мл. СРБ – 3, 2 мг/л.

Вопросы:

1. Перечислите заболевания и синдромы, которые есть у пациентки
2. Какой тип анемии можно диагностировать у пациентки?
3. Какая наиболее вероятная причина анемии?
4. Тактика лечения анемии.

Ситуационная задача 20

Пациентка М, 77 лет, обратилась к врачу-терапевту.

Жалобы: на одышку при ходьбе на расстояние до 300 метров и подъёме по лестнице на 2 этаж, ощущение сердцебиения, головокружение, шаткость при ходьбе, изжогу, боли и тяжесть в эпигастральной области, общую слабость

Анамнез: в течение 18 лет гипертоническая болезнь с максимальными цифрами АД 180/100 мм рт. ст. Адаптирована к АД 130/80 мм рт. ст. 6 лет назад перенесла инфаркта миокарда, по поводу которого выполнено стентирование правой коронарной артерии. 3 года назад диагностирована фибрилляция предсердий. Антикоагулянтную терапию никогда не получала. В течение 14 лет страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки, обострения 1 раз в год, ЖКК не было. ОНМК, сахарный диабет отрицает.

Регулярно принимает лозартан 100 мг в день, бисопролол 5 мг в день, торасемид 5 мг в день, аторвастатин 20 мг 1 раз в день.

Не курит, алкоголем не злоупотребляет

Объективно: Состояние удовлетворительное. Рост 162 см, масса тела 69 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Небольшая отёчность голеней и стоп. Дыхание везикулярное, ослабленное в нижних отделах, хрипы не выслушиваются, ЧДД 19 в 1 мин. Тоны сердца неритмичные, ЧСС 76 в 1 мин, пульс 68 в 1 мин, АД 135/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Стул, мочеиспускание в норме.

ЭКГ: Фибрилляция предсердий с ЧЖС 80 в мин. ЭОС влево. ГЛЖ. Рубцовые изменения нижней стенки левого желудочка.

Вопросы:

1. Оцените риск тромботических и геморрагических осложнений по шкалам CHA₂DS₂-VASc и HAS-BLED
2. Какую группу лекарственных препаратов необходимо обязательно назначить пациентке?
3. Какие лабораторные показатели необходимо контролировать у пациентки, получающей антикоагулянты?

Ситуационная задача 21

Вызов врача в палату терапевтического отделения к пациенту П., 74 лет.

Жалобы: внезапно возникшая слабость, головокружение, боли в левой эпигастральной области с иррадиацией в спину, под левую лопатку.

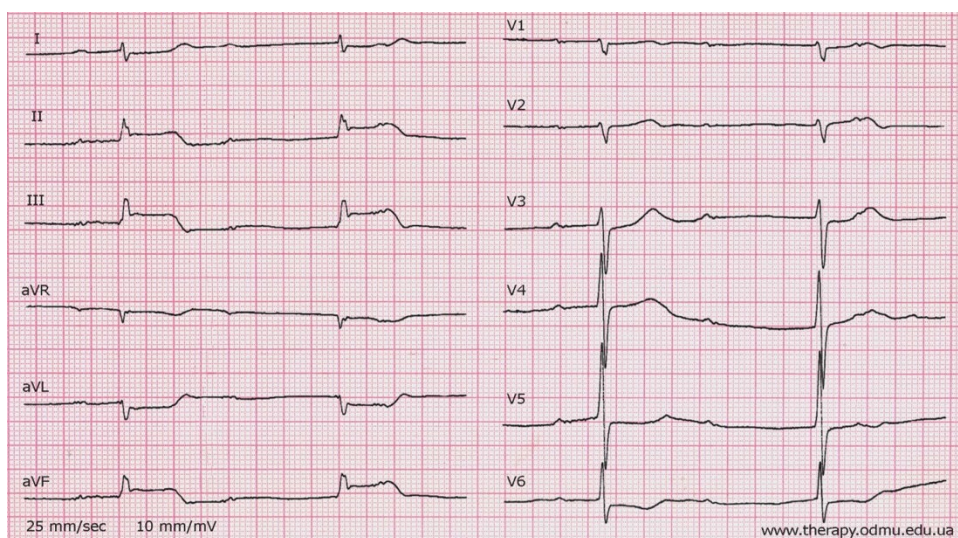
Анамнез: Вышеописанные жалобы появились около 4 часов утра, пациент проснулся от них, при попытке встать с кровати – упал, на шум пришла дежурная медицинская сестра, которая вызвала дежурного врача.

Длительно страдает гипертонической болезнью с повышением АД до 200/100 мм рт ст. Госпитализирован в терапевтическое отделение в связи с очередным гипертоническим кризом. На фоне получаемой терапии (лозартан 100 мг/сутки, гидрохлортиазид 25 мг/сутки, бисопролол 5 мг/сутки) АД стабилизировалось на уровне 160/80 мм рт ст. Год назад был госпитализирован в стационар по поводу инфаркта миокарда без подъема сегмента ST. От проведения коронароангиографии пациент категорически отказался. Принимает аторвастатин 80 мг, аспирин 75 мг. Злоупотребление алкоголем в анамнезе отрицает, курит по 10-12 сигарет в день много лет.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Вес 75 кг, рост 185 см. В легких дыхание жесткое, с влажными хрипами преимущественно в нижних отделах легких. ЧДД – 20 в 1 минуту, SpO₂ 92% на воздухе. Ритм сердца правильный, тоны приглушены, ритмичные. ЧСС – 76 в 1 минуту. АД – 180/100 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания симметрично, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Мочеиспускание свободное, учащенное.

Вопросы:

1. Тактика ведения пациента дежурным врачом-терапевтом?
2. Какое заключение можно сделать по данным выполненной ЭКГ?
3. Какой метод лечения данного пациента является наиболее эффективным?



Ситуационная задача 22

Мужчина 65 лет, обратился на консультацию с результатами рентгеновской остеоденситометрии. Беспокоит ноющая боль в межлопаточной области при длительной статической нагрузке, а также приступы удушья, возникающие практически ежедневно.

Из анамнеза известно, что пациент с 35 лет страдает atopической бронхиальной астмой тяжелого течения, длительное время получает терапию тиотропия бромидом 2,5 мкг ингаляционно, ипратропия бромид\фенотерол 20/50 мкг), глюкокортикоидами (ингаляционно беклазон 1000 мкг в сутки и перорально метипред 8 мг). Обострение астмы возникает летом, во время цветения злаковых трав, в настоящее время ночные приступы 2-3 раза в неделю, дневные приступы повторяются ежедневно. Также страдает риносинуситом, аллергическим конъюнктивитом. 2 года назад у пациента появилась резкая боль в спине при падении с высоты собственного роста на улице во время гололеда. Диагностирован компрессионный перелом ThXI-

ThXII позвонков. 10-летний абсолютный риск основных переломов 32%. Обратился на консультацию к терапевту в связи с выполненной рентгеновской остеоденситометрией.

Сопутствующие заболевания: в течение 10 лет пациент страдает артериальной гипертензией с максимальным повышением артериального давления до 180/110 мм рт.ст. Год назад перенес инфаркт миокарда, стентирование передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии. Принимает амлодипин 5 мг вечером, периндоприл 8 мг+индапамид 1,25 мг, тромбоАСС 100 мг в сутки.

При осмотре: лунообразное лицо, единичные стрии на коже живота. Отеков нет. Стероидная васкулопатия. ИМТ 23,12 кг/м². В легких дыхание жесткое, при форсированном выдохе сухие хрипы в нижних отделах легких. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 90 в мин. АД 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень перкуторно у края реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание не нарушено. Стул – запоры.

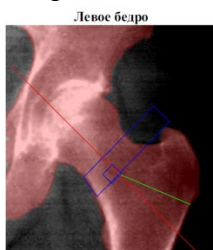
Результаты лабораторного обследования:

Клинический анализ крови: гемоглобин 118 г/л, эритроциты $3,7 \times 10^{12}/л$, Лейкоциты $5,6 \times 10^9/л$, тромбоциты $466 \times 10^9/л$, СОЭ 22 мм/ч (норма до 15 мм/ч).

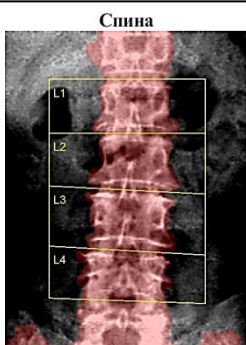
Общий анализ мочи: без патологии.

Биохимический анализ крови: С-реактивный белок 11,2 мг/л (референсные значения до 5 мг/л), АЛТ 22 Ед/л, АСТ 21 Ед/л, креатинин 84 мкмоль/л, кальций общий 1,9 (референсные значения 1,9-2,6 мкмоль/л).

Двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия:



ROI	BMD(g/cm ²)	Данные денситометрии		T-score	Z-score
		BMC(g)	Площадь(см ²)		
Шейка бедра	0.751	4.81	6.41	-1.8 (73%)	-0.9 (85%)
Большой вертел	0.669	10.27	15.37	-1.3 (78%)	-1.0 (82%)
Межвертельное пр-во	0.982	23.52	23.95	-1.7 (75%)	-1.3 (79%)
Все бедро	0.844	38.61	45.73	-1.6 (75%)	-1.2 (80%)
Уорд	0.634	0.59	0.93	NC	NC



ROI	BMD(g/cm ²)	BMC(g)	Площадь(см ²)	T-score	Z-score
L1	0.750	11.03	14.72	-2.2 (-24%)	-1.0 (-13%)
L2	0.738	12.03	16.31	-3.0 (-31%)	-1.8 (-21%)
L3	0.844	15.76	18.67	-2.1 (-21%)	-0.9 (-10%)
L4	0.895	14.79	16.52	-1.5 (-15%)	-0.3 (-3%)
Общий	0.810	53.61	66.22	-2.2 (-23%)	-1.0 (-12%)

Вопросы:

1. Дайте заключение по денситограммам.

2. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
3. Назначьте дополнительное обследование.
4. Назначьте лечение.

Ситуационная задача 23

Пациентка М., 38 лет, обратилась с жалобами на боль (ВАШ=70 мм) в суставах кистей, утреннюю скованность в суставах кистей в течение 40 минут.

Анамнез: в 31 год - артрит левого коленного сустава, проходила лечение у травматолога, выполнялась пункция с последующим введением дипроспана в полость сустава с положительным эффектом, который продолжался в течение 6-9 месяцев, после чего процедуру приходилось повторять. В 34 года присоединился артрит правого лучезапястного сустава, суставов кистей, консультирована ревматологом, заподозрен серонегативный спондилоартрит, рекомендован прием метотрексата, который пациентка не принимала в связи с опасением возможных побочных эффектов. Активность суставного синдрома постепенно уменьшилась на фоне приема нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). В 36 лет отмечала появление болевого синдрома в левой ягодице – было трудно ходить с опорой на левую ногу, особенно после периода покоя или сна. Настоящее ухудшение в течение 4 месяцев, когда развился артрит суставов кистей. Прием НПВП несколько уменьшает болевой синдром, но полностью не купирует. Потребность в приеме НПВП ежедневная. Пациентка оценивает текущее обострение (активность) заболевания на 65 мм по ВАШ.

Отрицает наличие проблем со стулом – диареи, наличия крови или слизи в кале. Наличие увеита в анамнезе отрицает. Семейный анамнез по псориазу отягощен – у отца псориаз.

Объективный осмотр: состояние удовлетворительное. Кожный покров обычной окраски, чистый. При внимательном осмотре отмечается наличие эритемы на волосистой части головы с шелушением. Ногтевые пластины не изменены. Суставной статус: деформация, ограничение движений и боль при пальпации правого лучезапястного сустава, проксимального межфалангового сустава III пальца левой кисти (см. рисунок). Поперечное сжатие обеих стоп болезненно. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхательных движений 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 62 в мин. АД 110/60 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень у края реберной дуги. Желчный пузырь безболезненный, не пальпируется. Периферических отеков нет.

В анализе крови: Гемоглобин 116 г/л, эритроциты $3,7 \times 10^{12}/л$, Лейкоциты $5,6 \times 10^9/л$, Тромбоциты $420 \times 10^9/л$, СОЭ 22 мм/ч (норма до 15 мм/ч).

Общий анализ мочи без патологии.

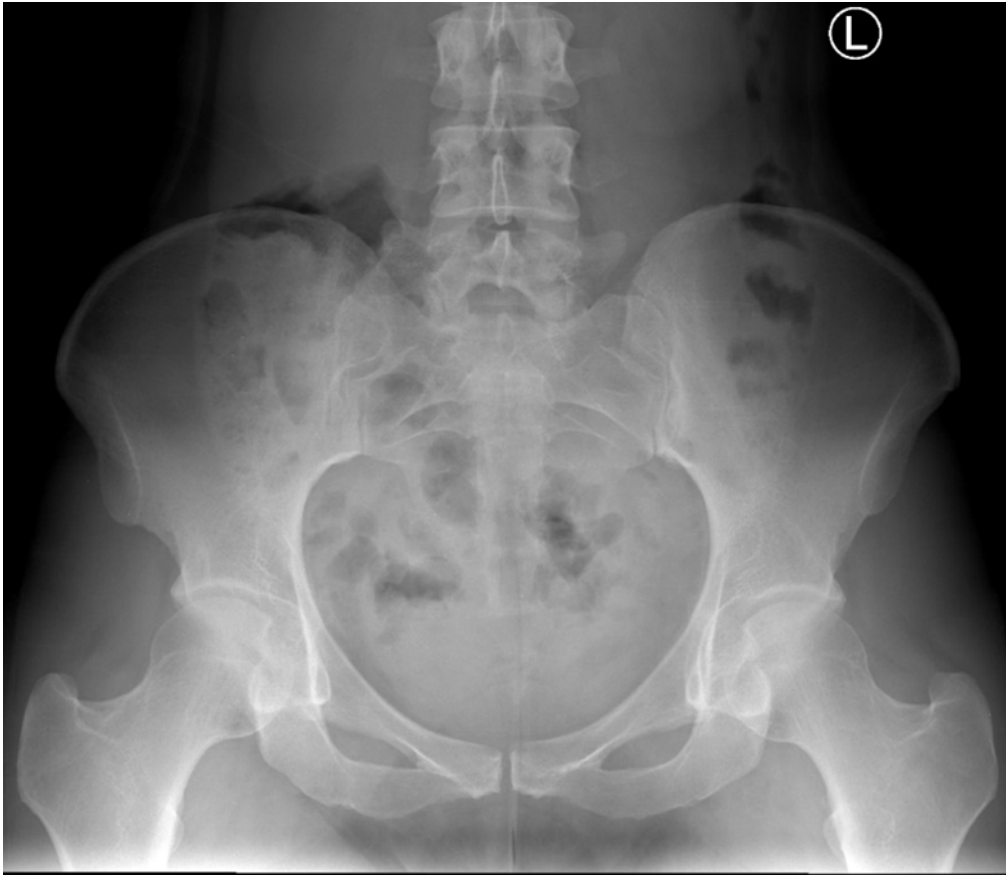
Выявлено **носительство HLA-B27 антигена.**

Биохимический анализ крови: С-реактивный белок 15,2 мг/л (норма до 5 мг/л), АЛТ 33 Ед/л, АСТ 34 Ед/л, Креатинин 86 мкмоль/л,

Иммунологический анализ крови: Ревматоидный фактор 4 МЕ/мл (норма до 14 МЕ/мл), АЦП – отрицательный. Антинуклеарный фактор 1:80.

Рентгенограмма кистей: см. рисунок

Рентгенограмма таза: см рисунок





Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования, укажите, какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза?
3. Назначьте лечение и обоснуйте его.

4. Что повлияет на выбор стартовой терапии у данного пациента?

Ситуационная задача 24

Пациентка, 32 года, обратилась на амбулаторный прием с жалобами на слабость, боль в проксимальных межфаланговых и пястно-фаланговых суставах обеих кистей, боль в обоих лучезапястных, в левом локтевом и обоих коленных суставах, утреннюю скованность в них в течение полутора часов.

Из анамнеза известно, что около года назад после перенесенной аденовирусной инфекции впервые отметила боль и припухлость в пястно-фаланговых суставах обеих кистей, утреннюю скованность в них в течение часа. За медицинской помощью не обращалась, принимала эторикокиб в дозе 90 мг в сутки в течение 3 недель с положительным эффектом в виде полного нивелирования припухлости и значимого уменьшения интенсивности болевого синдрома в суставах. Сохранялась утренняя скованность в вышеуказанных суставах в течение 30 минут.

Около 1,5 месяцев назад перенесла новую коронавирусную инфекцию, после чего отметила постепенное прогрессирование заболевания в виде усиления интенсивности болевого синдрома, увеличения продолжительности утренней скованности, появления припухлости в мелких суставах кистей, обоих лучезапястных и коленных суставах, затруднения при выполнении профессиональной деятельности (работает бухгалтером).

Сопутствующие заболевания: 10 лет назад установлен диагноз аутоиммунный тиреоидит, по поводу чего постоянно принимает левотироксин натрия в дозе 100 мкг.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура тела 36,9°C. Рост 165 см. Вес 58 кг. Кожный покров и видимые слизистые оболочки обычной окраски, чистый. Периферических отеков нет. Доступные для пальпации лимфатические узлы не увеличены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧД 16 в минуту, SpO₂=98%. Грудная клетка при пальпации безболезненная, при сравнительной перкуссии над всей поверхностью легких отмечается ясный легочный звук, при аускультации дыхание везикулярное над всей поверхностью легких, проводится во все отделы. Хрипов нет. ЧСС 72 в минуту. АД 110/75 мм рт. ст. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумы в области сердца не выслушиваются. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень не пальпируется, перкуторно – по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Отмечается боль при пальпации и деформация за счет экссудативных изменений II и III слева и II-V справа проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей, II-V пястно-фаланговых суставов с обеих сторон, обоих лучезапястных и коленных суставов, ограничение активных и пассивных движений в них. Боль при пальпации левого локтевого сустава. Кисти сжимает в кулак на 70%, мышечная сила в них умеренно снижена. Симптом поперечного сжатия кистей положительный. Симптом поперечного сжатия стоп отрицательный. Активные и пассивные движения в остальных суставах в полном объеме, безболезненные.

Число припухших суставов – 18

Число болезненных суставов – 19

Оценка общего состояния по ВАШ – 52 мм.

Клинический анализ крови: эритроциты $4,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 126 г/л, лейкоциты $8,8 \times 10^9/л$, тромбоциты $246 \times 10^9/л$. СОЭ 40 мм/час.

Биохимический анализ крови: АЛТ 26 Ед/л, АСТ 32 Ед/л, ГГТП 18 Ед/л, щелочная фосфатаза 85 Ед/л, общий билирубин 8,2 мкмоль/л, общий белок 78 г/л, креатинин 63 мкмоль/л, мочевины 5,2 ммоль/л, ревматоидный фактор 235 МЕ/мл (норма: 0-30 МЕ/мл), антитела к циклическому цитруллинированному пептиду 276 МЕ/мл (норма 0-17 МЕ/мл).



Вопросы:

1. Прокомментируйте результаты рентгенографии кистей.
2. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
3. Какие методы дообследования необходимо выполнить?
4. Определите тактику ведения пациентки.

Ситуационная задача 25

Пациентка, 48 лет, обратилась на прием к врачу ревматологу с жалобами на боль и припухлость пястно-фаланговых суставов обеих кистей, боль в левом лучезапястном суставе (боль по ВАШ 80 мм), утреннюю скованность в них более 2 часов, боль в паховой области справа и слева постоянного характера, в ночные часы.

Из анамнеза известно, что 5 лет назад после психоэмоционального перенапряжения отметила появление боли и припухлости в мелких суставах кистей (конкретные суставы назвать затрудняется), по поводу чего, по назначению врача-хирурга, принимала диклофенак с некоторым положительным эффектом в виде уменьшения боли и припухлости в суставах. Боль в суставах сохранялась, в связи с чем врачом-терапевтом было назначено дообследование и метилпреднизолон 8 мг в сутки перорально. На фоне проводимой терапии пациентка отметила

значимое улучшение состояния в виде полного нивелирования суставного синдрома, в связи, с чем назначенное дообследование решила не выполнять. В течение 6 месяцев больная отмечает появление боли в области тазобедренных суставов, больше справа, в ночные часы, при длительной ходьбе, в положении стоя, принимает различные НПВП. Однако эффект НПВП был не полный, боль постепенно усиливалась, обращалась к травматологу, назначено МРТ тазобедренных суставов.

4 месяца назад врачом-терапевтом постепенно начата постепенная отмена метилпреднизолона, однако больная отметила возобновление боли и припухлости в мелких суставах кистей, появление утренней скованности. Выдано направление к врачу ревматологу.

Профессиональная деятельность и самообслуживание не нарушены.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура тела 36.4°C. Рост 160 см. Вес 84 кг. Гиперстенического телосложения. Кожный покров и видимые слизистые оболочки обычной окраски, на коже передней стенки брюшной полости отмечаются множественные багровые стрии. Периферических отеков нет. Жировые отложения преимущественно на шее, груди и животе. В области локтевых суставов отмечаются округлые плотные образования размером до 1 см, безболезненные при пальпации, не спаянные с кожей. Доступные для пальпации лимфатические узлы не увеличены. ЧД 15 в минуту, SpO₂=99%. Грудная клетка при пальпации безболезненная, при сравнительной перкуссии над всей поверхностью легких отмечается ясный легочный звук, при аускультации дыхание везикулярное над всей поверхностью легких, проводится во все отделы. Хрипов нет. ЧСС 80 в минуту. АД 130/85 мм рт. ст. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумы в области сердца не выслушиваются. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области. Печень не пальпируется, перкуторно по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Осмотр костно-мышечной системы: отмечается дефигурация за счет экссудативных изменений и боль при пальпации II-V проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей, минимальные экссудативные изменения обеих лучезапястных суставов, ограничение активных и пассивных движений в них. Боль при пальпации левого лучезапястного и обоих коленных суставов. Ограничения активных и пассивных движений коленных суставов. Кисти сжимает в кулак на 90%, мышечная сила в них незначительно снижена. Симптом поперечного сжатия кистей положительный. Симптом поперечного сжатия стоп отрицательный. Выраженное ограничение внутренней ротации обоих тазобедренных суставов из-за болевого синдрома. Активные и пассивные движения в остальных суставах в полном объеме, безболезненные.

Число припухших суставов – 6.

Число болезненных суставов – 9.

Оценка общего состояния по ВАШ 28 мм.



Результаты обследования:

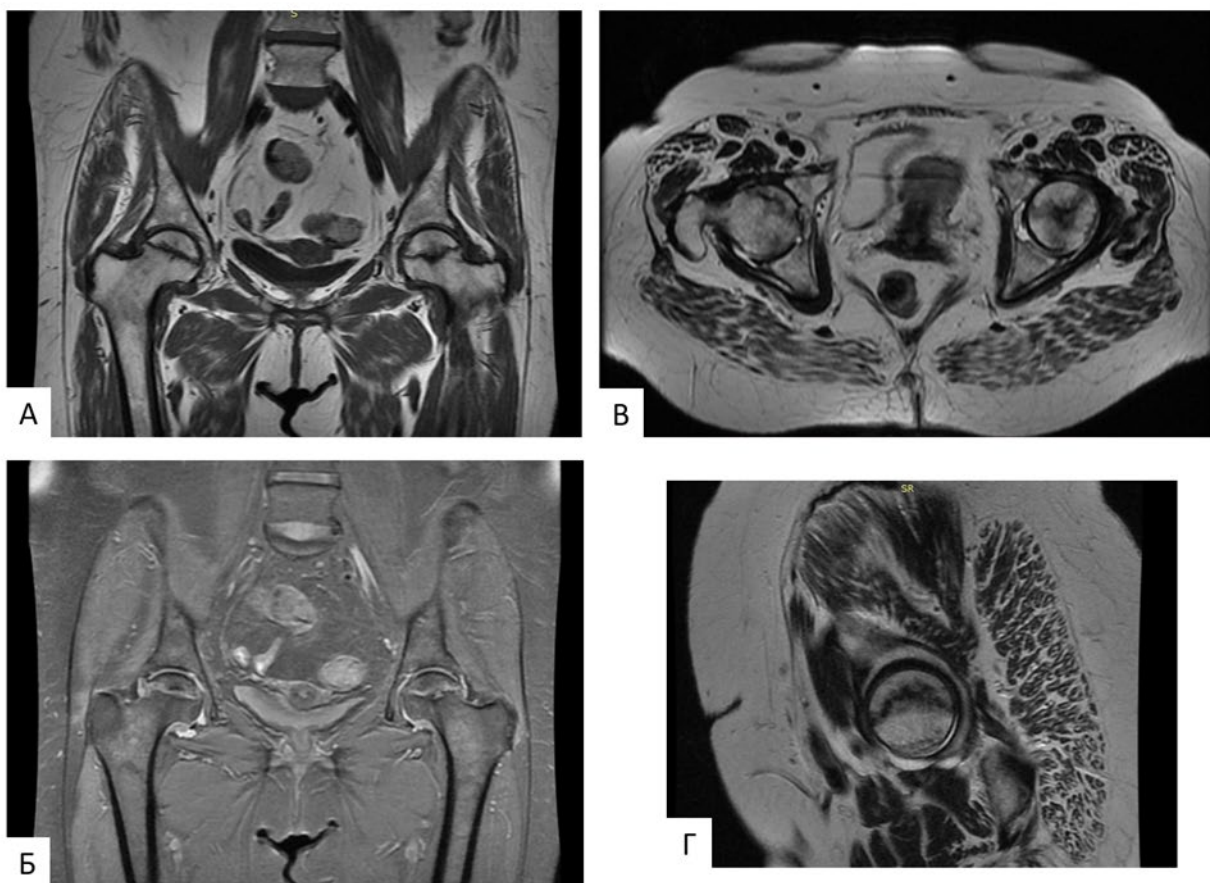
Клинический анализ крови: эритроциты $4,1 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 126 г/л, лейкоциты $7,1 \times 10^9/л$, тромбоциты $302 \times 10^9/л$, СОЭ 48 мм/час.

Биохимический анализ крови: АЛТ 16 Ед/л, АСТ 10 Ед/л, ГГТП 21 Ед/л, щелочная фосфатаза 59 Ед/л, общий билирубин 4,6 мкмоль/л, общий белок 68 г/л, креатинин 82,3 мкмоль/л, мочевина 6,1 ммоль/л, ревматоидный фактор 12 МЕ/мл (норма: 0-30 МЕ/мл), антитела к циклическому цитруллинированному пептиду 32 МЕ/мл (норма 0-17 МЕ/мл).

Рентгенография кистей:

Выраженное сужение суставных щелей пястно-фаланговых суставов с обеих сторон. Околосуставной остеопороз. Множественные кисты и единичные эрозии околосуставных поверхностей пястных костей и проксимальных фаланг с обеих сторон.

MPT тазобедренных суставов: МР-сигнал от костного мозга неоднородный. В головках обеих бедренных костей определяются линейные зоны неоднородного изогипоинтенсивного по T1 и T2 сигнала, с четкими неровными контурами, по периферии которых визуализируются незначительные зоны отека костного мозга. Вероятно, имеются фрагменты размерами $3,5 \times 1,5$ см в головке правой бедренной кости, $3,8 \times 1,6$ см в левой, отделенных от эпифизов периферическими линиями гипоинтенсивного сигнала. В полости суставов небольшое количество выпота. Сигнал хрящевого компонента суставов неоднородно снижен, гиалиновый хрящ неравномерно истончен. Окружающие мягкие ткани без видимой патологии. Заключение: МР-картина структурных изменений, соответствующих аваскулярном некрозу II стадии справа и слева



А – COR FSE T2, Б – Cor PD FS, В - AX FSE T2, Г – Sag FSE T2

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие дообследования необходимо выполнить?
3. Назначьте лечение.

Ситуационная задача 26

Пациентка К., 64 лет

Жалобы: на боль и ограничение движения в коленных суставах из-за боли (боль по ВАШ 8 баллов), больше слева, утреннюю скованность в обоих коленных суставах до 30 минут.

Анамнез: в молодости травма левого коленного сустава, с иммобилизацией, синовитом и эвакуацией геморрагической синовиальной жидкости. В дальнейшем длительное время ограничения движений и болевого синдрома в коленных суставах не было. Около 10 лет назад стала отмечать некоторое ограничение движений в коленных суставах, которые обычно были связаны с продолжительными физическими нагрузками, после отдыха боли проходили самостоятельно. В течение последних 5 лет отмечает сезонные ухудшения в виде усиления болевого синдрома в коленных суставах, требующих приема НПВП в течение 2 недель (нимесулид 100 мг 2 раза в день). Настоящее ухудшение в течение последней недели, когда после длительной физической нагрузки (посещение экскурсии) появилась и стала усиливаться боль в коленных суставах, больше слева, левый коленный сустав увеличился в объеме.

Сопутствующая патология: гипертоническая болезнь с повышением АД до 170/100 мм ртс.ст, повышение уровня холестерина до 8 ммоль/л, фибрилляция предсердий, постоянная форма, нарушение толерантности к глюкозе. Постоянно получает леркамен 10 мг, индапамид 2,5 мг, ксарелто 20 мг 1 раз в день, аторвастатин 20 мг в день.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост 176 см, вес 90 кг. Кожный покров обычной окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный. ЧСС 78 в мин. Пульс 72 в мин. АД 140/80 мм рт.ст. Периферических отеков нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации.

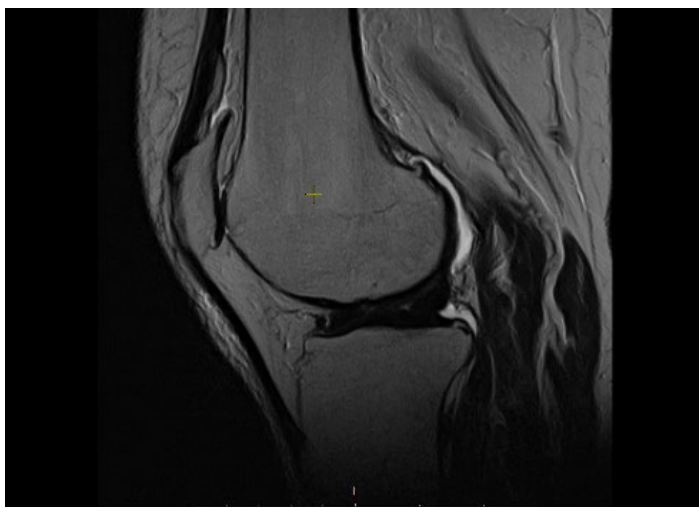
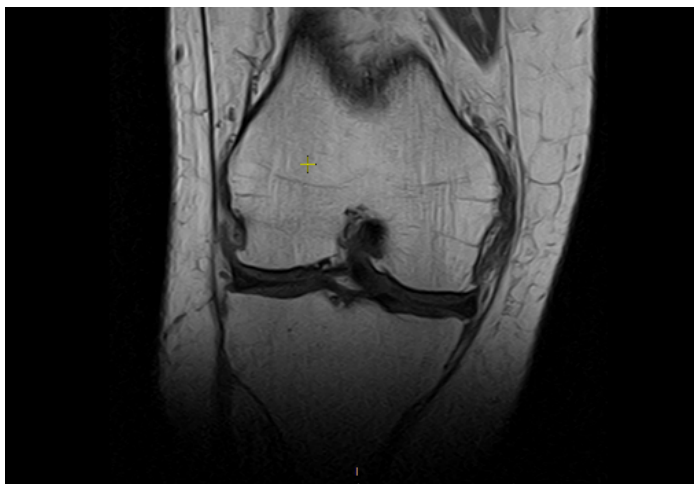
Суставной статус: деформация коленных суставов за счет пролиферативных изменений, левого также за счет экссудативного компонента. Активные и пассивные движения в коленных суставах умеренно болезненны, больше слева. Пальпация «гусиной лапки» слева болезненна. Другие суставы не изменены, пальпация их безболезненна, движения в полном объеме.

Лабораторное обследование: отмечается небольшое увеличение СОЭ (20 мм/час) и СРБ (6,0 мг/дл), АЛТ до 70 Ед/л, АСТ до 44 ЕД/л, общего холестерина до 6,7 ммоль/л, гликированного гемоглобина до 6,7%. Остальные показатели в пределах референсных значений.

Рентгенография коленного сустава представлена на снимке.



МРТ левого коленного сустава: признаки дегенеративных изменений заднего рога и тела медиального мениска левого коленного сустава, дегенеративные изменения суставных поверхностей. Начальные дегенеративные изменения латерального мениска без смещения фрагментов менисков. Проявления артроза левого коленного сустава 2 ст., артроза патело-фemorального сустава 3 ст. Киста Бейкера (см. рисунок).



Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какое дополнительное обследование необходимо провести пациентке и для чего?
4. Прокомментируйте изменения на рентгенограмме коленного сустава
5. Назначьте лечение, обоснуйте свой выбор и длительность терапии у данного пациента.

Ситуационная задача 27

Больная Д., 33 года, поступила в клинику с жалобами на кашель, слабость, повышение температуры тела до $38,5^{\circ}\text{C}$, похудание, боль в мелких суставах кистей рук.

Из анамнеза заболевания известно, что у пациентки 3 месяца назад были роды с рождением здорового доношенного ребенка. Через 1 месяц после родов появился кашель, боль в грудной клетке, повышение температуры тела до 38°C . Была госпитализирована с диагнозом «Правосторонняя нижнедолевая пневмония», назначена антибиотикотерапия. Через 8 дней выписана с улучшением состояния. При этом сохранялся субфебрилитет, слабость, одышка при физической нагрузке, к вышеназванным симптомам присоединилась умеренная боль в суставах кистей.

За 3 недели до настоящей госпитализации отметила усиление кашля, повышение температуры тела до $38,0^{\circ}\text{C}$. Выполнена рентгенография ОГК, выявленные изменения были расценены как пневмония, в амбулаторных условиях начато лечение цефепиксимом 400 мг в сутки, отхаркивающими средствами. На этом фоне появились кожные высыпания на лице и

туловище. Госпитализирована с направительным диагнозом: «Пневмония в нижней доле справа, аллергическая реакция».

Данные осмотра

Состояние средней тяжести, температура тела 38,7°C. Больная пониженного питания. На коже щек, переносицы, шеи, груди множественные изолированные и сливные эритематозные очаги, четко отграниченные от здоровой кожи (рисунок). Губы сухие, эрозии на красной кайме губ. Волосы тусклые, редкие. Суставы кистей визуально не изменены, при сжимании кистей в кулак отмечает умеренную болезненность в проксимальных межфаланговых суставах. ЧДД 28 в минуту, в легких определяется притупление перкуторного звука ниже уровня V ребра справа, 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 с обеих сторон безболезненное. Неврологической симптоматики не выявлено.

Результаты лабораторных анализов

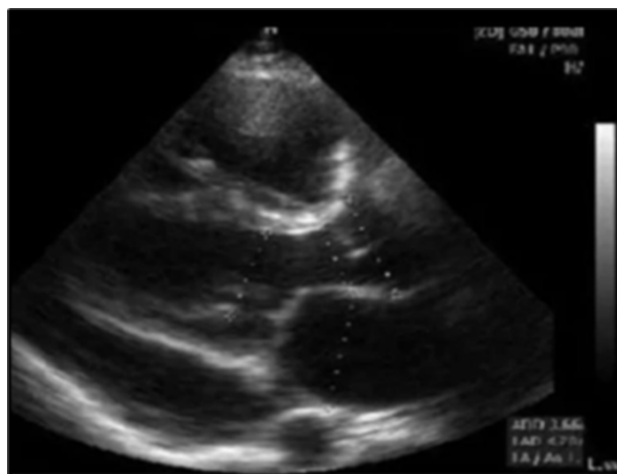
Общий анализ мочи: относительная плотность 1022, белок 3,5 г/л, глюкоза не выявлена, лейкоциты 2-4, эритроциты 8-10, цилиндры гиалиновые 2-3 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: билирубин 14 мкмоль/л; АСТ 20 ЕД/л; АЛТ 35 ЕД /л; креатинин 95 мкмоль/л; мочевины 24 ммоль/л; общий белок 71 г/л; белковые фракции: альбумин 52%; альфа1-4,1%, альфа2-12,9%, бета-12,3%, γ -глобулины 28,7%.

СРБ 18 г/л, ревматоидный фактор 12 ЕД/л (N<20,0).

Результаты инструментальных методов исследования

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 (рисунок).





Вопросы:

1. Какой диагноз наиболее вероятен в данной клинической ситуации?
2. Какие иммунологические лабораторные методы позволят верифицировать диагноз?
3. Какие жизненно важные органы вовлечены в процесс, какие методы дообследования необходимы?
4. Имеются ли показания для биопсии почки у данной пациентки?
5. Какие препараты необходимо использовать в данной клинической ситуации?

Ситуационная задача 28

Больная М., 45 лет.

Из анамнеза заболевания известно, что диагноз «системная красная волчанка» установлена 8 лет назад. СКВ манифестировала полисерозитом, артритом, дерматитом (центробежная эритема Биетта), вовлечением почек с нефротическим синдромом. Выполнена биопсия почки, на основании которой 8 лет назад был диагностирован V класс люпус-нефрита. Выполнена пульс-терапия глюкокортикоидами, от приема цитостатических препаратов больная отказалась в связи с непереносимостью. Длительно принимала метипред 4 мг, затем 12 мг в сутки, за 4 мес. до госпитализации принимала ½ таб. метипреда, нерегулярно принимала плаквенил 200 мг в сутки. 9 мес. назад перенесла компрессионный перелом 12 грудного позвонка. Дважды был диагностирован тромбоз глубоких вен нижних конечностей, назначался варфарин 2 таб. (5 мг) (МНО 3 мес. назад 1,4). 6 мес. назад у больной возникло головокружение, онемение правой руки на фоне высоких цифр артериального давления. Обратилась к ревматологу в связи с появлением слабости, нестабильными цифрами артериального давления, появлением одышки при незначительной физической нагрузке, появлением отеков нижних конечностей, жажду.

При осмотре: вес 85 кг, рост 164 см. Кожный покров бледный, синдром Иценко-Кушинга (абдоминальное ожирение, лунообразное лицо, стрии на передней брюшной стенке). Мягкие отеки голеней, стоп, отечность лица. На слизистых полости рта афтозные язвы. В легких дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, экстрасистолия. ЧСС 100 в мин. Артериальное давление 190/110 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Диурез — объем выпитой жидкости 1000 мл, объем выделенной жидкости 400 мл.

В клиническом анализе крови: гемоглобин 92 г/л, лейкоциты 2,8 тыс. в мкл, тромбоциты 100 тыс. в мкл., СОЭ 40 мм/час. МНО 1,25, АЧТВ 35 с.

В биохимическом анализе крови: альбумин 28 г/л, креатинин 148 мкмоль/л (норма лаборатории для женщин до 98 мкмоль/л), мочевины 28 мкмоль/л, калий 5,8 ммоль/л.

В общем анализе мочи: белок 3,2 г/л, эритроциты 50 в поле зрения, лейкоциты 4-6 в поле зрения, зернистые цилиндры единичные в поле зрения.

Вопросы:

1. Предложите план обследования пациентки.
2. Какую причину рецидивирующего тромбоза вен нижних конечностей можно предположить у пациентки?
3. Какова причина компрессионного перелома 12 грудного позвонка и какие препараты необходимо использовать для лечения данного состояния?
4. Сформулируйте диагноз.
5. План лечения больной.

Ситуационная задача 29

Пациентка П., 32 лет. Дата осмотра: 15 апреля 2022г.

Обратилась с жалобами на: боль в правом коленном, левом коленном суставах, боль в стопах преимущественно утром или после длительного отдыха, а также боль в нижней части спины, преимущественно в утренние часы, уменьшающуюся после зарядки.

Из анамнеза известно, что в декабре 2021г. пациентка лечилась у гинеколога и уролога в связи с мочеполовой инфекцией (в связи с режущими болями при мочеиспускании), инфекционный агент не был уточнен.

Спустя 2 месяца, в середине февраля, пациентка находилась в течение 7 дней на стационарном лечении в урологическом отделении в связи с острым пиелонефритом, проводилась антибактериальная терапия цефтриаксоном 2 г 1 раз в сут. – 7 дней, затем левофлоксацином 250 мг 1 раз в сут. – 7 дней.

Симптомы пиелонефрита были купированы, жалоб со стороны мочеполовой системы не было, бактериологическое исследование мочи не выявило роста микроорганизмов.

15 марта больная отметила ноющую боль в правом коленном суставе. Через 2 дня – повышение температуры тела до 37,1-38,6°C, выраженная боль в правом коленном суставе, с покраснением, припухлостью. Обратилась в приемное отделение городской больницы, выполнена эвакуация синовиальной жидкости (10 мл). Бактериологическое исследование синовиальной жидкости – роста нет. Боль в правом коленном суставе продолжала беспокоить, принимала Целекоксиб 200 мг 2 раза в день 10 дней – с положительным эффектом в виде купирования лихорадки и уменьшения болей в суставе.

Однако через 2 недели (29 марта) – вновь появилась лихорадка до 38,5С, выраженная боль в правом коленном суставе, вновь произведена эвакуация синовиальной жидкости (40 мл), введен Дипроспан. Боль уменьшилась, однако умеренные боли сохраняются, беспокоят преимущественно в ночные часы, также присоединилась боль в левом коленном суставе и поясничном отделе позвоночника. С 12 апреля – боль в стопах при ходьбе. С 29 марта по настоящее время принимает Эторикоксиб – 90 мг 1 раз в сут., диклофенак-гель местно.

При осмотре: состояние средней тяжести. Нормостенического телосложения. Кожный покров и видимые слизистые физиологической окраски и влажности. Периферических отеков нет. Экссудативные изменения в коленных суставах, больше правом, ограничение при сгибании из-за боли (*рисунком*). В остальных суставах экссудативных изменений нет. Пальпация коленных суставов болезненна. Активные и пассивные движения в коленных суставах ограничены. Боль при

пальпации в центральной и медиальной частях подошвенной поверхности пяточной области правой и левой стопы. Симптом Кушелевского положительный с обеих сторон.



В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. ЧДД 16 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. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный. Дизурических явлений нет. Стул 3 раза в день, неоформленный.

Общий анализ крови: гемоглобин 115 г/л, эритроциты 4×10^{12} /л, гематокрит 45%, лейкоциты $6,2 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 1%, сегментоядерные 59%, лимфоциты 30%, моноциты 9%, эозинофилы 1%, СОЭ 26 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, АЛТ 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 47 г/л, ферритин – 250 мкг/мл (норма – 10-150 нг/мл), сывороточное железо – 3,83 мкмоль/л (норма – 5,83 – 34,5 мкмоль/л).

АНФ менее 1:160, РФ 5 МЕ/мл. HLA B27 положительный.

Рентгенография таза: ассиметричный сакроилиит, справа – 1 стадии, слева – 3 стадии (рисунок).



Вопросы:

1. Поставьте диагноз
2. Назначьте дообследование
3. Какие инфекции могут быть причиной данного заболевания? Через какое время после инфекции может быть дебют заболевания?
4. Что входит в классическую триаду данного заболевания?
5. Назначьте лечение основного заболевания

Ситуационная задача 30

Больной Р., 46 лет, обратился с жалобами на припухлость и резкую боль в первом пальце правой стопы, припухлость правого локтевого сустава. Заболел остро 2 дня назад после психоэмоционального стресса. Отмечалось повышение температуры тела до 37,8°C.

Из анамнеза известно, что в течение последних 3 лет эпизодически наблюдаются подъёмы артериального давления до 160/100 мм рт. ст., постоянной гипотензивной терапии не получал. Вредные привычки отрицает.

При осмотре состояние удовлетворительное, конституция гиперстеническая, повышенного питания. Рост 171 см. Вес 90 кг. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 84 в минуту. АД 150/105 мм рт. ст. Живот увеличен в объёме за счёт избыточного развития подкожной жировой клетчатки, мягкий, безболезненный. Левая доля печени на 1,5 см выступает из-под реберной дуги; край печени мягкий, безболезненный. Область почек визуально не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Периферических отеков нет.

Псориаз у себя и родственников отрицает. Вредные привычки отрицает.

Осмотр костно-суставного аппарата: выраженная деформация первого плюснефалангового сустава правой стопы за счёт экссудативных явлений, резкая болезненность при пальпации данного сустава, гиперемия кожи над ним и повышение местной температуры, объём движений в первом плюснефаланговом суставе справа резко ограничен. Экссудативные изменения в области синовиальной бursы правого локтевого сустава, болезненность при пальпации, активных движениях. Другие суставы при осмотре не изменены, пальпация их безболезненна. Подкожные и внутрикожные узелки не выявляются.



В клиническом анализе крови: гемоглобин 142 г/л, эритроциты $4,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $10,6 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 5%, сегментоядерные 66%, лимфоциты 20%, моноциты 6%, эозинофилы 3%, тромбоциты 280×10^9 /л, СОЭ 32 мм/час.

Биохимический анализ крови: глюкоза 4,5 ммоль/л, холестерин 6,9 ммоль/л, креатинин 77 мкмоль/л, мочевины 7,2 ммоль/л, мочевая кислота 540 мкмоль/л, общий белок 68 г/л, АЛТ 84 ЕД/л, АСТ 67 ЕД/л, ЩФ 299 ЕД/л.

СРБ 36 мг/л. РФ 5 МЕ/мл.

Общий анализ мочи без отклонений от нормы.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведение каких дополнительных методов обследования необходимо в данной ситуации и какие результаты ожидаете получить?
3. На основании каких диагностических критериев был поставлен диагноз?
4. Назовите наиболее вероятные, по вашему мнению, факторы, провоцирующие развитие острого артрита?
5. Назовите коморбидные заболевания/состояния.
6. Какова тактика дальнейшего ведения больного?
7. Каков целевой уровень мочевой кислоты при лечении данного пациента?

Ситуационная задача 31

Больной, 66 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на периодически возникающее головокружение, повышение артериального давления до 180/110 мм рт. ст. боль и припухлость мелких суставов кистей, голеностопных суставов, слабость, одышку при минимальной физической нагрузке (ходьба по палате).

Анамнез. Считает себя больным в течение последних 20 лет, когда стал отмечать повышение артериального давления до 190/110 мм рт. ст. Тогда же периодически отмечал боль в коленных, голеностопных суставах, купирующиеся приемом диклофенака. Последние 15 лет принимает гипотензивные препараты, в том числе мочегонные средства (гипотиазид, эпизодически - фуросемид). В последние 4-5 лет беспокоит боль в мелких суставах кистей, коленных и голеностопных суставах: эпизодически наблюдается кратковременная припухлость суставов и

покраснение кожи над ними, образование узловых образований под кожей кистей, стоп, локтевых суставов. Самостоятельно принимал НПВП (в основном, мелоксикам), не обследовался. 10 лет назад обращался к урологу в связи с почечной коликой.

При осмотре состояние средней степени тяжести, повышенного питания. Рост 164 см. Вес 82 кг. Кожа бледная, сухая. Множественные подкожные узелки на ушных раковинах, узлы в области локтевых суставов, плюсне-фаланговых суставах, на кистях. В легких дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах. ЧД 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 84 в мин. АД 185/110 мм рт. ст. Живот несколько увеличен в объеме (за счет избыточного развития подкожной жировой клетчатки), при пальпации мягкий, безболезненный. Край печени не выступает из-под реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание учащено до 10-15 раз в сутки, никтурия 3-4 раза за ночь). Пастозность нижней трети голени и стоп.

Осмотр костно-суставного аппарата: деформация проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей за счет экссудативных и пролиферативных явлений, подкожных образований, болезненность при пальпации данных суставов, гиперемия кожи над ними и повышение местной температуры. Припухлость и болезненность голеностопных суставов.



Клинический анализ крови: гемоглобин 98 г/л, эритроциты $2,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $9,4 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 6%, сегментоядерные лейкоциты 72%, лимфоциты 11%, моноциты 3%, эозинофилы 3%, тромбоциты 235×10^9 /л, СОЭ 39 мм/час.

Биохимический анализ крови: глюкоза 9,2 ммоль/л, холестерин 6,5 ммоль/л, креатинин 214 мкмоль/л, мочевины 25 ммоль/л, мочевая кислота 490 мкмоль/л, общий белок 60 г/л, АЛТ 32 Ед/л, АСТ 37 Ед/л.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1007, белок 0,4 г/л, лейкоциты 4-5 в поле зрения, эритроциты 2-4 в поле зрения, цилиндры отсутствуют.

Рентгенография кистей: сужение суставных щелей проксимальных и дистальных межфаланговых суставов кистей. Эрозии 2,3 проксимального межфалангового сустава правой кисти, 2,4 проксимального межфалангового сустава левой кисти, кистовидные просветления костной ткани округлой формы с четкими границами в области проксимальных фаланг кистей, пястных костей.

Рентгенография органов грудной клетки: признаки застоя по малому кругу кровообращения, инфильтративных и очаговых изменений в легочной ткани нет.

Эхокардиография: Восходящая аорта 37 мм. ЛП 44x49 мм. ПП 42x47 мм. КДР ЛЖ 74 мм. КСР 44 мм. КДО 169 мл. КСО ЛЖ 89 мл. Створки аортального клапана кальцинированы. Скорость потока на уровне аортального клапана 2,4 м/с, раскрытие аортального клапана 10 мм. Максимальный трансортальный градиент давления 30 мм рт.ст. Створки митрального клапана кальцинированы в основании створок. МЖП 1,3 см. ЗСЛЖ 1,4 см. Масса миокарда левого желудочка 162 г. Индекс массы миокарда левого желудочка 106 г/кг². ПЖ 22 мм. Е/А 1,24. Трикуспидальная регургитация 1 ст. СДЛА 38 мм рт.ст. Нижняя полая вена спадается на вдохе более 50%. Зон локального гипокинеза нет. Сепарация листков перикарда 3 мм.

Заключение: дилатация полости левого предсердия и левого желудочка. Гипертрофия миокарда ЛЖ. Сократимость миокарда снижена. Кальциноз створок митрального и аортального клапанов. Умеренный аортальный стеноз. Митральная регургитация 2 степени. В полости перикарда небольшое количество жидкости.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз
2. Проведение каких дополнительных методов обследования необходимо больному и какие результаты вы ожидаете получить?
3. Каковы механизмы формирования артрита в данном случае?
4. Чем обусловлено поражение почек у данной больной?
5. Какова тактика дальнейшего ведения больного?

Ситуационная задача 32

Больная А., 19 лет, студентка, предъявляет жалобы на боль в коленных, локтевых, голеностопных, лучезапястных и плечевых суставах, мигрирующего характера, общую слабость, повышенную утомляемость, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, одышку при незначительной физической нагрузке, перебои и чувство «замирания» в работе сердца.

Из анамнеза известно, что в школьном возрасте перенесла острую ревматическую лихорадку, лечилась в стационаре пенициллином. В дальнейшем не наблюдалась. Приступив год назад к учёбе в университете, стала отмечать одышку при физической нагрузке (подъёме в лестницу на 2-3 этаж, быстрой ходьбе), иногда ноющие тупые боли в прекардиальной области. К врачу не обращалась, самостоятельно принимала корвалол, валидол, валериану. За месяц до поступления в стационар перенесла фолликулярную ангину, лечилась клацидом. Несмотря на исчезновения боли в горле и нормализацию температуры тела, значительного улучшения общего самочувствия не отмечала, нарастала слабость, появилась потливость, через 2 недели стала повышаться температура тела до субфебрильных цифр, в течение нескольких дней присоединились указанные при поступлении жалобы.

При осмотре: состояние средней степени тяжести, кожа бледная, влажная, акроцианоз, застойный румянец на щеках. Гиперемия и дефигурация левого коленного и правого лучезапястного суставов, все крупные и средние суставы болезненны при пальпации. При аускультации лёгких – ослабление дыхания и небольшое количество незвучных мелкопузырчатых хрипов в нижних отделах обоих лёгких, ЧД 20 в мин. Левая граница относительной сердечной тупости в 5 межреберье на 1 см кнутри от передней подмышечной линии, правая – в 4 межреберье на 0,5 см кнаружи от правого края грудины. При аускультации сердца – ослабление первого тона на верхушке, выслушивается систолический шум с максимумом на верхушке, проводящийся в левую подмышечную область. Ритм сердечных сокращений неправильный, выслушивается 8-10 внеочередных сокращений в мин. ЧСС 78-84 в мин. АД 110/70 мм рт. ст. Печень выступает из-под реберной дуги на 3 см, край закруглен, ровный, слегка болезненный при пальпации. Отеки голеней.

Общий анализ крови: гемоглобин 123 г/л, эритроциты $3,6 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $9,3 \times 10^9$ /л, базофилы 0%, эозинофилы 2%, палочкоядерные 8%, сегментоядерные 71%, лимфоциты 13%, моноциты 6%. СОЭ 44 мм/час.

Анализ мочи - без особенностей.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какое дообследование необходимо выполнить?
3. Тактика ведения. Назначьте лечение.

Ситуационная задача 33

Больная Т. 80 лет. При поступлении жаловалась на дискомфорт в груди, приступы головокружения при физической нагрузке, однократный обморок, головную боль.

Анамнез. Около 20 лет отмечает повышение АД до 240/130 мм рт. ст. Головокружение беспокоило в течение 10 лет, возникало как при физической нагрузке (подъеме по лестнице выше 2 этажа), так и после эмоциональных переживаний, которые заканчивались падениями. 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. На улицу выходит редко. Дважды перенесла переломы лучевой кости в типичном месте. Постоянно принимала эналаприл, индапамид.

Состояние при поступлении: средней тяжести. Кожный покров бледный. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. ЧДД 16 в одну минуту. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный, единичные экстрасистолы (до 2 в одну 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 1 мин. Печень у края реберной дуги.

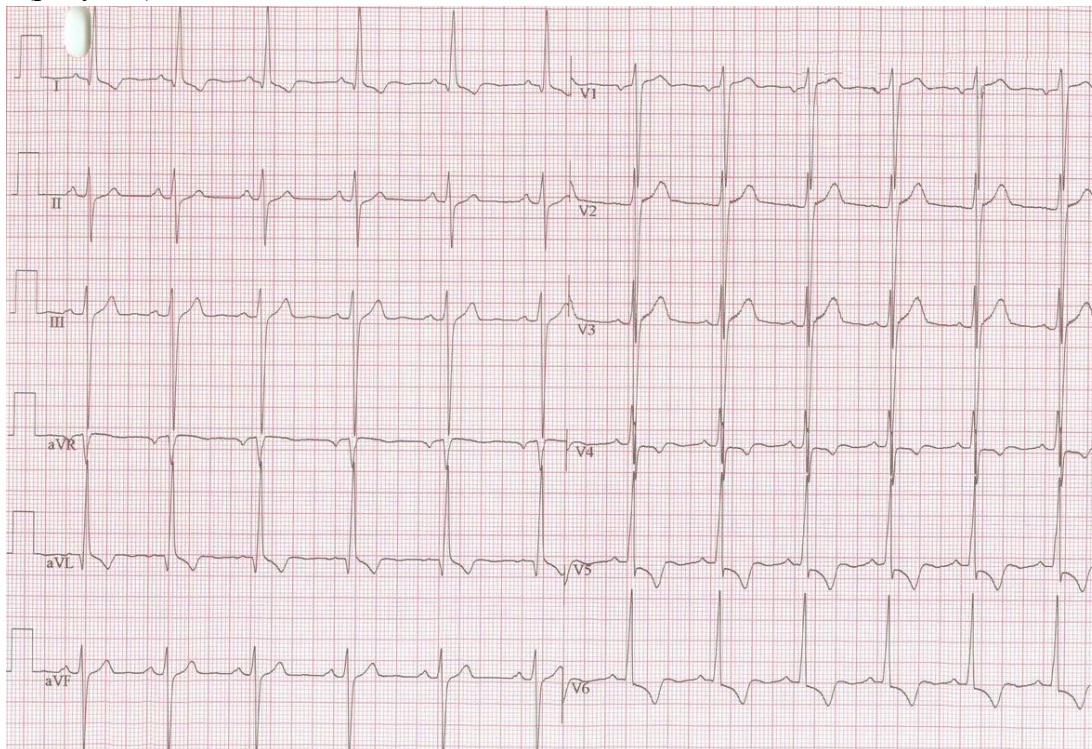
Клинический анализ крови: гемоглобин 132 г/л, лейкоциты $5,5 \times 10^9$, палочкоядерный 9%, сегментоядерные 50%, базофилы 1%, лимфоциты 30%, моноциты 10%, СОЭ 12 мм/час.

В биохимическом анализе 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, холестерин ЛПВП 1,07 ммоль/л, ЛПНП 2,82 ммоль/л, индекс атерогенности 3,9, билирубин общий 16,2 мкмоль/л (прямой 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 10 мг/л, калий 4,9 ммоль/л, натрий 138 ммоль/л, кальций 0,78 ммоль/л, глюкоза 4,9 ммоль/л.

Рентгенограмма 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.

ЭКГ (рисунок)



ЭХО-КГ: 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 трансаортальный градиент давления – 45 мм рт.ст. Аортальная регургитация 1 степени, с центральным направлением потока. Створки митрального клапана не изменены. Допплерометрия трансмитрального потока – пик E 0,4 м/с, пик A 0,6 м/с, максимальный транс-митральный 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%.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Прокомментируйте 2ДЭхоКГ, ЭКГ
3. Какие дополнительные исследования необходимы пациентке?
4. Тактика лечения

Ситуационная задача 34

Больной 40 лет. Жалобы на слабость, повышение температуры тела до 38,9°C, одышку при

минимальной нагрузке, в положении лежа на низком изголовье, кашель с выделением светлой мокроты.

Анамнез. Месяц назад хирургом поликлиники выполнено удаление вросшего ногтя 1 пальца правой стопы, после чего развилось гнойное воспаление послеоперационной раны, длительно (около 4 недель) сохранялась сначала субфебрильная, затем фебрильная лихорадка с ознобами, неделю назад самостоятельно начал принимать амоксицилав без существенного эффекта. Вызвал бригаду СМП в связи с появлением в последние 2-3 дня слабости и ночного кашля (с небольшим количеством светлой жидкой мокроты) и одышки. Состояние облегчалось в положении сидя. Ночь накануне вызова СМП спал полусидя.

В анамнезе пролапс митрального клапана без регургитации.

При осмотре состояние тяжелое, положение ортопноэ, акроцианоз. Мелкоточечная сыпь на коже нижней трети голени, не исчезает при надавливании. Температура тела 38°C. В легких дыхание жесткое, в нижних отделах с обеих сторон выслушиваются влажные хрипы, ЧДД 24 в минуту. При аускультации сердца тоны приглушены, на верхушке выслушивается пансистолический шум, проводящийся в подмышечную область, ритм сердца правильный, ЧСС 100 в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. Пальпируется нижний полюс селезенки.

В анализах крови: гемоглобин 85 г/л, эритроциты $2,2 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $1,8 \times 10^9/л$, нейтрофилы $0,9 \times 10^9/л$, тромбоциты $80 \times 10^9/л$. СОЭ 64мм/час.

В анализе мочи: белок 1,0 г/л, эритроциты покрывают поле зрения, измененные.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз, и обоснуйте его, исходя из приведенных данных.
2. Назначьте необходимое обследование.
3. Определите тактику лечения.
4. Существуют ли показания к хирургическому лечению (и симптоматика, осложняющая этот выбор лечения).

Ситуационная задача 35

По скорой медицинской помощи в стационар была госпитализирована пациентка С., 43 лет, с жалобами на выраженную одышку, сердцебиение, слабость.

Анамнез: в раннем школьном возрасте у пациентки С. болели суставы, «выслушивались шумы в сердце» была диагностирована острая ревматическая лихорадка (ОРЛ). Проводилось лечение ОРЛ и дальнейшее профилактическое назначение антибиотиков в течение следующего года, но из-за переезда с родителями в другой город, в дальнейшем врачами не наблюдалась. Росла и развивалась наравне со сверстниками. В течение последних нескольких месяцев появилась и постепенно выросла одышка: вначале пациентка отмечала одышку при повышенных физических нагрузках, затем при обычных, последнее время при минимальных и в покое. Последние 2 ночи спала полусидя из-за увеличения выраженности одышки лежа.

Объективно: состояние тяжелое. Положение ортопноэ. Синюшность губ. Пульсация в эпигастральной области, усиливающаяся на высоте вдоха. Пастозность стоп, голени. Частота дыхательных движений - 24 в мин. При аускультации в легких в нижних отделах с двух сторон выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Ритм сердечных сокращений неправильный, ЧСС 126 уд/мин. При аускультации сердца на верхушке выслушивается усиленный, хлопающий I тон, II тон расщеплен, после него выслушивается щелчок и следующий за ним шум убывающего характера с пресистолическим усилением. В третьей точке аускультации сердца выслушивается акцент II тона.

На ЭКГ при поступлении:



Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования, укажите какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза.
3. Назначьте лечение и обоснуйте его.
4. Показана ли пациентке антикоагулянтная терапия? Что повлияет на выбор антикоагулянтной терапии у данной пациентки?

Ситуационная задача 36

Пациент М., 51 лет, обратился с жалобами на одышку при физической нагрузке, снижение переносимости физических нагрузок.

Анамнез. До последнего времени считал себя здоровым человеком. Рос и развивался наравне со сверстниками. Женат, имеет четверых детей. Ранее не обследовался, не лечился. Наблюдается у окулиста в связи с выраженной близорукостью. В течение последних 3-4-х месяцев появилась и выросла одышка. Обратился к врачу, так как отмечает, что стал медленно ходить пешком, что особенно стало заметно при ходьбе в обычном темпе. Температура тела не повышалась.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Рост 180 см. Вес 80 кг. Нормостенического телосложения. Кожный покров обычного цвета и влажности. Периферических отеков нет. При перкуссии отмечается увеличение границ сердца влево на 1 см и вверх на 1 см. В покое частота дыхательных движений составляет 18 в мин. Верхушечный толчок смещен влево. При аускультации в лёгких хрипы не выслушиваются. Ритм сердечных сокращений правильный, ЧСС 80 уд/мин. При аускультации сердца на верхушке выслушивается ослабление звучности I тона сердца, II тон обычной звучности и после него выслушивается III тон сердца. Также на верхушке сразу после I тона выслушивается голосистолический шум, наиболее звучно слышимый на выдохе в положении на левом боку, шум проводится в левую подмышечную область. Артериальное давление 120/85 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

На ЭКГ ритм синусовый, зубец Р в отведениях I, II, aVL, V5, V6 двугорбый и его продолжительность 0.15 мс.

При ЭхоКГ исследовании отмечается расширение левых камер сердца: левого предсердия и левого желудочка. Наблюдается избыточная подвижность створок митрального клапана со смещением свободного края створок митрального клапана выше плоскости митрального кольца,

смещается в большей степени задняя створка. Створки митрального клапана рыхлые, утолщены (миксоматозная дегенерация). В режиме цветного доплеровского сканирования визуализируется струя регургитации крови из полости левого желудочка в левое предсердие, регургитирующий поток четкий однонаправленный и занимает 45-50% площади левого предсердия (рисунок).



Рис. Миксоматозная дегенерация створок митрального клапана. Парастернальная позиция по длинной оси сердца.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Какие причины могли послужить развитию данного заболевания?
3. Назначьте лечение и обоснуйте его.
4. Какие типы хирургического лечения возможны?

Ситуационная задача 37

Пациент С. 28 лет обратился к врачу с жалобами на боль в нижней части спины, грудном отделе позвоночника, возникающие преимущественно в покое, а также во второй половине ночи с усилением болевых ощущений после пробуждения и утренней скованностью продолжительностью свыше 1 часа. Боль в спине уменьшается после физической нагрузки.

Из анамнеза известно, что впервые боли в нижней части спины появились 8 лет назад. Обследовался у невролога, на протяжении нескольких лет наблюдается в клинике с диагнозом «Остеохондроз позвоночника». Периодически принимал НПВП, миорелаксанты, витамины группы В с положительным эффектом. В последний год боль в спине усилилась, беспокоит скованность в спине, стало трудно выполнять профессиональные обязанности (работает машинистом), работу по дому. 2 года назад лечился у окулиста в связи с увеитом.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Нормостенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Периферических отеков нет. Отмечается сглаженность поясничного лордоза и напряжение мышц спины. Патологический грудной кифоз. Ограничение бокового сгибания в поясничном отделе позвоночника. Модифицированный тест Шобера – 4 см. Ограничение отведения в правом тазобедренном суставе из-за боли. Расстояние между медиальными лодыжками 90 см. Тесты Кушелевского (I, II) положительные. Ограничение экскурсии грудной клетки (экскурсия 2 см). Ограничение ротации тазобедренных суставов. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. ЧД 17 в минуту. Тоны сердца звучные, ритм правильный, выслушивается диастолический шум во II и V точках аускультации. 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. Стул и мочеиспускание в норме.

Клинический 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 35 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; АЛТ 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 16,8 г/л.

При рентгенографии поясничного и грудного отделов позвоночника в прямой и боковой проекциях: вертикально ориентированные костные оссификаты, расположенные снаружи от фиброзного кольца межпозвоночного диска на уровне грудных позвонков, боковых углах тел позвонков L4 и L5.

При рентгенографии костей таза в прямой проекции – множественные эрозии суставных поверхностей крестцово-подвздошных сочленений, участки субхондрального остеосклероза. Уплотнение головки правой бедренной кости, субхондральный склероз головки бедра и вертлужной впадины, сужение суставных щелей тазобедренных суставов.



Рисунок. Рентгенограмма таза пациента.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз и обоснуйте его.
2. Какие еще обследования необходимо провести?
3. Какие индексы активности заболевания и функциональных нарушений необходимо применить для постановки окончательного диагноза?
4. Какова лечебная тактика?
5. Назовите признаки активного сакроилиита и метод диагностики?

Больной З., 26 лет, жалуется слабость, вялость, немотивированные подъемы температуры тела до 38 °С, сопровождающееся потливостью в ночное время.

Вышеуказанные жалобы около 1 месяца, слабость и потливость около 2 лет. До этого считал себя «практически здоровым». Курит 15-20 сигарет в день с 14-летнего возраста, с 12 лет употребляет алкоголь до 1000 мл пива 3-4 раза в неделю. В последнее время алкоголь употребляет 1-2 раза в неделю – 500-1000 мл слабоалкогольных коктейлей. В подростковом возрасте несколько раз «курил траву», затем употреблял алкоголь вместе с димедролом, с 18 до 20 лет употреблял героин и после лечения у нарколога прекратил его употребление, которое категорически отрицает в настоящее время.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост - 185 см, масса тела - 70 кг. Кожные покровы обычной окраски, следов инъекций на коже нет. Снижение кожной чувствительности по типу «перчаток» и «носков». Пальпируются подмышечные лимфатические узлы справа (5-6 узлов), плотные, не спаянные с кожей, безболезненные, увеличенные до 4-5 см, паховые лимфатические узлы с обеих сторон, плотные, до 3 см, безболезненные. ЧДД - 18/мин. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца глухие, ритм правильный. ЧСС - 76 уд/мин, АД - 120 и 75 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10х8х7 см. Печень у края реберной дуги, край закруглен, поверхность гладкая. Пальпируется нижний полюс селезенки. Стул светло-коричневый, оформленный.

В клиническом анализе крови: без патологии.

В общем анализе мочи: уд. вес 1007, белок - 1,0 г/л, единичные гиалиновые цилиндры, лейкоциты - 4-6 в п/зр., эритроциты - 0-1 в п/зр.

В биохимическом анализе крови: общий белок - 65 г/л, альбумин - 36 г/л, общий билирубин - 18 мкмоль/л, креатинин - 76 мкмоль/л, АСТ - 85 ЕД/л, АЛТ - 135 ЕД/л, ЩФ - 280 ЕД/л, ГГТП - 180 ЕД/л, холестерин - 3,2 ммоль/л. Глюкоза (капиллярная кровь, натощак) – 4,5 ммоль/л.

В сыворотке крови: ANA - 1:80, SMA - 1:40, LKM1 - 1:160. HBsAg отр., анти-HCV – пол., HCV-RNA – 260000 копий/мл, анти-ВИЧ – отр.

УЗИ брюшной полости: печень с четкими ровными контурами, печень выступает на 2 см из-под правого края реберной дуги, эхогенность повышенная, диффузно неоднородная. Воротная вена - 15 мм, общий желчный проток - 4 мм. Желчный пузырь с четкими ровными контурами, размерами 75х25 мм, стенка - 2 мм. Поджелудочная железа: размеры в норме, четкие неровные контуры, повышенной эхогенности, диффузно неоднородной структуры. Селезенка - 168х85 см, селезеночная вена 10 мм.

Вопросы:

1. Выделите основной синдром и симптомы заболевания.
2. Сформулируйте и обоснуйте необходимый план обследования, обоснуйте его.
3. Сформулируйте клинический диагноз с учетом наиболее вероятного в данном случае заболевания, обоснуйте его.
4. Перечислите, с какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию. Тактика ведения.

Ситуационная задача 39

Больная З., 52 лет, повар, госпитализирована в экстренном порядке в связи с гипертоническим кризом (АД - 200 и 120 мм рт. ст.)

Со слов пациентки, болеет гипертонической болезнью с 45 лет, с повышением АД максимально до 190 и 100 мм рт. ст., принимает постоянно лозартан 50/12,5 мг, уровень АД составляет 130-140 и 80-90 мм рт. ст. Не курит, алкоголь употребляет «по праздникам», около 50-100 мл крепкого алкоголя. Систематической диеты не соблюдает.

Из анамнеза известно, что около 1 года назад обратилась к дерматологу в связи с зудом кожи ладоней, конечностей, живота. Был заподозрен контактный дерматит, получала антигистаминные препараты, мази, пыталась соблюдать диету с ограничением гистаминолибераторов. Зуд стал меньше, но около 2 месяцев назад отметила появление неустойчивого стула – привычные запоры сменились жидким, более светлым и полуоформленным стулом, плохо смываемым с унитаза. Врач поликлиники назначил пациентке фосфоглив, креон, посоветовал соблюдать диету с ограничением животных жиров. Пациентка рекомендации по диете соблюдала 2 недели, затем вновь вернулась к привычному питанию, при этом диарея возобновилась. Также в последнее время стала отмечать сухость глаз, сухость во рту, потребность запивать водой пищу. О данных жалобах врачу не сообщала.

При осмотре состояние ближе к удовлетворительному, рост - 160 см, масса тела - 90 кг. Кожные покровы обычной окраски, склеры и слизистые оболочки слегка желтушные. Температура тела - 36,2 °С. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Периферических отеков нет. Щитовидная железа не пальпируется, молочные железы при пальпации без уплотнений. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные, акцент 2 тона над аортой, систолический короткий шум над аортой и в точке Боткина. ЧСС - 90 уд/мин. АД - 160 и 95 мм рт. ст. Язык суховат, обложен белым налетом у корня. Живот увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки, мягкий, урчит при пальпации, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень выступает из-под правого края реберной дуги на 4 см, край закруглен, при пальпации плотный, безболезненный, поверхность гладкая. Селезенка не увеличена. Стул неоформленный, светло-желтого цвета, без патологических примесей. Суставы коленные: умеренная крепитация, болезненность при движениях, движения не ограничены. Боль умеренная при пальпации паравертебрально в поясничном и шейном отделах позвоночника.

Пальцевое исследование прямой кишки патологии не выявило.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС – уд/мин, горизонтальное направление ЭОС, $V_5 > V_6$, высокий R в этих отведениях, косонисходящая депрессия ST до 1,5 мм и отрицательный T в I, aVL, V5-V6.

В клиническом анализе крови: гемоглобин - 135 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $9,0 \times 10^9$ /л, тромбоциты - 310×10^9 /л, п/я-3%, с/я-70%, л-18%, м-9%, СОЭ 30 мм/час.

В общем анализе мочи без патологии.

Глюкоза (капиллярная кровь, натощак) – 5,8 ммоль/л.

В биохимическом анализе крови: общий белок - 62 г/л, альбумин - 32 г/л, калий - 3,8 ммоль/л, натрий - 142 ммоль/л, хлориды - 105 ммоль/л, общий билирубин - 40 мкмоль/л, креатинин - 80 мкмоль/л, мочевины - 6,5 ммоль/л, АСТ - 65 ЕД/л, АЛТ - 48 ЕД/л, ЩФ - 1020 ЕД/л, ГГТП - 150 ЕД/л, СРБ - 15 г/л, холестерин - 8,2 ммоль/л, ЛПНП - 4,8 ммоль/л, МНО 1,6.

Анализ кала: нейтральный жир +++, мыла ++, умеренное количество непереваренных мышечных волокон, реакция на скрытую кровь отрицательная.

УЗИ органов брюшной полости: свободной жидкости не обнаружено, умеренный метеоризм, печень с четкими ровными контурами, повышенной эхогенности, эхоструктура однородная, желчный пузырь без особенностей, общий желчный проток диаметром 5 мм, стенки не утолщены, воротная вена - 15 мм, селезенка – 130x65 мм, селезеночная вена - 10 мм. Поджелудочная железа с четкими неровными контурами, в размерах не увеличена, повышенной эхогенности.

Вопросы:

1. Выделите основной клинический синдром и симптомы заболевания. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
2. Сформулируйте и обоснуйте необходимый план обследования.
3. Дифференциальный диагноз.

4. Опишите и обоснуйте тактику ведения пациента на данном этапе.

Ситуационная задача 40

Больная М., 24 года, менеджер, поступила с жалобами на выраженную слабость, аменорею, кровоточивость десен, высыпания на коже туловища и конечностей, повышение температуры до 37,4 °С, боли в суставах кистей рук, локтевых, плечевых, коленных, голеностопных суставах, боли в мышцах, потемнение мочи.

Курит 10 сигарет в день. В июне месяце отдыхала 2 недели в Турции, употребляла около 2 бокалов красного вина в день. Менструаций нет 3 месяца. Тест на беременность отрицательный. После возвращения из Турции стала беспокоить слабость, снижение аппетита, отметила повышение температуры тела до субфебрильных цифр, затем появились боли в суставах, мышцах. Принимала НПВП, гомеопатию, продолжала работать. Неделю назад отметила потемнение мочи, появление высыпаний геморрагического характера на коже туловища, пожелтели склеры. Была госпитализирована в инфекционную больницу, где проведено обследование, диагноз инфекционного заболевания был отвергнут.

Данные выписного эпикриза.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 85 г/л, эритроциты – $2,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $2,0 \times 10^9$ /л, тромбоциты - 48×10^9 /л, п/я - 5%, с/я - 72%, л - 15%, м - 8%, СОЭ - 50 мм/час.

Общий анализ мочи: уд. вес - 1015, рН 7, белок в разовой порции - 1,5 г/л, цилиндры – гиалиновые - 5-8 в п/зр, лейкоциты - 20-30 в п/зр, эритроциты - 8-10 в п/зр.

Биохимический анализ крови: общий белок - 85 г/л, альбумин - 28 г/л, общий билирубин - 110 мкмоль/л, неконъюгированный билирубин - 30 мкмоль/л, креатинин - 58 мкмоль/л, мочевины - 6,3 ммоль/л, АСТ - 250 ЕД/л, АЛТ - 725 ЕД/л, ЩФ - 480 ЕД/л, ГГТП - 166 ЕД/л, СРБ - 120 г/л.

Коагулограмма: АЧТВ - 35 с, ПТИ - 65%.

УЗИ органов брюшной полости: небольшое количество свободной жидкости в боковых фланках живота, печень с четкими ровными контурами, выраженная гепатомегалия, эхогенность обычная, эхоструктура однородная, воротная вена - 11 мм. Желчный пузырь без особенностей, общий желчный проток - 4 мм в диаметре, селезенка – 145x75 мм, селезеночная вена - 10 мм. Поджелудочная железа без особенностей.

УЗИ почек: патологии не выявлено.

Маркеры инфицирования вирусами гепатитов А, В, С и ВИЧ отрицательные.

При осмотре: состояние средней степени тяжести, рост - 174 см, масса тела - 65 кг. Кожные покровы, видимые слизистые оболочки и склеры умеренно желтушны, моча цвета пива, диурез - 1500 мл/сут. «Печеночные ладони», на коже спины пустулезные высыпания, на коже туловища и конечностей плоские геморрагические мелкоочечные высыпания. Температура тела 37,5 °С. Периферические лимфатические узлы: пальпируются умеренно болезненные паховые и подчелюстные, размерами до 2 см. Умеренные тестоватые отеки лодыжек, отеки нижних век. Щитовидная железа не пальпируется, молочные железы при пальпации без уплотнений. В легких дыхание везикулярное, ослаблено слева в нижних отделах (ниже уровня 8 ребра), хрипов, шумов при аускультации нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, систолический низкочастотный шум во всех точках аускультации, максимум на верхушке сердца. ЧСС - 105 уд/мин. АД - 95 и 60 мм рт. ст. Язык влажный, обложен густым белым налетом по всей поверхности. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень выступает на 4 см из-под правого края реберной дуги, край закруглен, при пальпации плотный, умеренно болезненный, поверхность гладкая. Селезенка не пальпируется. Стул обычного цвета, оформленный. Суставы визуально не изменены, умеренно болезненные при пальпации.

Вопросы:

1. Выделите основной клинический синдром и симптомы заболевания. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Сформулируйте и обоснуйте необходимый план обследования.
3. Перечислите, с какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию.
4. Опишите и обоснуйте тактику ведения пациента на данном этапе.

Ситуационная задача 41

Больная М., 16 лет, школьница, поступила с жалобами на выраженную слабость, снижение работоспособности, боли в суставах кистей рук, локтевых, плечевых, коленных, голеностопных суставах, припухлость суставов кистей.

Не курит, употребление алкоголя отрицает. Около полугода нарушение менструального цикла, прибавка массы тела. Ухудшение состояния около 1 недели, усиление жалоб.

При осмотре: состояние удовлетворительное, рост - 174 см, масса тела - 85 кг. «Печеночные ладони», на коже спины, лица, груди пустулезные высыпания, лунообразное лицо, ярко-красные полосы растяжения кожи на боковых поверхностях туловища. Температура тела в норме. Пальпируются периферические лимфатические узлы всех групп, до 2 см (шейные). Щитовидная железа не пальпируется, молочные железы при пальпации без уплотнений. В легких дыхание везикулярное, ослаблено слева ниже угла лопатки, справа в нижних отделах (ниже уровня 8 ребра), хрипов, шумов при аускультации нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. ЧСС - 105 уд/мин. АД - 130 и 60 мм рт. ст. Язык влажный, обложен негустым белым налетом по всей поверхности. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Симптомов раздражения брюшины нет. Размеры печени по Курлову 12x10x7 см. Печень выступает на 2 см из-под правого края реберной дуги, поверхность гладкая. Селезенка не пальпируется. Стул обычного цвета, оформленный. Суставы: припухлость и гиперемия мелких суставов кистей, умеренно болезненны при пальпации коленные, локтевые, кистевые суставы.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 105 г/л, эритроциты - $2,8 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $2,8 \times 10^9/л$, тромбоциты - $112 \times 10^9/л$, п/я - 5%, с/я - 72%, л - 15%, м - 8%, СОЭ 42 мм/час.

Общий анализ мочи: без патологии

Биохимический анализ крови: общий белок - 78 г/л, альбумин - 32 г/л, общий билирубин - 45 мкмоль/л, конъюгированный - 12 мкмоль/л, креатинин - 56 мкмоль/л, мочевины - 6,3 ммоль/л, АСТ - 225 ЕД/л, АЛТ - 350 ЕД/л, ЩФ - 450 ЕД/л, ГГТП - 180 ЕД/л.

Коагулограмма: АЧТВ - 32 с, ПТИ - 78%.

Маркеры инфицирования вирусами гепатитов А, В и С отрицательные.

Рентгенография легких: затемнение плевральных синусов с обеих сторон.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте необходимый план обследования, обоснуйте его.
2. Сформулируйте подробный клинический диагноз с учетом наиболее вероятного в данном случае заболевания, обоснуйте его.
3. Перечислите, с какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию.
4. Опишите и обоснуйте тактику ведения пациентки на данном этапе.

Ситуационная задача 42

Больной А., 14 лет, школьник, госпитализирован с жалобами на выраженную слабость, снижение работоспособности, субфебрилитет, снижение аппетита, потемнение мочи, пожелтение кожи и склер, сонливость днем, бессонницу ночью.

Операции, переливание крови отрицает. Не курит, алкоголь не употребляет, наркотики не употребляет. Около 1 года отмечал слабость, снижение аппетита, связывал с интенсивными нагрузками в школе. Около 1 недели потемнение мочи, желтушность кожи около 3 дней.

При осмотре: состояние средней степени тяжести, рост - 178 см, масса тела - 75 кг. Несколько эффоричен, критика снижена. «Печеночные ладони», на коже спины, лица, груди пустулезные высыпания. Умеренная желтушность кожи и склер. Температура тела 37,5 °С. Периферические лимфатические узлы увеличены, до 3 см (шейные и паховые). В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. ЧСС - 120 уд/мин. АД - 85 и 65 мм рт. ст. Язык влажный, обложен негустым белым налетом по всей поверхности. Живот мягкий, увеличен в объеме, притупление во фланках, безболезненный при пальпации. Симптомов раздражения брюшины нет. Размеры печени по Курлову 12x10x8 см. Печень выступает на 4 см из-под правого края реберной дуги, край закруглен, при пальпации плотный, умеренно болезненный. Селезенка не пальпируется. Стул обычного цвета, оформленный. Моча темная. Умеренный тремор пальцев рук. Тест связи чисел выполняет за 80 с.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 85 г/л, эритроциты - $2,0 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $3,2 \times 10^9/л$, тромбоциты - $112 \times 10^9/л$, п/я-5%, с/я-72%, л-15%, м-8%, СОЭ 60 мм/час.

Общий анализ мочи без патологии.

Биохимический анализ крови: общий белок - 68 г/л, альбумин - 25 г/л, гамма-глобулины - 28 г/л, общий билирубин - 85 мкмоль/л, конъюгированный билирубин - 40 мкмоль/л, креатинин - 42 мкмоль/л, мочевины - 2,8 ммоль/л, АСТ - 120 ЕД/л, АЛТ - 470 ЕД/л, ЩФ - 280 ЕД/л, ГГТП - 205 ЕД/л, ЛДГ - 500 ЕД/л, церулоплазмин - в норме, железо сыворотки крови - 10,2 мкмоль/л.

Коагулограмма: АЧТВ - 47 с, ПТИ - 56%.

Гормоны щитовидной железы: свободный Т4 - 9,2 пмоль/л, ТТГ - 8,5 мМЕ/мл, АТТГ - 250 ЕД/мл, АТТПО - 680 ЕД/мл.

Маркеры инфицирования вирусами гепатитов А, В, С и ВИЧ - отрицательные.

ANA не обнаружены, АМА - не обнаружены, LKM1 - 1320.

Вопросы:

1. Выделите основной синдром заболевания. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Сформулируйте и с какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию.
3. Опишите и обоснуйте тактику обследования, обоснуйте необходимый план обследования, обоснуйте его. Можем ли мы выполнить в данном случае пункционную биопсию печени?
4. Перечислите, ведения пациента на данном этапе.

Ситуационная задача 43

Пациент А 56 лет, обратился к терапевту с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке (ходьба медленным шагом), эпизодически пароксизмальную ночную одышку - просыпается из-за одышки, одышка уменьшается в положении сидя; также в течение последнего месяца появились отеки голеней, сердцебиение, «перебои» в работе сердца.

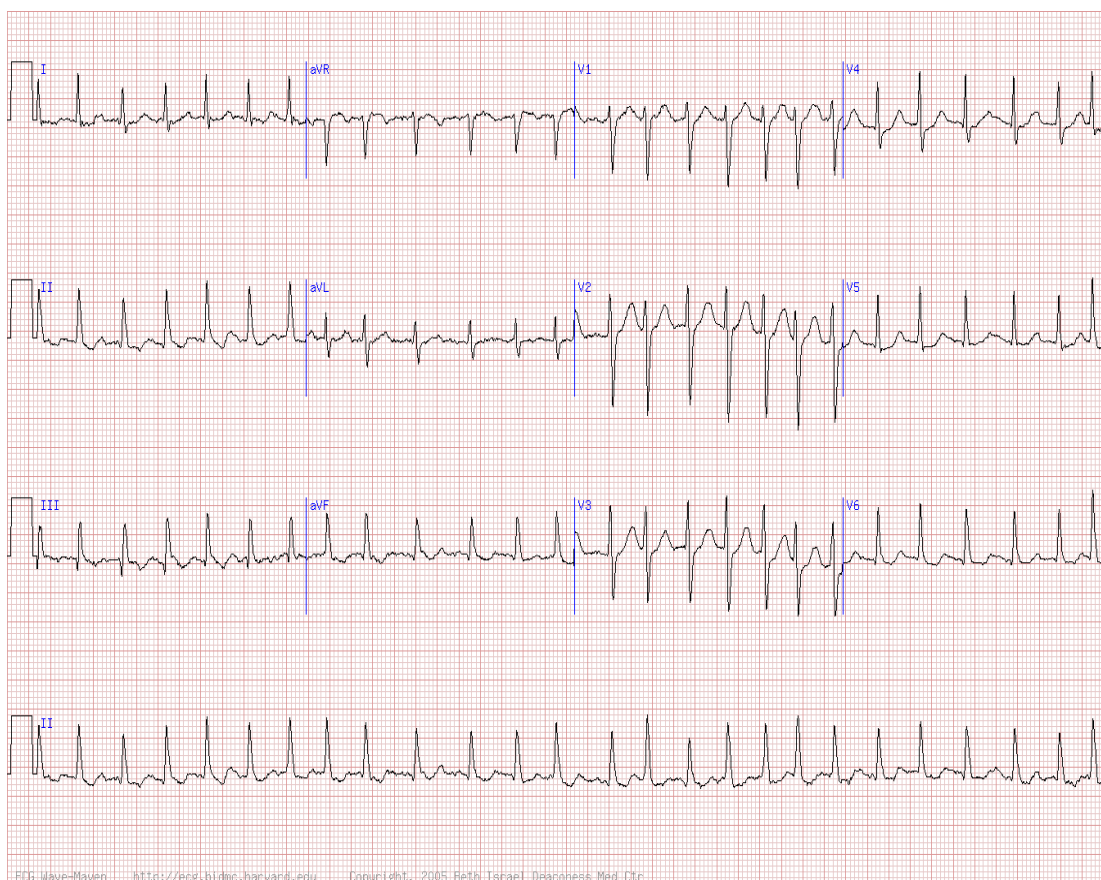
При сборе анамнеза: хронические заболевания отрицает. Однако при расспросе, удалось выяснить, что в детстве были частые ангины, также, со слов пациента, в детском возрасте эпизодически возникали боли в суставах (коленных, локтевых), которые проходили при приеме НПВС, в дальнейшем боли не рецидивировали.

В течение последних трех лет стал отмечать появление и постепенное нарастание одышки при ходьбе. Настоящее ухудшение в течение месяца, когда резко снизилась толерантность к физическим нагрузкам - одышка стала возникать при минимальной нагрузке, эпизодически стала

возникать ночью в горизонтальном положении. Также около 1 месяца назад появилось сердцебиение, перебои в работе сердца.

При осмотре: кожные покровы обычной окраски, отмечается цианоз губ. Отеки голеней. В легких дыхание жесткое, в нижних отделах выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧДД 21 в минуту. Тоны сердца приглушены, аритмичные, ЧСС 130 в мин. Перкуторно - верхняя граница сердца на уровне II межреберья, остальные границы в пределах нормы. На верхушке – трехчленный ритм, «хлопающий» первый тон, диастолический шум. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень: +2 см от края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

ЭКГ



Вопросы:

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз
2. Какие исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза
3. Опишите ЭКГ
4. Предположите причины резкого ухудшения состояния пациента

5. Оцените риск тромбоэмболических осложнений у пациента, исходя из риска, оцените необходимость назначения антикоагулянтов

6. Выберите и обоснуйте Вашу дальнейшую врачебную тактику.

Ситуационная задача 44

Пациентка А 43 года, бухгалтер, доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение городской больницы в связи с внезапно начавшимся приступом одышки, сердцебиением, колющей болью в прекардиальной области.

Со слов пациентки, около недели назад отметила появление покраснения, боли и отечности в области правой голени. Связывала данные симптомы с «артритом», к врачам не обращалась, лечилась самостоятельно – применяла мази с НПВС с временным положительным эффектом.

Настоящее ухудшение возникло в конце рабочего дня сегодня, когда, находясь за компьютером, резко возникла сильная одышка, сердцебиение, слабость. В связи с вышеуказанными жалобами вызвана СМП.

Из анамнеза жизни известно, что пациентка работает в офисе и проводит большую часть времени в положении сидя за компьютером, ведет малоподвижный образ жизни, курит, около 1 года применяет комбинированные оральные контрацептивы.

При осмотре:

Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы обычной окраски. Отмечается отек и покраснение правой нижней конечности до нижней трети бедра, болезненность при пальпации правой нижней конечности; пульсация на артериях стопы, подколенной и общей бедренной артериях сохранена. Суставы без патологии. Грудная клетка правильной формы.

В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧД 24 в минуту, SpO₂ – 90%.

Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС=Ps=110 в мин. АД 110/70 мм рт. ст. Шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Вес – 80 кг. Рост – 163 см. ИМТ – 30.1 кг/м²

ЭКГ



Вопросы:

1. Выделите основной синдром
2. Сформулируйте предположительный диагноз. Выделите возможные предрасполагающие факторы
3. Интерпретируйте представленную ЭКГ
4. Составьте план исследований для подтверждения диагноза
5. Назначьте лечение

Ситуационная задача 45

Пациентка А 57 лет, госпитализирована по СМП в городскую больницу в связи с повторными эпизодами синкопальных состояний.

Из анамнеза известно, что в течение около 3-х лет отмечает эпизодическое повышение АД до 160/90 мм.рт.ст., постоянно принимает Гипотиазид. Около 5 лет пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, последний пароксизм около 1 года назад, постоянно принимает Кордарон 200мг/сутки; Эликвис 5мг 2 раза в сутки.

4 месяца назад пережила смерть близкого родственника, в связи с выраженной «апатией» (могла целыми сутками не вставать с постели), тревогой обратилась к психиатру, диагноз: реактивная депрессия. Был назначен Амитриптилин. В настоящее время состояние с выраженной положительной динамикой, однако пациентка продолжает принимать данный препарат.

Около 5 дней назад появился кашель с отделением мокроты, повышение температуры до 37,8 С. Обратилась к терапевту по месту жительства. Было выполнено КТ – легких, диагностирована внебольничная правосторонняя н/долевая пневмония. ПЦР – тест на covid-19 – негативный. Был назначен Кларитромицин 500мг 2 раза в сутки.

Настоящее ухудшение за день до госпитализации, когда был эпизод потери сознания. Сегодня вновь эпизод синкопального состояния, в связи с чем была вызвана СМП

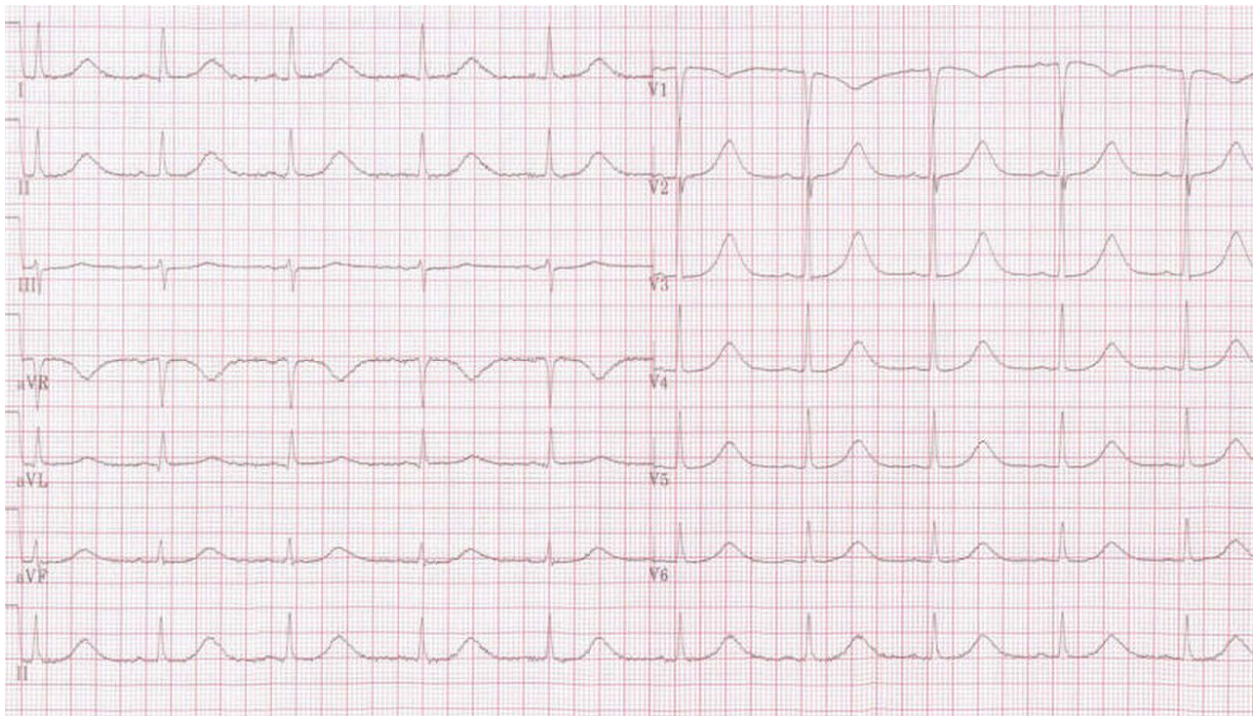
При осмотре в приемном отделении: Состояние средней степени тяжести. Температура – 36,8 С. В легких дыхание жесткое, справа в нижних отделах легких единичные влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧД 17 в минуту, SpO₂ – 97%.

Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС=Ps= 67 в мин. АД 130/80 мм рт. ст. Шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Вес – 67 кг. Рост – 165 см. ИМТ – 24,6 кг/м²

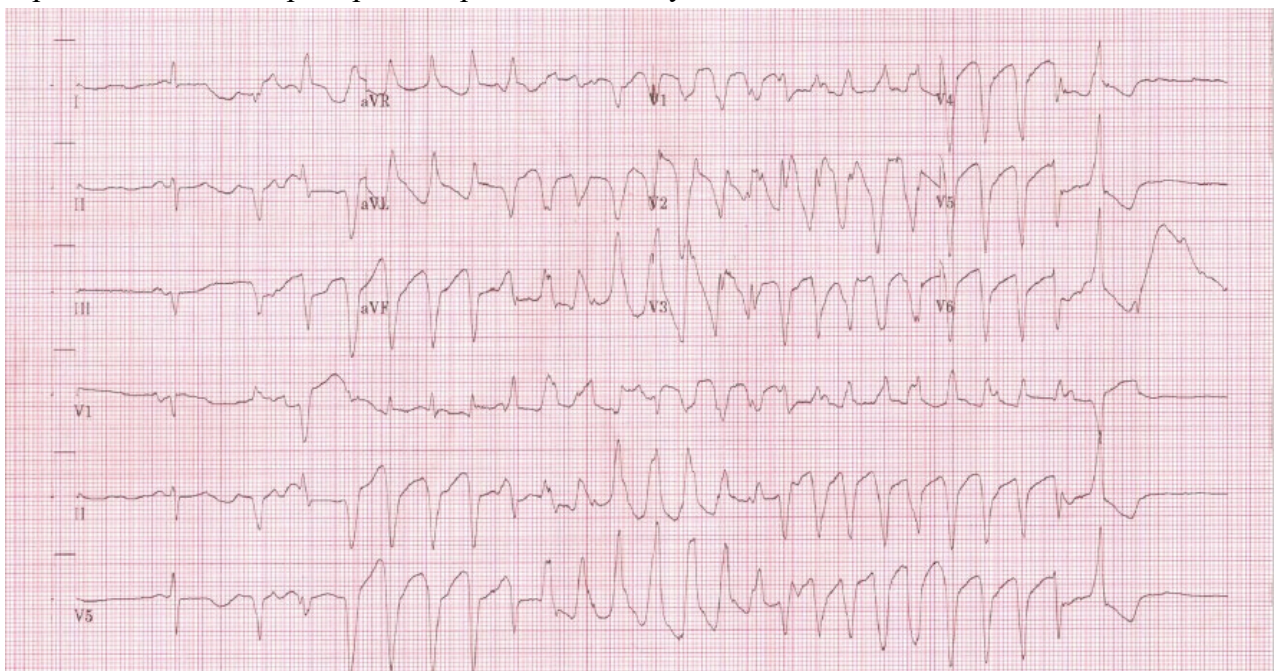
На уровне приемного отделения выполнено КТ- легких – КТ-признаки правосторонней н/доловой пневмонии в стадии разрешения

КТ-головного мозга – патологии не выявлено

На ЭКГ 1 (при поступлении):



Пациентка госпитализирована в терапевтическое отделение для дообследования.
 Вечером, находясь в коридоре, потеряла сознания, упала. На ЭКГ 2:



Вопросы:

1. Укажите возможные причины синкопальных состояний у данной пациентки.
2. Опишите ЭКГ 1. Укажите возможные причины выявленных изменений.
3. Опишите ЭКГ 2. Тактика лечения.

Ситуационная задача 46

Пациент С. Мужчина 66 лет на плановом медицинском осмотре. В анамнезе перенесённый инфаркт миокарда (2020 год) с ЧКВ и стентированием ПКА, артериальная гипертония (на фоне лечения АД 125/70), атеросклероз артерий нижних конечностей (реvascularизация правой подколенной артерии в 2018 году). Регулярно принимает аспирин-кардио 100мг/сут, лозартан

100мг/сут, индапамид 2,5 мг/сут, метопролол 50 мг/сут, розувастатин 20 мг/сут, эзетемиб 10мг/сут, предуктал 80мг 2 раза в день.

В анализе крови – гемоглобин 136 г/л, тромбоциты 250 тыс/мкл, креатинин 90 мкмоль/л, АЛТ 25 ЕД/л, АСТ 22 ЕД/л, глюкоза 5,5 ммоль/л, общий холестерин 3,6 ммоль/л, ЛПНП 2,0 ммоль/л, ЛПВП 1,0 ммоль/л.

На ЭхоКГ – ФВЛЖ 60%, небольшая дилатация полостей обоих предсердий, умеренная ГЛЖ, локальная сократимость ЛЖ не нарушена.

Стенокардии, одышки нет, перемежающейся хромоты нет. Курит 2-3 сигареты в день. Ходит пешком около 2-3 км в день.

При осмотре жалоб нет. Кожа розовая, цианоза нет, отёков нет. Хрипов в лёгких нет. Ритм сердца правильный. АД 110/60, ЧСС 60 в мин, ЧД 16 в мин.

Вопросы:

1. Какой сердечно-сосудистый риск у этого пациента?
2. Все ли факторы риска скомпенсированы? Если нет, то какие?
3. Какие изменения в лечении можно обсудить, и для чего?

Ситуационная задача 47

Пациентка Б, женщина 55 лет. Госпитализирована в приёмное отделение стационара с диагнозом «состояние после обморока».

При поступлении жалуется на слабость, одышку, дискомфорт в лево половине грудной клетки. Симптомы появились около 1 недели назад в виде эпизодов сильной слабости и одышки при небольших физических нагрузках, а последние 2 дня – в покое. Сегодня слабость была очень сильная, вплоть до потери сознания.

В анамнезе – артериальная гипертония, ожирение (масса тела 100кг). Около 3 недель назад из-за травмы (перелом костей правой голени) была ограничена в движениях, правая голень был иммобилизована гипсовой лонгетой.

При осмотре: кожа бледная, небольшой цианоз губ, увеличение ярёмных вен, отёков нет, но правая голень в диаметре больше левой. Хрипов в лёгких нет, дыхание равномерно проводится во все отделы. Ритм сердца правильный, шумов нет. АД 110/60 (обычное АД 125-130/80-85), ЧСС 106 в мин., ЧД 20 в мин., SpO₂ 88%, температура тела 36,2С

На ЭКГ – синусовый ритм, нормальная ЭОС, PQ 0,16 сек, QRS 0,08 сек, QTc 360 мсек, ST на изолинии, отрицательные зубцы Т в V1-V4.

Гемоглобин 125 г/л, лейкоциты 10,1 тыс/мкл, креатинин 95 мкмоль/л, тропонин I <0,1 нг/мл

Вопросы:

1. Какая наиболее вероятная причина заболевания данной пациентки?
2. Какие из следующих шкал риска нужно использовать для подтверждения Вашего предположения: CHADS2-VASc, GENEVA, GRACE, HAS-BLED, PRECISE-DAPT, WELLS?
3. Какое диагностическое обследование будет являться «золотым стандартом» для подтверждения диагноза?
4. Лечение Вы решили начать с инъекции эноксапарина. Какую дозу препарата Вы назначите?

Ситуационная задача 48

В приёмное отделение стационара самостоятельно обратился пациент А. 48 лет с жалобами на «сильную изжогу в пищеводе и желудке» и слабость. Жалобы появились вчера, повторялись несколько раз приступообразно по 30-40 минут, а сегодня «изжога» очень сильная слабость держатся уже 2 часа и не проходит.

АД 110/65, ЧСС 48 в мин., ЧД 18 в мин., SpO₂ 98%

Вопросы:

1. Какое/какие жизнеугрожающие состояния нужно заподозрить у этого пациента в первую очередь?
2. Какое обследование нужно выполнить в первую очередь?

Ситуационная задача 49

В приёмное отделение стационара самостоятельно обратился пациент А. 48 лет с жалобами на «сильную изжогу в пищеводе и желудке» и слабость. Жалобы появились вчера, повторялись несколько раз приступообразно по 30-40 минут, а сегодня «изжога» и очень сильная слабость держатся уже 2 часа и не проходит.

АД 110/65, ЧСС 48 в мин., ЧД 18 в мин., SpO₂ 98%

В приёмном отделении выполнена ЭКГ: Синусовый ритм с полной АВ-блокадой, QRS 0,10 сек, элевация сегмента ST около 3-3,5 мм в II, III, aVF, депрессия ST до 2 мм в I, aVL, V1-V3, высокий R в V1-V3.

Диагностирован острый коронарный синдром с подъёмами ST.

Вопросы:

1. Какой субстрат скорее всего стал причиной заболевания?
2. Какая коронарная артерия с большей вероятностью вовлечена в патологический процесс?
3. Какое/какие лечебные мероприятия и в какие сроки (при наличии возможности) наиболее показано этому пациенту.

Ситуационная задача 50

Пациентка Л, женщина 72 лет обратилась в врачу с жалобами на сердцебиение, перебои в сердце, сильную слабость, которые длились около 3,5 часов. Симптомы возникли впервые, но к моменту визита к врачу полностью исчезли.

В анамнезе – гипертоническая болезнь, гиперлипидемия, перенесла инфаркт миокарда в 2020 году с коронарным стентированием.

Регулярно принимает аспирин 100мг/сут, лизиноприл 10мг/сут, амлодипин 10 мг/сут, аторвастатин 40мг/сут, бисопролол 5 мг/сут.

Ежедневная обычная физическая нагрузка даётся без ограничений.

На ЭКГ, зарегистрированной во время жалоб – фибрилляция предсердий с ЧСС 140 в мин, QRS 0,08 сек, ST на изолинии.

При осмотре: жалоб нет. Кожа розовая, тёплая, цианоза нет, отёков нет, хрипов в лёгких нет, ритм сердца правильный. АД 130/85 мм рт. ст., ЧСС 66 в мин., ЧД 16 в мин., SpO₂ 98%.

На ЭКГ – синусовый ритм с PQ 0,16 сек, QT 360 мсек, QRST без изменений в динамике.

Вопросы:

1. Как классифицировать этот тип фибрилляции предсердий?
2. Рассчитайте значение шкалы CHADS₂-VASc
3. Как непременно нужно изменить лечение?

Ситуационная задача 51

Пациентка Л, женщина 72 лет обратилась в врачу с жалобами на сердцебиение, перебои в сердце, сильную слабость, которые длились около 3,5 часов. Симптомы возникли впервые, но к моменту визита к врачу полностью исчезли.

В анамнезе – гипертоническая болезнь, гиперлипидемия, перенесла инфаркт миокарда в 2020 году с коронарным стентированием.

Регулярно принимает аспирин 100мг/сут, лизиноприл 10мг/сут, амлодипин 10 мг/сут, аторвастатин 40мг/сут, бисопролол 5 мг/сут.

Ежедневная обычная физическая нагрузка даётся без ограничений.

На ЭКГ, зарегистрированной во время жалоб – фибрилляция предсердий с ЧСС 140 в мин, QRS 0,08 сек, ST на изолинии.

При осмотре: жалоб нет. Кожа розовая, тёплая, цианоза нет, отёков нет, хрипов в лёгких нет, ритм сердца правильный. АД 130/85 мм рт. ст., ЧСС 66 в мин., ЧД 16 в мин., SpO₂ 98%. Масса тела 70 кг

На ЭКГ – синусовый ритм с PQ 0,16 сек, QT 360 мсек, QRST без изменений в динамике.

Вы решили отменить аспирин и добавить к лечению оральным антикоагулянт.

Вопросы:

1. Какое обследование надо обязательно выполнить до назначения оральное антикоагулянта?

2. Какому из оральных антикоагулянтов нужно отдать предпочтение при клиренсе креатинина более 50 мл/мин?

3. Какая доза не витамин-К ассоциированного оральное антикоагулянта должна быть назначена пациентке при клиренсе креатинина 40 мл/мин?

Ситуационная задача 52

Больной М., 29 лет, обратился с жалобами на появление мочи цвета «мясных помоев», головные боли, одутловатость лица, которые появились неделю назад. Считал себя здоровым человеком. В детстве несколько раз были ангины, протекавшие достаточно тяжело, предлагалась тонзиллэктомия, однако она так и не была произведена. В 18 лет при обследовании в военкомате никакой патологии со стороны внутренних органов и в анализах крови и мочи не выявлено. Периодически злоупотребляет алкоголем. Две недели назад у больного после переохлаждения возникла ангина. Лечился самостоятельно. Антибиотики не принимал. Плохое самочувствие объяснял усталостью и напряженной работой, в течение недели 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 лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. ЧСС 88 в 1 мин. АД 170/100 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого слабо положительный с обеих сторон.

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

Общий анализ мочи: цвет бурый, прозрачность неполная, реакция кислая, относительная плотность 1010, белок 1,3 г/л, эпителий 10 в п/зр., лейкоциты 4 в п/зр., эритроциты измененные 50 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. Какие симптомы и синдромы выявлены у этого больного?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. Сформулируйте клинический диагноз.
4. Назначьте лечение.

Ситуационная задача 53

Больная Э., 30 лет, поступила в клинику с массивными генерализованными отеками, задержкой мочи, слабостью, одышкой, повышением АД, тошнотой, рвотой, нестерпимой головной болью. 1,5 месяца назад во время купания в бассейне поранила ногу, рана плохо заживала. Через неделю на фоне покраснения кожи появилась пузырьчатая сыпь, сильный зуд, пузырьки лопались и покрывались корочками. Без лечения симптоматика исчезла в течение 2 недель. За 10 дней до поступления в клинику заметила изменение цвета мочи, постепенное уменьшение объема выделяемой мочи, в последние сутки диурез составил 300 мл. Постепенно нарастали отеки. Сначала они были только на лице, затем распространились на конечности, брюшную стенку. Появилась одышка. АД повысилось до 190/110 мм рт. ст. При осмотре состояние больной тяжелое. Кожные покровы бледные; массивные рыхлые отеки лица, брюшной стенки, поясницы, конечностей, при надавливании остается ямка. Лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, небольшое количество незвонких влажных хрипов в нижних отделах легких с обеих сторон. ЧДД 26 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, шумов нет. ЧСС 102 в 1 мин. АД 200/115 мм рт. ст. Клинический анализ крови: гемоглобин 120 г/л, эритроциты $4,0 \cdot 10^{12}$ /л /л, лейкоциты $5,0 \cdot 10^9$ /л, базофилы 1%, эозинофилы 2%, палочкоядерные нейтрофилы 4%, сегментоядерные нейтрофилы 55%, лимфоциты 34%, моноциты 4%, тромбоциты $290 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 52 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок 76 г/л, общий холестерин 4,3 ммоль/л, триглицериды 1,6 ммоль/л, протромбиновый индекс 92%, креатинин 270 мкмоль/л, мочевины 30 ммоль/л.

Иммунологическое исследование: антистрептолизин О 250 ЕД (при норме до 200 ЕД), антистрептогиалуронидаза 700 ЕД (при норме до 300 ЕД).

Общий анализ мочи: количество 50 мл, цвет бурый, относительная плотность 1020, белок 2,9 г/л, лейкоциты 3–5 в п/зр., эритроциты измененные 30–40 в п/зр.

Вопросы:

1. Какие симптомы и синдромы выявлены у этой больной?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести больной?
3. Сформулируйте клинический диагноз.
4. Назначьте лечение.

Ситуационная задача 54

У 27-летнего больного 6 лет назад, после респираторной вирусной инфекции, появились боли в поясничной области, значительно снизилось количество выделяемой мочи, которая приобрела «бурый» цвет. Повышения АД и отеков в тот период не было. При обследовании в общем анализе мочи были обнаружены эритроциты в большом количестве, микроальбуминурия 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 анализах обнаруживали персистирующую микрогематурию. В течение последующих лет было несколько сходных по симптоматике эпизодов макрогематурии после респираторных вирусных инфекций. Последние 2 года отмечает периодически повышение АД до 150/90 мм рт. ст., лекарственные препараты не принимал. Ухудшилось самочувствие около 2 недель назад, когда

отметил уменьшение количества отделяемой мочи, возобновление макрогематурии, появление отеков нижних конечностей и повышение АД до 170/100 мм рт. ст. Госпитализирован для обследования и лечения.

Объективные данные: состояние средней тяжести, отеки голеней. В легких дыхание везикулярное, хрипов не выслушивается. ЧДД 18 в 1 мин, ЧСС 86 в 1 мин, АД 170/100 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень безболезненная у края реберной дуги, край закруглен. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Суточный диурез 800 мл.

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

Биохимический анализ крови: глюкоза 5,0 ммоль/л, креатинин 145 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. Антител к ВИЧ, гепатиту С, HbsAg не обнаружено. IgG 17,3 г/л (7,0–17,0), IgA 6,2 г/л (0,9–4,5), IgM 1,4 г/л (0,5–3,5)

Исследование мочи: удельный вес 1025, эритроциты покрывают все поле зрения, лейкоциты 0–1 в поле зрения, глюкозы, ацетона в моче нет. Посев мочи: роста микрофлоры нет.

Суточная протеинурия 1,5 г/л.

Больному произведена биопсия почки: диффузная мезангиальная пролиферация с расширением внеклеточного матрикса, микроскопически — пролиферация мезангиальных клеток.

Вопросы:

1. Какие симптомы и синдромы выявлены у этого больного?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести больному?
3. Сформулируйте клинический диагноз.
4. Назначьте лечение.

Ситуационная задача 55

Больная, 24 года, поступила в клинику с внезапно развившимися (в течение недели) массивными генерализованными отеками, одышкой. Накануне поступления отмечался эпизод ортостатической гипотензии. В последние сутки диурез составил 300 мл. При осмотре состояние больной тяжелое. Кожные покровы бледные, массивные рыхлые отеки лица, брюшной стенки, поясницы, конечностей, при надавливании остается ямка. Лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20 в минуту. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. ЧСС 82 в минуту. АД 90/50 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются.

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

Биохимический анализ крови: общий белок 56 г/л, альбумины 21 г/л, общий холестерин 7,3 ммоль/л, триглицериды 2,6 ммоль/л, креатинин 155 мкмоль/л.

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 клеточной пролиферации, пролиферации мембраны и отложения иммуноглобулинов в клубочках.

Вопросы:

1. Какие симптомы и синдромы выявлены у больной?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести больной?

3. Сформулируйте клинический диагноз.

4. Назначьте лечение.

Ситуационная задача 56

Больной Д., 32 года, обратился к участковому врачу с жалобами на общее недомогание, ощущение слабости, снижение работоспособности, отеки век, лица, тупые, ноющие, продолжительные боли слабой интенсивности в поясничной области, изменение цвета мочи (цвет «мясных помоев»).

Больной перенес ангину и через две недели после нее стал отмечать снижение работоспособности, изменение цвета мочи, отеки век. Болен в течение 2 дней.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ангина, ОРВИ, пневмония. Больной работает контролером, профессиональных вредностей не отмечает. Вредные привычки отрицает. Семейный анамнез: у матери гипертоническая болезнь, у отца язвенная болезнь желудка, дочь - здорова. Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Температура тела 36,8 °С. Лицо бледное, одутловатое, веки отечны, глаза сужены. Кожные покровы и слизистые бледные, чистые, влажные. ЧД - 20 в минуту. При аускультации легких: дыхание жесткое.

Тоны сердца приглушены, шумов нет, ритм правильный, 78 в минуту. АД - 130/80 мм рт.ст.

Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, безболезненный.

Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания слабopоложительный с обеих сторон.

Общий анализ крови: гемоглобин - 122 г/л, эритроциты - $4,1 \times 10^{12}$ /л. Цветной показатель - 0,9, лейкоциты - $6,9 \times 10^9$ /л, сегментоядерные нейтрофилы - 76 %, палочкоядерные нейтрофилы - 1 %, эозинофилы - 2 %, моноциты - 2 %, лимфоциты - 19 %. СОЭ - 24 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1017, белок - 1,066 г/л, эритроциты - 10-12 в поле зрения, лейкоциты - 2-4 в поле зрения.

Анализ мочи по Нечипоренко: эритроциты - 7000 в 1 мл, лейкоциты - 2000 в 1 мл, цилиндров не обнаружено. Суточная протеинурия - 1,8 г.

Биохимический анализ крови: общий белок - 69 г/л, альбумин - 32 г/л, мочеви́на - 7,8 ммоль/л, креатинин - 102 мкмоль/л, калий - 4,1 ммоль/л.

Бактериологическое исследование мазка из зева: патологической микрофлоры не выявлено.

Вопросы:

1. Какие симптомы и синдромы определяются у больного?
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести больному для подтверждения диагноза?
4. Назначьте лечение.

Ситуационная задача 57

У больного С., 47 лет, при диспансерном осмотре было выявлено повышение АД до 210/110 мм рт.ст. При более тщательном опросе удалось установить, что больного в течение 5-6 лет беспокоят головные боли, головокружения, мелькание мушек перед глазами, на предыдущих осмотрах несколько раз находили белок в моче, направляли к нефрологу, обследование не проходило. Ухудшение состояния последние полгода. Из-за занятости к врачу не обращался. Продолжал работать.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ, ангина, аппендэктомия 10 лет назад. Больной работает экономистом, профессиональных вредностей не отмечает. Вредные привычки отрицает. Семейный анамнез: мать здорова, у отца язвенная болезнь желудка, сын здоров. Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 36,5 °С. Кожные покровы и слизистые обычной окраски, чистые, влажные. Отеков нет.

ЧД - 19 в минуту. При аускультации легких: дыхание везикулярное, хрипов нет.

Левая граница относительной тупости сердца на 2 см снаружи от среднеключичной линии в пятом межреберье. При аускультации сердца: тоны сердца ясные, акцент II тона над аортой, шумов нет. Ритм сердца правильный. Пульс - 68 в минуту, удовлетворительного наполнения, напряжения. АД - 200/110 мм рт.ст.

Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги.

Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 118 г/л, эритроциты - $4,2 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $5,8 \times 10^9/л$, палочкоядерные - 4 %, сегментоядерные - 56 %, лимфоциты - 33 %, моноциты - 7 %. СОЭ - 16 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1015, белок - 4,2 г/л. лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эритроциты - 6-8 в поле зрения. Суточная протеинурия - 2,2 г.

Проба Зимницкого: дневной диурез - 1060 мл, ночной - 1400 мл, колебания относительной плотности мочи от 1005 до 1017.

Проба Реберга: клубочковая фильтрация - 50 мл/мин, канальцевая реабсорбция - 98 %.

Биохимический анализ крови: креатинин - 142 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Какие симптомы и синдромы наблюдаются у больного?
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести больному для подтверждения диагноза?
4. Назначьте лечение.

Ситуационная задача 58

Больной М., 35 лет, обратился к участковому врачу с жалобами на общее недомогание, слабость, утомляемость, снижение работоспособности, тошноту, рвоту, отсутствие аппетита, отеки век, лица, тупые, ноющие, продолжительные боли слабой интенсивности в поясничной области, появление мочи бурого цвета, уменьшение количества мочи, отеки лица, голеней и стоп, почти постоянную головную боль в затылочной области, мушки перед глазами. По данным диспансеризации 2 месяца назад показатели мочевины, креатинина, калия, общего белка, глюкозы в норме, общий анализ крови и мочи без патологии.

Больной перенес ангину и через две недели после перенесенной ангины стал отмечать снижение работоспособности, изменение цвета мочи, отеки век. Болен в течение недели.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ангина, ОРВИ. Больной работает чиновником, профессиональных вредностей не отмечает. Вредные привычки отрицает. Семейный анамнез: родители здоровы, дочь здорова. Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре: состояние тяжелое. Температура тела 37,8 °С. Лицо бледное, одутловатое, веки отечны, глаза сужены, отеки голеней и стоп. Кожные покровы и слизистые бледные, чистые, влажные. ЧД - 22 в минуту. При аускультации легких: дыхание жесткое.

Тоны сердца приглушены, шумов нет, ритм сердца правильный. ЧСС - 78 в минуту. АД - 200/120 мм рт. ст.

Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, безболезненный.

Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания слабopоложительный с обеих сторон.

Общий анализ крови: гемоглобин - 102 г/л, эритроциты - $3,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $7,6 \times 10^9$ /л, сегментоядерные нейтрофилы - 70 %, палочкоядерные нейтрофилы - 2 %, эозинофилы - 2 %, моноциты - 4 %, лимфоциты - 22 %. СОЭ - 32 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1018, белок - 2,066 г/л, эритроциты - 10-12 в поле зрения, лейкоциты - 2-3 в поле зрения.

Анализ мочи по Нечипоренко: эритроциты - 6000 в 1 мл, лейкоциты - 3000 в 1 мл, цилиндров не обнаружено. Суточная протеинурия - 2,8 г.

Скорость клубочковой фильтрации - 42 мл/мин, канальцевая реабсорбция - 80 %.

Биохимический анализ крови: общий белок - 68 г/л, альбумин - 30 г/л, холестерин - 5,2 ммоль/л, мочеви́на - 10,9 ммоль/л, креатинин - 380 мкмоль/л, калий - 4,3 ммоль/л.

Вопросы:

1. Какие симптомы и синдромы наблюдаются у больного?
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести больному для подтверждения диагноза?
4. Назначьте лечение.

Ситуационная задача 59

Больной К., 27 лет, самостоятельно обратился в приемный покой больницы. В течение нескольких месяцев стал отмечать повышенную жажду, постепенно нарастающую слабость, похудание. За последний месяц потерял в весе 7 кг. В последние дни появился зуд кожных покровов, апатия, сонливость, потерял аппетит. При объективном исследовании кожные покровы сухие, следы расчесов. Изо рта запах ацетона. Язык сухой, покрыт коричневым налетом, пародонтоз. При тщательном опросе выявлена полиурия. При исследовании внутренних органов существенных отклонений от нормы не выявлено, однако после исследования крови и мочи больной госпитализирован.

Вопросы:

1. О каком заболевании следует подумать?
2. Какие изменения могут быть в анализах крови и мочи?
3. О каком осложнении следует подумать?

Ситуационная задача 60

Врач скорой помощи был вызван к больной, страдающей тяжелой формой сахарного диабета. Несколько дней назад больная была переведена на лечение пролонгированным инсулином. За 10 минут до приезда врача неожиданно для родственников потеряла сознание. При осмотре резко выраженная влажность кожных покровов, редкие судорожные подергивания мышц. Язык влажный. Глазные яблоки плотные. Тоны сердца ритмичные, 54 удара в минуту. АД 130/90 мм.рт.ст. Других изменений со стороны внутренних органов не обнаружено. Удалось выяснить, что в течение последних 8-10 часов больная практически ничего не ела.

Вопросы:

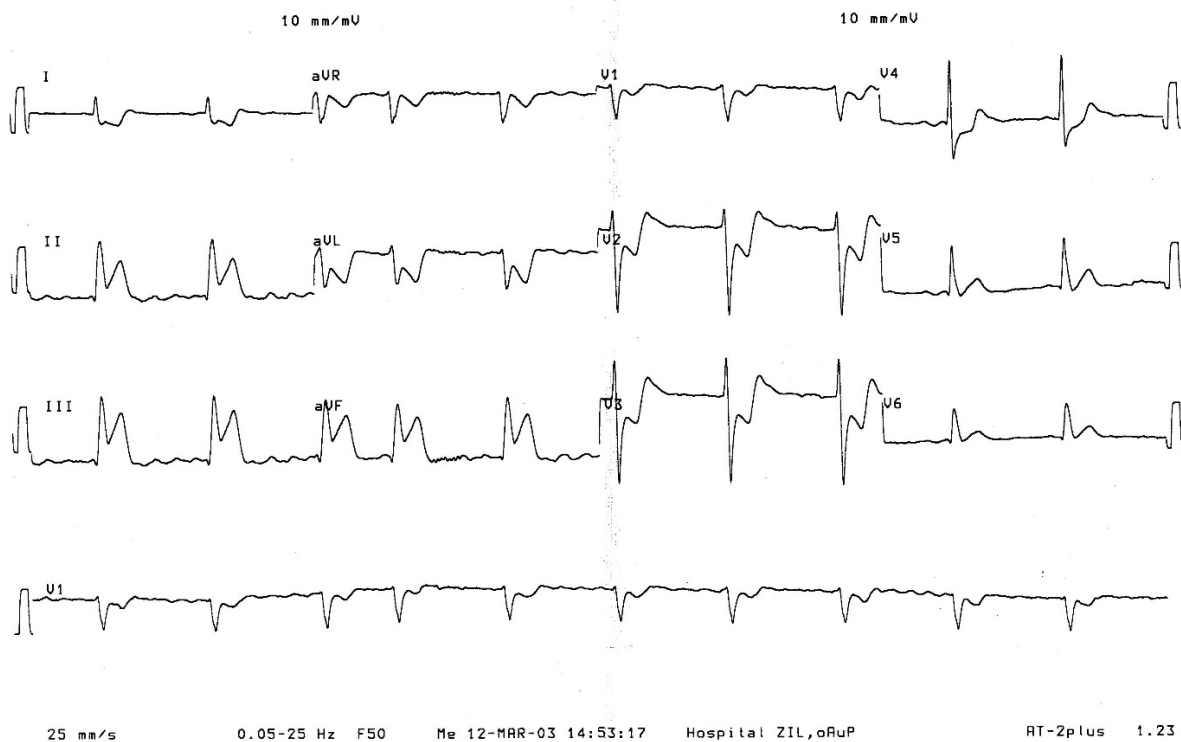
1. О каком осложнении сахарного диабета следует подумать?

2. Выберите тактику лечения больной.

Ситуационная задача 61

Дать заключение ЭКГ:

1. Ритм и нарушения ритма;
2. Положение ЭОС;
3. Нарушение проведения;
4. Очаговые изменения миокарда.

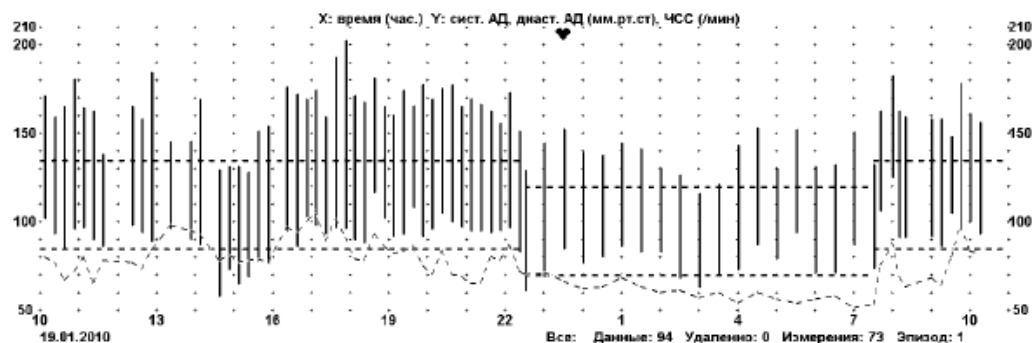


Ситуационная задача 62

Дать заключение по СМАД

1. Являются ли зарегистрированные показатели АД целевыми?
2. Индекс времени.
3. Суточный индекс и оценка циркадного профиля АД.
4. Вариабельность АД.

Артериальное давление Тренд



Артериальное давление статистика

Все период: 23 час. 53 мин 19.01.2010 10:07 - 20.01.2010 10:07 (72 данных - взвеш. среднее)
 активный период: 07:30-22:30 активный Границы: 135/85 мм.рт.ст пассив. Границы: 120/70 мм.рт.ст

	сист. АД	диаст. АД	САД	ПАД	ЧСС	Двойн. произв.
Среднее	154	87	109	67 мм.рт.ст	73 /мин	11367
Максимум	203	125	144	107 мм.рт.ст	106 /мин	19788
Минимум	117	58	81	44 мм.рт.ст	51 /мин	6669
СтандОткл	19	13	14	12 мм.рт.ст	13 /мин	3177
Сут.Инд.	15	16	16 %			
Врем.Инд.	92	80	90 %			
Инд.Площ.	590	208	330 мм.рт.ст*ч/24ч			
ГипотВРинд	0	2	0 %			
ГипотИндПл	0	1	0 мм.рт.ст*ч/24ч			
Инд.Сглаж.	1.28	1.18	1.32			

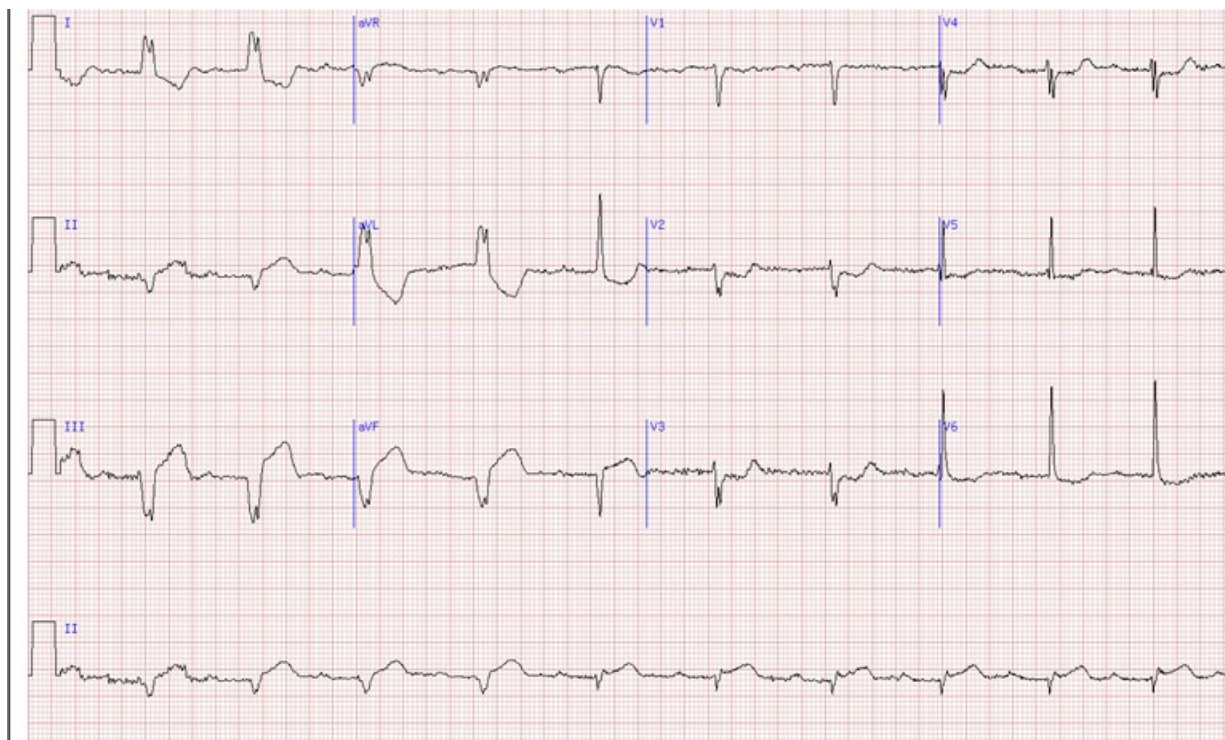
сист. АД	Максимум	19.01.2010	17:52	A	203 / 96	мм.рт.ст 91 /мин
	Минимум	20.01.2010	03:00	A	117 / 63	мм.рт.ст 57 /мин
диаст. АД	Максимум	20.01.2010	08:00	A	183 / 125	мм.рт.ст 88 /мин
	Минимум	19.01.2010	14:37	A	130 / 58	мм.рт.ст 78 /мин
ПАД	Максимум	19.01.2010	17:52	A	203 / 96	мм.рт.ст 91 /мин
	Минимум	20.01.2010	09:30	A	149 / 105	мм.рт.ст 80 /мин
САД	Максимум	20.01.2010	08:00	A	183 / 125	мм.рт.ст 88 /мин
	Минимум	20.01.2010	03:00	A	117 / 63	мм.рт.ст 57 /мин
ЧСС	Максимум	19.01.2010	17:07	A	175 / 98	мм.рт.ст106 /мин
	Минимум	20.01.2010	07:00	A	151 / 87	мм.рт.ст 51 /мин
Двойн. произв.	Максимум	19.01.2010	17:37	A	194 / 97	мм.рт.ст102 /мин
	Минимум	20.01.2010	03:00	A	117 / 63	мм.рт.ст 57 /мин

Артериальное давление статистика

Ситуационная задача 63

Сформулируйте заключение по ЭКГ:

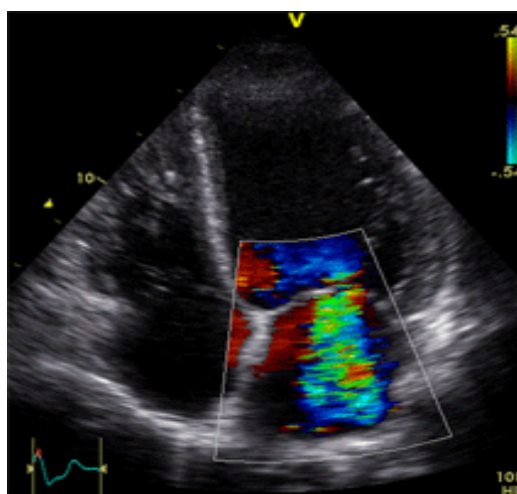
1. Оцените ритм.
2. Обозначьте патологические изменения.
3. Какие дополнительные отведения необходимо зарегистрировать при наличии данных изменений на ЭКГ и с какой целью.
4. Что необходимо учитывать при наличии на ЭКГ остро возникшей полной блокаде левой ножки пучка Гиса.



Ситуационная задача 64

Пациент Б., 70 лет, поступил с жалобами на одышку при минимальной физической нагрузке, отеки до верхней трети голеней. Известно, что более 20 лет страдает артериальной гипертензией, на проводимой антигипертензивной терапии целевой диапазон АД не достигнут.

При проведении эхокардиографии выявлен диффузный гипокинез миокарда левого желудочка с КДО – 160 мл, объем левого предсердия – 80 мл, ФВ – 40 % по Симпсону. Умеренная митральная регургитация центральной струей.



Эхокардиография, В-режим, четырехкамерная апикальная позиция. Цветной доплер.

Вопросы:

1. Что называют первичной и вторичной митральной регургитацией?
2. Укажите возможные причины и вид митральной регургитации у данного пациента.
3. Показана ли медикаментозная терапия этому пациенту?
4. Нужно ли рассмотреть тактику хирургического вмешательства?

Ситуационная задача 65

Больной З., 58 лет обратился в поликлинику с жалобами на одышку постоянного характера, усиливающуюся при небольшой физической нагрузке, малопродуктивный кашель в течение дня. Со слов: курит в течение 25 лет по 1,5 - 2 пачек в день. Кашель появился около 5 лет назад. 2 года назад стала появляться одышка. Иногда отделяется небольшое количество светло-серой мокроты, периодически (до 3-4 раз в год) – зеленоватого цвета, с усилением кашля и одышки. В течение последнего месяца, после перенесенного ОРЗ, одышка усилилась, мокроты стало выделяться больше, она приобрела желто-зеленый цвет. Объективно: пониженного питания. Кожа розовато-серая. Акроцианоз. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка расширена в поперечнике, при перкуссии грудной клетки - легочный звук коробочный. При аускультации - дыхание жесткое, по всем легочным полям, сухие рассеянные и жужжащие хрипы, при форсированном выдохе сухие свистящие. ЧД – 26 в мин. SpO₂ - 90%. 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. Незначительно диффузно снижена сила мышц. Очаговой и менингеальной симптоматики нет. Физиологические отправления в норме.

На рентгенограмме органов грудной клетки признаки эмфиземы и пневмосклероза. Общий анализ мокроты: Лейкоциты – 150 в поле зрения. Эпителий-плоский – много, альвеолярные макрофаги - много.

Проведена спирометрия:

Показатель	Значение		
	Должные	Полученные	% к Должным
ЖЕЛ, л	4,6	2,7	59,2
ФЖЕЛ, л	4,38	2,2	50,5
ОФВ ₁ , л	3,56	0,90	25,2
ОФВ ₁ /ЖЕЛ,%		33	
ОФВ ₁ /ФЖЕЛ, %		41	
ПСВ, л/с	8,7	3,25	37,4
МОС ₂₅ , л/с	7,58	0,78	10,2
МОС ₅₀ , л/с	4,72	0,4	9
МОС ₇₅ , л/с	1,93	0,24	12,5

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз в соответствии с современной классификацией.
2. Оцените результаты проведенных исследований. Какие обследования необходимо провести и применить, для подтверждения диагноза и уточнения степени тяжести заболевания?
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Общие принципы лечения данной патологии.

Ситуационная задача 66

Больная К., 26 лет, обратилась к врачу с жалобами на общую слабость, утомляемость, ночную потливость, повышение температуры до 38.4°C. Настоящие симптомы появились в течение последних 6 месяцев. До этого больную беспокоила болезненность в области шеи справа, однако к врачу она не обращалась. При осмотре состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, влажные. Пальпируются группа передних шейных и подмышечных лимфоузлов справа, мало подвижных, спаянных друг с другом и с окружающими тканями, безболезненных, хрящевой плотности, кожа над ними не изменена. По органам без особенностей.

Общий анализ крови: Гемоглобин 120 г/л, эритроциты $3.4 \times 10^{12}/л$, тромбоциты $320 \times 10^9/л$, лейкоциты $9 \times 10^9/л$, палочкоядерные 6%, сегментоядерные 65%, эозинофилы 2%, лимфоциты 20%, моноциты 7%, СОЭ 45 мм/час. Проведена биопсия подмышечного лимфоузла справа. При морфологическом исследовании в ткани лимфатического узла разрастание фиброзной ткани . в очагах соранееной структуры лимфоузла большое количество лимфоидных клеток, гистиоцитов, эозинофильных и нейтрофильных лейкоцитов, имеются гигантские двухядерные клетки с крупными эозинофильными ядрышками, напоминающими внутриядерные включения. При ИГХ крупные клетки экспрессируют CD15+ CD30+.

Вопросы:

1. Выделите основные клинические синдромы.
2. Сформулируйте рабочий диагноз.
3. Дополните и обоснуйте план обследования.
4. Обоснуйте тактику ведения пациентки.

Ситуационная задача 67

Больная К., 64 г., поступила в клинику с жалобами на тянущие боли в пояснице, усиливающиеся при движении; слабость;

Жалобы появились около 4-6 мес. назад. При обследовании в поликлинике, со слов пациентки, выявлен белок в моче, увеличение СОЭ. В качестве терапии принимала фурадонин, затем 5-НОК, левомецетин. На фоне лечения состояние не улучшилось. Болезненность в поясничной области нарастала, стала особенно выраженной в ночные часы.

При поступлении: состояние средней тяжести. Бледность слизистых оболочек. При пальпации выраженная болезненность грудной клетки и поясничного отдела позвоночника. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 18 мин. Границы сердца расширены влево +1,0 см. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над аортой. АД 165/90 мм.рт.ст. Печень, селезенка не увеличены.

Анализ крови клинический: Hb 80 г/л, эритроциты $2.9 \times 10^{11}/л$, лейкоциты $3,9 \times 10^9/л$, тромбоциты $90 \times 10^{11}/л$, п/я 1%, с/я 75%, лимфоциты 15%, СОЭ 44 мм/час.

Анализ мочи общий: р-1020, белок – 3,6, лейкоциты 10-12 в п/зр, эритроциты 4-5 в п/зр.

Биохимический анализ крови: общий белок 104 г/л, альбумины 26%, γ -глобулины 42%, креатинин 125 , мочевины 13 , мкмоль/л, АСТ 35, АЛТ 38, мочевины 410 мкмоль/л.

В миелограмме ; клеточность костного мозга $300 \times 10^9/л$, бластные клетки 2%, гранулоцитарный росток 46%, лимфоидный ряд 10%, моноцитарный росток 5%, эритроидный ряд 10%, плазматические клетки 27%.

Рентген поясничного отдела позвоночника: компрессионный перелом Th₁, L₁-L₂ тел позвонков. Признаки диффузного остеопороза

Вопросы:

1. Назовите основные синдромы
2. Предполагаемый диагноз
3. Дополнительные методы обследования
4. Лечение.

Ситуационная задача 68

Больной А., 58 лет, поступил в неврологическое отделение больницы с жалобами на боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника.

В течение последних 5 лет наблюдается у невролога в поликлинике по поводу остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника и частых люмбагий. Для снижения болевого

синдрома принимает НПВС с частичным эффектом. Около 2-х месяцев назад появилась слабость, снижение работоспособности, быстрая утомляемость.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски и влажности. При пальпации выраженная болезненность во всех костных структурах. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 84 в мин., АД 130/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка у края реберной дуги.

Клинический анализ крови: Нв 80 г/л, эритроциты $2,7 \cdot 10^{12}/л$, тромбоциты $24,0 \cdot 10^9/л$, лейкоциты $16,4 \cdot 10^9/л$, п/я 2%, с/я 59%, лимфоциты 34%, моноциты 5%, СОЭ 64 мм/час.

Биохимический анализ крови: белок 80 г/л, альбумины 38, креатинин 72 мкмоль/л.

ЛДГ 2500 ЕД/л.

В миелограмме клеточность костного мозга $500 \cdot 10^{12}/л$, бластные клетки 60% , гранулоцитарный ряд 10%, эритроидный ряд 15%, лимфоидный ряд 10% , моноцитарный ряд 5%.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Предполагаемый диагноз.
3. Определите дальнейшую тактику обследования.
4. Определите тактику лечения.

Ситуационная задача 69

Больная Р., 47 лет, госпитализирована в травматологическое отделение больницы по поводу спонтанного перелома ключицы справа. Настоящая госпитализация повторная (около 6 мес. назад уже находилась на стационарном лечении по поводу спонтанного перелома ребра).

В анамнезе длительно гипертоник с максимальными подъемами АД до 190/110 мм.рт.ст. Постоянно принимает конкор 10 мг/сутки, рамиприл 10 мг/сутки, тромбо АСС 100мг/сутки. В течение последнего года частые простудные заболевания .

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 18 мин. Границы сердца расширены влево +1,0 см. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над аортой. АД 165/90 мм.рт.ст. Печень, селезенка не увеличены. Увеличены все группы лимфоузлов до 2-3 см в диаметре.

Анализ крови клинический: Нв 100 г/л, эритроциты $2,9 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты $4,3 \cdot 10^9/л$, тромбоциты $80 \cdot 10^{11}/л$. СОЭ 70 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок 74 г/л, альбумины 35 , креатинин 76 мкмоль/л, АСТ 35, АЛТ 38. ЛДГ 2000.

При КТ органов грудной и брюшной полости отмечаются множественные остеолитические очаги всех костей скелета

В миелограмме клеточность костного мозга $200 \cdot 10^{12}/л$, бластные клетки 2% , гранулоцитарный ряд 38%, эритроидный ряд 25%, лимфоидный ряд 30% , моноцитарный ряд 5%

При траепинобиопсии костного мозга в костном мозге отмечаются разрастание лимфоидных очагов из крупных клеток

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз.
2. Какие методы обследования нужно провести для подтверждения диагноза.
3. Определите тактику ведения.

Ситуационная задача 70

Пациент М, 67 лет, обратился к врачу с жалобами на частые спонтанные носовые кровотечения, кровоточивость десен, покалывание и онемение пальцев рук, тяжесть в правом боку, иктеричность кожных покровов

В анамнезе длительно гипертоническая болезнь с максимальными подъемами АД до 160/90 мм.рт.ст. Постоянно принимает метопролол 50 мг/сутки, ренитек 10 мг/сутки, кардиомагнил 75 мг/сутки. Около 2-х лет назад впервые появились носовые кровотечения, возникающие спонтанно, не связанные с подъемами АД.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы иктеричной окраски сухие. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 18 мин. Границы сердца расширены влево +1,0 см. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над аортой. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см, селезенка увеличена и выступает на 5 см

Анализ крови клинический: Нв 90 г/л, эритроциты $2.2 \cdot 10^{12}/л$ лейкоциты $33,9 \cdot 10^9/л$, тромбоциты $67 \cdot 10^{11}/л$, п/я 1%, с/я 25%, лимфоциты 70%, ретикулоциты 11‰ СОЭ 74 мм/час. Проба кумса положительная

Биохимический анализ крови: белок 80 г/л, альбумины 38, АСТ 35, АЛТ 38. Билирубин 78 ммоль/л

Результаты миелограммы клеточность костного мозга $500 \cdot 10^{12}/л$, бластные клетки 1% , гранулоцитарный ряд 10%, эритроидный ряд 25%, лимфоидный ряд 60% , моноцитарный ряд 4%.

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз.
2. Определите дальнейшую тактику обследования.
3. Определите тактику лечения.

Ситуационная задача 71

Больная Х., 57 лет поступила 17. 04 с жалобами на: слабость, сонливость, головокружение, повышенная чувствительность к холоду. В течении года не может есть лимон и клюкву из-за жжения в языке. Последние полгода отмечает слабость, сонливость, «тарелки падают из рук».

Росла и развивалась соответственно возрасту. Работала бухгалтером, последние 3 года на пенсии. В течение последнего года – строгая вегетарианка, отсутствует желание есть мясо, рыбу. У отца – резекция желудка по поводу полипоза. Аллергию, сахарный диабет, хронические заболевания отрицает.

Состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, с желтушным оттенком. Периферические л/у не увеличены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 93 уд/мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Отеков нет. Пальпируется нижний полюс селезенки.

Клинический анализ крови: WBC- $1,7 \cdot 10^9/л$, RBC- $1,09 \cdot 10^{12}/л$, HGB-45 г/л, HCT-25%, PLT- $93 \cdot 10^9$, ретикулоциты - 4 ‰.

В миелограмме клеточность костного мозга $400 \cdot 10^{12}/л$, бластные клетки 1% , гранулоцитарный ряд 30%, эритроидный ряд 54%, лимфоидный ряд 10% , моноцитарный ряд 5% 49 мегалобластов.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Дифференциальный-диагноз.
3. Дополнительные методы исследования.
4. Поставить диагноз.
5. Тактика ведения больного, прогноз.

Ситуационная задача 72

Больной П., 21 год, поступил в терапевтическое отделение жалобами на боль в левом нижнем отделе живота, левой паховой области, подъем температуры до 38С. Вышеперечисленные жалобы появились 3 месяца назад.

На протяжении месяца беспокоили слабость, потливость, особенно в ночное время суток, нестерпимый кожный зуд в области голеней, потеря в весе за месяц - 7 кг. В области голеней видны следы расчёсов. При осмотре в левой паховой области определяется конгломерат лимфатических узлов диаметром 10 см каждый плотноэластической консистенции.. Л/узлы спаяны с кожей и подлежащими тканями. Цвет кожи над л/у интенсивно бордовый.

Ан. крови клинический: гемоглобин-100 г/л, Эритроциты- $3,80 \cdot 10^{12}/л$, Цветовой показатель-0,79, ретикулоциты-13%, тромбоциты- $200 \cdot 10^9/л$, Средний объем эритроцитов-77, лейкоциты- $26,4 \cdot 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы-9%, сегментоядерные нейтрофилы-73%, Эозинофилы-1%, лимфоциты-13%, моноциты-2%, плазматические клетки-2%, СОЭ-62 мм/час.

УЗИ органов брюшной полости: Печень диффузно увеличена уплотнена. Селезенка умеренно увеличена, диффузно изменена. Забрюшинно, по ходу аорты и нижней полой вены отдельные увеличенные гипоехогенные л/у и их пакеты, распространяющиеся по ходу подвздошных сосудов, конгломераты л/у в воротах печени и селезенки размерами до 15 см в диаметре сливающиеся в конгломераты.

Биопсия пахового лимфатического узла: структура лимфоузла полностью стерта . среди малых лимфоцитов встречаются «огромные клетки» создавая картину звездного неба.

Вопросы:

1. Выделить основные клинические синдромы.
2. Предварительный диагноз.
3. Тактика ведения и лечения.

Ситуационная задача 73

Больной Б. 72 г. поступил в больницу с диагнозом пневмония.

При осмотре увеличены шейные, паховые и подмышечные л/узлы. Лимфатические узлы мягкие, не спаяны между собой и с подкожной клетчаткой, безболезненные при пальпации, размером 2-3 см в диаметре

В легких – притупление перкуторного звука справа над нижней долей правого легкого. При аускультации - здесь же выслушиваются звонкие влажные мелкопузырчатые хрипы.

На рентгенограмме легких – увеличение паратрахеальных узлов, очаговая пневмония в нижней доле правого легкого.

Гепатоспленомегалия.

Клинический анализ крови при поступлении: Нв – 78 г/л, эритроциты - $2,6 \cdot 10^{12}/л$, ретикулоциты 22%, лейкоциты – $10 \cdot 10^9/л$, эоз.-1%, п/я – 2%, с/я - 17%, лимфоциты – 79%, моноциты – 1%, СОЭ – 63 мм/час., Тромбоциты – $50 \cdot 10^9/л$.

клеточность костного мозга $200 \cdot 10^{12}/л$, бластные клетки 3% , гранулоцитарный ряд 10%, эритроидный ряд 15%, лимфоидный ряд 70% , моноцитарный ряд 2%. Часть лимфоидных элементов с расщепленными ядрами.

Вопросы:

1. Перечислите основные синдромы заболевания.
2. Предварительный диагноз.
3. Назначить лечение.

Ситуационная задача 74

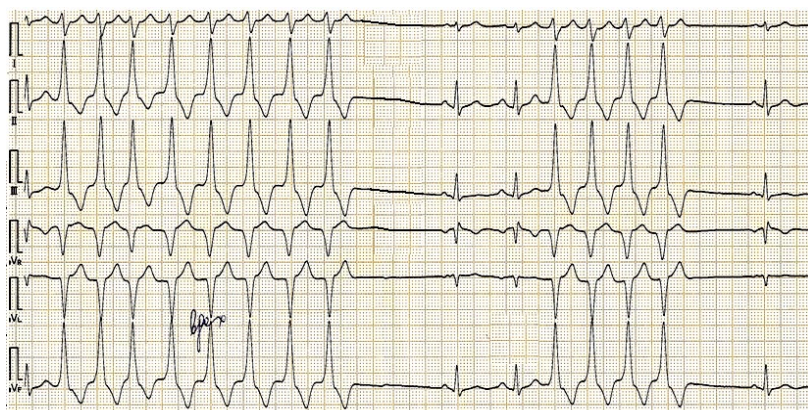
Пациент Н., 26 лет в обморочном состоянии был доставлен в приемное отделение городской больницы. Со слов сотрудников «скорой помощи», ранее считал себя здоровым, потеря сознания впервые в жизни, во время тренировки на беговой дорожке.

Из семейного анамнеза - отец больного умер внезапно в возрасте 40 лет.

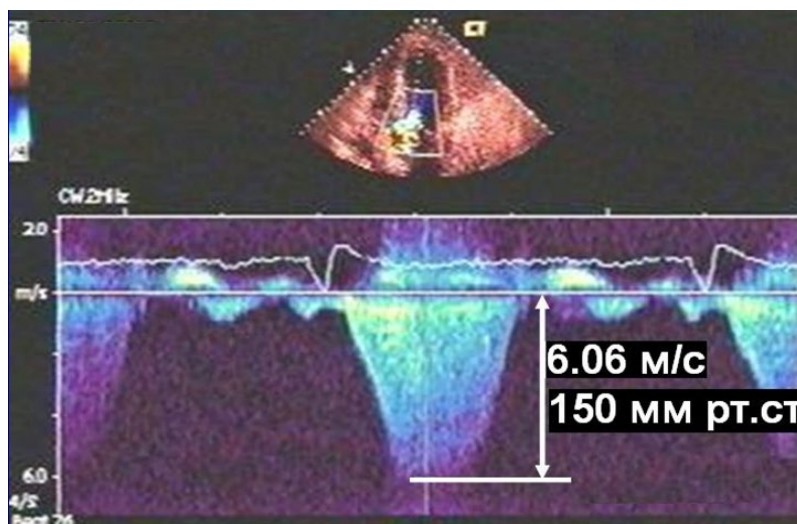
При осмотре: кожные покровы бледные, цианоза нет. Тоны сердца звучные, выслушивается грубый систолический шум изгнания с *rustum maximum* в пятой точке, без проведения на сосуды шеи. Пульс аритмичный, ЧСС – 180/мин, АД – 95/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, гепатомегалии и периферических отеков нет.

Лабораторные тесты: патологии не выявили.

ЭКГ:



При эхокардиографии толщина межжелудочковой перегородки – 2.0 см, в остальных отделах толщина миокарда составляет 1.0 – 1.2 см, сократимость его высокая, ФВ – 72%, КДО левого желудочка 60 мл. При доплерографии выносящего тракта ЛЖ:



Вопросы:

1. Выделите ведущие клинические синдром.
2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной;
3. Проведите дифференциальный диагноз, диагностируйте основное заболевание у данного пациента.
4. Какие необходимы дополнительные исследования, с какой целью?

5. Какова тактика ведения данного пациента?

Ситуационная задача 75

Больная К., 47 лет, обратилась за помощью к пульмонологу с жалобами на выраженную одышку при минимальных физических нагрузках (IV балла по шкале mMRC), эпизоды сердцебиения, головокружения, отеки голеней и стоп.

Из анамнеза известно, что впервые одышка при физических нагрузках появилась около 2-х лет назад. После многократных консультаций у врачей-специалистов выставлялись диагнозы: нейроциркуляторная астения, бронхиальная астма, хронический бронхит, миокардит, назначались различные препараты, включая бронходилататоры, ингаляционные глюкокортикостероиды, бета-блокаторы, антидепрессанты. Ни один из видов терапии не приводил к уменьшению симптомов, одышка постепенно прогрессировала. Около года назад после проведения тщательного ЭХО-КГ исследования была заподозрена легочная гипертензия (систолическое давление в легочной артерии около 75 мм рт. ст.).

При осмотре: пациентка в ясном сознании, индекс массы тела 25 кг/м², умеренные отеки стоп и голеней. Границы легких перкуторно не изменены, при аускультации жесткое дыхание, хрипов нет, частота дыхания 20/мин. Насыщение артериальной крови кислородом по данным пульсоксиметрии в покое 95%. Границы сердца расширены вправо, выслушивался систолический шум над трикуспидальным клапаном и акцент 2-го тона над легочной артерией, пульс 110/мин, АД 110/70 мм рт. ст.

Исследование функции внешнего дыхания: скоростные и объемные показатели в пределах нормы, диффузионная способность легких (52% от должных величин). Газовый состав артериальной крови (днем, дыхание атмосферным воздухом): PaO₂ 75 мм рт. ст., PaCO₂ 36 мм рт. ст., pH 7.45, HCO₃ 23 ммоль/л, SaO₂ 96%. По данным лабораторных анализов - гемоглобин крови (158 г/л).

ЭХО-КГ- дилатация правых предсердия и желудочка, снижение ударного объема. По данным теста с 6-минутной ходьбой – дистанция 234 м и SpO₂ до 88%.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить у пациентки?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для верификации диагноза?
3. Какие группы лекарственных препаратов показаны при данной патологии?

Ситуационная задача 76

Пациентка 43 лет поступила по каналу «скорой помощи» с жалобами на удушье, приступообразный сухой кашель. В течение 10 лет наблюдается отоларингологом по поводу полипозного риносинусита. Неоднократно переносила полипэктомии. В связи с головной болью приняла таблетку метамизола натрия (анальгин), после чего развился приступ удушья.

При осмотре: пациентка в ясном сознании, возбуждена, на вопросы отвечает отдельными словами в связи с выраженной одышкой, положение вынужденное. Тоны сердца приглушены, ритма правильный, ЧСС 130 в мин, АД 160/90 мм рт. ст. Дыхание ослабленное везикулярное, сухие свистящие хрипы, ЧДД 35 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. При пульсоксиметрии SatO₂ 88%.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные обследования необходимо провести по стабилизации состояния пациентки?
3. Ваша тактика ведения больной

Ситуационная задача 77

Больной С., 30 лет, менеджер рекламной компании, доставлен в клинику из аэропорта машиной «скорой помощи» в тяжелом состоянии. 10 дней находился в загранкомандировке (Индия, Бомбей). Большую часть времени проводил в офисе и в отеле, где постоянно работали кондиционеры. Много курил (до 2-х пачек сигарет в сутки), часто употреблял спиртные напитки (банкеты, деловые встречи). За 4 дня до возвращения в Москву заболел остро, когда почувствовал недомогание, озноб, головную боль и боли в мышцах. Появился сухой кашель, боли в правой половине грудной клетки и в правом подреберье. Была сильная потливость, температура 40,5°C. Несколько раз была рвота пищей, а затем желчью. Самостоятельно принимал аспирин, панadol, аугментин, но состояние не улучшалось. Авиарейсом доставлен в Москву.

При поступлении: состояние тяжелое, сонлив, заторможен, раздражителен при попытке контакта. Менингеальных знаков нет. Кожные покровы влажные, горячие на ощупь, акроцианоз, бледность носогубного треугольника, на губах герпетические высыпания. Температура тела 40,2°C. ЧД = 36 в мин. Постоянно покашливает. Грудная клетка правильной формы. Правая ее половина отстаёт в акте дыхания. При сильном кашле отходит кровянистая мокрота. При перкуссии легких отмечается значительное снижение громкости перкуторного тона справа на всем протяжении от ключицы до 6 межреберья спереди и от верхнего края лопатки до 9 межреберья. Дыхание справа значительно ослаблено, с бронхиальным компонентом, местами выслушивается шум трения плевры, а также крепитации, преимущественно в задне-нижне-боковых отделах. Слева – дыхание везикулярное, с жестковатым оттенком. Тоны сердца значительно приглушены, тахикардия до 120 уд/мин., негрубый систолический шум на верхушке, акцент 2-го тона на легочной артерии. Пульс нитевидный, частый. АД 80/40 мм рт.ст. Язык сухой, красный, спинка его покрыта желто-серым налетом. Пальпация живота безболезненна. Пальпируется увеличенная печень, выходящая из-под реберной дуги на 3 см. Селезенка не увеличена. Стула не было 2 дня. За последние сутки выделил всего около 200 мл мочи. Больной госпитализирован в отделение интенсивной терапии.

Анализ крови общий: эритроциты – $3,85 \times 10^{12}/л$; гемоглобин - 116 г/л; гематокрит - 59,5%; тромбоциты – $130 \times 10^9/л$; лейкоциты – $25,6 \times 10^9/л$ миелоциты- 4%; палочкоядерные нейтрофилы - 26%; сегментоядерные нейтрофилы - 56%; лимфоциты - 10%; эозинофилы - 1%; моноциты- 3%; СОЭ – 58 мм/ч.; Сатурация $O_2 = 84\%$.

Рентгенография органов грудной клетки – В правом легком имеются очагово-сливные инфильтративные тени с преимущественным поражением 3-го сегмента в/доли, и субтотально сегментов средней и нижней доли с двумя очагами распада в обл. 6, 5 и 10 – го сегментов н/доли. Корни не структурны, расширены. В плевральном синусе справа – небольшое количество жидкости. Левое легкое с прикорневой реакцией бронхо-сосудистого рисунка, без очаговых инфильтративных теней. Сердце и аорта в пределах возрастной нормы.

Биохимия крови: мочевины – 18,8 ммоль/л; креатинин – 126 мкмоль/л; общ. белок – 54 г/л; фибриноген – 9,4 г/л; С-реактивн. белок - ++++; ЛДГ общ – 1870 ед/л; ЛДГ₁ - 205 ед/л; АсАТ – 89 ед/л; АлАТ – 56 ед/л; билирубин общ. – 33,2 мкмоль/л; билирубин связан. – 6,8 мкмоль/л; ГГТП – 62 ед/л; альфа-амилаза – 47,7 ед/л.

Анализ крови на RW, ВИЧ, HBs Ag, HCV – отрицательные.

Анализ на малярийный плазмодий («толстая капля») – отрицательный.

Анализ мокроты: кровянистая, слизисто-гнойная, эритроциты покрывают все поле зрения. ВК и атипических клеток не обнаружено. Плевральная пункция: получено около 100 мл густого экссудата буроватого цвета с обильным содержанием фибрина.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Предполагаемый возбудитель.
3. Назначьте терапию пациенту

Ситуационная задача 78

Больной Р., 65 лет, поступил в клинику в связи со значительным ухудшением состояния, которое сопровождалось кашлем с отхождением мокроты с прожилками крови, повышением температуры до 40⁰С, лихорадкой неправильного типа, болью под правой лопаткой с иррадиацией в правое плечо. В анамнезе длительный стаж курения (40 лет по 2 пачки в день), профессиональные вредности отрицает.

При осмотре: состояние средней тяжести, кожные покровы с серым оттенком, слизистые оболочки бледно-розовые, питание снижено. Обращает на себя внимание осиплость голоса, некоторое сужение глазной щели справа. Одышка носит смешанный характер, после физического напряжения и при повороте на левый бок возникает удушье с дистанционными хрипами и судорожным надсадным кашлем. При пальпации в правой надключичной области определяется пакет плотных, спаянных с подкожной основой лимфатических узлов, безболезненных, малоподвижных. На правой верхней конечности имеются признаки нерезко выраженного лимфостаза. При осмотре грудной клетки определяется ее цилиндрическая форма, правая половина меньше левой и отстаёт в акте дыхания. ЧДД = 30/мин, SpO₂ – 94%. Гемодинамика стабильная. При перкуссии над верхними отделами правого легочного поля выслушивается укорочение перкуторного звука, там же в межлопаточной и правой подключичной зоне грубый шум трения плевры, на высоте вдоха и на выдохе – жужжание и свистящие сухие хрипы, дыхание жесткое.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для установления окончательного диагноза?

Ситуационная задача 79

Больной С, 47 лет, парикмахер, в анамнезе курение по ½ пачки сигарет в день в течение 12 лет.

Около 2х месяцев назад перенес ОРВИ, после которого длительно сохранялась субфебрильная температура, недомогание. Неделю назад самочувствие больного ухудшилось. Повысилась температура до 38,5⁰ С, стали беспокоить мучительный кашель с отделением небольшого количества мокроты слизисто-гнойного характера, повышенная потливость, стал ощущать дискомфорт дыхания при умеренной физической нагрузке

При осмотре состояние удовлетворительное. Питание нормальное. Кожные покровы обычной окраски. ЧД = 20/мин. SpO₂ – 96%. При аускультации в легких на уровне лопатки, справа на фоне жесткого дыхания выслушиваются сухие и единичные влажные хрипы после покашливания.

Общий анализ крови: лейкоциты – 9 500, лимфоциты – 18%, СОЭ- 30 мм/час, С-реактивный белок – 49 мг/л. На обзорной и правой боковой рентгенограмме легких в S1 – S2 верхней доли правого легкого определяется затемнение около 4 см в диаметре неомогенной структуры. В S4 – S5 правого легкого определяется группа очаговых теней малой интенсивности с нечеткими контурами.

Вопросы:

1. Перечислите заболевания, которые необходимо дифференцировать у этого больного.

2. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить?
3. Укажите тактику ведения больного до верификации диагноза.

Ситуационная задача 80

Больной К., 54 лет, водитель такси, обратился к участковому терапевту с жалобами на приступы кашля с удушьем в предутренние часы в течение последней недели. Отмечает слабость, потливость, повышение температуры до 37,3 - 37,5 градусов вечером. В течение дня периодически беспокоит кашель, с трудно отделяемой мокротой желтоватого цвета. Отмечает одышку с затруднением выдоха при подъеме по лестнице и быстрой ходьбе.

Анамнез: Курение в течение 20 лет (10-20 сигарет в день), 2 года не курит.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, обычной окраски, акроцианоз, лимфатические узлы не пальпируются. Дыхание через нос свободное. ЧД 21 в 1 мин. Грудная клетка эмфизематозная, перкуторный звук с коробочным оттенком, дыхание ослаблено, сухие свистящие рассеянные хрипы в межлопаточной области и нижних отделах легких. Пульс ритмичный удовлетворительного наполнения, учащен до 92 в 1 мин, АД 138/94 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Язык чистый влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень – у края реберной дуги. Периферических отеков нет.

Анализ крови: лейкоциты – 7,1 x10⁹/л; СОЭ – 4 мм/ч. Анализ мокроты: слизистая серого цвета, лейкоциты до 20 в поле зрения.

ОФВ₁/ФЖЕЛ – 70; ОФВ₁ - 63% (от должного).

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные обследования необходимо выполнить?
3. Тактика лечения пациента.

Ситуационная задача 81

Больная 22 лет, предъявляет жалобы на приступы затрудненного дыхания частотой 3-5 раз в день, ночные 1-2 в неделю, проходящие самостоятельно через 15-30 минут; на кашель с трудно отделяемой светлой вязкой мокротой.

Данные анамнеза. В детстве больная страдала атопическим дерматитом. Последние несколько лет беспокоят приступы удушья, возникающие при выходе на холодный воздух, после физической нагрузки. Отмечает появление заложенности носа, чихания, водянистых выделений из носа, увеличение частоты приступов затрудненного дыхания летом во время нахождения на природе.

Данные объективного обследования. Рост - 172см, ПСВ-270л/мин (должные значения 390мл/мин). Кожные покровы бледно-розовые, чистые, нормальной эластичности. Носовое дыхание затруднено, слизистое отделяемое из носа. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание жесткое, при маневре форсированного выдоха выслушиваются экспираторные сухие свистящие хрипы. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС - 86 уд/мин. АД - 130/80 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 9*8*7см. Периферических отеков нет.

Данные лабораторных методов исследования. ОАК: Эр - 3,9*10¹²г/л, Л- 7*10⁹/л, Э - 7, П - 0, С - 62, ЛФ - 26, М - 5, СОЭ - 12мм/ч. Общий анализ мокроты: светлая, слизистая, вязкая, лейкоциты- 12 в п/зр, Эр - ед. в п/зр.

Лейкограмма: нейтрофилы 8%, лимфоциты 5%, эозинофилы 87%; кристаллы Шарко-Лейдена. Общий IgE - 185МЕ/мл.

Данные инструментальных методов исследования. R-графия ОГК: без очаговых и инфильтративных изменений. Кожные аллергопробы: пыльца амброзии+++ , D. pteronyssinus++ , D.farinae++.

ФВД + проба с бронходилататором:

Показатель	До ингаляции сальбутамола	После ингаляции сальбутамола
FVC (ФЖЕЛ)	3,60 л (92% от должного)	3,63 л (93%)
FEV1 (ОФВ1)	2,38 л (64% от должного)	3,10 л (84%)
FEV1/ FVC	67%	85,4%
ММЕФ25-75% (СОС25-75%)	45%	74%

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назовите ведущие критерии для постановки предварительного диагноза.
3. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить для верификации диагноза.
4. Назначьте лечение.

Ситуационная задача 82

Пациент С., 54 лет, обратился к врачу с жалобами на мучительный кашель с отделением зеленоватой мокроты, одышку смешанного характера, возникающую при ходьбе на расстояние 200-300м в спокойном темпе.

Данные анамнеза. Кашель в течение 10 лет, последние 2 года - одышка прогрессирующего характера. В течение недели после переохлаждения отмечает усиление кашля, появление зеленой мокроты, отеков стоп, голеней.

Курит 35 лет по 1,5 пачки в день. Страдает ИБС, стенокардией напряжения, ФК II. Получает метопролол 50мг в день, нитраты ситуационно.

Данные объективного обследования: Температура 36,8⁰С. Кожные покровы: цианоз носогубного треугольника, чистые, нормальной эластичности. Набухание вен в области шеи. Носовое дыхание свободное. Периферические лимфоузлы не увеличены. Перкуторно - коробочный звук над задними отделами грудной клетки. При аускультации дыхание жесткое, единичные сухие низкотембровые хрипы, изменяющиеся при покашливании. При маневре форсированного выдоха сухие свистящие хрипы. SpO2 - 86%. ЧДД – 27 в мин. Тоны сердца ясные, акцент 2 тона над легочной артерией. ЧСС - 64 уд/мин. АД - 120/70 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 12*10*8см. Отеки стоп, нижних третей голеней.

Данные лабораторных методов исследования. ОАК: Эр - 7,1*10¹²/л, Л- 11*10⁹/л, Э - 0, П - 6, С - 68, ЛФ - 22, М - 4, СОЭ - 24мм/ч. Общий анализ мокроты: зеленого цвета, слизисто-гнойная, вязкая, лейкоциты 30-40 в п/зр, эритроциты ед. в п/зр. Лейкограмма: нейтрофилы 95%, лимфоциты 5%.

Данные инструментальных методов исследования: ПСВ - 230л/мин. Рентгенография ОГК: усиление и деформация легочного рисунка, разрежение в базальных отделах, уплощение купола диафрагмы, расширение тени сердца вправо. ФВД с бронходилататором:

Показатель	До ингаляции сальбутамола	После ингаляции сальбутамола
FVC (ФЖЕЛ)	3,04 л (72% от должного)	3,23 л (76,5%)
FEV1 (ОФВ1)	1,98 л (44% от должного)	2,10 л (49,8%)

FEV1/ FVC	65%	67%
MMEF25-75% (СОС 25-75%)	14%	17%

Вопрос:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назовите ведущие критерии заболевания для верификации предварительного диагноза.
3. Назначьте лечение.

Ситуационная задача 83

Больной 62 лет, находился в терапевтическом отделении в течение 2-х недель, Диагноз: Внебольничная пневмония в средней доле правого легкого, нетяжелое течение. На фоне проводимой антибактериальной терапии цефотаксимом 1г 3 раза в сутки отмечена положительная динамика в виде нормализации температуры тела, лейкоцитоза. Сохраняется малопродуктивный кашель с отхождением светлой мокроты, одышка смешанного характера при ходьбе.

Данные анамнеза. 3 месяца назад - амбулаторное лечение по поводу пневмонии той же локализации. Курит в течение 35 лет, 1 пачка в день.

Данные объективного обследования. Объективно: Рост - 182 см, вес - 72 кг. SaO₂ - 91%. ЧДД - 20. Температура 36,70С. Кожные покровы бледные, чистые, нормальной эластичности. Носовое дыхание свободное.

Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание жесткое, ослаблено по срединно-ключичной линии справа. Хрипов нет. При маневре форсированного выдоха без изменений. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС - 74 уд/мин. АД - 110/70 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 9*8*7 см. Селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет.

Данные лабораторных методов исследования. ОАК: Эр - 2,8*10¹²/л, Нб - 105г/л, Л - 9,0*10⁹/л, Э - 2, П - 1, С - 67, ЛФ - 29, М - 1, СОЭ - 45мм/ч. Общий анализ мокроты: светлая, слизистая, микроскопия: лейкоциты 4-5 в п/зр, эритроциты - 10-12 в п/зр, лейкограмма: лимфоциты - 25%, нейтрофилы - 75%;

Данные инструментальных методов исследования. Рентгенография ОГК: сохраняется гомогенное затемнение в проекции средней доли правого легкого, высокое стояние правого купола диафрагмы, правая граница средостения на 3 см кнаружи от тени позвоночного столба. ЭКГ: ритм синусовый, ЭОС не отклонена, ЧСС - 68 уд/мин.

Вопрос:

1. Перечислите заболевания, которые необходимо дифференцировать у этого больного.
2. Назовите ведущие критерии для верификации заболевания.
3. Предложите дополнительные исследования.

Ситуационная задача 84

Пациент 50 лет, предъявляет жалобы на боли в левой и правой половине грудной клетки, одышку, кашель с отделением коричневатой мокроты, повышенную потливость, боли, отечность в голенях и стопах.

Данные анамнеза. В течение длительного времени страдает хронической венозной недостаточностью.

Данные объективного обследования. Рост - 171см. Вес - 92кг. Кожные покровы влажные, отмечается акроцианоз. Нижние конечности: отеки голеней и стоп; болезненность по ходу расширенных подкожных вен и в области икроножных мышц. В легких при аускультации сухие, мелкопузырчатые хрипы. ЧДД – 27 в мин. SpO₂ – 91%. АД - 100/70 мм рт.ст. ЧСС - 100 уд/мин.

Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии и правом подреберье умеренно. Размеры печени по Курлову: 12*10*9 см. Нижний край печени острый.

Данные лабораторных методов исследования. ОАК: Эр - 5,0*10¹²/л, Нв -158г/л, Тр - 359*10⁹/л, Л - 7,0*10⁹/л; Э - 0, П - 3, С - 65, ЛФ - 22, М - 9, СОЭ - 13мм. ОАМ: белок - отрицательный, глюкоза - отрицательный. Исследование плазмы крови: глюкоза - 6,1ммоль/л; холестерин- 8,6ммоль/л, ALT-23U/L, AST-21U/L, D-димер 1800 нг/мл.

Данные инструментальных методов исследования. УЗИ: структура печени повышенной эхогенности, селезенка - 20см², воротная вена-13мм, селезеночная вена-9мм. ЭКГ: отклонение изоэлектрической оси сердца вправо, глубокие зубцы S в 1 отведении и патологические зубцы Q в 3 отведении.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назовите ведущие критерии заболевания.
3. Предложите дополнительные исследования для верификации диагноза.
4. Назначьте лечение.

Ситуационная задача 85

Женщина 63 лет в течение последних пяти лет отмечает постепенно прогрессирующую одышку при физической нагрузке. В настоящее время после 100 м ходьбы останавливается из-за одышки. В анамнезе - курение в течение 40 лет (1,5 пачки в день). В легких дыхание ослаблено, сухие проводные хрипы. ЧДД – 24 в мин. SpO₂ – 95%. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД - 120/70 мм рт.ст. ЧСС - 100 уд/мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. При исследовании функции внешнего дыхания ОФВ₁/ФЖЕЛ - 0,56, ОФВ₁ - 35% от должн. При рентгенографии грудной клетки отмечается повышение прозрачности легочной ткани, уплощение диафрагмы, расширение межреберных промежутков.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Какое лечение следует назначить?

Ситуационная задача 86

В стационар поступил больной с жалобами на резко появившуюся одышку, кашель с трудноотделяемой мокротой, повышение температуры тела. Из анамнеза известно, что больной, курит 45 лет по 1 пачке сигарет в день. В представленной амбулаторной карте последние показатели спирометрии ОФВ₁ -35% от должн., ФЖЕЛ - 65 % от должн., индекс Тиффно 47 %, реакция на ингаляцию 400 мкг «вентолина» отрицательная. Постоянную терапию получает, периодически пользуется «беродуалом» при затрудненном дыхании. При осмотре обращает на себя внимание цианоз кожных покровов, гиперемия лица, хлопающий тремор рук, заторможенность и сонливость .

Больной пониженного питания, ИМТ 18.4 кг/м². Дыхание частое, с участием вспомогательной дыхательной мускулатуры, ЧДД 35 в минуту, пульсоксиметрия - 75 % , в легких при аускультации большое количество рассеянных сухих хрипов, дыхание ослаблено, жесткое. Ритм синусовый, с единичными экстрасистолами, ЧСС 123/мин., АД 80/60 мм рт. ст., тоны сердечных сокращений приглушены, ритмичные, выслушивается акцент второго тона над легочной артерией. Живот не увеличен, безболезненный при пальпации, печень выступает на 2 см ниже реберной дуги. Определяются отеки нижних конечностей.

В приемном отделении выполнена ЭКГ, где определяются признаки перегрузки правых отделов сердца. На рентгенограмме легких признаки гиперинфляции, очаговых и инфильтративных теней нет.

Газовый состав артериальной крови: рН 7,27, РаО₂ 53 мм рт. ст., РаСО₂ 69 мм рт. ст. ВЕ + 4, SaO₂ 73 %.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Дайте интерпретацию данным КЩС артериальной крови.
3. Назначьте медикаментозную терапию и оптимальный метод респираторной поддержки.

Ситуационная задача 87

20 - летний мужчина госпитализирован в связи с жалобами на выраженную боль в правой половине грудной клетке и одышку при обычной физической нагрузке. Симптомы появились внезапно 4 дня назад при работе за компьютером. Предполагал, что боль появилась вследствие напряжения мышц в результате неудобного положения сидя. Однако болевой синдром не регрессировал, в связи с чем был вынужден обратиться за медицинской помощью.

Хронические заболевания в анамнезе отрицает. Непродолжительное время (около года) курил сигареты, в течение трех лет не курит. Со слов, старший брат перенес пневмоторакс и возрасте 25 лет.

При осмотре АД 120/80 мм рт.ст. Пульс 84 в мин. Тоны сердца звучные, ритм правильный. ЧДД 24 в мин. Правая половина грудной клетки немного расширена, экскурсия снижена, при перкуссии - тимпанит, дыхание ослаблено SpO 92 %.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Укажите возможные причины развития данного состояния.
3. Какое дополнительное исследование необходимо провести?
4. Назначьте лечение пациенту.

Ситуационная задача 88

Пациент 65 лет жалуется на одышку в состоянии покоя, в течение 3х месяцев отмечает появление прожилок крови в мокроте. По данным анамнеза: артериальная гипертензия с 40 лет (обычное АД 150 00 мм рт. ст.), язвенная болезнь желудка (последнее обострение 10 лет назад). Вредные привычки - курит с 20 лет в среднем по пачке сигарет и день.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела 36,5 °С. Периферических отеков нет. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД 140/90 мм рт. ст. Пульс 88 и мин. ЧДД 31 в мин. SpO₂ – 91%. Правая половина грудной клетки дыхания, справа - притупление перкуторного звука, дыхание не выслушивается. Живот мягкий, несколько болезненный при пальпации в эпигастральной области. Нижняя граница печени выступает на 3 см ниже края реберной дуги.

Рентгенография органов грудной клетки:



Вопросы:

1. Опишите данные рентгенографии органов грудной клетки.
2. Каков следующий этап диагностического поиска?
3. Укажите наиболее вероятный диагноз.
4. Определите тактику лечения больного.