федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ - *СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ***

**(Для студентов -осенний семестр)**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ**

по специальности

***31.05.01 Лечебное дело***

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Модуль №*1 «Госпитальная терапия»***

**Тема 1 Заболевания кишечника: НЯК, б-нь Крона, б-ньУипла.**

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1.1**

Мужчина 32 лет при обращении в поликлинику к врачу-терапевту участковому предъявляет жалобы на неоформленный стул с примесью крови до 10 раз в сутки, схваткообразные боли внизу живота перед дефекацией, похудание на 7 кг за 3 месяца. Из анамнеза: примеси крови в кале и неоформленный стул беспокоят в течение 3 месяцев. Температура не повышалась. Контакт с инфекционными больными отрицает, за пределы области не выезжал. Курил 1 пачку сигарет в сутки 10 лет, год назад прекратил. Злоупотребление алкоголем, внутривенную наркоманию отрицает. У родственников заболеваний желудочно-кишечного тракта нет. Работает менеджером, профессиональных вредностей нет. Объективно: состояние удовлетворительное. Температура 36,7°С. Кожные покровы бледные, влажные. Рост – 175 см, вес – 58 кг. В лёгких везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в минуту. При аускультации – ритм сердца правильный, соотношение тонов в норме, шумов нет. ЧСС – 98 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. (D=S). При осмотре живот симметричен, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный в левой фланговой и левой подвздошной области. Печень по Курлову – 9×8×7 см. Размеры селезёнки – 6×4 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Общий анализ крови: эритроциты – 2,7×1012/л, Hb - 108 г/л, цветовой показатель – 0,6, тромбоциты – 270×1012/л, лейкоциты – 7,0×109 /л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 27%, моноциты – 5%, СОЭ – 22 мм/ч. Копрограмма: кал неоформленный, слизь +++, лейкоциты – 10-15 в поле зрения, эритроциты – 5-6 в поле зрения Фиброколоноскопия: слизистая нисходящей ободочной, сигмовидной и прямой кишки диффузно гиперемирована, легко кровоточит при контакте с колоноскопом, сосудистый рисунок смазан. В ректосигмоидном отделе выявлены множественные эрозии, покрытые фибрином.

 **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Препараты каких групп показаны для лечения пациента в данной ситуации? Обоснуйте свой выбор.

 5. Через 2 недели терапии отмечено уменьшение частоты стула до 2 раз в сутки, нет примесей крови в кале. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1.2**

Пациентка С. 22 лет направлена в стационар для обследования с жалобами на выраженную слабость, диарею до 3-4 раз в сутки, стул кашицеобразный, без патологических примесей, снижение массы тела на 5 кг за 6 месяцев, боли в околопупочной области, сухость во рту, постоянную жажду. Пациентка считает себя больной в течение 6 лет, когда впервые появилась диарея до 5-6 раз в сутки, начал снижаться вес, появились отѐки на ногах. Периодически проходила нормализация стула на фоне приѐма противодиарейных препаратов. Пациентка отмечает, что нарушения стула появлялись после употребления в пищу молочных продуктов, хлебобулочных изделий, макарон, каш. Обследовалась у инфекционистов – инфекционная патология исключена. Общий осмотр. Состояние средней степени тяжести за счѐт выраженной слабости, сознание ясное. Рост – 163 см, вес – 45 кг. Кожные покровы бледные, чистые, слизистые

бледно-розовые. Лимфоузлы безболезненные, не увеличены. Язык влажный, чистый. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. АД – 100/70 мм рт. ст., ЧСС – 75 ударов в минуту, пульс ритмичный. Живот при пальпации мягкий, участвует в акте дыхания, болезненный в эпигастральной, околопупочной областях. Печень, селезѐнка не увеличены. Определяются небольшие отѐки голеней до 2/3.

Лабораторные исследования: гемоглобин – 89 г/л, эритроциты – 3,72×1012/л, лейкоциты – 6,1×109/л, тромбоциты – 266×109/л, СОЭ – 34 мм/ч. Анализ мочи – без особенностей. Реакция кала на скрытую кровь – отрицательная. Глюкоза крови: 8:00 – 4,5 ммоль/л, 13:00 – 7,0 ммоль/л, 22:00 – 11,9 ммоль/л. Гликолизированный гемоглобин - 9,3%. Биохимические показатели: биллирубин общий – 23,8 мкмоль/л, биллирубин прямой – 2,8 мкмоль/л, АЛТ – 69 Е/л, АСТ – 45 Е/л, γ-ГТП – 25 Е/л, щелочная фосфотаза – 118 Е/л, натрий – 137 мкмоль/л, калий – 4,3 мкмоль/л, креатинин – 44 мкмоль/л, мочевина – 4,3 мкмоль/л, общий белок – 51 г/л, антитела к глиадину (IgG) - 135 Ед/мл. ФГДС. Пищевод: слизистая оболочка гиперемирована, в средней и нижней трети множественные поверхностные эрозии, покрытые жѐлтым фибрином в виде «творожных масс», кардиальный жом смыкается полностью. Желудок: содержимое – слизь с примесью светлой желчи в большом количестве. Слизистая умеренно гиперемирована, складки не утолщены. Привратник проходим. Луковица двенадцатиперстной кишки – слизистая гладкая, отсутствуют кишечные ворсинки, гиперемирована, отѐчная, в просвете желчь. Консультация проктолога: жалобы на периодическую диарею, временами с примесью слизи. Проведена ректороманоскопия. Патологических изменений не выявлено.

**Вопросы:**

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

 3. Составьте план дополнительного обследования.

4. Дифференциальный диагноз.

5. План лечения.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1.3**

Больной Н. 25 лет предъявляет жалобы на частый (до 10-15 в сутки) жидкий стул с примесью крови и слизи, боли в левой подвздошной области, повышение температуры тела до 38,3°С, резкую общую слабость, похудание. Нарушение стула отмечает в течение 2 месяцев, но 7 дней назад в кале появилась кровь, повысилась температура, появились слабость, недомогание, головокружение. Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожа бледная. Язык слегка обложен белым налетом. Живот овальной формы, несколько вздут. При пальпации определяется умеренная болезненность в области нисходящего отдела толстой кишки. Перкуторно размеры печени по Курлову - 10×9×8 см. Общий анализ крови: гемоглобин – 90 г/л, СОЭ – 35 мм/ч, лейкоциты - 13,0×109 /л; лейкоформула: базофилы - 1%, эозинофилы - 5%, палочкоядерные нейтрофилы - 20%, сегментоядерные нейтрофилы - 40%, лимфоциты - 24%, моноциты - 10%. Биохимический анализ крови: общий белок – 60 г/л, альбумин – 40 %, АЛТ – 42,68 ед/л, АСТ – 32 ед/л, серомукоид – 2,0 ммоль/л, СРБ – (+++), фибриноген – 5 г/л. Копрограмма: цвет кала – коричневый, характер – неоформленный, в поле зрения – большое количество лейкоцитов, эритроцитов. Реакция Трибуле – резко положительная. Ирригоскопия: отмечается быстрое заполнение толстой кишки бариевой взвесью, равномерное сужение просвета кишки (симптом «водопроводной трубы»), расширение ректоректального пространства, сглаженность гаустр, ячеистый рельеф слизистой в области поперечно-ободочной кишки, в области прямой и сигмовидной кишок – множественные дефекты наполнения.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз.

2. Перечислите предрасполагающие факторы, приводящие к развитию данного заболевания.

3. Какие внекишечные проявления возможны при данной патологии?

4. Какие антицитокины необходимы, и в каких ситуациях они назначаются при данном заболевании?

5. Какие антибактериальные препараты показаны при данном заболевании?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1.4**

Больная Р. 35 лет обратилась в поликлинику с жалобами на ноющие боли внизу живота, больше в левых отделах, жидкий стул до 5-7 раз в сутки. В стуле часто примесь слизи и крови. Беспокоит выраженная слабость, снижение трудоспособности, снижение аппетита, повышение температуры тела до 37,5°С, боли в суставах рук, снижение массы тела за последние недели на 5 кг. Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы и слизистые бледные. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Узловатая эритема на медиальной поверхности левого предплечья - 1,5×2 см. Суставы не изменены, функция сохранена. Со стороны лѐгких - без особенностей. Пульс - 96 в минуту, ритмичный, АД - 100\70 мм рт. ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца звучные. Язык обложен у корня грязным налѐтом, суховат. Живот вздут, при пальпации чувствительный в левом нижнем квадранте. Урчание при пальпации в области сигмовидной кишки. Печень, селезѐнка не увеличены. Анализ крови: эритроциты - 3,4×1012/л, гемоглобин – 85 г/л, лейкоциты - 10,0×109/л, СОЭ - 25 мм/час. Анализ мочи - без патологии. Рентгенологическое исследование: в левых отделах толстого кишечника (до селезѐночного изгиба) отмечается потеря гаустрации, уменьшение просвета и ригидность кишки, неравномерность рисунка слизистой оболочки.

 **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования пациента.

4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

5. Определите тактику лечения больной.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1.5**

 Больной Т. 48 лет. при обращении к врачу-терапевту участковому предъявляет жалобы на слабость, повышенную утомляемость, температуру (утрами не выше 37°C, вечерами до 38,5°C), одышку при движении, кашель с небольшим количеством слизистой мокроты, боли в животе, жидкий стул до 4-х раз в день. Анамнез жизни: язвенная болезнь желудка в течение 7 лет с частыми обострениями. Курит по 1 пачке в день. Алкоголем не злоупотребляет. Ранее туберкулѐзом не болел. Контакт с больным туберкулѐзом отрицает. ФЛГ регулярно. Последняя 1 год назад без патологии.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Правильного телосложения, пониженного питания, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка обычной формы, равномерно участвует в акте дыхания, перкуторно – укорочение лѐгочного звука паравертебрально с обеих сторон, аускультативно – дыхание везикулярное, при форсированном дыхании паравертебрально выслушиваются влажные хрипы, больше справа. ЧДД - 21 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пульс - 80 ударов в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. Живот правильной формы, при пальпации некоторое напряжение мышц и болезненность в околопупочной области, симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Лабораторные данные. Общий анализ крови: эритроциты – 3,8×1012/л, гемоглобин – 105 г/л, лейкоциты - 11,2×109/л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 63%, лимфоциты - 15%, моноциты - 14%; СОЭ – 38 мм/час. Общий анализ мочи: без патологических изменений. Общий анализ мокроты: вязкая, слизистого характера, лейкоциты – небольшое количество. Анализ мокроты микроскопия на КУМ (3 анализа) – КУМ не найдены. Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции: с обеих сторон тотально, но гуще в верхних полях, определяются очаговые тени средней интенсивности, разных размеров, с нечѐткими контурами, местами склонные к слиянию. На уровне I-II ребра в обоих лѐгких – полости распада от 1,5 до 3 см в диаметре. Корни структурны. Синусы свободны. Сердце без особенностей.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Определите круг заболеваний для дифференциальной диагностики.

5. Определите тактику ведения пациента.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1.6**

Больной 35 лет обратился в поликлинику с жалобами на жидкий стул с примесью крови 5-6 раза в сутки, повышение температуры тела до 37,5°С, слабость, головокружение, боли в голеностопных, локтевых, плечевых суставах. Заболел около 2 месяцев назад, когда повысилась температура тела, появились боли в суставах. Проводилось несколько курсов антибактериальной терапии, на фоне чего появился жидкий стул. Объективно: кожные покровы бледные, чистые. При пальпации живот мягкий, болезненный в подвздошных областях. Печень не выступает из-под края рѐберной дуги. Размеры печени по Курлову - 10×9×8 см. Селезѐнка не пальпируется. В общем анализе крови: эритроциты - 3,2×1012/л, гемоглобин - 61 г/л, лейкоциты - 11×109/л, тромбоциты - 350×109/л, СОЭ - 30 мм/ч.

 **Вопросы**:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дифференциального диагноза.

4. Составьте план дополнительного обследования.

5. Сформулируйте и обоснуйте план лечения.

 **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1.7**

 Больной 21 года вызвал на дом врача экстренно в связи с жалобами на выделение большого количества алой крови из прямой кишки при дефекации, учащенный стул до 5 раз в сутки, повышение температуры тела до 38°С, общую слабость. Появление крови в стуле отмечает в течение последних 2-х месяцев, постепенно стал учащаться стул, изменилась консистенция до кашицеобразной, появилась общая слабость, субфебрильная температура, ухудшение в течение 3-х дней. При осмотре кожные покровы бледные. АД - 110/70 мм рт. ст. Пульс - 96 в минуту, ритмичный. Язык обложен белым налѐтом. Живот мягкий, болезненный в левой подвздошной области. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Пациент направлен в стационар для подбора терапии и дальнейшего обследования с целью уточнения диагноза.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

 2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

3. Какие исследования необходимо выполнить данному больному?

4. Какие группы препаратов могут быть использованы для лечения данного больного?

5. Каковы возможные осложнения у данного заболевания?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1.8**

Больной К. 27 лет, военнослужащий, жалуется на боли в правой подвздошной области постоянного характера (ночью нередко просыпается от болей). На этом фоне периодически возникают приступы болей по типу колики. Беспокоит выраженная слабость, снижение массы тела, диарея - стул 3-4 раза в сутки в виде жидкой кашицы, без патологических примесей, обильный. Отмечает повышение температуры до 37,6°С ежедневно, особенно к вечеру. Анамнез заболевания: заболел 1 год назад, когда внезапно, среди полного здоровья появились интенсивные боли в правой подвздошной области, повышение температуры до 38,0°С. Доставлен в приѐмное отделение, где осмотрен хирургом, диагностирован острый аппендицит. При исследовании крови выявлен лейкоцитоз, пациент взят на операцию. При ревизии обнаружены утолщенная подвздошная кишка с отѐчной рыхлой стенкой, увеличенные брыжеечные лимфоузлы. Червеобразный отросток не изменѐн. Произведена аппендектомия. В послеоперационном периоде появилась гипертермия до 38,5°С, на фоне введения антибиотиков температура снизилась до субфебрильных цифр, однако полностью не исчезла. Боли в правой подвздошной области сохранялись, стали носить тупой постоянный характер. Пациент стал отмечать учащение стула, вначале до 2-х раз в сутки, затем 3-4, каловые массы вначале имели характер густой каши («коровий кал»), затем стали жидкими. В испражнениях периодически появлялись слизь и кровь в небольшом количестве. Постепенно нарастала слабость, за год болезни пациент потерял 6 кг массы тела. Объективно: пониженного питания, кожа несколько суховата, тургор снижен. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Лѐгкие и сердце без патологических изменений. Пульс - 80 ударов в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налѐтом. Живот участвует в дыхании, обычной конфигурации. При пальпации отмечает болезненность в правом нижнем квадранте, здесь же пальпируется уплотненная болезненная слепая кишка и несколько выше раздутые урчащие петли тонкой кишки. На остальном протяжении патологических изменений не выявлено. Печень по краю рѐберной дуги. Селезѐнка не пальпируется. При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин - 117 г/л, СОЭ - 34 мм/час, эритроциты - 3,2×1012/л, лейкоциты - 12,6×109/л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 51%, лимфоциты - 37%. Биохимический анализ крови: общий белок - 52 г/л, альбумины - 55%, глобулины: альфа1 - 3,7%, альфа2 - 10,0%, бета - 11,0%, гамма -20,3%. Общий билирубин - 16,4 (прямой - 3,1; свободный - 13,3) ммоль/л, глюкоза - 5,5 ммоль/л., холестерин - 3,9 ммоль/л, калий - 3,5 ммоль/л, натрий - 142 ммоль/л, ЩФ - 310 U/L (норма до 306). RRS: в перианальной области определяются рубцы, в одном из них свищ со скудным отделяемым. Между рубцами имеются единичные трещины. Осмотрены прямая кишка и сигмовидная, слизистая на всем протяжении без патологических изменений. Ирригоскопия: бариевая взвесь ретроградно заполняет все отделы толстой кишки и подвздошную на протяжении 15-20 см. Имеется неравномерные сужения дистального отдела подвздошной кишки и неровные контуры, отсутствие гаустр в слепой и восходящей кишках.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз в соответствии с классификацией.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Препарат какой группы для патогенетической терапии Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

5. Каков прогноз при данном заболевании?.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1.9**

Больная Ф. 27 лет предъявляет жалобы на чувство дискомфорта в животе, проходящее после акта дефекации, ощущение вздутия живота, кашицеобразный стул до 3 раз в сутки с примесью слизи, в основном, в утреннее время суток, периодически – чувство неполного опорожнения кишечника, эмоциональную лабильность, плохой сон, частые головные боли. Вышеуказанные жалобы беспокоят около трѐх лет, после развода с мужем. При объективном обследовании: состояние удовлетворительное. Язык влажный, чистый. Живот несколько вздут, мягкий, отмечается разлитая пальпаторная чувствительность всего живота. Размеры печени по Курлову в пределах нормы. Общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови – без существенных изменений. Копрологический анализ – без существенных патологических признаков, однако обнаруживается большое количество слизи.

 **Вопросы:**

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.

2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1.10**

Больной С. 29 лет, программист, обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому с жалобами на тупые, ноющие малоинтенсивные боли в нижних отделах живота ближе к левому флангу, возникающие перед дефекацией, либо усиливающиеся сразу после опорожнения кишечника, длящиеся около 30-40 минут, разжиженный стул с примесью слизи и небольших количеств алой крови, частота стула до 5-6 раз в сутки, в том числе, в ночное время, ложные позывы на дефекацию с выделением из прямой кишки только слизи с примесью алой крови, ощущение урчания, бурления в животе в течение дня, снижение веса на 5 кг за прошедшие 4 месяца. Из анамнеза: нарушение стула впервые отметил 5 месяцев назад после поездки на юг в летнее время и связал указанный симптом с особенностями питания (употребление больших количеств овощей и фруктов). Диарея сохранялась и прогрессировала и после возвращения из отпуска. Самостоятельно принимал Смекту, Мезим с незначительным и нестойким эффектом. Через 1,5 месяца отметил появление в кале слизи и прожилок крови, затем появились слабые боли по левому флангу живота. Начал приѐм Но-шпы. По совету родственницы 2 недели назад в течение 5 дней принимал Левомицетин по 3 таблетки в день, на этом фоне значительно усилились диарея и боли в животе, увеличилась примесь крови в кале, что и послужило поводом для обращения к участковому врачу. Обращение за медицинской помощью откладывал, поскольку считал, что у него имеет место какое-то инфекционное заболевание кишечника и опасался госпитализации в инфекционное отделение, предпочитая лечиться самостоятельно. В прошлом в период студенчества имели место неоднократные эпизоды жидкого стула, появление которых пациент связывал с употреблением якобы недоброкачественных продуктов. Лечился, как правило, самостоятельно, употреблял отвары вяжущих средств. При осмотре: состояние удовлетворительное, температура тела – 36,8°С, рост - 178 см, вес - 61 кг, кожный покров и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. ЧД - 18 в 1 минуту. Сердце - тоны звучные, ритм правильный. ЧСС - 92 в 1 минуту. АД – 120/85 мм рт. ст. Язык умеренно диффузно обложен сероватым налѐтом, влажный. Живот участвует в дыхании, умеренно равномерно вздут, при поверхностной пальпации мягкий, определяется умеренная болезненность по левому флангу живота, при глубокой пальпации отчѐтливая болезненность в левой подвздошной области, где пальпируется спазмированная, плотноэластическая, болезненная сигмовидная кишка; остальные отделы толстой кишки безболезненны. Пальпация эпигастральной и подрѐберных областей безболезненна Пузырные симптомы отрицательные. Размеры печени и селезѐнки по Курлову: 10×8×7 см и 6×4 см соответственно. Край печени не определяется. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный. В анализах: эритроциты - 3,02×1012/л, гемоглобин - 103 г/л, MCH - 23p/g, MCHC - 300 g/l , лейкоциты - 12,6×109/л, СОЭ - 38 мм/час.

Копрограмма: кал разжиженный, неоформленный, мышечные волокна, крахмал внутриклеточный в небольшом количестве, лейкоциты - до 30-40 в поле зрения, эритроциты в значительном количестве, слизь в большом количестве. Фекальный кальпротектин - 532 мкг/г. Общий белок сыворотки - 62,3 г/л, альбумины - 49,3%, глобулины - 50,7%, СРП - 95 мг/л. Ректороманоскопия без подготовки: аппарат введен до 18 см. Слизистая оболочка прямой кишки диффузно гиперемирована, отѐчна, выраженная контактная кровоточивость, множественные эрозии, местами, сливные, покрытые фибрином. В просвете кишки слизь, окрашенная кровью, и жидкие каловые массы в небольшом количестве.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Какие дополнительные методы исследования Вы назначили бы данному пациенту?

4. Определите план ведения пациента с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов.

5. Проведите экспертизу трудоспособности пациента.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1.11**

Больной С., 30 лет, поступил с жалобами на частый жидкий стул до 12-15 раз в сутки с примесью слизи, крови; на схваткообразные боли в левой подвздошной области, усиливающиеся перед дефекацией. Отмечает повышение температуры до 37,5-38°С, боли в крупных суставах при ходьбе, похудение на 10 кг за 6 мес. Болен в течение 7 лет. Периодически лечился стационарно, с положительным эффектом, в период между госпитализациями получает поддерживающую терапию.

Об-но: состояние средней тяжести. Кожные покровы сухие. АД=105/70, пульс-95 уд/мин.

Живот при пальпации мягкий, болезненный в околопупочной и левой подвздошной областях.

Лабораторные данные:

Общий ан. крови: Нв- 80г/л. Эр.-3,0х10-12/л, СОЭ-З5мм/час, общ.белок-56г/л, альбумины- 40%,глобулины-60%.

Фиброколоноскопия: Осмотрена вся толстая кишка. Слизистая малиново-красного цвета с мелкоточечными, белесоватыми высыпаниями, покрыта фибринными пленками, при соприкосновении кровоточит, имеются эрозии. В просвете кишки - слизь и гной.

**Вопросы:**

1. Выделить основные синдромы.

2. Предварительный диагноз и его обоснование

3. Дополнительные методы исследования и ожидаемые результаты

4. Лечение данного больного

5. Прогноз. Диспансеризация. МСЭ.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1.12**

Больная С, 40 лет поступила с жалобами на периодически возникающие боли, приступообразного характера ,преимущественно в левой боковой области по ходу нисходящей ободочной кишки, метеоризм, стул раз в 4-5 дней, тугой, иногда с примесью небольшого количества слизи; крови в кале не замечала. Отмечает значительное уменьшение симптомов после дефекации. Аппетит сохранен. Вес стабильный.

Из анамнеза: в течение длительного времени работает программистом в крупной фирме, ведет малоподвижный образ жизни, работа часто связана со стрессовыми ситуациями.

Об-но: Состояние удовлетворительное, кожа и слизистые физиологической окраски. АД 110/80 мм.рт.ст. РS – 78 уд в мин. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный по ходу нисходящего отдела толстой кишки. Периферические л/узлы не увеличены.

Лабораторно :

1.Общ.ан.крови: HB=125 г/л, эр=3,5х10^12/л, СОЭ=3 мм/час, общ. Белок=65г/л., альбумины-40%, глобулины 60%.

2.per rectum: наружный геморрой, вне обострения.

3. колоноскопия: тотальная, слизистая розовая, не изменена, сосудистый рисунок сохранен.

 **Вопросы :**

1.выделить синдромы, объяснить причины развития запора.

2.предварительный диагноз и его обоснование

3.доп.методы исследования и ожидаемые результаты

4.лечение данного больного

5.прогноз.диспансеризация. МСЭ

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1.13**

Больная В., 38 лет, поступила с жалобами на боли приступообразного характера в левой подвздошной области, утихающие после дефекации, вздутие живота, неполное опорожнеине кишечника после дефекации. Отмечает повышение температуры до 37,2°С. Масса тела стабильна. Стул нерегулярный, отмечает чередование жидкого стула и запоров, примесей крови и слизи в стуле нет. Больна в течение последнего года.

Об-но: состояние удовлетворительное. Кожные покровы нормальной влажности и эластичности. АД=120/72, пульс-82 уд/мин. Живот при пальпации мягкий, болезненный в левой подвздошной области. Симптомов раздражения брюшины нет.

Лабораторные данные:

Общий ан. крови: Нв-132г/л. Эр.-4,0х10-12/л, СОЭ-12мм/час, общ.белок-70г/л.

Ирригоскопия-просвет толстой кишки нормальный, гипертонус не выражен, межгаустральные складки сглажены, эластичность стенки сохранена. В сигмовидной и нисходящей ободочной кишках множественные дивертикулы до 0,5-1см, контуры некоторых дивертикулов неровные, рельеф слизистой прослеживается во всех отделах.

**Вопросы:**

1. Выделить синдромы.

2. Предварительный диагноз и его обоснование

3. Дополнительные методы исследования и ожидаемые результаты

4. Лечение данного больного

5. Прогноз. Диспансеризация. МСЭ.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1.14**

Больная А., 29 лет, поступила в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на: частый (до 12 раз в сутки) жидкий стул с примесью слизи, гноя и крови, повышение Т тела до 39°С, снижение аппетита, похудание. Заболела 4 нед назад, когда стала отмечать примесь крови в кале, стул был 5-8 раз в сутки. Лечилась дома, принимала левомицетин, фталазол. В связи с отсутствием эффекта обратилась к участковому врачу, который направил ее в инфекционное отделение с диагнозом дизентерия, где диагноз дизентерии был снят и больная переведена в Гастроэнтерологичое отделение.

Объективно: общее состояние средней тяжести, бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек, патологии со стороны органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, мочевыделения не выявлено. Язык сухой обложен коричневым налетом, живот вздут, при пальпации отмечается болезненность в левой половине живота в проекции нисходящей и сигмовидной кишок, а также болезненность в зоне Поргеса. Печень и селезенка не пальпируются.

Анализ крови: Нв - 110 г/л, эритроциты - 3,5 х10 в 12/л, цвет.показ. - 0,9 , лейкоциты 9,6 х10 в 9 /л, лейкоцитарная формула не изменена, тромбоциты - 260 х10 в 9/л, СОЭ 32 мм/час.

Время свертывания крови 4 мин. по Сухареву, ретракция кровяного сгустка 2 часа, длительность кровотечения 2 мин. по Дъюку.

Копрологическое исследование: кал в виде сгустков крови и слизи. Ректороманоскопия: слизистая оболочка прямой и сигмовидной кишок отечная, рыхлая, отмечается контактная кровоточивость, на всем протяжении видны эрозии и язвенные дефекты, покрытые фибрином. В просвете слизь, гной, сгустки крови.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

2. Проведите дифференциальную диагностику.

3. Составьте план обследования.

4. Назначьте лечение.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1.15**

Больную 32 лет в течение 1,5х месяца беспокоит неустойчивый стул, вздутие живота, метеоризм, умеренная общая слабость, раздражительность, плохой сон с ранним робуждением, периодически – наличие в кале слизи. Появление этих симптомов связывает с несколькими курсами антибиотикотерапии, которые проводились гинекологом в связи с обострением хронического аднексита. С детства отмечала плохую переносимость некоторых пищевых продуктов, в частности, цельного молока, грибов, огурцов. В анамнезе также дважды пищевая токсикоинфекция (5 и 2 года назад).

Объективно: пониженного питания, кожные покровы и слизистые бледноваты. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пальпируется перешеек и правая доля щитовидной железы. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердце перкуторно не увеличено, тоны ясные, ритм правильный, убывающий систолический шум на верхушке, небольшой акцент II тона на аорте. Пульс 88 в 1 мин. АД 120/60 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, кишечник вздут, чувствителен при пальпации. Сигмовидная кишка урчит.

Показатели периферической крови, ФГДС, ректороманоскопия, исследование желудочной секреции – патологии не выявили. Исследование фекальной флоры на дисбактериоз: содержание кишечной палочки – 120 млн/г, гемолитическая кишечная палочка – 15%, ферментирующая – 5%, содержание бифидобактерий – 106 млн/г. REM нормы живности: киш.палочка 300-400, гемолитической нет, ферментир-не более 10%, бифидо-106 и более.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

2. Проведите дифференциальный диагноз.

3. Какие факторы риска развития заболевания имеются у этого больного?

4. Назначьте лечение.

5. Профилактика этого заболевания.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1.16**

Ф.И.О. больной: 1958 г.р., Поступила в стационар с жалобами: на боли в животе по ходу толстого кишечника, неустойчивый стул, периодически с прожилками темной крови, тяжесть и периодически схваткообразные боли в правом подреберье, боли в эпигастрии, отрыжку желчью, плохую переносимость жирной пищи, постоянную слабость.

Из анамнеза: боли в животе и изменение стула около года. 5 лет назад холецистэктомия, после этого появились боли в эпигастрии.

Лабораторные данные:

ОАК: Hb – 100 г/л, эритроциты - 3,70 х 1012/л, ЦП – 0,8 , тромбоциты – 299 х 109/л, лейкоциты – 4,4 х 109/л; п/я – 2%; с/я – 55%; э - 0%; л/ф - 34%; м - 9%; СОЭ 17 мм в час.

ОАМ: Уд. вес 1013, белок – отр., лейкоциты – 1-2 в п/зр.

Амилазный тест: 360,9-194,9-34,9 Е/л

Копрограмма: цвет корич., офор., р-ция на скрытую кровь – отриц; мыш. волокна с исчерч. - 0-1; без исчерченности – 2-3; жир. кислоты – небольшое кол-во, перевар. клетчатка - отр., внеклет крахмал - 0-1 в п/з. Йодофильная флора - един. Я/глист и патогенные простейшие не найдены.

Анализ кала на дисбактериоз: Выявлено увеличение роста общего количества кишечной палочки, отсутствие роста кишечной палочки.

Биохимические показатели крови:

Билирубин общ – 17,0 ммоль/л; общий холестерин-5,8 моль/л; бета-ЛП - 5,4 моль/л; АлАт - 73 Ед/л; АсАт – 45Ед/л; диастаза крови- 63 Е/л; глюкоза крови - 4,35 ммоль/л; общий белок – 73 мг/л; щелочная фосфатаза- 134 Е/л; тимоловая проба- 2,7; ГГТ- 63 Е/л; фибриноген - 2,6; ПТВ - 14,3; ПТИ - 92%;

ИФА к описторхиям, токсокарам - отр. ИФА к лямблиям – полож, титр 1:100.

ИФАкHelicobacterpylori – отриц. ВГС+HBsAg-отрицательный.

Анализ желчи: Порция «А» -80,0; желтая, слабо мутная, эпителий плоский небольшое кол-во, лейкоциты 8-10 в п/з, аморфные соли неб кол-во. Порция «В» - удален желчный пузырь. Порция «С» - 7,0; желтая, слабо мутная, аморфные соли неб кол-во. Лямблии и яйца описторха не найдены.

ЭКГ: Синусовый ритм с ЧСС 74 в мин. Полугоризонтальное положение ЭОС. Нарушение в/желудочковой проводимости.

УЗИ внутренних органов: Печень левая доля 69 мм, правая доля 167 мм, контуры ровные, эхоструктура диффузно-неоднородная, эхогенность слегка повышена с эффектом затухания эхо-сигнала. Воротная вена 8 мм, холедох-7-8 мм. В паренхиме микрокальцинаты. Желчный пузырь: удален. Поджелудочная железа – 25x15x25 мм, контуры нечеткие, эхоструктура неоднородная, эхогенность повышена. Селезёнка – 96х40мм, контуры ровные, эхоструктура однородная, эхогенность не изменена. Почки – правая 100х53х17 мм, левая 103х53х17 мм, расположение типичное, контуры ровные, паренхима обычная, почечные синусы не расширены, конкрементов нет.

ЭГДС: Поверхностный очаговый гастрит.

RRS: (на 20 см). Патологии нет.

Колоноскопия: Просвет кишки свободен, с неизмененной слизистой до селезеночного угла. Начиная с селезеночного угла и на всем протяжении поперечно-ободочной кишки, просвет сужен из-за выраженного отека. Кишка с гиперемированной слизистой с множеством эрозий, изъязвлений, покрыта налетом фибрина серого цвета. При контакте слегка кровоточит. Другие отделы не изменены. Закл: признаки язвенного колита.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте основной диагноз.

2. Сформулируйте сопутствующий диагноз.

3. Проведите дифференциальный диагноз.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1.17**

Больной Д. 47 лет поступил с жалобами на боли в эпигастрии, рвоту «кофейной гущей», изжогу, тошноту, резкую слабость и головокружение, затрудненную и болезненную дефекацию.

Из анамнеза: много лет страдает гастритом, дважды были кратковременные эпизоды рвоты «кофейной гущей» - 3 и 7 лет назад. Последнее ухудшение состояния 2 дня назад после погрешности в диете. Поддерживающей терапии не получал. В течение года отмечается затрудненная дефекация, 3 месяца назад появились боли при дефекации.

Лабораторные данные:

ОАК: Hb - 118 г/л, Эр. - 4,24 х 1012/л, ЦП – 0.83, тромбоциты – 306 х 109/л, лейкоциты – 5,9 х 109/л, п/я –1%, с/я – 54%, э -7 л/ф -31, м-7, СОЭ 17 мм в час.

ОАМ Уд. вес 1016, белок – отр., л – 3-4 в п/зр, эпителий - отр, цилиндры – гиалиновые един.

Биохимические показатели крови:

Билирубин общ – 10,4 ммоль/ ; общ. холестерин - 4,4, в-ЛП – 4,5, АлАт – 17 Ед/л, АсАт – 12 Ед/л, диастаза крови 66 Ед/л.; щелочная фосфатаза - 115 Е/л; глюкоза крови - 4,86; мочевина - 4,6, креатинин - 90, общ. белок – 64, тимоловая проба - 1,3.

ИФА на Heliсobaсter pylori – положит титр 1:80.

Копрограмма: цвет с/кор., офор., р-ция на скрытую кровь – резко положит, мыш. волокна с исчерч. – 0, без исчерченности – 1-2 п/з, жир. кислоты - неб. кол-во, перевар. Клетчатка - отр. внеклет крахмал - 0. Лейкоциты до нескольких десятков, эритроциты 10-15-20 в п/з. Я/глист не найдены.

ЭКГ: Ритм синусовый с ЧСС 61 в мин. Горизонтальное положение ЭОС. Нарушение в/желудочковой проводимости.

УЗИ внутренних органов: Печень лев. доля 76 мм. прав. доля 158 мм, контуры ровные эхоструктура диффузно неоднородная, эхогенность повышена. Воротная вена 14-15 мм, холедох-5. Желчный пузырь 66х40 мм, форма обычная, эхогенность стенок повышена, толщина 3 мм, содержимое хлопья, конкрементов нет. Поджелудочная железа – 32x22x30 мм, контуры ровные, эхоструктура слегка неоднородная, эхогенность повышена. Селезёнка –100х40мм, контуры ровные, эхоструктура – однородная, эзогенность – не изменена. Почки – пр. 112х52х17 мм, лев. 110х54х18 мм, расположение типичное, контуры ровные, паренхима слегка неоднородная, ЧЛС умеренно расширены. Конкрементов нет.

ЭГДС: Желудок с эластичными стенками, слизистая ярко гиперемированна с эрозиями округлой формы до 0,2 см с налетом гематина. Привратник смыкается. Луковица двенадцатиперстной кишки рубцово деформирована, слизистая гиперемированна, отечна. Закл.: Признаки эрозивного антрального гастрита с геморрагическим компонентом. Бульбита.

Колоноскопия: Эндоскоп введен на 25 см от ануса, где просвет кишки значительно сужен за счет инфильтрации и бугристости стенок по всему периметру. Выше уровня сужения эндоскоп не проходит. При биопсии – фрагментация. Закл: Са сигмовидной кишки.

Биопсия: умеренно дифференцированная аденокарцинома кишки.

Цитология: на фоне эритроцитов скопление опухолевых клеток.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте основной и сопутствующий диагнозы.

2. Какое дополнительное обследование целесообразно для уточнения диагноза

3.Тактика ведения

**Тема 2 Функциональные заболевания пищевода и желудка**

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2.1**

Больной В. 43 лет обратился в поликлинику с жалобами на ноющие боли в эпигастральной области, которые возникают через 20-30 минут после приѐма пищи; на тошноту и рвоту желудочным содержимым, возникающую на высоте болей и приносящую облегчение; на снижение аппетита. Из анамнеза заболевания: впервые подобные жалобы возникли около 6 лет назад, но боли купировались приемом Алмагеля и Но-шпы. За медицинской помощью ранее не обращался. Отмечает весенне-осенние обострения заболевания. Ухудшение самочувствия около двух дней, после употребления алкоголя и жареной пищи. Работает водителем такси. Питается нерегулярно, часто употребляет алкоголь. Курит в течение 20 лет до 2 пачек сигарет в день. Наследственный анамнез: у отца – язвенная болезнь желудка. Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Астеник, пониженного питания. Кожа и видимые слизистые бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в минуту. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 74 удара в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 74 удара в минуту. Язык обложен белым налѐтом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, симптом Менделя положительный, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Селезѐнка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул ежедневно, без патологических примесей. Данные дополнительных методов исследования. Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, эритроциты – 4,2×1012/л. - 1, лейкоциты – 6,5×109/л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 60%, лимфоциты – 30%, моноциты – 8%, СОЭ – 10 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность – 1018, эпителий – 2-4 в поле зрения, белок, цилиндры, соли - не определяются. Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,5 ммоль/л, фибриноген – 2,9 г/л, общий белок – 68 г/л. ФГДС: пищевод свободно проходим, слизистая не изменена, кардиальный жом смыкается. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая гиперемирована, складки обычной формы и размеров, в кардиальном отделе по большой кривизне определяется язвенный дефект 1,0-1,5 см, с ровными краями, неглубокий, дно прикрыто фибрином. Луковица двенадцатиперстной кишки обычной формы и размеров, слизистая бледнорозового цвета. Выявлен Helicobacter pylori.

**Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.

2. Сформулируйте диагноз.

3. Обоснуйте диагноз.

4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?

5. Перечислите основные принципы лечения.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2.2**

Больной К. 45 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на давящие боли в эпигастральной области, периодически – опоясывающие, возникают через 40 минут после употребления жирной и жареной пищи, сопровождаются вздутием живота; на рвоту, не приносящую облегчение, на отрыжку воздухом. Анамнез заболевания: больным себя считает около двух лет, когда появилась боль в левом подреберье после приѐма жирной и жареной пищи. За медицинской помощью не обращался. 3 дня назад после погрешности в диете боли возобновились, появилось вздутие живота, отрыжка воздухом, нота, рвота, не приносящая облегчения. Объективно: состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 72 удара в минуту. Язык влажный, обложен бело-жѐлтым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Печень не пальпируется, размеры по Курлову - 9×8×7 см, симптом поколачивания отрицательный билатерально. Общий анализ крови: эритроциты – 4,3×1012/л, гемоглобин – 136 г/л, цветной показатель – 1,0; СОЭ – 18 мм/ч, тромбоциты – 320×109/л, лейкоциты – 10,3×109/л, эозинофилы – 3%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 51%, лимфоциты – 32%, моноциты – 10%. Общий анализ мочи: светло-жѐлтая, прозрачная, кислая, удельный вес - 1016, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эпителий - 1-2 в поле зрения, оксалаты – небольшое количество. Биохимическое исследование крови: АСТ – 30 Ед/л; АЛТ – 38 Ед/л; холестерин – 3,5 ммоль/л; общий билирубин – 19,0 мкмоль/л; прямой – 3,9 мкмоль/л; амилаза – 250 ед/л; креатинин – 85 ммоль/л; общий белок – 75 г/л. Копрограмма: цвет – серовато-белый, консистенция – плотная, запах – специфический, мышечные волокна +++, нейтральный жир +++, жирные кислоты и мыла +++, крахмал ++, соединительная ткань – нет, слизь – нет. ФГДС: пищевод и кардиальный отдел желудка без особенностей. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая розовая, с участками атрофии. Складки хорошо выражены. Луковица двенадцатиперстной кишки без особенностей. УЗИ органов брюшной полости: печень нормальных размеров, структура однородная, нормальной эхогенности, протоки не расширены, общий желчный проток – 6 мм, желчный пузырь нормальных размеров, стенка – 2 мм, конкременты не визуализируются. Поджелудочная железа повышенной эхогенности, неоднородная, проток – 2 мм, головка увеличена в объеме (33 мм), неоднородная, повышенной эхогенности.

**Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.

2. Оцените данные копрограммы.

3. Сформулируйте диагноз.

4. Какие дополнительные исследования необходимо назначить больному?

5. Какова Ваша тактика лечения данного заболевания?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2.3**

 Женщина 53 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на изжогу, боли за грудиной, появляющиеся после еды и физической нагрузки. Отмечает также усиление болей при наклонах и в горизонтальном положении. Из анамнеза известно, что изжога беспокоит около 20 лет. Не обследовалась. Последние 2 месяца появились данные боли за грудиной. При осмотре: состояние удовлетворительное. Индекс массы тела (ИМТ) - 39 кг/м2. Кожные покровы обычной окраски, чистые. В лѐгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 72 удара в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по краю рѐберной дуги. Размеры - 10×9×8 см. Селезенка не пальпируется. Данные фиброгастродуоденоскопии: в нижней трети пищевода выявлены эрозии, занимающие около 40% окружности пищевода.

 **Вопросы**:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Дайте немедикаментозные рекомендации больному.

 5. Какое медикаментозное лечение Вы бы рекомендовали пациентке? Обоснуйте свой выбор.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2.4**

Пациент 45 лет, по профессии программист, обратился к участковому врачу с жалобами на боли в эпигастральной области, преимущественно натощак и в ночное время, заставляющие его просыпаться, а также на почти постоянную изжогу, чувство тяжести и распирания в эпигастральной области после приѐма пищи, изжогу, отрыжку кислым, тошноту. Из анамнеза известно, что пациент много курит, злоупотребляет кофе, питается нерегулярно. Часто бывают обострения хронического фарингита. Болен около трех лет. Не обследовался, лечился самостоятельно (принимал фитотерапию). При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ 32,0 кг/м2. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура тела нормальная. Зев – миндалины, задняя стенка глотки не гиперемированы. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, напряжения мышц живота нет, симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. ЭФГДС: пищевод свободно проходим, утолщены продольные складки, очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода, кардия смыкается не полностью. В желудке натощак содержится небольшое количество светлой секреторной жидкости и слизи. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извитые. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,5 см в диаметре. Края дефекта имеют чѐткие границы, гиперемированы, отѐчны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии. Уреазный тест на наличие Н. pylori – положительный.

 **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какое лечение Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.

5. Необходимо ли взять пациента на диспансерный учет? Что нужно назначить пациенту в качестве профилактической терапии «по требованию» при появлении симптомов, характерных для обострения язвенной болезни?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2.5**

 Пациентка Н. 28 лет в течение трѐх лет страдает болезнью Аддисона. Получает заместительную терапию: 5 мг Преднизолона утром, 2,5 мг в 16.00, Флудрокортизон 0,1 мг утром. Состояние было удовлетворительным. Четыре дня назад заболела гриппом. Дозу глюко- и минералокортикоидов не изменяла. Состояние больной резко ухудшилось сутки тому назад: появились резчайшая слабость, адинамия, тошнота, рвота. Доставлена в стационар с проявлениями сосудистого коллапса скорой медицинской помощью. Объективно: состояние тяжѐлое. Продуктивному контакту не доступна. Кожа сухая, смуглая, обращает на себя внимание выраженная гиперпигментация кожи в области сосков, на шее, локтевых сгибах. Пульс - 128 ударов в минуту, слабого наполнения, АД - 60/40 мм рт. ст.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Какими нарушениями обусловлено нарастание слабости, тошнота, рвота, предшествующее состоянию

3. Определите объѐм дополнительных обследований, необходимых для уточнения диагноза и проведения лечения. Предположите ожидаемые результаты обследований в данной ситуации.

4. Определите тактику лечения пациента. Особенности регидратация и коррекция электролитных расстройств.

5. Определите профилактические мероприятия по предотвращению развития у пациентки данного состояния.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2.6**

Больная Р. 45 лет обратилась к врачу с жалобами на чувство тяжести, переполнения в животе, возникающее через 40-50 минут после еды, тошноту. В течение 20 лет страдает хроническим гастритом, обострения 1-2 раза в год. Во время обострений обычно принимает ингибиторы протонной помпы, антациды. Эрадикационную терапию не получала. Настоящее ухудшение – в течение 2 недель на фоне погрешностей в диете. Самостоятельно принимала альмагель при возникновении неприятных ощущений. При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост 166 см, вес 64 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и пилоро-дуоденальной зоне. Симптомы холецистита

отрицательные. Печень не изменена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул 1 раз в день, оформленный, без патологических примесей. На фиброгастроскопии: пищевод свободно проходим, слизистая его не изменена. Кардия смыкается полностью. Слизистая оболочка желудка гиперемирована, с участками атрофии в антральном отделе, складки сглажены, расправляется воздухом хорошо. Привратник проходим. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки и залуковичный отдел не изменены. Взят биоптат из антрального отделе желудка: быстрый уреазный тест положительный. Результат гистологического исследования биоптата: слизистая желудка с атрофией и хронической полиморфноклеточной инфильтрацией.

**Вопросы**:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования пациента.

4. Назначьте медикаментозное лечение, обоснуйте свой выбор.

5. Разработайте план диспансерного наблюдения пациента.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2.7**

К врачу-терапевту участковому обратился мужчина 35 лет с жалобами на интенсивные боли после приѐма пищи в эпигастральной области через 30-60 минут и проходящих через 1-2 часа, изжогу, тошноту, однократную рвоту на высоте болей, приносящую облегчение.

Считает себя больным около 15 лет, когда появились неинтенсивные боли в подложечной области, возникавшие после приѐма пищи. Амбулаторно был диагностирован хронический поверхностный гастрит. Боли продолжались 2-3 недели, после чего проходили. В дальнейшем возникали ежегодно в осенне-весенний период. При рН-метрии выявлено повышение кислотности желудочного содержимого. Лечился амбулаторно, старался соблюдать диету. При болях принимал Ранитидин (30 мг сутки). Настоящее обострение началось в марте, длиться уже 3 недели. Курит в течении 8 лет по 15 сигарет в день. При пальпации определяется локальная болезненность в эпигастральной области, положительный симптом Опенховского (боль при поколачивании остистых отростков VIIXII позвонков).

 **Вопросы:**

1. Сформулируйте наиболее вероятный предварительный диагноз.

2. С какими заболеваниями желудка необходимо проводить дифференциальный диагноз?

3. Какие дополнительные исследования могут быть выполнены для подтверждения и уточнения диагноза?

4. Каково стандартное лечение данного заболевания (с указанием доз и кратности введения)?

5. Каковы возможные осложнения данного заболевания?

 **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2.8**

Пациентка А. 38 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на горечь во рту, возникающую преимущественно в утренние часы, ощущение дискомфорта в области эпигастрия, чувство быстрого насыщения; после погрешностей в диете беспокоит тошнота, метеоризм. Из анамнеза известно, что 2 года назад перенесла холецистэктомию по поводу хронического калькулезного холецистита. Подобные жалобы беспокоят в течение года. При объективном осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, чистые. Со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной систем без особенностей. Язык влажный, обложен желтоватым налѐтом у корня. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, слегка болезненный в эпигастральной области. В клиническом анализе крови: эритроциты - 4,2×1012/л, гемоглобин - 135 г/л, цветовой показатель - 0,96, тромбоциты - 347×109, лейкоциты - 8,7×109, СОЭ - 12 мм/ч.

В биохимическом анализе крови: АЛТ - 28 Ед/л, АСТ - 25 Ед/л, амилаза - 77 Ед/л, щелочная фосфатаза - 80 Ед/л. Выполнено ФГДС: слизистая желудка умеренно отѐчна, гиперемирована в антральном отделе. Перистальтика активная. Желудок хорошо расправляется воздухом. Привратник зияет. В просвете желудка определяется небольшое количество желчи.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте наиболее вероятный предварительный диагноз.

 2. Каков патогенез описанных проявлений?

3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

4. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?

 5. Сформулируйте план лечения.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2.9**

Пациент К. 29 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на частые слабые ноющие боли в эпигастральной области, уменьшающиеся после приѐма пищи, чувство

быстрого насыщения, отрыжку кислым. Также отмечает общую слабость, неустойчивость стула. Указанные жалобы периодически беспокоят в течение последних 5 лет, текущее ухудшение самочувствия - 1,5 недели назад. Самостоятельно принимал антациды с кратковременным положительным эффектом. При объективном осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, чистые. Со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной систем без особенностей. Язык влажный, обложен белым налѐтом. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области. В клиническом анализе крови: эритроциты - 4,8×1012/л, гемоглобин - 140 г/л, цветовой показатель - 0,87, тромбоциты - 380×109/л, лейкоциты - 7,2×109/л, СОЭ - 16 мм/ч. В биохимическом анализе крови: АЛТ - 21 Ед/л, АСТ - 18 Ед/л, амилаза - 53 Ед/л, щелочная фосфатаза - 78 Ед/л. Выполнено ФГДС: в просвете желудка большое количество слизи. Явления умеренной атрофии в пилорическом отделе желудка, отѐк и гиперемия в фундальном отделе желудка. Перистальтика активная. Желудок хорошо расправляется воздухом. Хелпил-тест +++.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.

2. Есть ли необходимость проведения эрадикационной терапии в данном случае?

3. Предложите план лечения.

4. Какие факторы естественной защиты слизистой оболочки желудка и факторы агрессии Вы знаете?

5. Какие осложнения данного заболевания возможны в случае отсутствия специфического лечения?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2.10**

Врач-терапевт участковый поликлиники вызвал машину скорой медицинской помощи с целью возможной госпитализации для женщины 45 лет, у которой предположил диагноз «Ишемическая болезнь сердца. Острый коронарный синдром. Бронхиальная астма, обострение». Из анамнеза известно, что в течение последних 10 лет, после значительного уменьшения физической активности, отмечает постоянное увеличение массы тела, на фоне чего стала отмечать приступообразный, преимущественно сухой мучительный кашель, сопровождающийся ощущением нехватки воздуха. Через некоторое время стала также отмечать боли за грудиной при физической нагрузке, наиболее выраженные во время работы в огороде (прополка грядок). Была обследована амбулаторно. Выставлен диагноз «Бронхиальная астма тяжѐлого, непрерывно рецидивирующего течения. ИБС: стенокардия напряжения III ф. к. Ожирение II ст.». Назначенное лечение - Преднизолон, ингаляционные глюкокортикоиды, бронхолитики, - имело незначительный эффект. Приѐм нитратов, со слов больной, был эффективен, приводя к купированию загрудинной боли в течение получаса. В течение последних 2-3 недель отмечает появление загрудинной боли в ночное время в первой половине ночи, особенно после плотного позднего ужина, что стало поводом для обращения за медицинской помощью. Бригадой скорой помощи по данным клинической картины, а также по данным ЭКГ и высокочувствительного тропонин-теста, диагноз ОКС отвергнут. При аускультации дыхание жѐсткое, хрипов нет. Рентгенография органов грудной клетки – без патологии.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз заболевания, которое объединяет жалобы больной.

2. Какие осложнения возможны при данном заболевании?

3. Какие специальные методы исследования применяются при данном заболевании?

 4. Какие рекомендации по изменению образа жизни и питания необходимо дать пациентке?

5. Какие препараты применяются для лечения данного заболевания (указать группу и название препарата)?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2.11**

 Больной Д. 55 лет, начальник автоколонны №1236. Обратился с жалобами на изжогу после еды, усиливающуюся при наклонах туловища и в положении лѐжа; кислую отрыжку и избыточную саливацию во время сна. Анамнез заболевания: указанные симптомы испытывает в течение трѐх лет, вначале появилась изжога после погрешности в питании, особенно при наклонах туловища; затем

появились боли в собственно эпигастрии и за грудиной жгучего характера, сопровождающиеся кислой отрыжкой. В последующем изжога стала возникать 3-4 раза в неделю независимо от качества пищи, появилась отрыжка кислым и горьким. В последний месяц состояние больного значительно ухудшилось: усилились боли, особенно ночью, появилась избыточная саливация во время сна, сон нарушился. Для снятия изжоги и болей использовал соду, Алмагель, Маалокс. В последний месяц эти препараты перестали действовать. Пытался снять боль за грудиной нитроглицерином, однако существенного эффекта не было. Наблюдается с гипертонической болезнью с 53 лет, постоянно принимает Кордипин-ретард 20 мг в день. Курит. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Повышенного питания, масса тела - 106 кг. (ИМТ - 38). Кожные покровы телесного цвета. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 17 в минуту. Область сердца без особенностей, перкуторно левая граница сердца по среднеключичной линии. Сердечные тоны ритмичные, частотой 66 в минуту. АД - 130/90 мм рт. ст. Язык обложен белым налѐтом. Живот увеличен за счет подкожной клетчатки, мягкий, безболезненный. Пальпация внутренних органов затруднена из-за абдоминального ожирения. Печень по краю рѐберной дуги. Пузырные симптомы отрицательные. Зоны Шоффара, Губергрица - Скульского безболезненные. При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные. Общий анализ крови: гемглобин - 143 г/л, СОЭ - 4 мм/час, эритроциты - 4,2×1012/л, лейкоциты - 8,6×109/л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные - 5%, сегментоядерные - 56%, лимфоциты - 37%. Биохимический анализ крови: общий белок - 76 г/л, альбумины - 38 г/л, фракции глобулинов в пределах нормы, глюкоза - 5,2 ммоль/л, билирубин общий - 16,3 мкмоль/л; прямой – 3,6 ммоль/л; АЛТ - 21 U/L (норма 4-42 U/L); АСТ - 17 U/L (5-37 U/L); амилаза крови - 16 г/л (12-32 г/л в час). ФЭГДС: слизистая нижней трети пищевода несколько отѐчна, умеренно гиперемирована, кардия зияет, при натуживании в грудную полость пролабирует слизистая желудка; в желудке умеренное количество жидкости, слизь; слизистая желудка и ДПК без особенностей. Rg – графия пищевода и желудка: пищевод свободно проходим, прослеживаются продольные складки на всѐм протяжении. Желудок в форме крючка, газовый пузырь небольшой. В положение Тренделенбурга дно желудка выступает в грудную полость в виде округлого образования, вертикально желудок занимает обычное положение, складки слизистой желудка обычного калибра, перистальтика желудка и эвакуация своевременно, луковица ДПК без особенностей.

 **Вопросы:**

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Препарат какой группы для патогенетической терапии вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор

5. Через 2 месяца рекомендуемой терапии, а также соблюдения диеты, режима труда и отдыха исчезли клинические проявления болезни, и в последние 2 недели никаких проявлений рефлюкса и болевого синдрома не было. При ФЭГДС исчезли гиперемия и отѐк слизистой. Какова Ваша дальнейшая тактика? Обоснуйте ваш выбор.

 **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2.12**

 Больной Т. 48 лет, электросварщик, обратился к участковому терапевту с жалобами на частую, выраженную изжогу после еды и в ночное время, особенно, при употреблении острой, жирной или обильной пищи, частую тошноту по утрам, отрыжку пищей после еды, обычно, при наклонах туловища и положении лежа, плохой сон из-за изжоги. Из анамнеза: со школьного возраста отмечал боли в животе, плохой аппетит. Лечился самостоятельно, по советам родственников периодически принимая но-шпу и ферментные препараты с незначительным эффектом. Во время службы в армии лечился в госпитале по поводу гастрита. В дальнейшем длительное время жалоб со стороны органов пищеварения не имел. Питается нерегулярно, работает по сменам, регулярно имеет ночные смены. Курит с 13 лет по 20 сигарет в день. Алкоголь практически не употребляет. Описанные жалобы появились два года назад после длительного периода значительных физических нагрузок (строительство дома) и эпизода тяжелого психо-эмоционального стресса (пожар в квартире). Самостоятельно принимал альмагель, омез в течение10-14 дней с хорошим эффектом. В течение последующих 2-х лет часто беспокоила изжога, но к врачам не обращался, использовал альмагель, омез короткими курсами с кратковременным эффектом. Последнее ухудшение – в течение месяца после погрешности в диете и

алкоголизации; на фоне приѐма привычного набора препаратов в течение недели самочувствие с положительной динамикой, в связи с чем, лечение прекратил. Через 5 дней симптомы возобновились. Три дня назад имел место однократный эпизод черного разжиженного стула. В дальнейшем стул без особенностей. При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост: 175 см, вес: 63 кг. Кожа физиологической окраски, умеренной влажности, чистая. В лѐгких везикулярное дыхание. ЧД 18 в мин. Тоны сердца умеренно приглушены, ритм правильный. ЧСС – 80 в мин, АД – 130/85 мм рт.ст. Язык густо обложен серым налетом, влажный. Живот мягкий, умеренно болезненный высоко в эпигастрии слева от средней линии и в пилородуоденальной зоне. Пальпация других отделов живота практически безболезненна. Печень 10,5×8×7 см. Край закруглен, эластичной консистенции, безболезненный. Пузырные симптомы отрицательные. Селезѐнка не пальпируется, перкуторно 7×5 см. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: эритроциты – 4,0 × 1012/л. НЬ – 122 г/л, MCH – 26p/g, MCHC–346g/l, лейкоциты – 5,2 × 109/л: базофилы – 0, эозофилы -1, палочкоядерные – 2, сегментоядерные – 68; лимфоциты – 23, моноциты – 6. СОЭ = 5 мм/час. Анализ кала на скрытую кровь положительный. ФГДС – пищевод проходим. Слизистая нижней трети пищевода ярко гиперемирована с множественными мелкими эрозиями, занимающими до половины диаметра пищевода. Кардиальный жом смыкается не полностью. В пищевод пролабирует слизистая оболочка желудка. Желудок содержит значительное количество секрета с примесью желчи. Слизистая тела желудка слегка отѐчна, розовая, складки магистрального типа. Слизистая антрума очагово гиперемирова с множественными плоскими эрозиями. Пилорус зияет. Луковица ДПК не деформирована. Слизистая оболочка розовая, блестящая. Постбульбарный отдел без особенностей.

**Вопросы:**

 1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

 3. Какие дополнительные методы исследования Вы назначили бы данному пациенту?

 4. Определите план ведения пациента с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов.

5. Составьте конкретную схему медикаментозного лечения данного пациента с указанием доз, продолжительности приѐма. Выберите схему поддерживающей терапии. Выберите схему эрадикационной терапии. Обоснуйте Ваш выбор. Определите сроки проведения контрольного эндоскопического исследования. Примите решение по экспертизе трудоспособности пациента.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2.13**

В больницу поступил больной 60 лет, с жалобами на затрудненное прохождение жидкой пищи. 3 года назад впервые появилось чувство комка за грудиной при употреблении твердой пищи. За это время похудел на 20 кг.

При осмотре больной истощен и ослаблен. В левой надключичной области пальпируется плотный, неподвижный, безболезненный лимфатический узел. Другие лимфатические узлы не пальпируются. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 84 уд вмин, АД 130/80мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет.

Анализ крови: Hb - 110 г/л, эритроциты - 4,1х1012/л, лейкоциты - 6,8х109/л, палочкоядерные - 1 %, сегментоядерные - 65 %, лимфоциты - 30 %, эозинофилы - 1 %, моноциты - 3 %, СОЭ - 50 мм/ч.
Общий анализ мочи: относительная плотность - 1019, белок - отр, эритроциты отр, лейкоциты - 1-2 в поле зрения.
**Вопросы:**

1.Предварительный диагноз? . Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

2.План обследования?

3.Дальнейшая тактика?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2.14**

Больная А, 45 лет предъявляет жалобы на чередование запоров и поносов, вздутие живота, боли при акте дефекации, ощущении приливов, отсутствие менструации.

Приступы провоцируются психо- эмоциональным напряжением. Кал с примесью слизи. Больная замкнута, депрессивна.

Состояние удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 84 уд вмин, АД 120/80мм.рт.ст. Живот мягкий, при пальпации чувствительный по ходу толстого кишечника. Отеков нет.

Анализ крови: Hb - 130 г/л, эритроциты - 4,7х1012/л, лейкоциты - 6,8х109/л, палочкоядерные - 1 %, сегментоядерные - 65 %, лимфоциты - 30 %, эозинофилы - 1 %, моноциты - 3 %, СОЭ - 7 мм/ч.
Общий анализ мочи: относительная плотность - 1010, белок - отр, эритроциты отр, лейкоциты - 1-2 в поле зрения.

**Вопросы:**

1.Предварительный диагноз? . Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

2.План обследования?

3.Дальнейшая тактика?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2.15**

Больная К., 20 лет, поступила в стационар с жалобами на жидкий стул с примесью крови и слизи до 4-6 раз в сутки, общую слабость, потерю веса, боли в коленных и голеностопных суставах.
Считает себя больной около 2 мес, когда стала замечать сгустки крови на поверхности оформленного кала. За 2 недели до поступления в больницу появился жидкий стул с примесью крови и слизи, в течение 10 дней принимала антибиотики и лоперамид.Самочувствие ухудшалось: стул участился до 4-6 раз в сутки, присоединились боли в животе перед актом дефекации, появилась общая слабость, похудела на 2 кг.
Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, язык влажный, обложен белым налетом; перкуторно границы легких в пределах нормы, ясный легочный звук; при аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет.
Границы сердца не изменены, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС - 94 в минуту. Размеры печени по Курлову 10x9x8см, нижний край печени безболезненный. Живот болезненный при пальпации в левой подвздошной области. Там же пальпируется плотная, болезненная сигмовидная кишка. Почки не пальпируются. Периферических отеков нет. Щитовидная железа не увеличена. Патологические рефлексы отсутствуют. Внешниех изменения в суставах не определяются.
Анализ крови: Hb - 110 г/л, эритроциты - 4,1х1012/л, лейкоциты - 6,8х109/л, палочкоядерные - 1 %, сегментоядерные - 65 %, лимфоциты - 30 %, эозинофилы - 1 %, моноциты - 3 %, СОЭ - 20 мм/ч.
Общий анализ мочи: относительная плотность - 1019, белок, эритроциты отсутствуют, лейкоциты - 1-2 в поле зрения.
Биохимия крови: белок - 60 г/л, холестерин - 4,2 мг %, креатинин - 102 ммоль/л, калий - 3,5 ммоль/л, АСТ - 30 ЕД, АЛТ - 20 ЕД.
УЗИ органов брюшной полости - патологии не выявлено.

**Вопросы:**

1.Предварительный диагноз? . Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

2.План обследования?

3.Дальнейшая тактика?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2.16**

 Больной, 30 лет. Обратился с жалобами на изменение характера стула, болезненные спазмы в левой подвздошной области, вздутие, ощущение неполного опорожнения после дефекации.

 Из анамнеза: 2 года назад был выставлен ошибочный диагноз гепатит С, состоял на учете. После дополнительного обследования с учета был снят. В связи с перенесенным стрессом у пациента развился истерический невроз, по поводу данного диагноза пребывал на амбулаторном лечении в психиатрической больнице. Выписан через 2 месяца.

 Пациент отмечает, что кишечные симптомы появились после перенесенного невроза. Больной угнетен, выглядит подавлено.Состояние удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 74 уд вмин, АД 120/80мм.рт.ст. Живот мягкий, при пальпации чувствительный по ходу толстого кишечника. Отеков нет.

Анализ крови: Hb - 134 г/л, эритроциты - 4,7х1012/л, лейкоциты - 6,8х109/л, палочкоядерные - 1 %, сегментоядерные - 65 %, лимфоциты - 30 %, эозинофилы - 1 %, моноциты - 3 %, СОЭ - 7 мм/ч.
Общий анализ мочи: относительная плотность - 1010, белок - отр, эритроциты отр, лейкоциты - 1-2 в поле зрения.

**Вопросы:**

1.Предварительный диагноз? . Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

2.План обследования?

3.Дальнейшая тактика?

**Тема 3 Хроническая болезнь почек, острая и хроническая почечная недостаточность**

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3.1**

Больной 38 лет поступил с жалобами на общую слабость, сонливость, быструю утомляемость, снижение аппетита, тошноту, зуд кожных покровов, одышку при физической нагрузке, постоянные головные боли и отечность лица. Год назад начали беспокоить головные боли, общая слабость. К врачу не обращался. Последние 2 месяца усилилась общая слабость, появился кожный зуд, одышка, сонливость, тошнота, снижение аппетита, ноющие боли в животе, склонность к поносам.

Объективно: Общее состояние ср.тяжести, сонливость. Положение тела активное. Геморрагические высыпания на голенях. Кожные покровы бледные, сухие, со следами расчесов, отеки лица, голеней. Перкуторно над легкими легочный звук, дыхание везикулярное. Верхушечный толчок в V м/р слева на2,0 см кнаружи от срединно-ключичной линии, границы отн. сердечной тупости: верхняя – край 3 ребра, правая – правый край грудины, левая совпадает с верх. толчком. Серд. ритм правильный, акцент II тона во 2 межреберье справа. ЧСС – 76 уд. в мин., АД – 210/120 мм рт. ст. Язык сухой, обложен коричневатым налетом. Печень и селезенка не увеличены. С-м поколачивания «-« с обеих сторон.

ОАК: эр- 3,1х 1012; Нв – 94 г/л, цв. показ. – 0,8; Л – 7,4 х 109, э-2, п-9, с-41, л-39, м-9, СОЭ-15 мм/час.

ОАМ: цвет – светло-желтый, сахара нет, белок – 0,1 г/л, плотность 1006, лейкоциты – 3-4 в п/зр, эритроциты – 5-8 в п/зр, единичные гиалиновые цилиндры.

Креатинин крови – 915мкмоль/л, мочевина – 24,2 мкмоль/л.

ЭКГ – синусовый ритм, гипертрофия левого желудочка, метаболические изменения в миокарде.

**Вопросы:**

1. Выделите осн. синдромы.

2. Укажите диф-диагн. ряд заболеваний с учетом ведущих синдромов.

3. Сформулируйте предварительный диагноз.

4. Какие дополнительные исследования целесообразно провести больному.

5. Составьте план лечения.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3.2**

|  |
| --- |
|  |

Больной М., 50 лет, поступил с жалобами на резкую слабость, головные боли, тошноту, кожный зуд. Болен более 20 лет, когда был поставлен диагноз хронического пиелонефрита. Периодически отмечал боли в поясничной области, находили изменения в анализе мочи (характер изменений не знает). Регулярно у врача не наблюдался и не

лечился. Ухудшение состояния отмечает последний год, когда появились и стали нарастать вышеперечисленные жалобы.

Объективно: пониженного питания, кожные покровы бледные с желтушным оттенком, следы расчесов на туловище и конечностях. Границы сердца расширены влево, тоны ясные, акцент II тона на аорте, АД - 250/130 мм рт.ст. Со стороны других внутренних органов патологии не выявлено.

Клинический анализ крови: Hb - 82 г/л, эритроциты - 2,6х1012/л, лейкоциты - 5,6х109, СОЭ - 12 мм/ч, гематокрит - 26 %.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1005, лейкоциты -1-2 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения.

Проба Зимницкого: дневной диурез - 300 мл, ночной диурез - 480 мл, колебания относительной плотности - 1002-1007.

Проба Реберга: скорость клубочковой фильтрации - 15 мл/мин, канальцевая реабсорбция - 95 %.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить больному для подтверждения диагноза?

3. Какие изменения вы предполагаете обнаружить в биохимическом анализе крови у больного?

4. Определите наиболее подходящую терапевтическую тактику

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3.3**

Больной К., 35 лет, поступил с жалобами на головную боль, легкую слабость и утомляемость. В анамнезе частые ангины в детстве и юношеском возрасте. Со слов больного, 8 лет назад в моче обнаружили гематурию. Так как в последующем количество эритроцитов в анализе мочи уменьшилось, больной далее не обследовался.

|  |
| --- |
|  |

Объективно: кожные покровы бледные, сухие, веки отечны. Тоны сердца ясные, ритм правильный, АД - 180/10 мм рт.ст. Со стороны других внутренних органов патологии не выявлено.

Клинический анализ крови: Hb - 94 г/л, эритроциты - 3,6х1012/л, гематокрит - 28 %, лейкоциты - 4,6х109, СОЭ - 16 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1008, белок - 0,033 г/л, лейкоциты - 4-5 в поле зрения, эритроциты - 1-3 в поле зрения.

Суточная протеинурия - 1,1 г.

Проба Зимницкого: дневной диурез - 950 мл, ночной диурез - 1500 мл, колебания относительной плотности -1004-1010.

Проба Реберга: скорость клубочковой фильтрации - 40 мл/мин, канальцевая реабсорбция - 98 %.

Биохимический анализ крови: креатинин - 305 мкмоль/л, мочевина - 19 ммоль/л, холестерин - 5,4 ммоль/л, глюкоза - 4,5 ммоль/л.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Какое исследование позволит установить окончательный диагноз и определить тактику лечения больного?

3. Имеются ли у больного показания к гемодиализу?

4. Имеются ли показания к лечению анемии эритропоэтином?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3.4**

 Больной Ю.,39 лет, доставлен из дома в коматозном состоянии. Кожа больного бледно- серо-желтая, со следами расчесов. Рвота. Амиачный запах изо рта. При осмотре обращает на себя внимание ассиметрия мимической мускулатуры. Зрачки узкие, их реакция на свет вялая. Корниальные и конъюктивальные рефлексы не вызываются. Имеются фибрилярные подергивания мышц туловища и конечностей. Симптомы Кѐрнига, Брудзинского, Ригидность мышц затылка положительные. Дыхание шумное, типа Чейн-Стокса, АД – 150/90мм.рт.ст. Пульс 90 уд/мин., ритмичный. Диурез 300 в сутки. В ОАК Hb – 90 г/л., Эр – 2.0 млн. Остаточный азот 35 ммоль/л, мочевина – 26ммоль/л, креатинин – 0.3 ммоль/л. ОАМ : УВ – 2008, белок - 1.8%, сахара нет, 10 - 15 Эр в п/з. Осмолярность плазмы крови – 225 мосмоль/л. После введения бикарбоната натрия 200.0 в/в развились тонические судороги.

**Вопросы:**

1. Поставьте клинический диагноз?

2. С каким заболеванием необходимо дифференцировать это состояние?

3. Лечебная тактика?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3.5**

Пациент В.В., 63 лет, поступил с жалобами на головокружение, головные боли в затылочной области, тошноту, резкую слабость и кожный зуд. Более 20 лет назад был диагностирован хронический пиелонефрит. С того времени беспокоили периодические тянущие боли в поясничной области после переохлаждения, сопровождающиеся субфебрильной температурой – лечился самостоятельно приемом уросептического отвара. За последний год состояние ухудшилось: частота приступов болевого синдрома увеличилась до 5 в год. Последнее обострение 3 дня назад, когда появились ноющие боли в пояснице с иррадиацией в паховую область, учащенное болезненное мочеиспускание малыми порциями.

Объективно: пониженного питания, кожные покровы бледные с желтушным оттенком, следы расчесов на туловище и конечностях. Температура тела 38,50С. Границы сердца расширены влево. При аускультации тоны сердца ясные, ритмичные, акцент II тона на аорте. АД – 230/110 мм рт.ст. Со стороны других внутренних органов и систем патологии не выявлено.

ОАК: Hb – 79 г/л, эритроциты – 2,5х1012/л, лейкоциты – 6,2х109, СОЭ – 12 мм/ч, гематокрит – 25 %.

ОАМ: относительная плотность – 1005, лейкоциты -1-2 в поле зрения, эритроциты – 0-1 в поле зрения.

Проба Зимницкого: дневной диурез – 300 мл, ночной диурез – 480 мл, колебания относительной плотности – 1002-1007.

Проба Реберга: скорость клубочковой фильтрации – 25 мл/мин, канальцевая реабсорбция – 96 %.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту для подтверждения диагноза?
3. Тактика лечения.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3.6**

Пациент М.Л., 46 лет, поступил с жалобами на снижение работоспособности, утомляемость, головную боль и снижение эректильной функции. Из анамнеза известно, что в детстве часто болел ангинами, а 8 лет назад в моче обнаружили гематурию, был пролечен в условиях стационара и с тех пор за медицинской помощью не обращался.

Объективно: кожный покров желтушно-бледный, сухой. Склеры иктеричны, веки отечны. Тоны сердца ясные, ритм правильный, АД – 170/100 мм рт.ст. Со стороны других внутренних органов патологии не выявлено.

ОАК: Hb – 88 г/л, эритроциты – 3,3х1012/л, гематокрит – 27 %, лейкоциты – 5,6х109, СОЭ – 26 мм/ч.

ОАМ: относительная плотность – 1006, белок – 0,033 г/л, лейкоциты – 5-7 в поле зрения, эритроциты – 0-3 в поле зрения.

Суточная протеинурия – 1,2 г.

Проба Зимницкого: дневной диурез – 860 мл, ночной диурез – 1300 мл, колебания относительной плотности – 1005-1011.

Проба Реберга: скорость клубочковой фильтрации – 45 мл/мин/1,73м2, канальцевая реабсорбция – 97 %.

Биохимический анализ крови: креатинин – 203 мкмоль/л, мочевина – 20 ммоль/л, холестерин – 5,6 ммоль/л, глюкоза – 5,0 ммоль/л.

**Вопросы:**

1.Сформулируйте предварительный диагноз.

2.Какое исследование позволит установить окончательный диагноз?

3.Тактика лечения.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3.7**

Пациент С.Г., 75 лет страдает подагрой в течение последних 15 лет, нерегулярно принимает аллопуринол. В течение последних 2 лет стало повышаться АД до 220/110 мм рт.ст.

Объективно: избыточного питания, вес 105 кг, рост 173 см. Пастозность лица и нижних конечностей. Тоны сердца приглушены, акцент II тона на аорте. АД 170/100. ЧСС 88 в мин.

ОАК: Hb – 95 г/л, эритроциты – 4,6х1012/л, гематокрит – 45 %, лейкоциты – 5,4х109, СОЭ – 10 мм/ч.

ОАМ: относительная плотность – 1002, белок – 0,066 г/л, лейкоциты – 3-5 в поле зрения, эритроциты – 1-2 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: креатинин – 258 мкмоль/л.

УЗИ почек: мелкие гиперэхогенные включения в мозговом веществе обеих почек.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Тактика лечения больного.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3.8**

Больной М. 24 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на головную боль, общую слабость и утомляемость, снижение аппетита. Из анамнеза известно, что в возрасте 14 лет после перенесенного ОРЗ у пациента появились отѐки лица, сохранялась субфебрильная температура в течение 3-4 месяцев, были изменения в моче. Лечился у врача-педиатра участкового около года «от нефрита», получал Преднизолон. Последний год чувствовал себя хорошо, заметных отѐков не было. Во время медосмотра выявлено повышение АД - 140/90 мм рт. ст. и пастозность лица. Было рекомендовано обратиться в поликлинику по месту жительства для обследования и верификации диагноза. При осмотре: нормального телосложения, ИМТ = 21 кг/м2, кожа бледная, сухая, имеются следы расчѐсов на руках, пояснице, туловище, отѐки лица и кистей рук. Язык сухой, с коричневатым налѐтом. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 1,5 см от срединно-ключичной линии. Пульс - 76 ударов в минуту, высокий. АД - 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отмечает уменьшение выделяемой мочи. Отѐков на нижних конечностях нет. Общий анализ крови: эритроциты – 3,2×1012/л, гемоглобин – 105 г/л, лейкоциты – 5,2×109/л, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 65%, эозинофилы – 3%, моноциты – 5%, лимфоциты – 23%, СОЭ – 12 мм/ч. Биохимические исследования крови: общий холестерин – 7 ммоль/л, креатинин крови – 170 мкмоль/л, мочевина крови – 11 ммоль/л. В анализах мочи: удельный вес – 1009, белок – 1,1%, лейкоциты – 2-4 в поле зрения, эритроциты выщелочные – 7-10 в поле зрения, гиалиновые цилиндры – 2-3 в поле зрения. Альбуминурия - 250 мг/сут. СКФ (по формуле CKD-EPI) – 55 мл/мин.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте предполагаемый диагноз.

3. Нужны ли дополнительные исследования для уточнения диагноза?

4. Какова дальнейшая тактика ведения пациента?

5. Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в качестве нефропротективной терапии? Обоснуйте свой выбор.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3.9**

Больная 30 лет обратилась в поликлинику с жалобами на частое и болезненное мочеиспускание, боли в поясничной области справа, выделение мутной мочи, повышение температуры тела до 37,6 °С. Из анамнеза: впервые подобные проявления отмечались у пациентки 10 лет назад во время беременности. Проводилась антибактериальная терапия в стационаре, роды – без осложнений. В последующем обострения заболевания не отмечалось. Ухудшение состояния 5 дней назад после переохлаждения. Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски, периферических отѐков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка обычной формы. Частота дыхания - 20 в минуту. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 90 в минуту. АД – 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края рѐберной дуги. Симптом поколачивания положительный справа. Анализ крови: гемоглобин - 118 г/л, эритроциты - 4,0×1012/л, лейкоциты - 14,0×109/л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 65%, лимфоциты - 20%, моноциты - 4%, тромбоциты - 200,0×109/л, СОЭ – 24 мм/час. Биохимические показатели крови: креатинин - 0,08 ммоль/л, мочевина - 6,5 ммоль/л. Общий анализ мочи: удельный вес - 1010, белок - 0,07 мг/л, реакция кислая, лейкоциты - 15-20 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения. УЗИ почек: почки обычной формы и размеров. Чашечно-лоханочная система почек деформирована и уплотнена. Конкрементов нет.

**Вопросы:**

1. Какой можно поставить диагноз?

2. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить больной для уточнения диагноза? Обоснуйте.

3. Можно ли проводить лечение больной в амбулаторных условиях? Показания для госпитализации.

4. Перечислите препараты для этиотропной терапии, длительность лечения и контроль эффективности лечения.

5. Какую фитотерапию можно рекомендовать в период ремиссии заболевания?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3.10**

На приѐме у врача-терапевта участкового больная К. 50 лет, учитель. Жалобы на умеренную сухость во рту, жажду (выпивает более 3 литров жидкости в день), повышенный аппетит, зуд кожных покровов, особенно в подмышечных и паховых областях, появление гнойничков в местах расчѐсов, учащѐнное мочеиспускание. В анамнезе: указанные жалобы появились и нарастали в течение года. С 45 лет страдает гипертонической болезнью (АД от 160/100 до 140/90 мм рт. ст.), принимала нерегулярно Каптоприл. У родственников со стороны матери отмечает склонность к ожирению, мать страдала гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа, умерла в возрасте 65 лет от инсульта. Было 3 беременности, одни роды в 29 лет, вес ребѐнка при рождении 4,3 кг. Данные объективного осмотра: состояние удовлетворительное, видны расчѐсы на спине. Кожа пониженной влажности. Рост - 168 см, вес - 85 кг, окружность талии - 96 см, окружность бѐдер - 110 см, складка на передней брюшной стенке - 8 см. В лѐгких везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД - 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, усилен 2 тон во втором межреберье справа от грудины. ЧСС - 76 в минуту. АД - 156/94 мм рт. ст. (D=S). Живот увеличен за счѐт подкожно-жирового слоя, мягкий, безболезненный. Пульсация на артериях стоп сохранена. Общий анализ крови: эритроциты - 4,6×1012, Hb - 130 г/л, ЦП - 0,9, тромбоциты - 250×1012, лейкоциты - 6,1×109, эозинофилы - 1%, палочкоядерные - 2%, сегментоядерные - 65%, лимфоциты - 30%, моноциты - 2%, СОЭ - 8 мм/ч. Креатинин - 90,0 мкмоль\л, СКФ - 64,2 me/min/1,73 Реакция мочи на ацетон отрицательная. Микроальбуминурия - 100 мг/дл. Липидограмма: холестерин общий - 6,5 ммоль/л, ЛПНП - 3,48 ммоль/л, ЛПВП - 0,9 ммоль/л. Биохимические анализы: глюкоза крови натощак - 7,7 ммоль/л, гликозилированный гемоглобин (HBA1c) - 7,5%.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Тактика ведения. Режим, диета, медикаментозное и немедикаментозное лечение.

5. Какова дальнейшая тактика ведения пациента после коррекции гликемии?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3.11**

Мужчина 51 года обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на сухость, жажду, полиурию, ухудшение зрения. Болен в течение 2 лет. Диету не соблюдал. Самоконтроль гликемии не проводил. На ночь принимал Метформин 500 мг. При осмотре: состояние удовлетворительное, ИМТ – 26 кг/м2. Кожные покровы обычной окраски. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД - 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При осмотре врачом-офтальмологом выявлена непролиферативная ретинопатия на правом глазу. В анализах: гликемия натощак - 9,0 ммоль/л, постпрандиальная – 12 ммоль/л. Общий холестерин - 6,9 ммоль/л, ТГ – 2,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л; креатинин – 101 мкмоль/л, СКФ (по формуле CKD-EPI) - 70,8 мл/мин; альбуминурия - 100 мг/сут.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Препараты какой группы Вы порекомендуете пациенту для коррекции гипергликемии? Обоснуйте свой выбор.

5. Препараты какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3.12**

Больная К. 58 лет страдает артериальной гипертензией (АД – 175/105–160/95 мм рт. ст.). Отмечает повышение АД в течение 18 лет. Постоянно принимает Атенолол 50 мг в сутки, Гидрохлортиазид 25 мг в сутки. За последние десять лет прибавила в весе 30 кг. Объективно: повышенного питания. Рост - 158 см, вес - 91 кг. Индекс массы тела – 36,5 кг/м². Объѐм талии - 120 см, объѐм бѐдер - 128 см. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Отѐков нет. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 90 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень у рѐберного края. Биохимический анализ крови: холестерин общий – 7,2 ммоль/л; триглицериды – 3,12 ммоль/л; ХС-ЛПВП – 0,9 ммоль/л; креатинин – 95,9 мкмоль/л; глюкоза крови натощак – 6,3 ммоль/л; через 2 часа после приѐма 75 г глюкозы – 9,0 ммоль/л. Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жѐлтый, относительная плотность – 1014, прозрачная, реакция кислая, белок, сахар отсутствуют, лейкоциты – единичные в поле зрения. Анализ мочи на микроальбуминурию – 200 мг/сутки. СКФ: 81,7 мл/мин по формуле Кокрофта-Голта. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС – 70 ударов в минуту, гипертрофия левого желудочка. ЭХО-КГ: клапанной патологии не выявлено, полости сердца не расширены, индекс массы миокарда левого желудочка - 121 г/м², признаки диастолической дисфункции, ФВ – 65%. **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какие группы антигипертензивных препаратов Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Правильно ли назначена комбинация бетаблокатор и диуретик? Обоснуйте свой выбор.

5. Через 6 месяцев регулярной антигипертензивной терапии (комбинация Амлодипина в дозе 10 мг/сутки и препарата из группы блокаторов РААС (ингибитор АПФ или антагонист рецепторов к ангиотензину II) + Розувостатин 20 мг/сутки + соблюдение диеты – АД в пределах 120–130/70–80 мм рт.ст., глюкоза натощак – 5,4 ммоль/л, общий холестерин – 5,0 ммоль/л, ТГ – 1,8 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,2 ммоль/л, креатинин – 100 мкмоль/л, СКФ (по формуле Кокрофта-Голта) = 65,3 мл/мин; альбуминурия – 10 мг/сутки. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3.13**

Мужчина 37 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на головные боли. Из анамнеза известно, что головные боли появились два года назад. Появление головных болей связывает с перенесением ангины. Тогда же, примерно через неделю после ангины, отметил появление мочи цвета «мясных помоев», при этом мочеиспускание было безболезненным, болей в поясничной области не было. Моча цвета «мясных помоев» регистрировалась в течение 2 дней, затем приобрела обычный жѐлтый цвет. К врачам не обращался. Эпизод мочи цвета «мясных помоев» в течение суток повторился спустя год во время ОРВИ. Обследование также не проводилось. Семейный анамнез: мать – 60 лет, часто болеет ангинами, в течение 2 лет – гипертоническая болезнь. Отец умер в возрасте 55 лет от онкологической патологии. При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 24,2 кг/м2. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Отѐков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 удара в минуту, АД – 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах крови: эритроциты - 4,57×1012/л, гемоглобин - 137 г/л, лейкоциты - 5,51×109/л, лейкоцитарная формула не изменена; тромбоциты - 254×109/л, СОЭ - 26 мм/час. Общий холестерин – 4,9 ммоль/л, ТГ – 1,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,2 ммоль/л, ХСЛПНП - 2,8 ммоль/л; глюкоза натощак – 4,2 ммоль/л, креатинин – 135 мкмоль/л, СКФ (по формуле CKD-EPI) - 58 мл/мин, мочевина – 9,4 ммоль/л, мочевая кислота – 0,40 ммоль/л, общий билирубин - 7,4 мкмоль/л (непрямой), АЛТ - 39 МЕ/л, АСТ - 28 МЕ/л, общий белок - 70 г/л, альбумины - 36 г/л. В анализах мочи: относительная плотность - 1014, цвет жѐлтый, реакция кислая, белок - 0,88 г/л, эритроциты - 10-15 в поле зрения, лейкоциты - 3-4 в поле зрения, эпителий плоский – единичные клетки в поле зрения, бактерии отсутствуют, слизи нет, ураты +. Суточная протеинурия - 500 мг. УЗИ почек: положение почек обычное, размеры - 11×5,6 см, паренхима - 1,7 см. Чашечно-лоханочный комплекс не изменѐн. Дополнительных образований и конкрементов не выявлено. **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Препарат какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

5. Обоснуйте длительность терапии у данного пациента.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3.14**

Женщина 24 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на слабость, повышение температуры тела до 39,2 °С, тянущие боли в поясничной области, частое, болезненное мочеиспускание в малых количествах. Из анамнеза известно, что считает себя больной с 14 лет, когда впервые отметила появление вышеуказанных жалоб, был диагностирован острый пиелонефрит, проведено лечение. В последующие 2 года неоднократные госпитализации с аналогичными жалобами, выставлен диагноз хронического пиелонефрита. В 16 лет больной было предложено санаторно-курортное лечение, которое дало положительные результаты. Ухудшение состояния около 2 недель назад, когда после переохлаждения появились озноб, повышение температуры тела до 39 °С, сильные приступообразные боли в поясничной области, которые иррадиировали вниз живота, сопровождающиеся частым болезненным мочеиспусканием. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Рост - 175 см. Вес - 64 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Отѐков нет. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области положительный справа. Частое болезненное мочеиспускание. В анализах: лейкоциты - 8,9×109/л, СОЭ - 36 мм/час, мочевина - 4,3 ммоль/л, креатинин - 72,6 мкмоль/л, общий белок - 46 г/л. СКФ - 92 мл/мин/1,73м2. Общий анализ мочи: удельный вес – 1009, белок – 0,5, лейкоциты – вне поле зрения, слизь, клетки плоского эпителия. Обзорная и экскреторная урография – почки расположены обычно, теней конкрементов не выявлено. Имеется грибовидная деформация чашечек, шейки вытянуты, лоханка атонична. Контуры почек неровные, снижено накопление контраста справа. Уродинамика не нарушена. **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Проведите дифференциальный диагноз.

5. Предложите и обоснуйте тактику дальнейшего лечения.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3.15**

Женщина 62 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на слабость, сухость во рту, умеренную жажду, боли в ногах, особенно по ночам, чувство жжения, покалывания стоп, судороги икроножных мышц. Из анамнеза известно, что за последние 10 лет отмечает постепенную прибавку веса на 15 кг, отмечает подъѐмы артериального давления до 160/95 мм рт. ст. Регулярной терапии не получала. Во время последнего визита к терапевту полгода назад было зарегистрировано АД - 170/95 мм рт. ст. и была выявлена альбуминурия. Семейный анамнез. Родители страдали ГБ, ожирением, СД тип 2. Вредных привычек нет. При осмотре. Общее состояние удовлетворительное. Вес - 87 кг, рост - 165 см, ИМТ – 32,0 кг/м2, окружность талии - 102 см, распределение жира неравномерное, в основном на животе и в верхней половине туловища. Стрий нет. Кожа сухая, на голенях участки пигментации, трещины на стопах, микоз стоп. Пульс - 78 в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Пульсация aa. dorsalis pedis и tibialis posterior отчѐтливая. АД - 165/95 мм рт. ст. В анализе крови: глюкоза натощак - 8,6 ммоль/л, HbA1С - 7,9%, общий холестерин – 6,8 ммоль/л, ЛПНП – 4,36; ЛПВП - 0,96, триглицериды – 3,8. Общий анализ мочи без патологии; креатинин – 102 мкмоль/л, СКФ (по формуле CKD-EPI) - 71,6 мл/мин; альбуминурия – 120 мг/сутки.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предположительный диагноз.

2. Назовите критерии основного диагноза.

3. Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?

4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.

5. Обоснуйте лечебную тактику, выбор препаратов.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3.16**

Больная А. 18 лет, студентка, обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на общее недомогание, слабость, боли в поясничной области с двух сторон, сильную постоянную головную боль, красноватый цвет мочи. Мочеиспускание безболезненное. Считает себя больной около 3 недель: после сильного переохлаждения повысилась температура тела до 38,0 °С, появились боли в горле при глотании. Обратилась в поликлинику по месту жительства, где была диагностирована лакунарная ангина и назначена антибактериальная терапия. На седьмой день симптомы ангины были купированы, но сохранялась общая слабость. 5 дней назад на фоне повышенной утомляемости появились ноющие боли в поясничной области, головная боль, повышение температуры тела до 37,5 °С. 2 дня назад уменьшилось количество мочи, которая приобрела красноватый цвет. При осмотре: состояние средней степени тяжести, температура тела 37°С. Рост - 158 см, вес - 72 кг. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, обычной влажности. Лицо одутловатое, на верхних и нижних конечностях плотные отѐки, кожа над ними тѐплая, бледная. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка нормостеничная, симметричная, равномерно участвует в дыхании. ЧД - 22 в минуту. Перкуторно над лѐгкими ясный лѐгочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, 98 в минуту, АД - 160/100 мм рт. ст. Верхушечный толчок визуально и пальпаторно не определяется. Границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины, верхняя - нижний край III ребра, левая - на 1 см кнутри от среднеключичной линии. Аускультативно: тоны сердца глухие, ритмичные, ЧСС - 78 в минуту. Живот симметричный, мягкий, болезненный в проекции почек. Размеры печени по Курлову - 9×8×7 см. Пальпация правого подреберья безболезненна, край печени не пальпируется. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. В анализах. Общий анализ крови: гемоглобин - 105 г/л, эритроциты - 3,2×1012/л, цветовой показатель - 0,9; тромбоциты - 270×109/л, лейкоциты - 10,7×109/л, эозинофилы - 4%, палочкоядерные нейтрофилы - 9%, сегментоядерные нейтрофилы - 70%, лимфоциты - 11%, моноциты - 6%. СОЭ - 23 мм/ч. Общий анализ мочи: цвет «мясных помоев», мутная, рН - кислая, удельный вес - 1008; белок - 3,5 г/л, сахар - нет, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий почечный - 1220 в поле зрения, эритроциты - большое количество, цилиндры: гиалиновые - 10-12, зернистые - 6-8 в поле зрения, соли - нет. Суточная протеинурия - 7,3 г/л, суточный диурез - 650 мл. Биохимическое исследование крови: билирубин общий - 12,4 мкмоль/л, прямой - 3,2, непрямой - 9,2 мкмоль/л, креатинин - 0,96 ммоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л, холестерин - 8,0 ммоль/л, калий - 3,9 ммоль/л, общий белок - 56 г/л, альбумины - 35%, α1 - 3,5%, α2 10,5%, β - 13,6% у - 27,4%, фибриноген - 4,2 г/л. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС - 64 удара в минуту. Электрическая ось отклонена влево. Диффузно дистрофические изменения миокарда левого желудочка.

Рентгенография органов грудной клетки: без патологии.

 **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Составьте план лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.

5. Дайте рекомендации по дальнейшему лечению, определите прогноз.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3.17**

Больная Ш. 50 лет, дворник, поступила в отделение гастроэнтерологии с жалобами на тошноту, периодически рвоту, отсутствие аппетита, кожный зуд, одышку, выраженную слабость. Мочеиспускание ночью 3 раза, безболезненное. Ранее заболеваниями ЖКТ не страдала. Более 20 лет назад было диагностировано хроническое заболевание почек. На момент постановки диагноза пациентку беспокоили общая слабость, повышение АД до 160/100 мм рт. ст., были выявлены изменения в моче (гематурия), после чего больная не обследовалась и не лечилась. В течение последних 6 месяцев отмечает стойкое повышение АД, снижение остроты зрения. При осмотре: общее состояние средней степени тяжести, пониженного питания, рост - 162 см, вес - 47 кг. Кожные покровы бледные сухие, со следами расчѐсов. ЧД - 18 в мин. В лѐгких - дыхание везикулярное, хрипов нет. АД - 170/100 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости: правая на 2 см от правого края грудины, верхняя по III межреберью, левая – на 1,5 кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС - 100 в минуту, в области верхушки сердца и во II межреберье справа мягкий систолический шум. Симптомов раздражения брюшины нет, пальпация живота слабо болезненна в эпигастрии. Печень, селезѐнка не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный. В анализах. Общий анализ крови: эритроциты - 3,2×1012/л, гемоглобин - 106 г/л, цветовой показатель – 0,78, лейкоциты – 9,2×109/л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы – 60%, лимфоциты – 24%, моноциты - 10%. СОЭ - 28 мм/ч. Общий анализ мочи: удельный вес - 1010, лейкоциты и эритроциты - единичные в поле зрения. Биохимический анализ крови: глюкоза - 4,0 ммоль/л, мочевина - 20,2 ммоль/л, креатинин - 0,54 ммоль/л, общий белок - 55 г/л, калий - 5,2 ммоль/л, СКФ - 25 мл/мин. В суточной моче: диурез - 650 мл/сут, белок - 1,659 г/л.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Составьте план лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.

5. Определите прогноз болезни и дальнейшей тактики ведения пациента.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3.18**

Мужчина 67 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на головную боль, преимущественно в затылочной области, при повышении АД до 180/100 мм рт.ст. Из анамнеза известно, что пациент страдает АГ около 10 лет, однако, несмотря на рекомендации врачей, постоянной антигипертензивной терапии не получал. Во время последнего визита к врачу-терапевту четыре месяца назад было зарегистрировано АД 170/100 мм рт.ст., в анализе мочи выявлялась альбуминурия 30 мг/сутки, в биохимическом анализе крови уровень общего холестерина – 5,7 ммоль/л. Семейный анамнез: мать 88 лет страдает АГ, отец умер в 55 лет от ИМ. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 34 кг/м2. Окружность талии – 104 см, окружность бѐдер – 102 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 74 удара в минуту, АД – 170/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: общий холестерин – 6,7 ммоль/л, ТГ – 2,9 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,9 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,8 ммоль/л, через 2 часа после приѐма 75 г глюкозы – 6,4 ммоль/л, креатинин – 101 мкмоль/л, СКФ (по формуле CKD-EPI) = 70,8 мл/мин, альбуминурия – 100 мг/сутки.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Препарат какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

5. Через 6 месяцев регулярной антигипертензивной терапии (комбинация Амлодипина в дозе 5 мг/сутки и препарата из группы антигипертензивных лекарственных средств, выбранной в прошлом вопросе), приѐма Розувостатина 20 мг/сутки, соблюдения диеты АД колеблется в пределах 120-130/70-80 мм рт.ст., глюкоза натощак – 5,4 ммоль/л, общий холестерин – 5,0 ммоль/л, ТГ – 1,5 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,7 ммоль/л, креатинин – 108 мкмоль/л, СКФ (по формуле CKD-EPI) = 65,3 мл/мин, альбуминурия – 10 мг/сутки. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3.19**

Пациент З.А., 69 лет, поступил с жалобами на боли в костях черепа и грудной клетке, общую слабость.

Объективно: кожные покровы бледные, болезненность при перкуссии костей черепа, грудины, ребер. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД – 130/80 мм рт.ст., ЧСС – 89 в мин. Печень, селезенка не пальпируются.

ОАК: Hb – 92 г/л, эритроциты – 2,8х1012/л, лейкоциты – 8,8х109/л, тромбоциты – 120х109/л, СОЭ – 74 мм/ч.

ОАМ: белок Бенс-Джонса до 1 г в сутки, гиалиновые цилиндры – 7-10 в п/зр.

Рентгенограмма черепа в прямой и боковой проекциях: очаги деструкции костной ткани.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какой план обследования необходимо составить для верификации диагноза?
3. Тактика лечения

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3.20**

Пациент А.Х., 55 лет, обратилась в приемный покой с жалобами на утреннюю скованность в суставах кистей более 2 часов, боль в суставах предплечья, постоянную тянущую боль в эпигастральной области, отеки нижних конечностей. Из анамнеза известно, что страдает заболеванием суставов (название пациентка не помнит), по поводу которого при обострениях принимает метатрексат.

Объективно: деформация дистальных суставов пальцев рук по типу «лебядиной шеи», отеки стоп, голеней, и нижней треть бедер. Печень +5см из-под края реберной дуги.

ОАМ: белок до 10 г/сут., эритроциты – 9-11 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: холестерин – 6,9 ммоль/л, ЛПНП – 3,6 ммоль/л, триглицериды – 2,7 ммоль/л, альбумин – 29 г/л, креатинин – 144 мкмоль/л.

1. Назовите предположительный диагноз.
2. Обоснуйте причину, характер и выраженность поражения почек у больного
3. План обследования, необходимый для обоснования диагноза
4. Тактика лечения

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3.21**

Пациент А.А., 52 лет, обратилась в поликлинику по месту жительства с жалобами на сухость во рту, чувство комка в горле, зуд по всем телу, особенно в промежности, отеки ног. Из анамнеза известно, что пациентка страдает СД 2 типа, инсулинзависимым – получает 100 ЕД инсулина в сутки.

Объективно: состояние тяжелое. ИМТ=45. При осмотре кожный покров бледный. Язык сухой. Выраженный отечный синдром. ЧДД 25 в мин. Границы сердца расширены влево. Акцент II тона на аорте. АД 180/100 мм рт.ст. Печень по Курлову 12-11-10 см. Олигурия.

ОАК: Hb –79 г/л, эритроциты – 2,8х1012/л, лейкоциты – 5,5х109, СОЭ – 12 мм/ч, гематокрит – 25%.

ОАМ: относительная плотность – 1004, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, эритроциты – 0-1 в поле зрения, сахар 1%,ацетона нет.

Суточная протеинурия 6,7 г.

Проба Зимницкого: дневной диурез – 340 мл, ночной диурез – 490 мл, колебания относительной плотности – 1002-1008.

Проба Реберга: скорость клубочковой фильтрации – 30 мл/мин./1,73 м2, канальцевая реабсорбция – 97%.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 19 ммоль/л, креатинин – 470 мкмоль/л, холестерин – 6,5 ммоль/л, альбумин – 24 г/л. Скорость клубочковой фильтрации (по формуле CKD-EPI): 9 мл/мин/1,73м2

ЭКГ: гипертрофия левого желудочка. Индекс Соколова-Лайона – 36 мм.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте причину, характер и выраженность поражения почек у данной больной
3. Тактика лечения.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3.22**

Пациент Б.Э., 57 лет, поступил с жалобами на слабость, жажду, пониженную работоспособность, большое количество выделяемой мочи за сутки (более 2,5 л, особенно ночью). В анамнезе: частые мигренеподобные головные боли в течение 20-25 лет, по поводу которых постоянно принимает цитрамон, анальгин, темпалгин и др. В последние 10 лет принимает до 3 таблеток цитрамона в сутки.

Объективно: кожный покров бледный со слегка желтушным оттенком. В лёгких без особенностей. На верхушке сердца – систолический шум, пульс 77 в мин, ритмичный. АД – 130/80 мм рт.ст. Печень и селезёнка не пальпируются, размеры не увеличены, отёков нет.

ОАК: Hb – 105 г/л, эритроциты –4,5х1012/л, лейкоциты – 4,4х109/л, СОЭ – 29 мм/ч.

ОАМ: относительная плотность – 1006, реакция щелочная, белок – 0,66 г/л, лейкоцитов – 7-10 в поле зрения, эритроцитов – 6-8 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок – 75 г/л, альбумин 40 г/л, креатинин – 320 мкмоль/л.

Проба Зимницкого: дневной диурез 650 мл, ночной диурез 1370 мл, колебания относительной плотности – 1002-1011.

УЗИ почек: размеры обеих почек 85х38 мм, контуры неровные, толщина паренхимы 12 мм.

**Вопросы:**

1. Определите ведущий синдром.
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3.23**

Больной 28 лет, рабочий, жалоб не предъявляет. Поступил в клинику для обследования в связи с выявленным на проф. осмотре повышением артериального давления. В анамнезе: частые обострения хронического тонзиллита.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Отеков нет. Отмечается расширение границ сердца влево на 2 см. Тоны сердца приглушены, акцент II тона на аорте. АД 170/110 мм рт. ст., пульс 80 уд. в мин. Язык чистый, влажный; живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон.

Общий анализ крови: эритроциты 4,2 х 1012; Нв – 120 г/л, цв. показ. – 0,95; лейкоциты – 6,0 х 109, э-1, п-4, с-64, л-26, м-5, СОЭ-10 мм/час.

Общий анализ мочи: количество – 100,0; реакция – кислая, цвет – светло-желтый; плотность – 1012, белок – 0,8 г/л, эпителиальные клетки – 2-3 в п/зрения, лейкоциты – 5-6 в п/зрения, эритроциты – 8-10 в п/зрения.

Консультация окулиста: ретинопатия.

Креатин крови – 283 мкмоль/л, мочевина – 11,4 мкмоль/л.

**Вопросы:**

1. Выделите ведущие синдромы.

2. Укажите дифференциально-диагностический ряд по ведущему синдрому.

3. Сформулируйте предварительный диагноз.

4. Составьте план обследования.

5. Составьте план лечения.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3.24**

Больной Р. 59 лет, водитель такси, в понедельник вечером шѐл с автостоянки домой, когда отметил появление выраженных болей за грудиной с иррадиацией в нижнюю челюсть и левую верхнюю конечность. Дома по совету жены пытался купировать болевой синдром Нитроглицерином без значимого эффекта. Суммарная продолжительность болевого синдрома более 20 минут, пациент вызвал скорую медицинскую помощь. Из анамнеза известно, что в течение последних 10 лет у пациента повышается артериальное давление, максимально до 170 и 90 мм рт. ст. Курит 20 сигарет в сутки в течение последних 20 лет. В течение месяца впервые отметил появление загрудинных болей после интенсивной физической нагрузки и проходящих в покое. Не обследовался, лечение не получал. Наследственность: мать – 76 лет, страдает артериальной гипертензией, перенесла инфаркт миокарда, отец – умер в 55 лет от инфаркта миокарда. При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Рост – 168 см, вес – 90 кг, ИМТ – 32 кг/м2. Тоны сердца приглушены, выслушивается акцент второго тона на аорте, ритм правильный. АД – 160 и 90 мм рт. ст. ЧСС – 92 ударов в минуту. Дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 22 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печеночной тупости по Курлову - 11×9×8 см. Периферических отѐков нет. В анализах: общий холестерин – 6,7 ммоль/л, ТГ – 2,8 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,62 ммоль/л; глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л; креатинин – 124 мкмоль/л, СКФ (по формуле CKD-EPI) = 54,5 мл/мин/1,73 м2 (по амбулаторной карте снижение СКФ до 55 мл/мин/1,73 м2 также регистрировалась 4 месяца назад), альбуминурия – 40 мг/сутки. На ЭКГ зарегистрирован синусовый ритм с ЧСС – 92 в минуту, элевация сегмента ST до 4 мм I, AVL, V1-5, депрессия сегмента ST до 2 мм II, III, AVF.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Каков выбор стратегии реперфузии миокарда в данном случае?

4. Какие препараты Вы рекомендуете пациенту в качестве пероральной антитромбоцитарной терапии? Обоснуйте свой выбор.

5. Пациент доставлен в регионарный сосудистый центр, проведено экстренное ЧКВ, выявлена окклюзия передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) левой коронарной артерии, без восстановления дистального русла. Выполнено стентирование ПМЖВ - 1 стент с лекарственным покрытием. На 3 день от момента первичного ЧКВ у пациента развился приступ болей за грудиной, с иррадиацией в левую верхнюю конечность, приступ купирован одной дозой Нитроглицерина. Как Вы расцените данный эпизод, какова дальнейшая тактика ведения пациента?

**Тема 4 Нефротический синдром. Дифференциальная диагностика при отечном и мочевом синдроме**

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА** **4.1**

Больной 23 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на отѐки лица, век, туловища, конечностей, снижение количества выделяемой за сутки мочи, слабость, головную боль. Из анамнеза известно, что страдает хроническим тонзиллитом. Подобные симптомы впервые появились 2 года назад, длительно лечился в нефрологическом отделении, получал Преднизолон с положительным эффектом, выписан из стационара в удовлетворительном состоянии. После выписки у врача не наблюдался, не лечился, хотя отмечал периодически отѐки на лице. 2 недели назад переболел ангиной, после этого состояние резко ухудшилось, появились вышеуказанные жалобы. При осмотре АД – 150/95 мм рт. ст., ЧСС – 92 удара в минуту, ЧДД – 22 в минуту. Данные обследования. Общий анализ крови: эритроциты - 3,4×1012/л, гемоглобин - 124 г/л, цветовой показатель - 0,89, лейкоциты - 5,4×109/л, лейкоцитарная формула - в норме, СОЭ – 42 мм/ч. Биохимическое исследование: общий белок крови – 35,6 г/л, альбумины – 33%, холестерин крови – 9 ммоль/л. Общий анализ мочи: удельный вес – 1012, белок – 5,4 г/л, эритроциты выщелоченные – 20-25 в поле зрения, восковидные цилиндры – 9-10 в поле зрения.

**Вопросы:**

1. Укажите основной клинико-лабораторный синдром.

2. Сформулируйте предположительный диагноз.

3. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

4. Назначьте лечение в соответствии с клиническими рекомендациями по терапии больных с данной патологией.

5. Каковы ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при данном заболевании? Как часто следует производить диспансерное наблюдение?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4.2**

Больной К. 49 лет, экономист, жалуется на головные боли, головокружение, повышение артериального давления до 160/100 мм рт. ст., инспираторную одышку и чувство сердцебиения при незначительной физической нагрузке, сердце, отѐки верхних и нижних конечностей. Из анамнеза известно, что 5 лет назад через 2 недели после проведения вакцинации у пациента в течение нескольких дней отмечалась макрогематурия. Из-за занятности за медицинской помощью не обращался. Сохранялось удовлетворительное самочувствие. Последние полгода отмечена артериальная гипертензия, до 190/100 мм рт. ст. Неделю назад отметил боль в ротоглотке при глотании, однократное повышение температуры тела до 38,0 °С градусов, не лечился. Одновременно заметил отѐки ног, лица, снижение суточного диуреза. При исследовании общего анализа мочи выявлена протеинурия, лейкоцитурия. Перенесѐнные заболевания: частые ОРЗ, ангины. Вредные привычки отрицает. Объективно: состояние средней степени тяжести. Рост - 183 см, масса тела - 90 кг. Температура тела - 36,2 °С. Лицо бледное, одутловатое, веки отѐчны, глаза сужены. Кожные покровы и слизистые бледные, чистые, влажные. Выраженные отѐки на голенях. Щитовидная железа не пальпируется. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Грудная клетка нормостенической формы, симметричная. При сравнительной перкуссии ясный лѐгочный звук. Частота дыхания - 16 в минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс одинаков на обеих лучевых артериях, 90 в минуту, удовлетворительного наполнения, напряжѐн. При аускультации: тоны сердца ясные, чистые, ритм правильный, акцент II тона над аортой, АД - 180/100 мм рт. ст. Слизистая задней стенки глотки и мягкого нѐба бледно розовая, чистая. Нѐбные миндалины не увеличены, слизистая их бледно-розовая чистая, лакуны их свободные. Живот симметричный, мягкий, безболезненный во всех отделах при поверхностной и глубокой пальпации, передняя брюшная стенка отѐчна. Пальпация правого подреберья безболезненна, край печени не пальпируется, размеры по Курлову: 10×9×8 см. Селезѐнка не увеличена. Поясничная область отѐчна, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются. При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин - 120 г/л, эритроциты - 4,8×1012/л, лейкоциты - 5,8×109/л, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 53%, лимфоциты - 35%, моноциты - 6%; СОЭ - 30 мм/ч. Общий анализ мочи: светло-жѐлтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес - 1,016, белок – 6,5 г/л, эпителий - ед. в поле зрения, эритроциты - 15-20 в поле зрения, лейкоциты - 2-4 в поле зрения, цилиндры: гиалиновые - 1-2 в поле зрения, зернистые - 0-2 в поле зрения. Биохимическое исследование крови: билирубин общий - 12,8 ммоль/л, мочевина - 7,3 ммоль/л., креатинин - 0,096 ммоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л, холестерин - 14,2 ммоль/л, калий - 3,8 ммоль/л, общий белок - 50 г/л., альбумин- 25 г/л. Суточная протеинурия - 10,2 г, диурез - 900 мл.

Белки мочи методом эл/фореза: А - 80%, Г - 20%. УЗИ почек, мочевого пузыря: правая почка - 120×56 мм, паренхима - 20 мм, левая почка - 118×54 мм, паренхима – 19 мм. Паренхима обеих почек диффузно-неоднородная. Лоханки, чашечки не изменены. Конкременты, объѐмные образования не выявлены. Мочевой пузырь б/о.

**Вопросы:**

1. Выделите ведущие синдромы (объясните патофизиологические механизмы их возникновения).

2. Составьте дифференциально-диагностический ряд.

3. Обоснуйте и сформулируйте диагноз.

4. Составьте план дополнительного обследования.

5. Составьте план лечения.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4.3**

Больная П. 40 лет, медсестра, обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на периодически учащѐнное болезненное мочеиспускание, ноющие боли в поясничной области без иррадиации, головную боль, слабость. Считает себя больной в течение 8 лет. Боли в поясничной области связывает с физическим перенапряжением. В течение последних 3 дней ощущает периодическое «познабливание». Объективно: состояние удовлетворительное. Незначительная пастозность и бледность лица, температура тела - 37,3°С. При перкуссии над всеми лѐгочными полями ясный лѐгочный звук, аускультативно – дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 16 в минуту. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца громкие, ритмичные. АД - 155/95 мм рт. ст., ЧСС - 84 в минуту. Язык сухой. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезѐнка не пальпируются. Отмечается незначительная болезненность при поколачивании поясничной области, больше справа. При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные. Общий анализ крови: эритроциты - 3,9×1012/л, гемоглобин - 107 г/л, цветовой показатель – 0,8, лейкоциты – 10,2×109/л, эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 48%, лимфоциты – 38%, моноциты - 4%, СОЭ - 25 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность - 1010, белок - 0,04%, лейкоциты - 12-16 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения, бактериурия. Моча по Нечипоренко: эритроциты - 1,2×106/л, лейкоциты – 8,0×106/л. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС - 86 в мин. ЭОС - расположена полувертикально. Признаки гипертрофии левого желудочка. Рентгенография органов грудной клетки: лѐгочные поля без очаговых и инфильтративных изменений, расширение границ сердца влево.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).

2. Составьте план дифференциальной диагностики.

3. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.

4. Составьте план дополнительного обследования для уточнения диагноза.

5. Составьте программу лечения.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4.4**

Мужчина 37 лет, шахтѐр, жалуется на изжогу, тошноту, периодически рвоту, отсутствие аппетита, кожный зуд, слабость, головокружение, похудание, ночное мочеиспускание до 4-5 раз. Вышеперечисленные симптомы беспокоят около 2 месяцев. Считает себя больным более 6 лет, когда после перенесенной ангины в анализе мочи выявлены изменения (белок, эритроциты). Амбулаторно диагностирован хронический нефрит. На момент постановки диагноза пациента беспокоили периодические отѐки век по утрам, повышение АД до 150/90 мм рт. ст., после чего не обследовался и не лечился. Заболевания ЖКТ отрицает. Биопсия почки не проводилась. Наследственность не отягощена. При осмотре: состояние средней степени тяжести. Рост – 176 см. Вес - 64 кг. Кожные покровы бледные, сухие, со следами расчѐсов. Пастозность голеней. ЧД - 18 в минуту. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. АД - 160/100 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1,5 см от правого края грудины, верхняя - нижний край 3 ребра, левая – 1,5 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС - 106 в минуту, акцент II тона над аортой; в области верхушки сердца и во II межреберье справа - мягкий систолический шум. Живот симметричный, мягкий, безболезненный во всех отделах. Край печени не пальпируется. Селезѐнка не увеличена. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. В анализах. Общий анализ крови: эритроциты - 2,1×1012/л, гемоглобин - 85 г/л, цветовой показатель – 0,8, гематокрит - 20%, лейкоциты – 7,2×109/л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы – 60%, лимфоциты – 24%, моноциты - 10%, СОЭ - 15 мм/ч. Биохимическое исследование крови: глюкоза - 4,2 ммоль/л, мочевина - 28,2 ммоль/л, креатинин - 0,59 ммоль/л, общий белок - 64 г/л, К+ - 6,2 ммоль/л, Nа+ - 138 ммоль/л, Р - 1,9 ммоль/л, Са - 2,0 ммоль/л, холестерин - 4,2 ммоль/л. Общий анализ мочи: удельный вес - 1008, белок - 0,4 г/л, лейкоциты и эритроциты - единичные в поле зрения. В суточной моче: диурез - 2400 мл/сут., белок – 1,3 г/л. Проба Зимницкого: дневной диурез - 1060 мл, ночной - 1400 мл, колебания относительной плотности мочи - от 1006 до 1008. УЗИ почек: правая почка 80×36 мм, паренхима - 10 мм, левая почка - 84×44 мм, паренхима - 9 мм. Паренхима обеих почек диффузно-неоднородная. Лоханки, чашечки не изменены. Конкременты, объѐмные образования не выявлены. Мочевой пузырь без особенностей.

**Вопросы**:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Составьте план лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.

5. Определите прогноз заболевания.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4.5**

Больная И. 34 лет, оператор машинного доения, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на повышение АД до 220/120 мм рт. ст., головные боли, сердцебиение, перебои в области сердца, тошноту, сухость во рту, зуд кожных покровов. Считает себя больной около 15 лет, когда появились отѐки под глазами, при амбулаторном обследовании было выявлено наличие белка и эритроцитов в моче, по поводу чего в дальнейшем несколько лет находилась под наблюдением терапевта, диагноз не помнит. После переезда в сельскую местность (5 лет назад) в поликлинику не обращалась. В течение последнего года стала замечать головные боли, головокружение, которые больная связывала с повышением АД до 180/110 мм рт. ст. (измеряла самостоятельно; адаптирована к 140-160/90 мм рт. ст.). По совету фельдшера при повышении АД принимала Эналаприл по 20 мг/сут. с удовлетворительным эффектом; постоянной гипотензивной терапии не получала. В течение последних 6 месяцев отмечает отсутствие эффекта от приема Эналаприла, АД постоянно повышено до 180-200/100-110 мм рт. ст., эпизодически - 240/140 мм рт. ст., неоднократно вызывала бригаду скорой помощи, от госпитализации отказывалась по семейным обстоятельствам. Месяц назад появилась тошнота, склонность к поносам, а 2 недели назад присоединился зуд кожных покровов. При осмотре: общее состояние тяжѐлое. Кожные покровы бледные, сухие, со следами расчѐсов, в подмышечных областях как бы припудрены белой пудрой. Одутловатость лица, пастозность стоп, голеней, передней брюшной стенки. Грудная клетка симметрична, голосовое дрожание проводится с обеих сторон. При перкуссии над всеми отделами лѐгочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. АД - 220/120 мм рт. ст. Верхушечный толчок смещен на 1 см влево от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный (5-7 экстрасистол в минуту), I тон ослаблен над верхушкой, основанием мечевидного отростка, акцент II тона над аортой; слева от грудины в V межреберье выслушивается шум трения перикарда. Язык сухой, живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, безболезненная. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Катетером получено 150 мл мочи. В анализах. Общий анализ крови: эритроциты - 2,6×1012/л, НЬ - 72 г/л, цветовой показатель - 0,9; лейкоциты - 5,7×109/л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 68%, лимфоциты - 25%, моноциты - 2%; СОЭ - 40 мм/ч. Общий анализ мочи: цвет - жѐлтый, рН нейтральная, удельный вес - 1005, белок - 3,8 г/л, лейкоциты - 2-4 в поле зрения, эритроциты - 10-12, цилиндры зернистые - 3-4 в поле зрения, восковидные - 2-3 в поле зрения. Биохимическое исследование крови: ACT - 0,43 ммоль/л, АЛТ - 0,45 ммоль/л, сахар - 3,8 ммоль/л, холестерин - 7,5 ммоль/л; креатинин - 1,4 ммоль/л, мочевина - 38,2 ммоль/л. ЭКГ: ритм синусовый, 96 в минуту, электрическая ось сердца отклонена влево, единичные желудочковые экстрасистолы, гипертрофия и систолическая перегрузка миокарда левого желудочка.

УЗИ почек: правая почка - 80×36 мм, подвижна, контуры ровные, нечѐткие, толщина паренхимы - 11 мм; левая почка - 84×44 мм, контуры ровные, нечѐткие, толщина паренхимы - 9 мм. Паренхима обеих почек «неоднородна», с гиперэхогенными включениями. Конкременты, объѐмные образования не выявлены.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Составьте план лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.

5. Дайте рекомендации по дальнейшему лечению.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4.6**

Женщина 24 лет жалуется на боли в поясничной области и повышение температуры тела в течение последних двух дней. В течение последней недели отмечались боли при мочеиспускании, а выраженная боль и лихорадка появились вчера. Сегодня присоединилась тошнота, но рвоты не было. Боль преимущественно локализуется в правой части поясницы, она постоянная, тупая, без иррадиации. Вчера вечером пациентка приняла 400 мг Ибупрофена, чтобы заснуть, но боль сохраняется, и утром она решила обраться к врачу-терапевту участковому. Пациентка замужем, менструации регулярные, последние – 1 неделю назад. В качестве контрацепции использует внутриматочную спираль. Выделения из половых путей отрицает. Мочеиспускание 5-7 раз в сутки, моча выделяется в обычном количестве, в последние два дня мутная, пенистая. Объективно: температура тела 38,3 °С, ЧСС - 112 в минуту, АД - 120/70 мм рт. ст., частота дыхания - 15 в минуту. При пальпации правого рѐберно-позвоночного угла имеется выраженная болезненность, поколачивание в области почек резко болезненно справа. Отѐков нет. Физикальное обследование других отклонений от нормы не выявляет.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Какие лабораторные исследования следует использовать для подтверждения диагноза?

3. Какие заболевания следует рассматривать в рамках дифференциального диагноза болей в поясничной области у молодой женщины?

4. Сформулируйте план лечения.

5. Сформулируйте прогноз.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4.7**

Больная 19 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на учащѐнное болезненное мочеиспускание малыми порциями, неинтенсивную ноющего характера боль в правой половине поясничной области, повышение температуры тела до субфебрильных цифр. В детстве часто болела простудными заболеваниями. Месяц тому назад вышла замуж. При обследовании в лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 18 в минуту, ЧСС – 80 ударов в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД - 110/70 мм рт. ст. Симптом поколачивания справа слабо положительный. Анализ крови: Нв – 110 г/л, лейкоциты – 10,2×109/л, СОЭ – 28 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность – 1,012 г/л, белок – 0,066 г/л, эритроциты – 0–1 в поле зрения, лейкоциты – 12–15 в поле зрения. Креатинин сыворотки крови – 92 мкмоль/л. При бактериологическом исследовании мочи выделена E. coli в концентрации 100000 микроорганизмов в 1 мл.

**Вопросы:**

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.

2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4.8**

Больная 18 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в поясничной области, учащѐнное мочеиспускание, озноб. Из анамнеза известно, что часто болеет ОРВИ, периодически отмечает тупые боли внизу живота, на этом фоне бывает субфебрильная температура; иногда отмечается болезненное мочеиспускание. При осмотре: кожные покровы обычной окраски, температура 37,8°С. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Число дыхательных движений – 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Частота сердечных сокращений – 96 в минуту. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Мочеиспускание учащено и болезненно. Отѐков нет. Общий анализ крови: гемоглобин – 114 г/л, эритроциты – 4,5×1012/л, лейкоциты – 18,5×109/л, палочкоядерные нейтрофилы – 10%, сегментоядерные нейтрофилы – 70%, лимфоциты – 22%, моноциты – 9%, СОЭ – 28 мм/час. Общий анализ мочи: реакция - щелочная, белок - 0,06%, лейкоциты – сплошь на все поле зрения, эритроциты – 1-2 в поле зрения, бактерии – значительное количество. УЗИ почек: почки расположены правильно, размеры на верхней границе нормы. Чашечно-лоханочная система расширена с обеих сторон.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Укажите дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.

4. Назовите исследование, необходимое для назначения адекватной терапии.

5. Назовите мероприятия диспансерного наблюдения за больной при достижении ремиссии.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4.9**

Больная 47 лет доставлена бригадой «Скорой помощи» с жалобами на повышение температуры тела до 38°С, частое и болезненное мочеиспускание, тупые, ноющие боли в поясничной области справа без иррадиации, головную боль, слабость, периодическое познабливание. 20 лет назад, на сроке 30-36 недель беременности, наблюдались изменения в моче, исчезнувшие после родов. Около 12 лет назад выявлено повышение АД до 180/100 – 200/120 мм рт. ст.

При осмотре больной патологических изменений не обнаружено. При перкуссии – расширение левой границы относительной тупости сердца кнаружи на 1 см. АД - 190/120 мм рт. ст. Положительный симптом Пастернацкого справа.

Общий анализ мочи: количество – 150,0; плотность – 1007, белок – 0,099 г/л, эпителий – большое количество, лейкоциты – 40-60 в п/зр, эритроциты – 3-4 в п/зр, цилиндры (гиалиновые) – 1-2 в п/зр.

**Вопросы:**

1. Выделите ведущие синдромы.

2. Укажите дифференциально-диагностический ряд по ведущему синдрому.

3. Сформулируйте предв диагноз.

4. Составьте план обследования.

5. Составьте план лечения.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4.10**

Больной 49 лет, инженер. Жалобы на отеки лица, нижних конечностей, слабость, снижение аппетита, одышку при физической нагрузке, головокружение, жажду, периодические поносы. Выяснено, что около 3-х месяцев назад стал отмечать отечность лица по утрам, затем появилась слабость, снижение работоспособности. За последние 3 недели после перенесенного ОРВИ, появились отеки голеней, стоп, жажда, головокружение, одышка при физической нагрузке. Десять лет назад – открытый перелом бедра слева, неоднократно госпитализировался в хирургический стационар по поводу посттравматического остеомиелита, перенес три операции на левом бедре.

Объективно: общее состояние средней тяжести, адинамичен, кожные покровы сухие, бледные, холодные на ощупь. Рыхлые отеки нижних конечностей, пастозность лица. Левая нога на 3 см короче правой, в средней трети бедра – послеоперационные рубцы. Отмечается притупление легочного звука в задне-нижних отделах легких с уровня VII ребра с обеих сторон. Дыхание везикулярное, в области притупления – ослабленное. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД – 110/65 мм рт. ст., пульс – 82 уд. в мин. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий безболезненный, несколько увеличен в размерах. Определяется притупление в отлогих местах с обеих сторон от срединной линии.

Общий анализ крови: эритроциты - 3,4 х 1012; Нв – 100 г/л, цв. показ. – 0,95; лейкоциты – 5,0 х 109, э-1, п-4, с-61, л-29, м-5, СОЭ-60 мм/час.

Общий анализ мочи: количество – 100,0; цвет – светло-желтый, реакция – кислая; плотность – 1020, сахар – нет, белок – 5,3 г/л, эпителиальные клетки – 2-3 в п/зрения, эритроциты – 0, гиалиновые цилиндры 3-4 в п/зрения.

Креатин крови – 88 мкмоль/л ( N 40-150), мочевина – 6,8 (3-7) мкмоль/л.

**Вопросы:**

1. Выделите ведущие синдромы.

2. Укажите дифференциально-диагностический ряд заболеваний с учетом ведущих синдромов.

3. Сформулируйте предварительный диагноз.

4. Составьте план обследования.

5. Составьте план лечения.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4.11**

Больной 35 лет. Жалобы на общую слабость, частые и продолжительные головные боли в затылочной области, постоянные ноющие боли в поясничной области, появление отеков на лице по утрам. Болен в течение 1-1,5 лет, четких сроков начала заболевания указать не может.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение тела активное. Кожные покровы бледные. Отеки на лице, на нижних конечностях отеков нет. Перкуторно над легкими легочный звук, границы легких в пределах нормы, дыхание везикулярное. ЧДД – 15 в мин. Прекардиальная область не изменена. Верхушечный толчок в 5 межреберье на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, ригидный разлитой. Граница относительной сердечной тупости: левая совпадает с верхушечным толчком, правая – у правого края грудины, верхняя – край 3 ребра. Сердечный ритм правильный, на верхушке короткий систолический шум, акцент II тона во II межреберье справа. ЧСС – 76 уд. в мин., АД – 220/120 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания слабо положителен с обеих сторон.

Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, прозрачная, плотность – 1010, белок – 0,4 г/л, лейкоциты – 4-5 в п/зр, эритроциты – 25-30 в п/зр, гиалиновые цилиндры 8-12 в п/зр.Общий анализ крови: эритроциты 4,0 х 1012; Нв – 127 г/л, цв. показ. – 0,9; лейкоциты – 8,9 х 109, э-3, п-7, с-39, л-41, м-10, СОЭ-28 мм/час.

Креатин крови – 86 мкмоль/л, мочевина – 6,6 мкмоль/л.

**Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.

2. Укажите диффренциально-диагностический ряд заболеваний с учетом выявленных синдромов.

3. Сформулируйте предварительный диагноз.

4. Составьте план обследования.

5. Составьте план лечения.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4.12**

 Больная Л. 27 лет поступила в клинику с жалобами на повышение температуры до 38-39 градусов в течении 3-х дней, боли в мелких суставах кистей, покраснение их и припухлость, боли в плечевых суставах. Отмечает на протяжении нескольких дней стойкий румянец на щеках, отеки лица, ног, тяжесть в пояснице. Похожая клиническая картина отмечалась 7 месяцев назад, но без выраженного отечного синдрома. Объективно: обнаружена пастозность век, лодыжек и поясничной области. АД 140/90 мм ртст, тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС-94 в мин. Симптом Пастернацкого слабоположительный с обеих сторон. Данные по другим органам и системам без особенностей. Лабораторные данные: гемоглобин – 102 г\л, ЦП-0,8, эритроциты – 3,6 в л, лейкоциты – 3,2 в л, тромбоциты 105 в л, СОЭ – 47 мм в час. ОАМ: плотность -1038, белок – 3,66 г\л, эритроциты 8-10 в поле зрения, лейкоциты 12-15 в поле зрения. Проба Нечипоренко: эр-6000 в 1 мл, лейк-5000 в 1 мл. Биохимический анализ крови: общий белок – 57 г\л, билирубин – 18,8 мкмоль/л; сахар крови - 4,7 ммоль\ л; холестерин – 7,2 ммоль\ л, креатинин – 0,081 ммоль\ л.

**Вопросы:**

1. Выделите ведущий клинический синдром, определите и обоснуйте его этиологию.

2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику по данному синдрому.

3. Лечебная тактика при данном синдроме

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4.13**

Больная Б. 67 лет поступила с жалобами на давящие, сжимающие боли в области сердца, одышку – возникающие в покое и при физической нагрузке, сердцебиение, выраженные отеки голеней и стоп, быструю утомляемость, повышение АД до 180/100 мм рт ст. Из анамнеза больной: много лет страдает ИБС и АГ, 5 лет назад перенесла трансмуральный инфаркт миокарда, лечилась нерегулярно, давление контролировала периодически, ухудшение около 3-х недель, стали нарастать отеки, прибавила в весе на 5 кг, ночью беспокоит кашель, спит на 2-х подушках, отмечает перебои в работе сердца.

На момент поступления на ЭКГ мерцательная аритмия, тахисистолическая форма, отклонение ЭОС влево, гипертрофия ЛЖ, рубцовые изменения по задней стенки; на ЭХО-КГ увеличена масса миокарда, толщины стенок МЖП и ЗС левого желудочка, зона гипокинеза, ФВ=49%.

**Вопросы:**

1. Выделите ведущий клинический синдром,определите и обоснуйте его этиологию.

2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику по данному синдрому.

3. Лечебная тактика. Особенности лечения отечного синдрома у данного больного

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4.14**

 Больная Т. 26 лет находится на стационарном лечение в гинекологическом отделении, 1 беременность сроком 23 недели. Поступила с жалобами на отеки голеней чаще во второй половине дня, прибавку в весе за последнюю неделю на 3,5 кг. Объективно у больной кожные покровы обычной окраски, в нижней трети обеих голеней кожа бледная, теплая, при надавливании образуется ямка, в остальном по органам и системам без патологии. После отдыха в горизонтальном положении отек исчезает.

Лабораторные данные: гемоглобин-115г\л, ЦП-0,9, эритроциты- 5.8 в л, лейкоциты-5,0 в л, тромбоциты-240 в л. ОАМ без особенностей. ЭХО-КГ, УЗИ почек без патологии.

**Вопросы:**

1.Чем обусловлено развитие данного отечного синдрома?

2.Какие заболевания необходимо исключить?

3.Какова ваша дальнейшая тактика?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4.15**

 Больной К. 54 лет поступил в стационар в тяжелом состояние. У больного жалобы на выраженную слабость, утомляемость, сердцебиение, одышку в покое, зуд кожи, похудание, плохой аппетит, увеличение живота в объеме, кровотечения из носа и десен, отеки голеней.

Из анамнеза – больной длительное время злоупотреблял алкоголем. При объективном осмотре обнаруживается субиктеричность склер, слизистых оболочек, кожи, «сосудистые звездочки», гинекомастия, асцит, печень уплотнена и увеличена.

Лабораторные данные: анемия, лейкопения, тромбоцитопения; общий билирубин 67 мкмоль/л, прямой билирубин 20 мкмоль/л, непрямой билирубин 47 мкмоль/л, АСАТ- 0,87, мкмоль/л (ч \*мл), АЛАТ- 1,2 мкмоль/л (ч \*мл) , общий белок – 54 г/л, альбумины - 47%.

**Вопросы:**

1.Какова этиология данного отечного синдрома?

2. Какие заболевания необходимо исключить?

3.Составьте и обоснуйте план обследования для **диагностики** отечного синдрома

4, Укажите лечебные мероприятия при отечном синдроме при данном заболевании.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА** **4.16 [K002011]**

Женщина 24 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на слабость, повышение температуры тела до 39,2 °С, тянущие боли в поясничной области, частое, болезненное мочеиспускание в малых количествах. Из анамнеза известно, что считает себя больной с 14 лет, когда впервые отметила появление вышеуказанных жалоб, был диагностирован острый пиелонефрит, проведено лечение. В последующие 2 года неоднократные госпитализации с аналогичными жалобами, выставлен диагноз хронического пиелонефрита. В 16 лет больной было предложено санаторно-курортное лечение, которое дало положительные результаты. Ухудшение состояния около 2 недель назад, когда после переохлаждения появились озноб, повышение температуры тела до 39 °С, сильные приступообразные боли в поясничной области, которые иррадиировали вниз живота, сопровождающиеся частым болезненным мочеиспусканием. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Рост - 175 см. Вес - 64 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Отѐков нет. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области положительный справа. Частое болезненное мочеиспускание. В анализах: лейкоциты - 8,9×109/л, СОЭ - 36 мм/час, мочевина - 4,3 ммоль/л, креатинин - 72,6 мкмоль/л, общий белок - 46 г/л. СКФ - 92 мл/мин/1,73м2. Общий анализ мочи: удельный вес – 1009, белок – 0,5, лейкоциты – вне поле зрения, слизь, клетки плоского эпителия. Обзорная и экскреторная урография – почки расположены обычно, теней конкрементов не выявлено. Имеется грибовидная деформация чашечек, шейки вытянуты, лоханка атонична. Контуры почек неровные, снижено накопление контраста справа. Уродинамика не нарушена. **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Проведите дифференциальный диагноз.

5. Предложите и обоснуйте тактику дальнейшего лечения.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4.17**

Пациентка Д.Ф., 28 лет, поступила в нефрологическое отделение городской больницы с жалобами на отечность лица, рук, невозможность разомкнуть веки после пробуждения, эпизодическую головную боль в височной области, общую слабость, недомогание. Ранее за медицинской помощью не обращалась, лечилась самостоятельно приемом фуросемида.

Объективно: лицо пастозное, кожный покров бледный, сухой. АД – 180/110 мм рт.ст. Сердечные тоны ритмичные, акцент II тона над аортой. В легких дыхание везикулярное, диффузно ослабленное. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются.

ОАК: Hb – 100 г/л, эритроциты – 3,0х1012/л, гематокрит – 45%, лейкоциты – 7,8х109, СОЭ – 35 мм/ч.

ОАМ: относительная плотность – 1002, белок – 1,0 г/л, лейкоциты – 4-5 в поле зрения, эритроциты – 5-8 в поле зрения, цилиндры гиалиновые, зернистые.

Проба Реберга: креатинин – 230 мкмоль/л, скорость клубочковой фильтрации – 32 мл/мин./1,73м2, канальцевая реабсорбция – 96%.

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

**Вопросы:**

1. Определите и обоснуйте ведущий синдром,.
2. При каких нозологиях встречается данный синдром.
3. Какие дополнительные обследования необходимо провести для исключения амиолидоза почек
4. Принципы лечения.

.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4.18**

 Больная К. 44 лет поступила в стационар в состоянии средней степени тяжести. Жалобы на момент поступления на прогрессирующее пожелтение кожных покровов, слабость, снижение работоспособности, периодические боли в правом подреберье не связанные с приемом пищи, запоры, нарушение менструального цикла, прибавка массы тела, одышка при ходьбе, снижение памяти, выпадение волос. При осмотре больная вялая, апатичная, кожные покровы чистые, сухие, пальцы утолщены, холодные на ощупь, цвет кожи персиковый, пастозность кожи рук, ног, лица, периорбитальная отечность. Из анамнеза – около 3-х лет отмечает длительные тупые головные боли, слабость, повышение температуры тела, снижение работоспособности.

Лабораторные данные: ОАК, ОАМ в пределах нормы.

**Вопросы:**

1.Какова этиология данного отечного синдрома?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4.19**

Больной Б. 29 лет 3 недели назад перенес ангину. Жалобы на тянущие боли в поясничной области, изменение цвета мочи (красноватый оттенок), отеки век, одутловатость лица. Объективно: обнаружена пастозность век и лодыжек. АД 160/100 мм ртст, тоны сердца ритмичные, ЧСС-75 в мин. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Данные по другим органам и системам без особенностей. Лабораторные данные: гемоглобин – 122 г\л, ЦП-1, ретикулоциты, лейкоциты, тромбоциты - в норме. ОАМ: плотность -1018, белок – 0,66 г\л, эритроциты 10-12 в поле зрения, лейкоциты 8-9 в поле зрения. Проба Нечипоренко: эр-7000 в 1 мл, лейк-3500 в 1 мл.

**Вопросы:**

Какова этиология данного отечного синдрома?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4.20**

Больная Н. 51 года обратилась с жалобами на появление отеков голеней и стоп на протяжении недели, периодическую головную боль, колющие боли в области сердца, плохой сон. Из анамнеза: около 2-х лет отмечает повышение давления до 160/100 мм ртст, последние 3-и недели отмечает ухудшение самочувствия, АД стало повышаться до 190/100 мм рт. Лечение было скоррегировано участковым врачом: к эналаприлу, эгилоку, гипотиазиду был добавлен коринфар-ретард, на фоне лечения цифры АД стабилизировались, но появились отеки на ногах. Объективно: обнаружены отеки голеней и стоп. АД 130/80 мм ртст, тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС-75 в мин. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Данные по другим органам и системам без особенностей. Лабораторные данные: гемоглобин – 134 г\л, ЦП-1, ретикулоциты, лейкоциты, тромбоциты - в норме. ОАМ: светло-желтая, плотность -1018, белок – отсут, эритроциты 1-2 в поле зрения, лейкоциты 2-4 в поле зрения. Биохимический анализ крови: общий белок – 80 г\л, билирубин – 18,8 мкмоль/л; сахар крови - 4,7 ммоль\ л; холестерин – 6,2 ммоль\ л, креатинин – 0,081 ммоль\ л.

**Вопросы:**

1.Какова этиология данного отечного синдрома?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4.21**

Больная Б. 58 лет поступила с жалобами на резкие, распирающие боли в области левой голени, отек голени, симптомы появились внезапно и нарастают в течении суток. Из анамнеза больной: страдает ИБС, АГ, хроническим бронхитом. Объективно: левая голень увеличена в размере, засчетувеличения мышечного объема голени, кожа левой голени слегка цианотичная, пальпация болезненна. Данные по органам и системам без особенностей. АД 120/80 мм ртст, PS=89 в мин.

На момент поступления на ЭКГ ритм синусовый с ЧСС 94 в мин., отклонение ЭОС влево, гипертрофия ЛЖ, нарушены процессы реполяризации по задней стенки ЛЖ; на ЭХО-КГ увеличена масса миокарда, толщины стенок МЖП и ЗС левого желудочка, ФВ=69%. ОАК, ОАМ – без отклонений.

**Вопросы:**

1.Какая этиология данного отечного синдрома?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4.22**

Больной С 62 лет, поступил в нефрологическое отделение с жалобами на выраженные отеки ног, головные боли при повышении АД максимально до 190/110 мм рт ст., общую слабость.

Из анамнеза стало известно, что АД повышается около 15 лет, но пациент по этому поводу не обследовался, гипотензивные не получал. Отеки появились 3 месяца назад. Обратился по месту жительства, получал фуросемид, энам, эгилок без особого эффекта. Направлен к нефрологу ООКБ.

При поступлении состояние тяжелое. Бледный. Кожные покровы чистые, суховаты на ощупь. В легких дыжание везикулярное, ослабленное в нижних отделах. Тоны сердца ритмичны, глухие. ЧСС 90 в мин, АД 180/100 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме, определяется жидкость. Симптом Пастернацкого положит с обеих сторон. Отеки стоп, голеней, бедер, нижней части живота.

Обследование:

OAK: Hb -72 г/л, ЦП 0,88, эритроциты - 2.85 \*1012/л, лейкоциты - 13.4- 8,7\*109/л, тромбоциты- 258 \*109/л, СОЭ-28-61 мм/ч , п/я-1 % с/я-74%, лимфоциты - 20 %, моноциты - 4%, эоз-1%.

БАК: сахар крови-4.51 , ммоль/л; мочевина 24 ммоль/л; креатинин - 519 мкмоль/л, общ.белок - 42 г/л; РМП на сифилис, гепатиты отрицат, билирубин общ-8.3 мкмоль/л, холестерин 6,4 ммоль/л. Ревмат. ф-р-отр,Среакт белок- отр., АЛАТ-6, АСАТ-14, гаммаГТ-16.1,АЬР-68.8,АФП-6.8,СА19.9-Оед\мл,СА-15.3-8.7ЕД/МЛ. онкомаркеры в норме.

РМП на сиф отр.

Протромбиновое время-13.1, протром. индекс-104, фибриноген-5.6,

LЕ клетки не обнар.

ПСА-0.7 НГ/мл,

Аутоантител к денатурировssднк в крови положит,аутоантитела к неденатурировdsднкig Остриц, прямая проба Кумбса отриц.

Ревм фактор 3,5 норма, антитела к модифицированному цитруллинированному

виментину не отнаружены.

ОAM : уд.вес-1006 , белок-4,2 ,эпителий поч-0-1 лейкоциты 30-40 в п/зр, эритроциты нет в п/зр., цилиндры гиалиновые - 2-3 в п/зр,зер-0-1в п\зр

Исследование стернального пунктата: костный мозг содержит повышенное количество ядерных элементов,неравномерно распределённых по препарату. Бласты 1 % ядерного сое тава Зернистый росток составляет 71 % преобладают молодые формы нейтрофилов (ПСИ 1,02) Лимфоциты 13.0 % ядерного состава. Красный росток сужен, сосавляет 13,1% ИСАО, 88. Кроветворение по нормобластическому типу. Мегакариоцитарный росток активно функционирует.

Гематолог: В настоящее время данных за заболевание крови нет. Лейкемоидная реакция миелоидного типа.

Патогистологическое исследование полипа сигм. кишки: кусочки железистого полипа толстой кишки. Окраска на амилоид отрицательная.

Посев мочи: Рост бакфлоры не обнаружен.

УЗИ почек : правая 119 х 62 х 22-23 мм, левая 124 х 60 х 22-23 мм, контуры неровные положение типичное, паренхима выражено неоднородна, синусы расширены, пирамидки набухшие.

Узи внутренних органов: признаки диффузных изменений печени, поджелудочной железы, признаки гепатомелии, признаки реактивных изменений стенок желчного пузыря, двустороннего гидроторакса.

Рентгеноскопия легких: Эмфизема легких. Пневмосклероз. Выпот в синусы.

Рентгеноскопия пищевода, желудка: Признаки гастрита, бульбита. Рентгеноскопия органов грудной полости: лёгочные поля без добавочных теней. В пределах синусов сохраняется жидкость.аключ: эмфизема лёгких. Пневмосклероз. Выпот в синусы.

Рнтгеноскопия желудка, пищевода и 12 п кишки: акт глотания не нарушен. Пищевод свободно проходим, контуры его ровные.Ампула формируется, кардия смыкается. Свод и газовый пузырь желудка не изменён. В положении лёжа расположен под куполом диафрагмы. Желудок обычно расположен, содержит слизь и жидкость .Перистальтика обычной глубины, симметричная . Эвакуация своевременная, привратник проходим.Луковица 12п кишки с розовыми контурами. Отмечается с-м воздуха в ловушке: пассаж по 12 п кишке не нарушен.

ЭГДС: без патологии.

УЗИ предстательной железы:. Эхографические признаки ДГПЖ небольших размеров, задержки мочи.

ЭКГ: Синусовый ритм с ЧСС 80 в мин., ЭОС горизонтальная, признаки гипертрофии левого желудочка.

ЭхоКС: Склероз аорты. Умеренная концентрическая гипертрофия стенок левого желудочка. Нарушение диастолической функции миокарда левого желудочка по модели аномальной релаксации. Краниограмма: без патологии. Колоноскопия: полип сигмовидной кишки.

Лор: Без видимой патологии.

Окулист: ангиопатия сетчатки.

**Вопросы:**

1. Поставьте диагноз.

2.Обоснуйте дтагноз

3. Назначьте лечение.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4.23**

У больной Л., 37 лет, внезапно возникла острая боль в правой поясничной области, иррадиирующая в бедро: поведение беспокойное, мочеиспускание учащенное. В анализе мочи свежие эритроциты.
**Вопросы:**

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие исследования предлагаете провести для уточнения диагноза?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4.24**
Больная И., 30 лет, поступила в клинику с жалобами на боль в поясничной области, повышение температуры тела до 39°С, озноб. Больна 2-й день.
Правильного телосложения. Температура тела 39°С. Пульс 100 уд./мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. В легких везикулярное дыхание. Язык сухой, не обложен. Живот мягкий. Симптом Пастернацкого положителен слева. Положителен бимануальный симптом острого пиелонефрита. Дизурии нет. Микрогематурия, лейкоцитурия.
При УЗИ отмечается дилатация чашечно-лоханочной системы слева. Подвижность левой почки ограничена. Ультразвуковая картина правой почки не изменена.
На обзорном снимке мочевой системы на уровне поперечного отростка L3 слева – тень, подозрительная на конкремент, размерами 9х4 мм. На экскреторных урограммах патологических образований в чашечно-лоханочной системе правой почки нет. Пассаж контрастного вещества по мочеточнику не нарушен. Слева умеренная пиелоэктазия. В вышеописанной тени конкремента выявляется расширение мочеточника. Положительный симптом Лихтенберга. При обзорной урографии тень конкремента совпадает с тенью контрастированного мочеточника при экскреторной урографии.
**Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. Какие лечебные мероприятия показаны?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4.25**

 Больной Б. 32 лет отмечает частую заболеваемость ангиной и вирусными инфекциями, 3-4 раза в год, появившуюся в последнее время отечность лица. Накануне выезжал на природу, переохладился. Обратился к врачу с жалобами на тянущие боли в поясничной области, изменение цвета мочи (красноватый оттенок), отеки век, одутловатость лица, отеки ног. Объективно: обнаружена отеки век и лодыжек. АД 130/80 мм ртст, тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС-85 в мин. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Температура 37 градусов. Данные по другим органам и системам без особенностей. Лабораторные данные: гемоглобин – 122 г\л, ЦП-1, лейкоцитоз, тромбоциты - в норме, СОЭ 24 мм в час. ОАМ: плотность - 1029, белок – 2,98 г\л, эритроциты 10-12 в поле зрения, лейкоциты 8-9 в поле зрения. Проба Нечипоренко: эр-7000 в 1 мл, лейк-3500 в 1 мл.

**Вопросы:**

1. Ваш диагноз

2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4.26**

Больная С. 64 лет поступила в клинику с жалобами на повышение АД, головную боль, периодические боли в сердце, отеки лица, ног, тяжесть и боли в поясничной области. Много лет страдает ИБС, АГ, остеохондрозом. Лечится гипотензивными, принимает ситуационно нитраты и часто принимает анальгетики при головной боли, диклофенак при болях в суставах. Объективно: обнаружена пастозность век, отеки лодыжек и поясничной области. АД 180/100 мм ртст, тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС-106 в мин. Симптом Пастернацкого слабоположительный с обеих сторон. Данные по другим органам и системам без особенностей. Лабораторные данные: гемоглобин – 136 г\л, ЦП-1, эритроциты – 5,6 в л, лейкоциты – 7,2 в л, тромбоциты 214 в л, СОЭ – 12 мм в час. ОАМ: плотность -1038, белок – 4,06 г\л, эритроциты 5-8 в поле зрения, лейкоциты 10-11 в поле зрения. Проба Нечипоренко: эр-4000 в 1 мл, лейк-3000 в 1 мл. Биохимический анализ крови: общий белок – 53 г\л, билирубин – 16,7 мкмоль/л; сахар крови - 5,4 ммоль\ л; холестерин – 8,8 ммоль\ л, креатинин – 0,081 ммоль\ л.

**Вопросы:**

1. Ваш диагноз

2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4.27**

Больной К. 58 лет поступил в клинику с жалобами периодические боли в сердце, возникающие при нагрузке, одышку, жажду, сухость во рту, отеки ног, дискомфорт в поясничной области. Страдает ИБС, имеет 10-и летний стаж АГ, 8 летний стаж сахарного диабета, последние 5 лет проводит коррекцию гипергликемии инсулином. Объективно: обнаружена пастозность век, отеки лодыжек, голеней и поясничной области. АД 150/100 мм рт. ст., тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС-75 в мин. Симптом Пастернацкого слабоположительный с обеих сторон. Данные по другим органам и системам без особенностей. Лабораторные данные: гемоглобин – 116 г\л, ЦП-0,9, эритроциты – 4,6 в л, лейкоциты – 7,2 в л, тромбоциты 214 в л, СОЭ – 12 мм в час. ОАМ: плотность -1017, белок – 3,06 г\л, эритроциты 5-8 в поле зрения, лейкоциты 10-11 в поле зрения. Проба Нечипоренко: эр-3000 в 1 мл, лейк-3500 в 1 мл. Биохимический анализ крови: общий белок – 50 г\л, билирубин – 15,4 мкмоль/л; сахар крови - 12,3 ммоль\ л; холестерин – 7,5 ммоль\ л, креатинин – 0,081 ммоль\ л.

Предположительный диагноз, распишите план обследования, лечения и прогноз пациента:

**Вопросы:**

1. Ваш диагноз

2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз.

**Тема 5 Дифференциальная диагностика суставного синдрома (ревматоидный артрит, подагра, первично-деформирующий остеоартроз, реактивные артриты и др.)**

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА** **5.1**

Больная Л. 48 лет работает преподавателем, обратилась в поликлинику с жалобами на боли в пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах кистей, лучезапястных, плечевых, голеностопных суставах, в плюснефаланговых суставах стоп; слабость в кистях; утреннюю скованность до обеда; субфебрильную температуру по вечерам, общую слабость. Из анамнеза. Считает себя больной около 3 месяцев, когда появились боли в суставах. За медицинской помощью не обращалась, лечилась нестероидными противовоспалительными мазями, без улучшения. В течение последнего месяца появились боли и припухание в суставах кистей, стоп, в лучезапястных и голеностопных суставах, утренняя скованность в течение дня, субфебрильная температура тела. Похудела за период болезни на 6 кг. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, цианоза, отѐков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 78 ударов в минуту. АД - 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края рѐберной дуги. Локальный статус: кисти правильные. II, III проксимальные межфаланговые суставы и II, III пястно-фаланговые суставы болезненные, припухшие. Болезненность в лучезапястных суставах, плечевых суставах. Хват кистей правой 80%, левой – 70%. Оценка самочувствия по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) – 60 мм. Обследование. Общий анализ крови: эритроциты – 3,5×1012/л, гемоглобин – 131 г/л, лейкоциты – 8,6×109/л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 55%, лимфоциты – 30%, моноциты - 6%, СОЭ – 54 мм/ч. Биохимические анализы крови: глюкоза – 3,2 ммоль/л, общий билирубин – 15 мкмоль/л, креатинин – 54 мкмоль/л; общий белок – 76 г/л, альбумины - 50%, глобулины: α1 – 6%, α2 – 14%, β – 12%, γ - 17%, СРБ – 17,2 мг, фибриноген – 5,8 г/л, мочевая кислота - 0,24 ммоль/л (норма 0,16-0,4 ммоль/л). Ревматоидный фактор: ИФА - 62 МЕ/мл (в норме до 15 МЕ/мл). Антитела к ДНК – отрицательные. АЦЦП >200 Ед/мл. На рентгенографии кистей, стоп: суставные щели умеренно сужены на уровне проксимальных суставов кистей. Определяются единичные эрозии. Костная структура изменена за счѐт эпифизарного остеопороза на уровне пястно-фаланговых суставов, плюснефаланговых суставов, единичных кистовидных просветлений.

 **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

5. Через 6 месяцев регулярной терапии: гемоглобин – 134 г/л, СОЭ – 38 мм/час, СРБ - 10,2 мг/л, РФ – 17,2 МЕ/мл, сывороточное железо – 19 мкмоль/л. Сохраняются боли во II, III пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах кистей, лучезапястных суставах, утренняя скованность до 2-3 часов. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5.2**

Пациент З. 43 лет предъявляет жалобы на утомляемость, слабость, головные боли, одышку при ходьбе, боли в области коленных суставов, возникающие при спуске по лестнице, «стартовые» боли, утреннюю скованность в течение 20 минут, ограничение объѐма движений. Анамнез болезни: болеет около 4 лет, когда появились вышеперечисленные жалобы, за медицинской помощью не обращался, занимался самолечением, принимал настои трав, периодически (1-2 раза в год) – массаж суставов и туловища. Начало заболевания постепенное: появились умеренные боли в коленных суставах после значительной физической нагрузки, в вечерние часы и в первую половину ночи, утренняя скованность в течение 10 мин. На фоне относительно стабильного течения болезни 2-3 раза в год – ухудшение самочувствия: усиление болей в коленных суставах и появление их припухлости. Анамнез жизни. С подросткового и юношеского возраста наблюдалась значительная прибавка веса, что связывал с хорошим питанием и малоподвижным образом жизни. Работал бухгалтером, последние 6 лет – заместителем главного бухгалтера предприятия. Наследственный анамнез: мать страдает сахарным диабетом, отец умер в 52-летнем возрасте от инфаркта миокарда, имел какое-то заболевание суставов. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Объективный статус: состояние удовлетворительное, правильного телосложения, повышенного питания. Рост – 180 см, вес – 107 кг, окружность талии – 115 см. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Периферических отѐков нет. Тонус мышц нормальный. Суставы обычной формы, движения не ограничены, крепитация в коленных суставах при движении. Дыхательная система: частота дыханий – 18 в 1 минуту. Пальпация грудной клетки безболезненная, голосовое дрожание умеренно ослаблено над всей поверхностью легких. Перкуторно – лѐгочный звук, аускультативно – дыхание везикулярное с обеих сторон, хрипов нет. Сердечно-сосудистая система: верхушечный толчок не пальпируется. Перкуторно: правая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя – нижний край III ребра, левая – 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца у верхушки умеренно приглушены, акцент II тона над аортой, ЧСС – 84 удара в минуту, ритм правильный. АД - 165/95 мм рт. ст. Пищеварительная система: язык и слизистая полости рта розового цвета, чистые. Живот увеличен в объеме, симметричный, участвует в акте дыхания, мягкий. Пальпация органов брюшной полости затруднена за счет избыточной подкожно-жировой клетчатки. Размеры печени по Курлову – 9×8×7 см. Размеры селезенки – 8×5 см. Лабораторные и инструментальные данные. Общий анализ крови: эритроциты – 4,9×1012/л, гемоглобин – 147 г/л, лейкоциты – 8,2×109/л, эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 67%, лимфоциты – 25%, моноциты – 4%. Общий анализ мочи: относительная плотность – 1019, белок – 0,033 г/л, эпителий – единичный в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, альбумины – 55%, глобулины – 45%, билирубин общий – 18 мкмоль/л, прямой – 13 мкмоль/л, непрямой – 5 мкмоль/л, глюкоза – 6,4 ммоль/л, общий холестерин – 7,1 ммоль/л, холестерин липопротеинов высокой плотности – 0,78 ммоль/л, триглицириды – 2,6 ммоль/л, содержание фибриногена – 5,3 г/л. ЭКГ: ритм синусовый, 80 в мин. Горизонтальное пол. эл. оси. Гипертрофия левого желудочка.

 **Вопросы:**

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования.

4. Проведите дифференциальный диагноз.

5. Составьте план лечения.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5.3**

Женщина 75 лет предъявляет жалобы на боль в поясничном отделе позвоночника, в мелких суставах кистей, боль в коленных суставах, особенно при первых движениях после периода покоя. Утренняя скованность около 30 мин. Указанные жалобы беспокоят более 10 лет, периодически принимала Диклофенак 100 мг/сут с положительным эффектом. В последнее время пациентка стала отмечать сложности при одевании, принятии душа, подъѐме и спуске по лестнице из-за боли в суставах. Сопутствующие заболевания: около 10 лет повышение АД до 180/110 мм рт. ст., 5 лет назад перенесла инфаркт миокарда. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы нормальной окраски, влажности. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Пастозность голеней. Вес - 96 кг, рост - 162 см. Узелковая деформация II-V дистальных межфаланговых суставов и II-III проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей. Дефигурация коленных суставов за счет периартикулярного отѐка, при сгибании коленных суставов интраартикулярный хруст, объѐм движений не изменѐн, пальпация и движения умеренно болезненны. Припухлость и деформация грудино-ключичного сочленения справа, пальпация его безболезненна. Болезненность при пальпации паравертебральных точек поясничного отдела позвоночника. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 86 ударов в минуту. АД - 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Клинический анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, лейкоциты - 7,7×109/л, СОЭ - 15 мм/час. Биохимический анализ крови без патологии. Иммунологический анализ крови: ревматоидный фактор отрицательный, Среактивный белок - 8 мг/л. Общий анализ мочи без патологии.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте развѐрнутый диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какова тактика ведения больной (немедикаментозная и медикаментозная)?

5. Какие дополнительные назначения необходимо сделать с учѐтом сопутствующих заболеваний?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5.4**

Больная К. 56 лет обратилась в поликлинику с жалобами на боли в левом коленном суставе, усиливающиеся в положении стоя или при нагрузке, периодически возникающий хруст при активных движениях в данном суставе. По утрам после пробуждения ощущает скованность движений в левом коленном суставе, которая длится 15-20 минут. Боли появились около 2 лет назад и постепенно усиливались. При осмотре: суставы внешне не изменены, деформации и дефигурации не отмечаются. Объѐм активных и пассивных движений незначительно снижен в левом коленном суставе. Атрофии окружающих тканей нет. Анализ крови: без отклонений от нормальных значений, СОЭ - 22 мм/ч, РФ - отрицательный. Рентгенограммы коленных суставов: На снимке левого колена в переднезадней проекции определяют сужение суставной щели с медиальной стороны. На боковом снимке определяют субхондральный склероз с формированием остеофитов.

**Вопросы:**

1. Какие изменения на рентгенограммах?

2. Предположите наиболее вероятный диагноз. Ответ обоснуйте.

3. Укажите факторы риска данного заболевания.

 4. Перечислите медленнодействующие препараты, модифицирующие симптомы болезни. Ответ обоснуйте.

5. Назначьте лечение больной в данной клинической ситуации. Выбор обоснуйте.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5.5**

Больной Ж. 47 лет поступил в ревматологическое отделение с жалобами на ноющие боли в плюснефаланговых суставах I пальцев обеих стоп, правом голеностопном и левом коленном суставах, усиливающиеся к утру (в момент пробуждения) и при движениях, ограничение объѐма движений в вышеперечисленных суставах, отѐчность голеней и стоп, эпизодически выявляемое повышение АД до 160/110 мм рт. ст. (регулярно АД не контролирует, терапии не получает), ноющие боли в правой поясничной области. Работает в офисе, ведѐт малоподвижный образ жизни. Диет не соблюдает. Наследственный анамнез: мать больного 70 лет страдает гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа, отец умер в возрасте 65 лет от инфаркта миокарда. Считает себя больным в течение последних 5 лет, когда впервые на фоне полного благополучия появились сильнейшие жгучие, пульсирующие боли в области плюснефалангового сустава I пальца левой стопы около двух часов ночи, вследствие чего больной не мог вновь заснуть. Боли в суставе сопровождались появлением его припухлости, кожа над ним покраснела, стала горячей, натянутой и блестящей. Повысилась температура тела до 38,2°С. Болевой синдром не купировался приемом Парацетамола. Кроме того, появились резкое ограничение движений в этом суставе, болезненность при дотрагивании до него, соприкосновении с простыней. К утру интенсивность боли заметно ослабела, но припухлость сустава сохранялась. К врачам пациент обращаться не стал, ничем не лечился; через 2-3 суток боли в I плюснефаланговом суставе левой стопы купировались полностью, через несколько дней спустя исчезла и припухлость сустава. Второй приступ болезни последовал примерно через 1 год, с вовлечением в процесс правого голеностопного сустава. Боли в суставе носили аналогичный характер, сопровождались общими явлениями в виде субфебрилитета, недомогания, в продромальный период пациент отметил потерю аппетита, гиперсаливацию и жажду. Обратился к врачу-терапевту участковому, при обследовании выявлены ускоренное СОЭ до 52 мм/час, гиперфибриногенемия (6,88 г/л), гиперурикемия (мочевая кислота в крови - 546 мкмоль/л), гиперхолестеринемия (общий холестерин - 7,2 ммоль/л, липидные фракции не исследовались), гликемия натощак - 6,0 ммоль/л, на рентгенограмме правого голеностопного сустава изменения не обнаружены. Был назначен Индометацин в дозе 150 мг/сут, на фоне приема которого болевой синдром регрессировал. В дальнейшем пациент отметил, что частота приступов артрита составляла ранее 1 раз в год, а с течением времени кратность обострений болезни увеличилась до 3-4 раз в год. В последние 3 года отмечаются эпизоды повышения АД, появились боли в поясничной области, в связи с чем было проведено УЗИ почек, которое выявило камень в нижнем полюсе правой почки размером 13 мм.

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

 **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту для терапии заболевания? Обоснуйте свой выбор.

5. Выберите тактику ведения пациента в межприступный период. Обоснуйте Ваш выбор.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5.6**

Больная М. 30 лет обратилась в поликлинику с жалобами на выраженные боли и припухание суставов кистей, лучезапястных и коленных суставов, на боли при жевании в нижнечелюстных суставах, утреннюю скованность в суставах кистей до 14-15 часов дня, потерю веса на 6 кг за последние 4 месяца, выраженную общую слабость. Из анамнеза: около 7 месяцев назад впервые возникли боли в суставах кистей, лучезапястных, а затем коленных суставах. К врачам не обращалась, самостоятельно принимала Диколофенак, а затем Нимесулид с некоторым положительным эффектом. На фоне приѐма данных препаратов возникли боли в эпигастрии, изжога. При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела 37,4 ºС. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Изменения суставов кистей представлены на рисунке. В области левого локтевого сустава 2 подкожных плотных узелковых образования размером 0,5×0,5 см. Коленные суставы дефигурированы за счет экссудативных изменений, определяется гипертермия кожи при пальпации, положительный симптом баллотирования надколенника с обеих сторон. DAS 28 = 5,6. В лѐгких дыхание с жѐстким оттенком, хрипов нет. ЧДД - 17 в минуту. Тоны сердца приглушены, шумов нет, ритм правильный. ЧСС - 78 ударов в минуту. АД - 132/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии и пилородуоденальной зоне. Печень и селезѐнка не увеличены. В анализах крови: гемоглобин - 86,4 г/л, лейкоциты - 9,1×109/л, тромбоциты - 219 тыс., СОЭ - 76 мм/час (по Вестергрену). Электрофорез белков: альбумины - 43,7%, глобулины: 1 - 4,9%, 2 - 12,8%, - 12,4%, - 26,2%. СРБ - 54,7 мг/л, ревматоидный фактор (РФ) – 22,1 ЕД/л (норма 0-40 ЕД/л). Сывороточное железо – 6,2 мкмоль/л. Рентгенография кистей: околосуставной остеопороз и единичные кисты в эпифизах II-III пястный костей справа, сужение суставных щелей обоих лучезапястных суставов, IIIV слева и II-III пястно-фаланговых проксимальных суставов справа. Эзофагогастродуоденоскопия: яркая гиперемия слизистой антрального отдела желудка с 3 эрозивными дефектами, складки слизистой утолщены.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте развѐрнутый диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какой базисный препарат вы бы рекомендовали в качестве лекарственного средства первого выбора? Обоснуйте свой выбор.

5. Опишите изменения суставов кистей на представленном рисунке.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5.7**

Больной 64 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на припухание и боль в правом голеностопном суставе и мелких суставах правой стопы, покраснение кожи над ними, ограничение движений в них. Анамнез: страдает внезапными приступами болей в суставах правой стопы около 8 лет, когда впервые на фоне относительного благополучия ночью появились интенсивные боли в первом пальце правой стопы. В последующем артрит неоднократно рецидивировал. Боль в области правого голеностопного сустава присоединилась в течение последних 6 месяцев. Неоднократно безболезненно с мочой отходили конкременты желтовато-бурового цвета размером до 3–4 мм. Объективно: телосложение правильное, повышенного питания. В области хрящевой части ушных раковин пальпируются безболезненные плотные образования величиной 0,3 0,2 см, белесоватые на изгибе. Отмечаются костные деформации в области 1 и 2 плюснефаланговых суставов правой стопы, сочетающиеся с припухлостью, покраснением кожи и повышением местной температуры над этими же суставами. Правый голеностопный сустав припухший, болезненный при пальпации. Кожа над суставом блестит, синевато- багрового цвета, горячая. АД - 170/105 мм рт. ст. ЧСС - 84 удара в минуту. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 2 см от срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Мочевая кислота - 780 ммоль/л, холестерин крови - 6,7 ммоль/л, триглицериды – 2,7 ммоль/л, ЛПВП – 1,0 ммоль/л; глюкоза натощак – 6,2 ммоль/л, через 2 часа после приема 75 г глюкозы – 6,4 ммоль/л.

 **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какой будет Ваша тактика лечения в период острого приступа и в межприступный период?

5. Каким препаратам следует отдать предпочтение для коррекции артериальной гипертензии и гиперхолестеринемии и почему?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5.8**

Больная М. 21 года заболела после переохлаждения. Заболевание началось с повышения температуры до 39°С, боли и припухлости в коленных, голеностопных и локтевых суставах, увеличения и болезненности подчелюстных лимфоузлов. На щеках яркий румянец. Беспокоят острые боли в нижних отделах лѐгких при глубоком вдохе, кашле. При осмотре: состояние тяжѐлое, кожные покровы бледноватые, подчелюстные лимфоузлы увеличены, немного болезненны и уплотнены. Припухлость коленных, голеностопных и локтевых суставов, кожа над ними горячая. Движения в этих суставах болезненны. В области декольте дисковидные высыпания. Пульс - 118 в минуту, ритмичный. АД - 190/40 мм рт. ст. Правая граница относительной тупости сердца на 1 см смещена вправо от правого края грудины, верхняя - достигает III ребра, левая - на 1,5 см левее левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца ослаблены, систолический шум на верхушке, ритм галопа. В нижнезадних отделах лѐгких - жѐсткое дыхание, шум трения плевры. Периферические отѐки нижних конечностей. В анализах крови – анемия, тромбоцитопения, лейкопения. В анализах мочи выраженная протеинурия, изменѐнные эритроциты, зернистые и восковидные цилиндры, суточная потеря белка 4 г.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предположительный диагноз.

2. Укажите диагностические критерии основного заболевания.

3. Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?

4. Выберите дополнительные методы обследования.

5. Обоснуйте лечебную тактику, выбор препаратов.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5.9**

Женщина 65 лет, пенсионер, обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в коленных, тазобедренных, дистальных межфаланговых суставах кистей, в поясничном отделе позвоночника, возникающие при нагрузке и движениях, больше к вечеру, затихающие в покое; утреннюю скованность до 20 минут. Не может точно определить давность заболевания. Отмечает постепенное, в течение 5-7 лет, нарастание вышеописанных болей в перечисленных суставах и поясничном отделе позвоночника. Ранее не обследовалась, не лечилась. Последние 20 лет пациентка работает уборщицей в школе (продолжает работать и на пенсии), отмечает частые интенсивные физические нагрузки. При осмотре: рост - 160 см, вес - 80 кг. Кожные покровы телесного цвета, повышенной влажности. Отѐков нет. Коленные суставы деформированы, кожные покровы над ними обычной окраски, местная температура не изменена, небольшое ограничение подвижности за счет болезненности, при активных движениях в коленных суставах слышен хруст. Отмечается болезненность при пальпации и ограничение подвижности дистальных межфаланговых суставов; их внешний вид представлен ниже. Остальные суставы не изменены. Болезненна пальпация остистых и поперечных отростков поясничного отдела позвоночника, движения в этом отделе ограничены из-за болезненности. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, 78 в минуту. АД - 135/80 мм рт. ст., границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Лабораторно. Общий анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, лейкоциты - 6,7×109/л, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные – 57%, лимфоциты – 30%, моноциты - 6%, СОЭ - 20 мм/ч. Рентгенография коленных суставов: сужение суставных щелей, субхондральный склероз, краевые остеофиты. Рентгенография кистей: многочисленные остеофиты дистальных межфаланговых суставов, умеренно выраженное сужение суставных щелей, остеосклероз.

 **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Составьте план лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.

5. Определите прогноз и трудоспособность пациента.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5.10**

Мужчина 45 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на боль в левом колене, которая началась накануне, ночью. Со слов пациента, боль появилась внезапно, когда он уже лѐг спать после обильного ужина. В течение примерно 3 часов боль была очень интенсивной, в связи с чем пациент принял Парацетамол две таблетки по 500 мг, после чего боль несколько уменьшилась, но полностью не купировалась. Пациент отрицает аналогичные приступы болей в колене ранее, однако несколько месяцев назад был эпизод интенсивной боли в первом плюснефаланговом суставе правой стопы после переохлаждения, сопровождавшийся покраснением сустава и невозможностью опираться на ногу. Тот эпизод прошел полностью самостоятельно без какого-либо лечения в течение 3 суток, наиболее интенсивной была боль в первые 3-4 часа. Пациент отрицает факты травм, операций, гемотрансфузий. В течение 2 лет страдает артериальной гипертензией, по поводу которой принимает гидрохлортиазид. Накануне вечером пациент употреблял большое количество красного вина и ел мясные отбивные, так как отмечал семейное событие. Курение, употребление наркотических препаратов отрицает. При осмотре: рост - 180 см, масса тела - 109 кг, ИМТ - 33,6 кг/м2. Температура тела 37,1 °С, ЧСС - 90 ударов в минуту, частота дыхания - 22 в минуту, АД - 129/88 мм рт. ст. Кожные покровы обычной окраски, имеется незначительная гиперемия воротниковой зоны. Со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы без отклонений от нормы, живот мягкий, безболезненный, размеры печени и селезѐнки в пределах нормы. Левый коленный сустав увеличен в объѐме за счѐт экссудации, кожа над ним гиперемирована, локальная температура повышена. Пациент ограничивает активные движения в суставе из-за болей, придает колену полусогнутое положение. Пассивные движения ограничены в таком же объѐме, при максимальном сгибании и разгибании боль усиливается. Пальпация сустава резко болезненна, определяется значительный выпот в коленном суставе, крепитация отсутствует. Другие суставы без патологических проявлений, объѐм движений в них полный. Увеличения паховых лимфатических узлов нет. В общем анализе крови имеется лейкоцитоз 9,1×109/л, сдвига лейкоцитарной формулы нет, СОЭ - 28 мм/ч, в остальном – без отклонений.

 **Вопросы:**

1. Опишите основные характеристики суставного синдрома у данного пациента.

2. Какой наиболее вероятный предположительный диагноз?

3. Какие диагностические исследования будут являться ключевыми для подтверждения диагноза?

4. Какие клинические признаки указывают на предполагаемый диагноз?

5. Каковы принципы медикаментозной терапии данного заболевания?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5.11**

Мужчина 56 лет в течение 12 лет отмечает повышение уровня мочевой кислоты до 850 мкмоль/л. Нерегулярно принимает Аллопуринол. Отмечал несколько приступов артрита в области локтевых и плечевых суставов за последние 2 года. В течение 3 лет повышение АД до 200/120 мм рт. ст. Лечение комбинацией ингибиторов АПФ – Эналаприл 10 мг и блокаторов медленных кальциевых каналов – Амлодипин 10 мг - неэффективно. Масса тела избыточная. Отмечена пастозность лица и нижних конечностей. Температура тела 36,6 °С. Имеются тофусы в области проксимальных межфаланговых суставов с обеих сторон, в области локтевых суставов. В лѐгких дыхание везикулярное. Сердце: тоны правильные, 80 в минуту, акцент II тона над аортой. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезѐнка не увеличены. Анализ крови: Нв – 110 г/л, лейкоциты – 5,4×109/л, СОЭ – 12 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность 1,008 г/л, белок – 0,066 г/л, лейкоциты – 3–4 в поле зрения, цилиндры – до 15 в поле зрения, кристаллы мочевой кислоты. Креатинин сыворотки крови – 200 мкмоль/л.

**Вопросы:**

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.

2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5.12**

Женщина 42 лет, менеджер, обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на боль и припухание в области II-IV проксимальных межфаланговых суставов, II-III пястно-фаланговых суставов, лучезапястных, коленных суставах; утреннюю скованность в указанных суставах до середины дня; снижение веса на 4 кг за последние 2 месяца, слабость. При дополнительном расспросе отмечает, что стала хуже переносить физическую нагрузку: при подъѐме на 3-4 этаж появляется одышка, сердцебиение. Указывает, что из-за болей и скованности в суставах стала хуже справляться с профессиональными обязанностями. Больной себя считает в течение полугода, когда впервые появились и постепенно прогрессировали указанные симптомы. К врачам не обращалась, старалась больше отдыхать, нерегулярно принимала анальгин, без существенного эффекта. Ухудшение состояния отмечает в последние два месяца, когда значительно усилились боли в суставах, появилась скованность, похудание, затем - слабость и сердцебиение. По совету соседки принимала аспирин, диклофенак (в последние 1,5 месяца – ежедневно), с незначительным положительным эффектом. При осмотре: состояние удовлетворительное, положение активное, температура – 36,4°С. Кожные покровы бледные, сухие. Рост – 168 см, вес – 54 кг, ИМТ – 19,1 кг/м2. При осмотре костно-мышечной системы II-IV проксимальные межфаланговые, II-III пястнофаланговые суставы, лучезапястные, коленные суставы отечные, болезненные при пальпации, движения в них ограничены. Определяется баллотирование надколенников, западение межкостных промежутков на обеих кистях. Число болезненных суставов (ЧБС) - 12, число припухших суставов (ЧПС) - 10. В лѐгких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС – 104 в минуту. АД – 120/80 мм рт.ст. Язык не обложен, влажный. Живот обычных размеров и формы, участвует в дыхании, безболезненный при пальпации. Печень - 9(0)×8×7 см. Селезѐнка не увеличена. Поколачивание по поясничной области безболезненное. Стул оформленный 1 раз в сутки, без патологических примесей. Мочеиспускание 4-5 раз в сутки, дизурии нет. Общий анализ крови: эритроциты - 3,3×1012/л, гемоглобин – 95 г/л, МСН – 24 пг, MCV – 75 фл, лейкоциты - 7,9×109/ л, базофилы – 0%, эозинофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 69%, лимфоциты – 18%, моноциты - 11%, тромбоциты – 392×109/л, СОЭ - 35 мм/час. Общий анализ мочи: прозрачная, удельная плотность – 1010, реакция – слабо кислая, белок и сахар – отсутствуют, эпителий плоский – 4-6 в поле зрения, лейкоциты – 3-5 в поле зрения, эритроциты, бактерии – отсутствуют. Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,8 ммоль/л, креатинин – 85 мкмоль /л, СКФ – 68 мл/мин, билирубин – 14,5 мкмоль/л, АСТ – 24 МЕ/л, АЛТ – 30 МЕ/л, мочевая кислота – 224 мкмоль/л, СРП – 30,5 мг/л. РФ – 120 МЕ/л, антинуклеарный фактор — отрицательный. Общая самооценка здоровья пациентом – 56 мм по шкале ВАШ. Рентгенография кистей и стоп: околосуставной остеопороз, преимущественно в IIIV проксимальных межфаланговых, II-III пястно-фаланговых суставах.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.

4. Какие препараты симптоматического действия Вы бы назначили пациентке в течение 5-7 дней до получения результатов дообследования (с указанием дозы и кратности приѐма)? Обоснуйте свой выбор.

5. Пациентка дообследована: железо сыворотки – 6 мкмоль/л, ОЖСС – 58 мкмоль/л, ферритин – 115 нг/мл, витамин В12 – 450 нг/мл, фолиевая кислота – 45 нг/мл, проба Зимницкого – без патологии, суточная протеинурия – отрицательная, на ФГДС – грыжа пищеводного отверстия диафрагмы I степени, хронический гастрит; на флюорографии лѐгких без патологии; осмотр гинеколога – без патологии. Определите дальнейшую тактику ведения данной пациентки. Обоснуйте свой выбор.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5.13**

Больная 19 лет, беременность 7-8 недель, поступила в клинику с жалобами на боли в мелких суставах кистей, стоп, их отечность. Беспокоит утренняя скованность до 30 минут.

Проживает в сельской местности, часто употребляет в пищу речную рыбу.

 С 11 лет страдает узловатой эритемой. Заболела 5 лет назад, когда впервые появились боли в кистях рук. Затем с течением времени начали болеть другие суставы.

При осмотре кожные покровы чистые, бледно розовые, выявлена отечность кистей рук и нарушение их функции из – за боли. В легких дыхание везикулярное, ЧДД 16 в минуту, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 74 уд. в мин, АД – 120/70 мм.рт.ст. Живот спокоен. Стул и диурез не изменены.

ОАК: эритроциты 3,5\*10/9, гемоглобин 100 г/л, лейкоциты 12,0\*10/9, тромбоциты 220\*10/9, п/я-2, с/я-68, э-10, л-15, м-5, СОЭ – 30 мм в час.

ОАМ: светлая, желтая, прозрачная, удельный вес – 1016, белок – отр, сахар – отр.

Биохимия крови: СРБ “+”, РФ “-”

Рентгенография суставов – без патологии.

Дуоденальное зондирование – обнаружены описторхии в трех порциях желчи.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте клинический диагноз и обоснуйте его

2. Составте план дополнительного обследования

3.С какими заболеваниями необходимо проводить дифф. диагноз

4Лечебная тактика

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5.14**

Больной 29 лет поступил в клинику с жалобами на боли в левом голеностопном суставе, отечность сустава, боли при ходьбе.

Из анамнеза известно, что 5 лет назад перенес гонорею, отец страдает ревматоидным артритом.

 При осмотре кожные покровы чистые, бледно розовые, левый голеностопный сустав отечный, подвижность ограничена из – за болевых ощущений. При ходьбе пациент прихрамывает. В легких дыхание везикулярное, ЧДД-18 в минуту, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 84 уд. в мин, АД – 110/70 мм.рт.ст. Живот спокоен. Стул и диурез не изменены.

ОАК: эритроциты 4,5\*10/9, гемоглобин 130 г/л, лейкоциты 16,0\*10/9, тромбоциты 220\*10/9, п/я-2, с/я-68, э-0, л-20, м-10, СОЭ – 20 мм в час.

ОАМ: светлая, желтая, прозрачная, удельный вес – 1018, белок – отр, сахар – отр.

Биохимия крови: СРБ отр, РФ отр.

В мазке гонококки не обнаружены

ПЦР на хламидии отр

Рентгенография сустава – без патологии.

Осмотр лор врача – хронический гайморит, вне обострения

Осмотр стоматолога – ротовая полость санирована.

**Вопросы:**

1.Предположительный диагноз и его обоснование

2. Проведите дифференциальный диагноз

3. Дополнительные методы обследования

3.Лечебная тактика

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5.15**

Больная 69 лет поступила в клинику с жалобами на боли в коленных, тазобедренных суставов, их деформацию, головные боли. Ходит с помощью костылей. Из анамнеза известно, что 25 лет отмечает боли в суставах, неоднократно лечилась в стационарах и амбулаторно. При осмотре суставы деформированы, отека нет, кожные покровы над суставами обычной окраски. Движения в коленных и тазобедренных суставах невозможны, из – за выраженной деформации. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 64 уд. в мин, АД – 150/90. Живот спокоен. Отеков нет.

ОАК: СОЭ – 11мм.в час.

ОАМ: без патологии

Биохимия крови: СРБ отр, РФ отр.

ЭКГ: Синусовый ритм с ЧСС – 78, ЭОС отклонена влево. Признаки гипертрофии левого желудочка. Блокада правой ножки пучка Гиса.

**Вопросы:**

1.Предположительный диагноз и его обоснование,

2. Проведите дифференциальный диагноз.

3.Дополнительные методы обследования,

4.Назначьте лечение данному больному.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5.16**

 Больной 43 лет поступил в клинику с жалобами на боли в суставах кистей (II и III пястно-фаланговый и проксимальные межфаланговые), а также в плюснефаланговых, коленных, лучезапястных, голеностопных суставах.При осмотре суставы отечные, при движение резкая болезненность. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 96 уд. в мин, АД – 120/70. Живот спокоен. Отеков нет.

ОАК: лейкоцитоз, СОЭ – 20

ОАМ: без патологии

Биохимия крови: СРБ “+”, РФ “-”

ИФА на хламидии “+”

Был поставлен диагноз реактивного артрита и назначено лечение. После окончания курса лечения хламидийной инфекции, суставной синдром сохранялся. Был поставлен диагноз ревматоидного артрита и назначено лечение.

При дополнительном обследовании в крови было выявлены

LE-клетки “+”

**Вопросы:**

1.Какой природы суставной синдром у данного больного, , обоснуйте.

2.Проведите дифференциальный диагноз.

3.Дополнительные методы обследования,

4.Назначьте лечение данному больному.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5.17**

Больной 57 лет поступил в клинику с диагнозом гипертонической болезни. На 4 сутки госпитализации появилась температура 38, боли и сильный отек левой голени. Был заподозрен тромбофлебит глубоких вен голени.При осмотре левая голень равномерна отечна. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 96 уд. в мин, АД – 140/70. Живот спокоен.

ОАК: выраженный лейкоцитоз, СОЭ – 28

ОАМ: без патологии

Биохимия крови: СРБ “++”, РФ “-”

Доплер сосудов нижних конечностей – без патологии.

Пункция левого коленного сустава – получен гной

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его,

2.Проведите дифференциальный диагноз.

3.Дополнительные методы обследования,

4.Назначьте лечение данному больному.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5.18**

Больная А., 32 года, домохозяйка, обратилась к терапевту с жалобами на боли в пястно-фаланговых суставах, «припухание» пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов 2–3 пальцев обеих кистей, затруднения при попытке сжать кисти в кулаки, длящиеся до середины дня, общую слабость, периодическую потерю чувствительности кончиков пальцев рук на холоде. Вышеуказанные симптомы появились около 4 нед. назад.
При осмотре: температура тела 36,7°С. Симметричное увеличение в объеме всех пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов 2–3 пальцев обеих кистей, боли при пассивных движениях в пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставах, положительный симптом сжатия стопы, побеление дистальных фаланг пальцев кистей на холоде, сменяющееся их посинением в тепле. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 уд./мин. ЧСС 76/мин. АД 115 и 75 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.
В анализах крови: гемоглобин – 14,7 мг/дл, лейкоциты – 6,2 тыс., тромбоциты – 210 тыс., СОЭ – 29 мм/час. Креатинин – 1,0 мг/дл, глюкоза – 101 мг/дл, АСТ – 18 ед./л, АЛТ – 20 ед./л. С-реактивный белок – 1,5 мг/дл. АНФ – отрицательно. РФ в реакции Ваалера – Роуза – 1:160.
**Вопросы:**1. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его,

2.Проведите дифференциальный диагноз.

3.Дополнительные методы обследования,

4.Назначьте лечение данному больному и обоснуйте его

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5.19**

Женщина 24 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на слабость, повышение температуры тела до 39,2 °С, тянущие боли в поясничной области, частое, болезненное мочеиспускание в малых количествах. Из анамнеза известно, что считает себя больной с 14 лет, когда впервые отметила появление вышеуказанных жалоб, был диагностирован острый пиелонефрит, проведено лечение. В последующие 2 года неоднократные госпитализации с аналогичными жалобами, выставлен диагноз хронического пиелонефрита. В 16 лет больной было предложено санаторно-курортное лечение, которое дало положительные результаты. Ухудшение состояния около 2 недель назад, когда после переохлаждения появились озноб, повышение температуры тела до 39 °С, сильные приступообразные боли в поясничной области, которые иррадиировали вниз живота, сопровождающиеся частым болезненным мочеиспусканием. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Рост – 175 см. Вес – 64 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Отѐков нет. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области положительный справа. Частое болезненное мочеиспускание. В анализах: лейкоциты – 8,9×109/л, СОЭ – 36 мм/час, мочевина – 4,3 ммоль/л, креатинин – 72,6 мкмоль/л, общий белок – 46 г/л. СКФ – 92 мл/мин/1,73м2. Общий анализ мочи: удельный вес – 1009, белок – 0,5, лейкоциты – вне поле зрения, слизь, клетки плоского эпителия. Обзорная и экскреторная урография – почки расположены обычно, теней конкрементов не выявлено. Имеется грибовидная деформация чашечек, шейки вытянуты, лоханка атонична. Контуры почек неровные, снижено накопление контраста справа. Уродинамика не нарушена.

 **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Проведите дифференциальный диагноз.

5. Предложите и обоснуйте тактику дальнейшего лечения.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5.20**

Женщина 59 лет обратилась на приѐм к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли механического и стартового характера в коленных суставах (больше справа), которые уменьшаются при использовании топических и пероральных НПВП. Из анамнеза известно, что данные симптомы беспокоят пациентку в течение 5 лет и постепенно прогрессируют. Ранее за медицинской помощью пациентка не обращалась, по совету знакомых использовала эластичный наколенник при ходьбе, обезболивающие препараты – 1-2 раза в неделю. Отмечает усиление болевого синдрома в течение 2 недель, после чрезмерной физической нагрузки (работа на дачном участке). Из-за усиления болевого синдрома увеличила частоту приѐма обезболивающих средств. В настоящее время, находясь на пенсии, продолжает работать продавцом в магазине. Пять лет назад была диагностирована язвенная болезнь ДПК. Больная получила соответствующее лечение и в настоящее время жалобы характерные для этой патологии отсутствуют. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 35 кг/м2. Окружность талии – 104 см, окружность бедер – 110 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. При осмотре костно-мышечной системы определяется незначительная экссудация в правом коленном суставе, варусная деформация коленных суставов, hallux valgus с обеих сторон. При пальпации суставов болезненность в проекции щели правого коленного сустава. Сгибание в коленных суставах справа до 100-110 градусов, слева до 120-130 градусов, боль при максимальном сгибании справа, крепитация с обеих сторон. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 135/85 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. На рентгенограмме коленных суставов: незначительное сужение суставной щели, субхондральный склероз, мелкие краевые остеофиты. На рентгенограмме стоп – вальгусная деформация 1 плюснефаланговых суставов с обеих сторон, значительное сужение суставной щели и крупные остеофиты в 1 плюснефаланговых суставах с обеих сторон.

 **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Какие дополнительные методы обследования Вы бы назначили данному пациенту?

4. Определите план ведения пациентки с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов и профилактических мероприятий.

5. Пациентка повторно обратилась на консультацию через 5 лет. За это время отмечает прогрессирование суставного синдрома, ежедневную потребность в приѐме НПВ, недостаточный эффект от приѐма обезболивающих. На рентгенограмме коленных суставов – значительное сужение суставной щели, справа – до контакта костных поверхностей, крупные остеофиты. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5.21**

Женщина 68 лет обратилась на приѐм к врачу-терапевту участковому с жалобами на боль в коленных суставах при ходьбе в вечернее время и в первую половину ночи, утреннюю скованность до первых движений. Больше беспокоит правый коленный сустав. Из анамнеза известно, что периодические боли в коленных суставах при ходьбе появились около 15 лет назад. В периоды ухудшения обращалась к врачу-терапевту участковому, принимала НПВП, пользовалась противовоспалительными мазями. Последнее ухудшение в течение трѐх недель, связывает с длительной ходьбой, с ношением тяжестей. Больная самостоятельно принимала Найз по 1 таблетке в день около недели. Состояние улучшилось незначительно, и пациентка решила обратиться к врачутерапевту участковому. Семейный анамнез: оперирована по поводу желчнокаменной болезни 5 лет назад. Страдает ГБ 2 стадии, АГ 2 степени в течение 15 лет, принимает Эналаприл и Амлодипин. Работа пациентки связана с частым хождением по лестницам в течение дня. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 31 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Перкуторно: правая граница сердца – по правому краю грудины по правой парастернальной линии, верхняя граница сердца – нижний край III ребра по левой парастернальной линии, левая – по левой срединно-ключичной линии в пятом межреберье. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 76 ударов в минуту, АД – 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Коленные суставы деформированы, правый немного увеличен в объѐме за счѐт отѐка, болезненны при пальпации с медиальной стороны, движения ограничены, больше в правом коленном суставе. При движении в коленных суставах определяется крепитация. В общем анализе крови: эритроциты – 4,2×1012/л, гемоглобин – 136 г/л, ЦП – 0,9, тромбоциты – 289×109/л, лейкоциты – 5,7×109/л, эозинофилы – 1%, сегментоядерные – 65 %, палочкоядерные – 1 %, лимфоциты – 29%, моноциты – 4 %, СОЭ – 12 мм/час. В биохимическом анализе крови: билирубин – 18 мкмоль/л, АСТ – 25 ЕД/л, АЛТ – 29 ЕД/л, глюкоза – 4,9 ммоль/л, общий белок – 65 г/л, общий холестерин – 5,5 ммоль/л, СРБ – 1,5, креатинин – 77 мкмол/л, мочевая кислота – 348 ммоль/л. Рентгенограмма коленных суставов в прямой проекции: значительное сужение медиальной суставной щели коленных суставов, больше справа, субхондральный остеосклероз, краевые костные разрастания на краях суставных поверхностей.

 **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Назначьте лечение пациентке. Обоснуйте свой выбор.

5. Пациентка пришла на приѐм к врачу-терапевту участковому через 14 дней. При осмотре коленные суставы деформированы, в объѐме не увеличены, движения в полном объѐме. Ваша врачебная тактика, обоснуйте.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5.22**

В поликлинику к врачу-терапевту участковому обратилась женщина 56 лет. Предъявляет жалобы на боли в мелких суставах кистей, коленных суставах, хруст при движениях, ограничение движений. Анамнез заболевания: считает себя больной в течение 6 лет, лечилась самостоятельно народными средствами без существенного эффекта, за медицинской помощью не обращалась. Объективно: состояние удовлетворительное. Рост - 160 см, масса тела - 80 кг. Кожные покровы обычной окраски, умеренной влажности. Распределение подкожножировой клетчатки равномерное. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД -16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 70 ударов в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание не нарушены. Деформации и болезненность при пальпации дистальных межфаланговых суставов, при сгибании крепитация и болезненность в коленных суставах. При обследовании: общий анализ крови: эритроциты - 4,3×1012/л, Нв - 126 г/л, лейкоциты - 8,2×109/л, СОЭ - 12 мм/час. Рентгенография коленных суставов: незначительное сужение суставных щелей, остеофиты.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Составьте план обследования на амбулаторном этапе.

3. Составьте план лечения в условиях поликлиники.

4. Составьте план диспансерного наблюдения пациентки.

5. Оцените и обоснуйте наличие показаний для консультации врача-ревматолога.

**Тема 6 Дифференциальная диагностика диффузных заболеваний соединительной ткани (СКВ, узелковый периартериит, ревматоидный артрит, дерматомиозит, склеродермия)**

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА** **6.1**

Больная У. 24 лет, фельдшер, была направлена в стационар с жалобами на боли воспалительного ритма в суставах кистей, голеностопных суставах, наличие утренней скованности в суставах до 1 часа. Также отмечает повышение температуры тела до субфебрильных цифр по вечерам, появление сыпи на лице в области скул, общую слабость, выпадение волос. Из анамнеза: считает себя больной в течение 2 лет, когда начала отмечать появление гиперемии кожи лица и шеи в ответ на инсоляцию. С лета настоящего года после гиперинсоляции (отдыхала на юге) и перегревания появились эритематозные высыпания на шее, руках. Через две недели после возвращения домой отметила повышение температуры тела до фебрильных цифр. По месту жительства выставлен диагноз ОРЗ, проводилась терапия антибактериальными препаратами без эффекта. При дополнительном обследовании выявлен белок в моче. Направлена в стационар. При осмотре: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы: эритематозная сыпь в виде «бабочки» на коже лица, области декольте. Симметричные отѐки до нижней трети голеней. Слизистые чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 92 ударов в 1 минуту, АД - 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под края рѐберной дуги по срединно-ключичной линии. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул регулярный, оформленный. Припухлость в области II, III пястнофаланговых и II проксимальных межфаланговых суставов, в области голеностопных суставов; ограничение движений за счет болей, хват кистей - 80%; деформаций нет. Обследование. Общий анализ крови: эритроциты – 3,6×1012/л, гемоглобин – 86 г/л, тромбоциты – 100×109/л, лейкоциты - 1,6×109/л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 59%, лимфоциты – 25%, моноциты - 4%, СОЭ – 22 мм/ч. Общий анализ мочи – мутная, цвет - желтый, плотность – 1,022, реакция - кислая, белок – 0,560 г/л, глюкоза – отрицательная, лейкоциты - 20-25 в поле зрения. Биохимический анализ крови: креатинин – 118 мкмоль/л, мочевина - 8,8 ммоль/л, общий белок – 67 г/л, альбумины - 45%, α1 – 4%, α2 – 15%, β – 9%, γ - 27%, фибриноген – 6,3 г/л. Антитела к ДНК и антинуклеарный фактор – более 200 Ед/мл.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Препараты каких групп лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

5. Через 6 месяцев регулярной терапии и соблюдения рекомендаций: эритроциты - 4,4×1012/л, гемоглобин – 119 г/л, тромбоциты – 210×109/л, лейкоциты - 5,1×109/л, глюкоза натощак – 4,9 ммоль/л, общий холестерин – 4,9 ммоль/л, креатинин – 108 мкмоль/л, СКФ (по формуле CKD-EPI) = 60,3 мл/мин; суточная потеря белка – 0,240 г/сут. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6.2**

Больная Б. 38 лет предъявляет жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке, быструю утомляемость, слабость, эпизоды удушья, возникающие в горизонтальном положении, отѐки голеней и стоп. В возрасте 17 лет был выявлен ревматический порок сердца - недостаточность митрального клапана. При осмотре: состояние тяжелое. Акроцианоз. Отѐки голеней и стоп. ЧДД - 24 в минуту. При сравнительной перкуссии лѐгких справа ниже угла лопатки отмечается притупление перкуторного звука. При аускультации ослабленное везикулярное дыхание, в нижних отделах - небольшое количество влажных мелкопузырчатых хрипов. Левая граница сердца - на 3 см кнаружи от среднеключичной линии в VI межреберье. Аускультативная картина соответствует имеющемуся пороку. Ритм сердечных сокращений неправильный, ЧСС - 103 удара в минуту. АД - 110/65 мм рт. ст. Живот увеличен в объѐме за счѐт ненапряжѐнного асцита, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 13×12×10 см. Печень выступает из-под края рѐберной дуги на 3 см, край еѐ закруглѐн, слегка болезненный. На ЭКГ ритм неправильный, зубцы P отсутствуют.

**Вопросы:**

1. Выделите ведущий синдром.

2. Установите предварительный диагноз.

3. Наметьте план обследования пациента на первом этапе.

4. Определите тактику лечения.

5. К какому специалисту необходимо направить пациентку и с какой целью?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6.3**

Больная 42 лет, домохозяйка, обратилась к врачу-терапевту участковому со следующими жалобами: в течение нескольких лет периодически отмечала общую слабость, немотивированный подъѐм температуры до субфебрильных цифр. Месяц назад после ОРЗ появилась умеренная болезненность и припухлость II и III пястно-фаланговых суставов, II, III, IV проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей, лучезапястных суставов; утренняя скованность в течение 3 часов. Суставной синдром сопровождался повышением температуры тела до 37,3°С. Домашнюю работу выполняет с трудом. Объективно: кожные покровы обычной окраски, чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Левая граница относительной сердечной тупости по среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные. АД - 130/80 мм рт. ст. Отмечается дефигурация вышеперечисленных суставов за счѐт экссудативно-пролиферативных явлений, разлитая болезненность, активные и пассивные движения ограничены, болезненны. Общий анализ крови: лейкоциты - 9,0×109/л, СОЭ - 35 мм/час. Биохимическое исследование крови: ревматоидный фактор (РФ) – 1:80. Антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП) – 375,8 Ед/мл. Рентгенограмма суставов кистей: обнаружен околосуставной остеопороз, сужение суставной щели, единичные узуры костей.

 **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какой будет тактика лечения данного заболевания?

5. Какой базисный препарат целесообразно назначить в данном случае и почему?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6.4**

Мужчина 39 лет на приѐме у врача-терапевта участкового предъявляет жалобы на одышку, сердцебиение, кашель. Небольшую одышку и периодические сердцебиения отмечает в течение 5 лет. Около недели назад заболел ангиной с появлением высокой температуры, кашля. В ночь перед обращением к врачу не мог спать из-за выраженной одышки, усиливающейся в горизонтальном положении. В подростковом возрасте были частые ангины, на фоне которых беспокоили боли в крупных суставах. Наблюдался у врача-невролога по поводу хореи. Объективно: ортопноэ, акроцианоз, ЧДД - 28 в минуту, отѐки нижних конечностей, приподнимающий верхушечный толчок. Пульс слабого наполнения, аритмичен, 96 ударов в минуту. ЧСС по данным аускультации - 110 в минуту. Артериальное давление - 100/60 мм рт. ст., температура тела - 37,4 °С. Печень увеличена, слегка болезненна при пальпации. При перкуссии сердце увеличено влево и вправо. В нижних отделах лѐгких мелкопузырчатые хрипы. При аускультации сердца – аритмия с отсутствием периодов правильного ритма. На верхушке трѐхчленная мелодия с низким глухим дополнительным компонентом, акцент II тона на лѐгочной артерии. Трѐхчленная мелодия выслушивается в точке Боткина. Систолический и протодиастолический шум на верхушке. Систолический шум на верхушке усиливается на выдохе, проводится в аксиллярную область. Общий анализ крови: СОЭ - 32 мм/час, лейкоциты – 11300 в 1 мм3. Биохимическое исследование крови: С – реактивный белок (++++). ДФА – 0,500 (N до 0.200). **Вопросы:**

1. Сформулируйте предположительный диагноз.

2. Назовите критерии основного диагноза.

3. Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?

4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

5. Обоснуйте лечебную тактику, выбор препаратов.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6.5**

Женщина 48 лет, продавец, жалуется на выраженную слабость, недомогание, боли в пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах обеих кистей, ограничение объѐма движений, утреннюю скованность в указанных суставах до 10 часов, похудание. Больна 11 лет. Постепенно появились боль, припухлость, ограничение подвижности, утренняя скованность в течение 30 мин. во II-III пястно-фаланговых суставах, преимущественно в ночное и утреннее время, периодически – общая слабость, одышка при физической нагрузке. В последующем в процесс вовлеклись проксимальные межфаланговые суставы обеих кистей, лучезапястные суставы, снизилась масса тела, эпизодически отмечалось повышение температуры тела до 38,1°С. За медицинской помощью не обращалась, периодически принимала Нимесулид с хорошим эффектом. В течение последнего месяца появились боли в локтевых, голеностопных суставах и мелких суставах стоп, появилась припухлость этих суставов и увеличилась длительность утренней скованности, что существенно затрудняет самообслуживание. При осмотре: пониженного питания. Кожа бледная, тургор снижен. На разгибательной поверхности локтевых суставов - округлые плотные образования d=1-2 см, безболезненные при пальпации. С обеих сторон пальпируются увеличенные подчелюстные, подмышечные лимфоузлы, умеренно плотные, безболезненные. Атрофия мышц тыльных поверхностей кистей. Определяется припухлость и болезненность при пальпации II-IV пястно-фаланговых и II-III проксимальных межфаланговых суставов, переразгибание во II-III дистальных, сгибательная контрактура II-III проксимальных межфаланговых суставов с обеих сторон. Объѐм активных движений в указанных суставах снижен. Ульнарная девиация кистей. По внутренним органам – без патологии. Лабораторно. Общий анализ крови: гемоглобин - 70 г/л, эритроциты – 2,2×1012/л, лейкоциты - 8,8×109/л, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 38%, лимфоциты - 45%, моноциты - 9%, СОЭ - 58 мм/час, тромбоциты – 418,1×109/л. Биохимическое исследование крови: РФ - 104 МЕ/л (N - до 16 МЕ/л), фибриноген - 6,6 г/л, общий белок – 58 г/л, альбумины – 32%, глобулины: α1 – 6%, α2 – 16%, β – 19%, γ – 27%, СРБ – 18,6 мг/л (N - 1-6 мг/л). АЦЦП – 74 Ед/мл (N - до 10 Ед/мл). Рентгенограмма кистей: околосуставной остеопороз и единичные кисты в эпифизах II-III пястный костей справа, сужение суставных щелей обоих лучезапястных суставов, IIIV слева и II-III пястно-фаланговых проксимальных суставов справа.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Составьте план лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.

5. Определите прогноз заболевания и тактику дальнейшего ведения пациента.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6.6**

Женщина 25 лет, учитель, предъявляет жалобы на затруднение вдоха при ходьбе, подъеме на 2-й этаж, сухой кашель, повышение температуры до 38,6°С, сердцебиение, слабость. Два года назад, после ангины, возникли колющие боли в области верхушки сердца без связи с физической нагрузкой, различной длительности и интенсивности; появились летучие боли в коленных и плечевых суставах. За медицинской помощью не обращалась. Ухудшение 3 недели, лечилась амбулаторно по поводу ОРВИ (принимала Парацетамол). Несмотря на проводимое лечение, сохранялись слабость, кашель, колебания температуры в течение суток. При осмотре: кожа и видимые слизистые бледные, чистые, цианоз губ, кончика носа, цианотический румянец. Отѐков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах. Пульс малый, ослаблен на левой лучевой артерии, 90 ударов в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости: правая - 2 см вправо от правого края грудины, верхняя – нижний край II ребра, левая – на 0,5 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, трѐхчленный ритм, на верхушке сердца – хлопающий I тон, диастолический шум, во втором межреберье слева от грудины – акцент II тона, над мечевидным отростком – ослабление I тона. Живот симметричный, мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Лабораторно. Общий анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, эритроциты - 4,2×1012/л, лейкоциты – 12,1×109/л, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы - 53%, лимфоциты - 30%, моноциты - 6%, СОЭ - 37 мм/час. Общий анализ мочи: относительная плотность - 1019, белок – нет, лейкоциты – 3-4, эпителий - 1-2 в поле зрения. Биохимический анализ крови: фибриноген - 6,2 г/л, общий белок – 57 г/л, альбумины – 34%, глобулины: α1 – 6%, α2 – 14%, β – 18%, γ – 28%, СРБ – 7,5 мг/л (N - 1-6 мг/л).

 **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Составьте план лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.

5. Определите прогноз и трудоспособность пациента.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6.7**

Женщина 35 лет, бухгалтер, обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на общее недомогание, слабость, похудание на 5 кг за 3 месяца, мигрирующие боли в межфаланговых суставах кистей и голеностопных суставах, красные пятна неправильной формы на лице, субфебрильную температуру тела. Считает себя больной около 6 месяцев. Начало заболевания постепенное. Появились боли в межфаланговых суставах, их припухлость и гиперемия, поочерѐдно на правой и левой кисти. Постепенно присоединились слабость, недомогание. За медицинской помощью не обращалась. 2 месяца назад (июль) - отдых в Таиланде. После возвращения отметила ухудшение самочувствия: усилилась слабость, присоединились боли в голеностопных суставах, стала худеть без видимой причины, повысилась температура тела до 37,5°С, без ознобов. Отметила наличие красных пятен на лице, долгое время считала их последствиями загара. Во время очередного планового медосмотра выявлены анемия и изменения в моче, в связи с чем обратилась к врачу-терапевту участковому. При осмотре: кожные покровы и видимые слизистые бледные, «сосудистая бабочка» в области переносицы и щек неправильной формы, волосы тусклые, ломкие, имеются участки облысения. Подкожно-жировая клетчатка практически отсутствует. Отеков нет. Пальпируются подчелюстные, подмышечные, паховые лимфоузлы 0,5-1 см в диаметре, мягкой консистенции, безболезненные при пальпации. Тонус и сила мышц в норме, одинаковые с обеих сторон. Части скелета пропорциональны, кости при пальпации и поколачивании безболезненны. Отмечается припухлость проксимальных и дистальных межфаланговых суставов кистей и голеностопных суставов, болезненность при движениях в них, местная гиперемия. Грудная клетка нормостеничная, симметричная, равномерно участвует в дыхании. Перкуторно над лѐгкими ясный лѐгочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, 78 в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. Верхушечный толчок визуально и пальпаторно не определяется. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 0,5 см от правого края грудины, верхняя - нижний край III ребра, левая - на 1 см кнутри от среднеключичной линии. Аускультативно: тоны глухие, ритмичные, ЧСС - 78 в минуту. Отѐчность и гиперемия красной каймы губ. Живот симметричный, мягкий, безболезненный во всех отделах при поверхностной и глубокой пальпации. Печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, пальпация в их проекции безболезненна. Лабораторно. Общий анализ крови: гемоглобин - 100 г/л, эритроциты - 2,9×1012/л, цветовой показатель - 0,9; лейкоциты - 2,7×109/л, эозинофилы - 4%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные - 52%, лимфоциты - 35%, моноциты - 6%; СОЭ - 30 мм/ч, тромбоциты - - 98×10%. Общий анализ мочи: светло-жѐлтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес - 1,016; белок - 0,3 г/л, сахар - нет, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий почечный - 2-4 в поле зрения, эритроциты - 3-4 в поле зрения, цилиндры гиалиновые - 5-8 в поле зрения, цилиндры восковидные - 2-3 в поле зрения, соли - нет.

Биохимическое исследование крови: билирубин общий - 38,8 мкмоль/л, прямой - 8,2, непрямой - 30,6 мкмоль/л, креатинин - 0,09% ммоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л, ACT - 10,0 ммоль/л, АЛТ - 19,0 ммоль/л, холестерин - 4,0 ммоль/л, калий - 3,9 ммоль/л, общий белок - 86 г/л, альбумины - 45%, α1 - 3,5%, α2 – 10,5%, β - 13,6%, γ - 27,4%, фибриноген - 6,2 г/л, СРБ - + + +, серомукоид - 0,32 г/л. Обнаружены антитела к ДНК, антинуклеарный фактор, 6 LE-клеток на 1000 лейкоцитов. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС - 64 удара в минуту. Электрическая ось отклонена влево. Диффузные дистрофические изменения миокарда левого желудочка. Рентгенография органов грудной клетки: без патологии. Рентгенография суставов кистей и голеностопных суставов: патологических изменений не выявлено.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Составьте план лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.

5. Определите прогноз и трудоспособность пациента.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6.8**

Женщина 44 лет, программист, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на нарастающую общую слабость, боль, ограничение движений и онемение, преимущественно пальцев, в обеих кистях, незначительный сухой кашель, сердцебиение при физической нагрузке, снижение аппетита, сухость во рту, затруднение жевания и глотания. Считает себя больной с 32 лет: после сильного переохлаждения впервые стала отмечать онемение пальцев обеих рук при мытье их холодной водой, постепенно продолжительность онемения увеличивалась, оно стало возникать при незначительном понижении температуры воздуха. Одновременно появилась повышенная потливость обеих ладоней. Постепенно в течение 6 месяцев присоединилась общая слабость, снижение аппетита, в связи с чем больная обратилась в поликлинику по месту жительства. Было сделано исследование общего анализа крови, рентгенография органов грудной клетки, ФГДС, однако причина астенизации не была выявлена. Онемение пальцев рук сохранялось, постепенно появились ограничение подвижности пальцев и боли в ногтевых фалангах кистей. При повторном осмотре через год был выставлен диагноз ревматоидного артрита, и больной назначили Преднизолон по 20 мг/сут, с помощью которого боли были купированы, но онемение кистей рук сохранялось, и больная самостоятельно прекратила принимать Преднизолон. В 42 года после инсоляции больная стала отмечать затруднение глотания, присоединение сухого кашля и сердцебиения при ходьбе. В последние 6 месяцев резко усилились боли в ногтевых фалангах при попытке работы на клавиатуре компьютера. При осмотре: внешний вид больной представлен на рисунке. Кожные покровы равномерно гиперпигментированы. Кожа кистей и пальцев рук холодная, уплотнена, равномерно утолщена, не берѐтся в складку, морщины над межфаланговыми суставами отсутствуют. Ногтевые фаланги всех пальцев укорочены. Мышцы плечевого и тазового пояса атрофичны, предплечий – уплотнены, ригидны. Объѐм пассивных и активных движений в межфаланговых суставах резко снижен. Дыхание поверхностное, 24 в минуту. Выявлено уменьшение экскурсии легких и симметричное ослабление везикулярного дыхания в нижних отделах. АД - 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца неритмичные, 88 в минуту, единичные экстрасистолы; I тон над верхушкой и основанием мечевидного отростка ослаблен. Живот мягкий, безболезненный как при поверхностной, так и при глубокой пальпации. Лабораторно. Общий анализ крови: эритроциты - 3,1×1012/л, гемоглобин - 95 г/л, цветовой показатель - 0,85; лейкоциты - 15,3×109/л; эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 72%, лимфоциты – 17%, моноциты – 1%; СОЭ - 27 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий белок - 75 г/л; альбумины - 40%, глобулины - 60%, 1 - 3,8%, 2 – 12%; – 12%; – 32,2%; фибриноген – 6,6 г/л; СРБ (++). Повторные исследования LE клеток в крови отрицательны.

ЭКГ: Синусовый ритм. Полная блокада правой ножки пучка Гиса

Рентгенография органов грудной клетки: «сотовое» лѐгкое, явления пневмосклероза, преимущественно в нижних отделах. Рентгенография кистей: остеолиз дистальных фаланг, эпифизарный остеопороз..

 **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Определите тактику лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.

5. Определите прогноз болезни и трудоспособность пациента.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6.9**

Больная 29 лет жалуется на резкую одышку, заставляющую еѐ принимать вынужденное положение сидя, кашель с отделением мокроты, диффузно окрашенной свежей кровью. Наблюдается у врача-терапевта участкового по поводу заболевания сердца. Около 5 лет отмечает одышку при физической нагрузке, периодический кашель, сухой или со скудным количеством светлой мокроты. Иногда замечала в мокроте прожилки крови. Накануне поступления в больницу работала физически. Ночью проснулась из-за приступа удушья и бригадой скорой помощи доставлена в стационар. Объективно: состояние тяжѐлое. Румянец на щеках. Выраженный цианоз губ и языка. Отѐков нет. В лѐгких дыхание везикулярное, мелкопузырчатые влажные хрипы с обеих сторон в нижних отделах. Частота дыхательных движений (ЧДД) – 26 в минуту. При аускультации сердца ритм правильный, 88 в минуту, хлопающий 1 тонщелчок открытия митрального клапана на верхушке, акцент 2 тона на лѐгочной артерии, диастолический шум с пресистолическим усилением на верхушке и в 5 точке. Печень не увеличена. Живот мягкий, безболезненный при пальпации.

**Вопросы:**

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.

2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6.10**

Больная А. 24 лет жалуется на головную боль, слабость, боли в суставах. Больна 3 года. Заболевание началось с высокой температуры, появления эритематозной сыпи на туловище и конечностях и макрогематурии. Получала нерегулярно Преднизолон 30 мг в сутки, но в дальнейшем от лечения отказалась. Спустя год возник артрит, появилось генерализованное увеличение лимфоузлов. При обследовании был выявлен перикардит, плеврит. Настоящее ухудшение в течение 2 месяцев. Объективно: состояние тяжѐлое. Питание пониженное. Кожные покровы сухие, отмечаются участки эритематозной сыпи на коже спины. Пальпируются увеличенные лимфатические узлы до 1 см в диаметре. Отмечается скованность, отѐчность в межфаланговых суставах кистей. Деформаций нет. Дыхание ослабленное в нижних отделах с обеих сторон, там же притупление при перкуссии. Сердце расширено в поперечнике (14,5 см), тоны глухие. Пульс – 108 уд/мин., ритм правильный. Артериальное давление – 150/90 мм рт. ст. Печень выступает из-под края рѐберной дуги на 1,5 см. Селезѐнка не пальпируется. Отѐчность голеней. Анализ крови: гемоглобин – 64 г/л, эритроциты – 1,8×1012/л, тромбоциты – 180×109/л, лейкоциты – 4,2×109/л, СОЭ – 56 мм/ч. Анализ мочи: удельный вес – 1010, белок – 1,2%, в осадке до 40 эритроцитов в поле зрения, холестерин сыворотки крови – 6,4 ммоль/л, креатинин сыворотки крови – 124 мкмоль/л, общий белок сыворотки крови – 51 г/л, альбумин – 25 г/л. **Вопросы:**

1. Назовите предполагаемый диагноз.

2. Предложите план дополнительного обследования больного.

3. Чем обусловлены изменения лабораторных показателей?

4. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?

5. Предложите план лечения.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6.11**

Больная 18 лет, студентка. Жалобы на высыпания на щеках розового цвета, боли и припухлость лучезапястных, коленных суставов и пястно-фаланговых суставов, боли в правой половине грудной клетки, связанные с дыханием, повышение температуры тела до 38,7°С, повышенное выпадение волос.

Больна в течение 3 месяцев. Заболевание началось с повышения температуры, появления розовых высыпаний на щеках, болей в суставах и мышцах. За 3 месяца похудела на 5 кг. За неделю до поступления появился сухой кашель, боли в правой половине грудной клетки при кашле и глубоком вдохе.

Объективно: при осмотре очаги облысения на волосистой части головы, припухлость и болезненность вышеуказанных суставов, эритематозные высыпания сливного характера на щеках и спинке носа, шум трения плевры над нижними отделами правого легкого, тахикардия до 100 ударов в минуту, Т тела 37,8°С.

Общий анализ крови: Л – 3,2х109/л, эр - 3,6х1012/л, НВ – 102г/л, СОЭ – 32 мм/час. В крови обнаружены LE – клетки 5 на 1000 лейкоцитов.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

2. Назовите основные диагностические критерии заболевания у больной.

3. Какие дополнительные исследования необходимо назначить, предполагаемые результаты

4. Проведите дифференциальную диагностику.

5. Составьте план лечения и дайте характеристику назначенных лекарственных препаратов.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6.12**

Мужчина 25 лет обратился к врачу по поводу схваткообразных болей в животе и обильной геморрагической сыпи на конечностях. Появлению этих симптомов предшествовало обострение хр. тонзиллита, по поводу которого принимал сульфаниламидные препараты в течение 6 дней.

Объективно: при осмотре состояние удовл., на коже верхних и нижних конечностей симметричные папуллезно-геморрагические высыпания. При надавливании элементы сыпи не исчезают, Т тела 37,8С сохраняется в теч. 3-х дней. С-мы раздражения брюшины слабоположительные. При глубокой пальпации живот б/б, периферические л/у не увеличены. Со стороны внутренных органов без патологии. Симптомы жгута, щипка не выражены.

Свертываемость крови, длительность кровотечения, ретракция кровяного сгустка нормальная. Анализ мочи: микрогематурия. Анализ крови: эр - 4500000, Нв - 150г/л, цв. показ. - 1,0, тромбоциты – 300 тыс., Л - 10000, э - 10%, п - 4%, с - 70%, л - 12%, м - 4%, СОЭ - 20 мм/час.

**Вопросы:**

1. Какой диагноз предполагаете?

2. Какие допонительные методы исследования считаете нужным провести?

3. План лечения и профилактических мероприятий.

4. Содержание иммуноглобулинов какого класса повышено при данном заболевании? Каково понимание патогенеза болезни?

5. Назовите калибр поражения сосудов при этом заболевании.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6.13**

Больной 19 лет, поступил в стационар с жалобами на слабость, утомляемость, субфебрильную температуру. 2 года назад перенес ревматическую атаку с полиартритом, поражением митрального клапана (недостаточность). Настоящее ухудшение состояния наступило после переохлаждения.

Объективно: бледность, одышка до 26 в минуту в покое. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. При пальпации: верхушечный толчок разлитой и усиленный, расположен в IY – Y межреберье на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. В области IY – Y межреберья слева определяется систолическое дрожание. Границы сердца при перкуссии: правая – по правому краю грудины, верхняя – во II межреберье, левая – на 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии. При аускультации на верхушке сердца выслушивается дующий систолический шум, связанный с I тоном и занимающий 2/3 систолы; шум проводится в аксиллярную область и на спину, сохраняется в положении стоя и усиливается в положении на левом боку. Во II – III межреберье слева от грудины выслушивается протодиастолический шум, проводящийся вдоль левого края грудины. Частота сердечных сокращений 100 уд/мин. АД 105/40 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: Hb – 115 г/л, эритроциты – 4,3\*1012/л; лейкоциты – 10,0\*109/л, п/я – 4%, с/я – 54%, э – 3%, л – 36%, м – 3%, СОЭ – 35 мм/час.

Общий анализ мочи: уд. Вес – 1015, белок – следы, лейкоциты – 2-3 в п/зр., эритроциты – отсутствуют.

ЭКГ: синусовая тахикардия, отклонение электрической оси влево, интервал PQ 0,16 сек, признаки перегрузки левого желудочка и левого предсердия. Признаки перегрузки субэндокардиальной ишемии миокарда левого желудочка.

**Вопросы:**

1. Обоснуйте и сформулируйте диагноз по классификации.

2. Какие еще обследования необходимо провести больному?

3. Какие морфологические изменения определяют остроту течения процесса?

4. Проведите дифференциальный диагноз изменений со стороны сердечно-сосудистой системы.

5. Составьте план лечения данного больного.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6.14**

Больная Е., 31 год, почтальон. Жалобы при поступлении: на выраженные боли и припухание суставов кистей, лучезапястных, локтевых, плечевых и коленных суставов, на боли при жевании, на утреннюю скованность в пораженных суставах, длящуюся до 14–15 ч дня, на субфебрилитет, потерю веса на 6 кг за последние 4 мес., выраженную общую слабость.
Из анамнеза: около 7 мес. назад впервые в жизни возникли ноющие боли в суставах кистей, лучезапястных, а затем коленных суставах, общая слабость. К врачам не обращалась, старалась больше отдыхать, нерегулярно принимала метамизол натрий без существенного эффекта.  Состояние ухудшилось в последние 4 мес. (скованность, субфебрилитет, похудание), значительно усилились боли в суставах, в процесс вовлеклись локтевые, плечевые и височно-нижнечелюстные суставы. По совету соседки принимала ацетилсалициловую кислоту, индометацин с незначительным положительным эффектом, однако на фоне приема этих препаратов возникли боли в эпигастрии, изжога.
При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела – 37,4ºС. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, в области левого локтевого сустава 2 подкожных плотных узелковых образования размером 0,5х0,5 см. Отмечаются припухлость и гиперемия пястно-фаланговых, лучезапястных и локтевых суставов, ограничение объема активных и пассивных движений в суставах кистей, локтевых, плечевых суставах из-за болей. Определяется западение межкостных промежутков на обеих кистях. Коленные суставы дефигурированы, увеличены в объеме, определяются гипертермия кожи при пальпации, баллотирование надколенников. В легких дыхание с жестким оттенком, хрипов нет. ЧД – 17/мин. Тоны сердца несколько приглушены, шумов нет, ритм правильный. ЧСС – 78/мин. АД – 132 и 80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии и пилородуоденальной зоне. Печень и селезенка не увеличены.
В анализах крови: гемоглобин – 99,4 г/л, лейкоциты – 9,1 тыс., тромбоциты – 519 тыс., СОЭ – 46 мл/ч. Электрофорез белков: альбумины – 43,7%, глобулины:
α1 – 4,9%, α2 – 12,8%, β – 12,4%, γ – 26,2%. С-реактивный белок +++, фибриноген – 4,38 мг/дл, реакция Ваалера – Роуза – 1:1028. Железо – 152 мг/дл.
Рентгенография кистей: околосуставной остеопороз и единичные кисты в эпифизах II–III пястных костей справа, сужение рентгеновских суставных щелей обоих лучезапястных суставов, II–IV слева и II–III пястно-фаланговых суставов справа.
Эзофагогастродуоденоскопия: яркая гиперемия слизистой антрального отдела желудка, складки слизистой утолщены. Эрозий и язв не выявлено.
**Вопросы:**1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.

2. Какие еще обследования необходимо провести больному?

3. Проведите дифференциальный диагноз

4..Назначьте лечение и обоснуйте его.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6.15**

В поликлинику обратилась женщина 24 лет, у которой через 3 мес. после родов появились артриты мелких суставов кисти, непродолжительная утренняя скованность, слабость, утомляемость, повышение температуры тела до субфебрильных цифр во 2-й половине дня, усиленное выпадение волос. Давность вышеперечисленных жалоб – около 1 мес. Похудела на 5 кг.
**Вопросы:**1. Ваш предполагаемый диагноз?
2.  Какие методы необходимо использовать для обследования пациентки?

3. Проведите дифференциальный диагноз

4.. Какова будет лечебная тактика в данном случае?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6.16**

Больной 43 лет поступил в клинику с жалобами на боли в суставах кистей (II и III пястно-фаланговый и проксимальные межфаланговые), а также в плюснефаланговых, коленных, лучезапястных, голеностопных суставах.

При осмотре кожные покровы чистые, обычной влажности. Суставы кистей (II и III пястно-фаланговый и проксимальные межфаланговые), плюснефаланговые, коленные, лучезапястные, голеностопные отечные; при движение резкая болезненность. В легких дыхание везикулярное, ЧДД-16 в минуту, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 96 уд. в мин, АД – 120/70 мм.рт.ст. Живот спокоен. Стул и диурез не изменены.

ОАК: эритроциты 4,5\*10/9, гемоглобин 125 г/л, лейкоциты 14,0\*10/9, тромбоциты 220\*10/9, п/я-2, с/я-68, э-10, л-15, м-5, СОЭ – 20 мм в час.

ОАМ: светлая, желтая, прозрачная, удельный вес – 1016, белок – отр, сахар – отр.

Биохимия крови: СРБ “+”, РФ “-”

ИФА на хламидии “+”

Был поставлен диагноз реактивного артрита и назначено лечение. После окончания курса лечения хламидийной инфекции, суставной синдром сохранялся. Был поставлен диагноз ревматоидного артрита и назначено лечение.

При дополнительном обследовании в крови было выявлены

LE-клетки “+”

**Вопросы:**

1. Какой природы суставной синдром у данного больного

2. Обоснуйте выставленный вами диагноз

3. Проведите дифференциальный диагноз у данного больного

4. Какова будет лечебная тактика в данном случае?

**Тема 7 Геморрагические диатезы**

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7.1**

Больной 18 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в животе, рвоту, повышение температуры. Анамнез: заболел вчера (со слов больного, после сильного переохлаждения), когда у него появились боли в суставах рук и ног, повысилась температура до 38,5°С. Утром появилась частая рвота, боли в животе схваткообразного характера, вздутие живота. Объективно: у больного отмечено повышение температуры до 38°С, обложенный сухой язык. Патологии со стороны лѐгких и сердца не выявлено. Отмечается вздутие живота и напряжение передней брюшной стенки, положительный симптом ЩеткинаБлюмберга. Пульс – 110 в мин. АД - 110/70 мм рт. ст. На голенях обильные петехиальные высыпания. Выраженная припухлость и болезненность при пальпации голеностопных, коленных и лучезапястных суставов справа и слева. Общий анализ крови: эритроциты – 4,2×1012/л, гемоглобин – 136 г/л, тромбоциты – 200×109/л, лейкоциты – 21,0×109/л, эозинофилы – 12%, палочкоядерные – 10%, сегментоядерные – 68%, лимфоциты – 6%, моноциты – 4%, СОЭ - 42 мм/час. Биохимические исследования крови: креатинин – 290 мкмоль/л, АсАТ – 17 Ед/л; АлАТ – 23 Ед/л, глюкоза – 4,9 ммоль/л. Общий анализ мочи: удельный вес – 1021; белок – 0,068 г/л; лейкоциты – 6-8 в поле зрения; эритроциты – 20-25 в поле зрения свежие, неизмененные.

**Вопросы:**

1.Укажите основной синдром в клинической картине.

2.Сформулируйте предположительный диагноз.

3.С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику в первую очередь?

4.Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза?

5.Какие группы лекарственных препаратов и немедикаментозные методы лечения являются наиболее важными в терапии данного заболевания?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7.2**

Больная И. 39 лет обратилась в поликлинику с жалобами на сердцебиение, слабость в левой руке и ноге. Из анамнеза: известно, что 6 месяцев назад пациентка перенесла транзиторную ишемическую атаку. 3 месяца назад - ОНМК в бассейне средней мозговой артерии, Акушерский анамнез: 2 беременности, 1 роды. 1 беременность в возрасте 22 лет протекала нормально, родила здорового доношенного ребенка; 2 беременность в возрасте 36 лет закончилась смертью плода на 12 неделе беременности (подтверждена нормальная морфология плода). При осмотре: состояние больной средней степени тяжести. Моторная афазия. Отмечается пятнистость кожи цианотичного оттенка, напоминающая «кружева», локализующаяся в области бѐдер и ягодиц (сетчатое ливедо). Периферические лимфатические узлы не увеличены. Конфигурация суставов не изменена, объѐм движений полный. Над лѐгкими перкуторно лѐгочный звук, аускультативно хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ритм правильный. ЧСС - 96 ударов в минуту. АД - 120/75 мм рт. ст. Печень, селезѐнка не увеличены. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Клинический анализе крови: гемоглобин - 112 г/л, лейкоциты - 9×109/л, тромбоциты - 100×109/л, СОЭ - 46 мм/час. Антитела к нативной ДНК отрицательные. Волчаночный антикоагулянт положительный – 2,4 условные единицы (норма 0,8-1,2 условных единиц). Анализ мочи: относительная плотность - 1010, белок - 0,033 г/л, лейкоциты - 5-7, эритроциты - 0-2 в поле зрения. **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Препараты какой группы Вы бы рекомендовали пациенту для лечения и профилактики сосудистых осложнений? Обоснуйте свой выбор.

5. Есть ли показания к госпитализации данной больной? Обоснуйте.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА7.3**

Больной Т. 42 лет госпитализирован в стационар по направлению врача-терапевта участкового с жалобами на слабость, сонливость в дневное время, желтушность кожных покровов, чувство тяжести в правом подреберье, периодические носовые кровотечения после физической работы, увеличение живота в объѐме, отѐки на нижних конечностях в области стоп и голеней. В анамнезе: тяжесть в правом подреберье беспокоит в течение последних 3 месяцев. За последний месяц отметил нарастание общей слабости, увеличение живота и желтуху. Употребляет водку по 200 г ежедневно в течение последнего года, наблюдается у нарколога. Употребление наркотиков отрицает. Гемотрансфузий, оперативных вмешательств не было. Объективно: состояние средней тяжести. Сознание ясное. Тест связывания чисел – 40 сек. Рост – 178 см, вес – 62 кг. Кожа обычной влажности, желтушная. В области груди и верхней части спины видны «сосудистые звездочки». Склеры глаз иктеричны. Отѐки стоп и нижней трети голеней. В лѐгких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в минуту. При аускультации тоны сердца ритмичные, шумов нет. ЧСС – 78 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, малиновый, сосочки сглажены. Живот увеличен в объѐме, пупок сглажен, на передней брюшной стенке радиально от пупка определяются расширенные, извитые вены. В положении лѐжа живот распластан. При пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье. Размеры печени по Курлову - 15×15×13 см. Нижний край печени при пальпации плотный, бугристый. Стул оформленный, коричневый, без патологических примесей. Размеры селезѐнки - 15×12. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча тѐмно-жѐлтая. Общий анализ крови: эритроциты – 4,1×1012/л; Нb - 122 г/л; цветовой показатель – 0,9%; тромбоциты – 98×109/л, лейкоциты – 3,2×109/л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, лимфоциты – 29%, моноциты – 3%, СОЭ – 22 мм/ч. Биохимические анализы: общий билирубин – 130 мкмоль/л, прямой билирубин – 100 мкмоль/л, АЛТ – 120 Ед/л, АСТ – 164 Ед/л. МНО – 2, альбумин – 28 г/л. Фиброгастродуоденоскопия: варикозное расширение вен пищевода I ст. Ультразвуковое исследование брюшной полости: переднезадний размер правой доли печени – 170 мм, контуры чѐткие и неровные. Паренхима неравномерно диффузноповышенной эхогенности. Диаметр портальной вены – 16 мм. Желчный пузырь нормальных размеров, содержимое – желчь. Гепатикохоледох не расширен. Селезѐнка расположена обычно, структура однородная, паренхима средней эхогенности. Площадь селезѐнки – 36,1 см2. Свободная жидкость в брюшной полости.

**Вопросы**:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении? Обоснуйте свой выбор.

5. Какие возможны осложнения данного заболевания?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7.4**

Мужчина 35 лет, инженер-электрик, жалуется на выраженную слабость, одышку, сердцебиение при подъѐме до 2 этажа, потливость по ночам, появление синяков по всему телу, частые носовые кровотечения без видимой причины, десневые кровотечения при гигиене полости рта, ощущение тяжести в правом подреберье. Считает себя больным около месяца. Существенное ухудшение самочувствия в течение последней недели. Ежегодно проходит профосмотры, последний – 4 месяца назад, патологии не выявлено. Хронические заболевания отрицает. При осмотре: температура тела - 38,1 °С. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, влажные, множественные экхимозы различной локализации разной стадии «цветения». Отѐков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Над лѐгкими ясный лѐгочный звук, везикулярное дыхание, хрипов нет. АД - 110/70 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ритмичные, ясные, 98 в минуту, мягкий систолический дующий шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени пальпируется на уровне пупка, плотный, ровный, умеренно болезненный; поверхность печени ровная, плотная. в левом подреберье пальпируется нижний полюс селезѐнки на 3 см ниже края рѐберной дуги, плотный, ровный, умеренно болезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются. Лабораторно. Общий анализ крови: гемоглобин - 76 г/л, эритроциты - 2,9×1012/л, цветовой показатель – 0,79, тромбоциты – 21×109/л, лейкоциты - 35×109/л, бласты – 21%, эозинофилы - 0%, палочкоядерные нейтрофилы - 0%, сегментоядерные нейтрофилы - 79%, лимфоциты - 0%, моноциты - 0%; СОЭ - 76 мм/ч. Общий анализ мочи: жѐлтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес - 1016; белок, сахар - нет, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий - 2 в поле зрения, эритроциты, цилиндры, соли - нет. Биохимический анализ крови: билирубин общий - 48,8 мкмоль/л, креатинин - 0,196 ммоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л, общий холестерин – 5,9 ммоль/л, калий – 3,9 ммоль/л, общий белок – 76 г/л, Коагулограмма: АЧТВ - 50 с (норма - 32-42 с), ПТИ – 105%, фибриноген – 6 г/л.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Составьте план лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.

5. Определите прогноз и трудоспособность пациента.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА** **7.5**

Больная У. 24 лет, фельдшер, была направлена в стационар с жалобами на боли воспалительного ритма в суставах кистей, голеностопных суставах, наличие утренней скованности в суставах до 1 часа. Также отмечает повышение температуры тела до субфебрильных цифр по вечерам, появление сыпи на лице в области скул, общую слабость, выпадение волос. Из анамнеза: считает себя больной в течение 2 лет, когда начала отмечать появление гиперемии кожи лица и шеи в ответ на инсоляцию. С лета настоящего года после гиперинсоляции (отдыхала на юге) и перегревания появились эритематозные высыпания на шее, руках. Через две недели после возвращения домой отметила повышение температуры тела до фебрильных цифр. По месту жительства выставлен диагноз ОРЗ, проводилась терапия антибактериальными препаратами без эффекта. При дополнительном обследовании выявлен белок в моче. Направлена в стационар. При осмотре: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы: эритематозная сыпь в виде «бабочки» на коже лица, области декольте. Симметричные отѐки до нижней трети голеней. Слизистые чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 92 ударов в 1 минуту, АД - 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под края рѐберной дуги по срединно-ключичной линии. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул регулярный, оформленный. Припухлость в области II, III пястнофаланговых и II проксимальных межфаланговых суставов, в области голеностопных суставов; ограничение движений за счет болей, хват кистей - 80%; деформаций нет. Обследование. Общий анализ крови: эритроциты – 3,6×1012/л, гемоглобин – 86 г/л, тромбоциты – 100×109/л, лейкоциты - 1,6×109/л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 59%, лимфоциты – 25%, моноциты - 4%, СОЭ – 22 мм/ч. Общий анализ мочи – мутная, цвет - желтый, плотность – 1,022, реакция - кислая, белок – 0,560 г/л, глюкоза – отрицательная, лейкоциты - 20-25 в поле зрения. Биохимический анализ крови: креатинин – 118 мкмоль/л, мочевина - 8,8 ммоль/л, общий белок – 67 г/л, альбумины - 45%, α1 – 4%, α2 – 15%, β – 9%, γ - 27%, фибриноген – 6,3 г/л. Антитела к ДНК и антинуклеарный фактор – более 200 Ед/мл.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Препараты каких групп лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

5. Через 6 месяцев регулярной терапии и соблюдения рекомендаций: эритроциты - 4,4×1012/л, гемоглобин – 119 г/л, тромбоциты – 210×109/л, лейкоциты - 5,1×109/л, глюкоза натощак – 4,9 ммоль/л, общий холестерин – 4,9 ммоль/л, креатинин – 108 мкмоль/л, СКФ (по формуле CKD-EPI) = 60,3 мл/мин; суточная потеря белка – 0,240 г/сут. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7.6**

Мальчик 6 месяцев поступил в детское гематологическое отделение с жалобами матери на «синяки», увеличение в объёме правого локтевого сустава. Анамнез жизни: ребёнок от второй беременности, вторых родов. Вес при рождении - 3800 г, рост - 53 см. Вскармливание грудное, прикорм введён в 5 месяцев – овощное пюре. Голову держит с 1,5 месяцев. Прививки выполнены по графику. Старший брат здоров. Наследственность отягощена по материнской линии: у брата матери частые гемартрозы в детстве, приведшие к инвалидности. Анамнез заболевания: мать заметила появление большого количества синяков на животе у ребёнка после нахождения в ходунках. После проведения венепункции у мальчика появилось увеличение в объёме правого локтевого сустава. Общее состояние ребёнка средней тяжести. На осмотр реагирует адекватно. Достаточного питания. Кожные покровы бледные, на животе большое количество синяков разной степени давности. Видимые слизистые чистые, розовые. Большой родничок 1×1,5 см. Лимфатические узлы не пальпируются. Правый локтевой сустав отёчный, увеличен в объёме, движения в суставе ограничены, над суставом обширная гематома. Остальные суставы без особенностей. Дыхание в лёгких пуэрильное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Моча светлая, мочеиспускание свободное. Стул регулярный. В коагулограмме: АПТВ – 86,5 секунд, протромбиновое время – 16,8 секунд, МНО – 1,17, фибриноген – 2,22 г/л, тромбиновое время – 11,5 секунд, β-фибриноген – отрицательно, этаноловый тест – отрицательно, фактор XIII – 25%, фактор VIII – 1%, фибринолитическая активность – 9 минут 30 секунд, агрегация тромбоцитов с ристоцетином 1 мг/мл – 99 % (N – 87-102 %), c АДФ 10 мкмоль/л – 74 % (N – 71-88 %).

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Какая терапия показана ребёнку? Обоснуйте свой выбор.

4. Назовите показания к назначению профилактической терапии при данном заболевании. Какова схема проведения профилактической терапии?

5. Какие рекомендации по уходу и воспитанию Вы дадите родителям (опекунам) больного ребёнка?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7.7**

Мальчик 1,5 лет поступил в отделение с жалобами на припухлость и резкую болезненность при движении в области правого коленного сустава в течение 2 дней. Ребёнок второй в семье, старшая дочь – здорова. Дядя по линии матери страдает повышенной кровоточивостью (межмышечные гематомы, гемартрозы, кровотечения из ран). Мальчик 2 дня назад упал, после чего появились припухлость и резкая болезненность при движении в области правого коленного сустава. Из анамнеза жизни известно: ребёнок от второй беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания 1 половины, вторых родов. Роды в срок, самостоятельные, масса при рождении - 3250 г, длина тела - 52 см. Закричал сразу, к груди приложен в родовом зале, сосал активно, не срыгивал. Выписан из роддома на 5 сутки с чистой кожей, из пупочной ранки необильное кровянистое отделяемое в течение 2 недель. На грудном вскармливании до года. Прикормы введены в срок. Привит по возрасту, в местах внутримышечного введения вакцин отмечались небольшие гематомы. В 11 месяцев сел на игрушку, после чего в области ягодицы появилась обширная гематома, которую по рекомендации врача-педиатра участкового смазывали гепариновой мазью. Объективно: мальчик возбуждён, негативен при осмотре, занимает вынужденное положение. Телосложение правильное, удовлетворительного питания. Рост - 79 см, вес - 11 кг. Кожа бледная, на нижних конечностях различной степени давности гематомы до 3 см в диаметре. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно, распределён равномерно. Правый коленный сустав увеличен в объёме, кожа над ним блестит, горячая на ощупь, движения невозможны из-за резкой болезненности. Дыхание через нос свободное, отделяемого нет. Аускультативно пуэрильное дыхание, хрипов нет. Область сердца внешне не изменена. АД - 80/50 мм рт. ст. Гемодинамика стабильная. Живот правильной конфигурации, равномерно участвует в акте дыхания. При поверхностной и глубокой пальпации мягкий, безболезненный. Печень на 1 см выступает из-под края рёберной дуги, край гладкий, эластичный. Селезёнка не пальпируется. Стул 1 раз в сутки, оформленный, без патологических примесей. Дизурических расстройств нет. Моча – жёлтая. Общий анализ крови: RBC - 4,2×1012/л, Hb - 111 г/л, Ret - 8%, PLT - 300×109/л, WBC – 6,3×109/л, NEUT - 30%, EO - 1%, LYM - 63%, МON - 7%, СОЭ - 8 мм/час. Длительность кровотечения – 4 минуты. Время свертывания: начало – 7 минут, конец – 13 минут. Коагулограмма: АЧТВ - 63 секунды, фибриноген – 2,4 г/л, ПТИ - 92%, протромбиновое время - 12 секунд, фактор Виллебранда - 90%, VIII фактор - 3%, IX фактор - 73%.

 **Вопросы:**

1. Определите тип кровоточивости у больного. Что характерно для данного типа кровоточивости?

2. Сформулируйте клинический диагноз.

3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

4. Какова Ваша лечебная тактика?

5. Показано ли данному пациенту профилактическое лечение? Обоснуйте свой ответ.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7.8**

Мать с мальчиком 5 лет обратилась к врачу-педиатру участковому в связи с травмой коленного сустава у ребёнка. Жалобы на боли и ограничение движений в правом коленном суставе, которые появились через 2 часа после падения с велосипеда. Из анамнеза известно, что с возраста 1 года у мальчика после ушибов появляются обширные подкожные гематомы, несколько раз в год отмечаются кровотечения из носа. В возрасте 3 и 4 лет после ушибов возникала опухоль вокруг голеностопного и локтевого суставов, болезненность, ограничение движения в них. Все вышеперечисленные травмы требовали госпитализации и проведения специфической терапии. У младшего брата 6 месяцев также отмечаются длительные носовые кровотечения. При осмотре состояние ребёнка тяжелое. Жалуется на боль в коленном суставе, на ногу наступить не может. Кожные покровы бледные, на нижних конечностях, на лбу крупные экстравазаты. Правый коленный сустав увеличен в объёме, горячий на ощупь, болезненный, движения в нем ограничены. В области левого локтевого сустава имеется ограничение подвижности, небольшое увеличение его объёма как следствие травмы, перенесённой в 4-летнем возрасте. Общий анализ крови: гемоглобин - 100 г/л, эритроциты - 3,0×1012/л, ретикулоциты - 3%, тромбоциты - 300×109/л, лейкоциты - 8,3×109/л, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 63%, эозинофилы - 3%, лимфоциты - 22%, моноциты - 9%, СОЭ - 12 мм/час. Длительность кровотечения по Дьюку - 2 минуты 30 секунд. Время свёртывания крови по Ли-Уайту более 15 минут.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

4. Какая терапия должна быть назначена?

5. Почему боль в суставе возникла только через 2 часа после травмы?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7.9**

Мальчик А. 8 лет поступил в отделение больницы с жалобами, со слов матери, на боли и ограничение движений в левом коленном суставе, которые появились через несколько часов после ушиба. Из анамнеза известно, что дядя и дедушка ребёнка по материнской линии страдают длительными наружными кровотечениями, имеют поражение крупных суставов. На первом году жизни у ребёнка появились кровоподтеки и уплотнением на теле после ушибов, однократно кровотечение при прорезывании зуба, длительное кровотечение после травмы нижней губы. В возрасте 6 лет наблюдалось кровоизлияние в правый голеностопный сустав, затем в левый локтевой. Все перечисленные кровотечения требовали госпитализации и проведения специфической терапии. При осмотре состояние ребёнка тяжёлое. Жалуется на боль в левом коленном суставе, движения болезненны, на ногу ступать не может. Кожа бледная, многочисленные гематомы от 1 до 4 см в диаметре разных сроков давности. Левый коленный сустав увеличен в окружности на 2 см по сравнению с правым, горячий на ощупь, болезненный при пальпации, движения в нём ограничены. Левый локтевой сустав в окружности увеличен на 2 см, кожная температура не изменена, движения в нём ограничены. Масса мышц левого плеча уменьшена на 1 см по сравнению с правым. В общем анализе крови: Hb – 94 г/л, эритроциты – 3,7×1012/л, цветовой показатель – 0,77, ретикулоциты – 2,5%, тромбоциты – 230×109/л, лейкоциты – 9,0х109/л, палочкоядерные – 5%, сегментоядерные – 61%, эозонофилы – 1%, лимфоциты – 27%, моноциты – 6%, СОЭ – 14 мм/час. В общем анализе мочи: цвет соломенно-жёлтый, относительная плотность – 1029, белок – нет, рН – 6,0, эпителий плоский – единичные клетки в поле зрения, лейкоциты – 4–5 в поле зрения, эритроциты – неизменные единичные в поле зрения, цилиндры – нет, слизь, бактерии – нет.

 **Вопросы:**

1. Каков Ваш предполагаемый диагноз?

2. На что следует обратить внимание при сборе анамнеза жизни?

3. Почему боль в суставе возникла только через несколько часов после ушиба?

4. Какое исследование необходимо провести для подтверждения диагноза?

5. Назначьте лечение больному.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА** **7.10**

Мальчик 5 лет 10 дней назад перенёс ОРВИ, лечился амбулаторно, получал противовирусную и симптоматическую терапию. Данное заболевание началось два дня назад, когда появились боли в животе, однократная рвота. Осматривался врачом-детским хирургом, острая хирургическая патология исключена. В дальнейшем появилась отёчность стоп, на коже голеней – папулёзная геморрагическая сыпь. Направлен поликлиникой в стационар. При поступлении: состояние ребёнка тяжёлое. Вялый, лежит в вынужденной позе с поджатыми к животу коленями. Температура – 36,6°С. На коже нижних конечностей, ягодицах симметричная папулёзная геморрагическая сыпь, местами сливного характера. Сыпь безболезненная, при пальпации не исчезает. Отмечается отёчность в области голеностопных суставов, болезненность при пальпации и движении, над ними – геморрагическая сливная сыпь. В лёгких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС – 90 в минуту. АД – 90/40 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный по ходу кишечника. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень, селезёнка не пальпируются. Стул скудный, небольшими порциями, кашицеобразный. Мочится хорошо, моча светлая. Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, эритроциты. – 4,5×1012/л, тромбоциты – 435×109/л, лейкоциты – 10,5×109/л, сегментоядерные нейтрофилы – 58%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 33%, моноциты – 7%, СОЭ – 25 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок – 71 г/л, глюкоза – 5,0 ммоль/л, мочевина – 3,7 ммоль/л, креатинин – 0,7 мг/дл, билирубин общий – 10,2 мкмоль/л, АСТ – 25 Ед/л, АЛТ – 20 Ед/л, С-реактивный белок – 40 мг/л, фибриноген – 800 мг%. Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, относительная плотность – 1012, белок отсутствует, эпителий – 0-1 в поле зрения, лейкоциты – 0-1 в поле зрения, эритроциты, цилиндры отсутствуют.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план обследования пациента и представьте ожидаемые результаты проводимых обследований.

4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

5. Назовите возможные осложнения данного заболевания.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7.11**

На дому врачом-педиатром участковым осмотрен мальчик 11 лет с жалобами на боли в левом коленном и левом голеностопном суставах, появление мелкоточечной красноватой сыпи на нижних конечностях. Из анамнеза известно, что 1,5 месяца назад мальчик перенёс лакунарную ангину, по поводу чего получал в/м Пенициллин. Через 2 недели после выздоровления ребёнок впервые заметил на коже нижних конечностей мелкоточечную сыпь, мать давала антигистаминные препараты – без эффекта, через неделю появились боли и припухлость в левом коленном и левом голеностопном суставах. У мальчика аллергия на мёд, цитрусовые, клубнику. Отец ребёнка страдает бронхиальной астмой. При осмотре состояние ребёнка средней тяжести. Сознание ясное, контактный. Двигательная активность ограничена в связи с болями в суставах. На коже нижних конечностей, ягодицах, мочках ушей мелкоточечная, симметричная, местами сливная красновато-синюшная геморрагическая сыпь, слегка выступающая над поверхностью кожи. Левый коленный и левый голеностопный суставы отёчны, болезненны при пальпации и движении, горячие на ощупь, над ними геморрагическая сливная сыпь. Дыхание аускультативно везикулярное. Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД – 110/70 мм рт.ст. Зев розовой окраски, миндалины гипертрофированы, розовые, чистые. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень, селезёнка не пальпируются. Стул, со слов, регулярный, оформленный, без патологических примесей. Мочится хорошо, моча светлая. Общий анализ крови: гемоглобин – 128 г/л, эритроциты – 3,9×1012/л, Ц. п. – 0,98, тромбоциты – 495×109/л, лейкоциты – 12,5×109/л, палочкоядерные – 8%, сегментоядерные – 62%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 22%, моноциты – 6%, СОЭ – 25 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок – 75 г/л, альбумины – 48%, мочевина – 3,8 ммоль/л, креатинин – 69 мкмоль/л, билирубин общий – 18,6 мкмоль/л, АсТ – 29 Ед/л, АлТ – 32 Ед/л, фибриноген – 5 г/л. Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, относительная плотность – 1012, белок отсутствует, эпителий – 0-1 в п/з, лейкоциты – 2-1 в п/з, эритроциты – 5-8 в п/з, цилиндры отсутствуют. Проба Нечипоренко: лейкоциты – 1000 в 1 мл, эритроциты – 2500 в 1 мл, цилиндры – нет.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз.

2. Обоснуйте выставленный Вами диагноз.

3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?

4. Какое лечение необходимо ребёнку, включая режим и диету?

5. Укажите продолжительность и кратность диспансерного наблюдения больного на участке.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7.12**

Пациентка Р., 25 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на петехиальные высыпания и синячки на коже нижних конечностей, передней поверхности туловища, возникающие спонтанно или из-за малейшей травматизации, меноррагию, носовые кровотечения.

Из истории болезни известно, что в течение последнего месяца трижды были спонтанные кровотечения из носа и синячки на коже после незначительных ушибов. 3 дня назад после экстракции зуба сразу же началось кровотечение, которое удалось купировать только через 12 ч. В связи с этим событием больная решила обследоваться в стационаре.

Из истории жизни известно, что в детстве болела корью, ОРВИ, наследственность не отягощена, вредные привычки отрицает.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное, на коже нижних конечностей и передней поверхности туловища петехиальные высыпания, не выступающие над поверхностью кожи, безболезненные при надавливании, и небольшое количество синячков неправильной формы. В других органах и системах патологии не выявлено.

Клинический анализ крови: Hb - 120 г/л, лейкоциты - 6,5х109/л, эритроциты - 4,5х1012/л, тромбоциты - 50х109/л. Биохимический анализ крови без патологии. ВСК - норма. АЧТВ - норма. ВК - 4,5 мин.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

2. Определите тип кровоточивости у данной больной.

3. Составте план дополнительного обследования больной

4. Составьте последовательный план лечения этой пациентки.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7.13**

Больной Л., 16 лет, поступил с жалобами на боли и припухлость правого коленного сустава, гематурию, общую слабость. Из анамнеза: с детских лет периодически отмечал луночные кровотечения, неоднократно были гемартрозы различной локализации. Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение вынужденное, из-за выраженного болевого синдрома. Кожа и видимые слизистые бледные, чистые. Лимфатические узлы не увеличены. Мышечная система развита умеренно, мышечная сила и тонус сохранены. Правый локтевой и левый коленный суставы деформированы. Правый коленный сустав деформирован, болезненный при пальпации, горячий на ощупь. ЧД 16 в минуту. Дыхание везикулярное. АД 110/60 мм.рт.ст. Перкуторно границы сердца не изменены. Тоны сердца звучные, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Дизурии нет. Отеков нет. Анализ крови общий. Эритроциты 3,6 г/л, гемоглобин 116,3 г/л, цветовой показатель 0,82. Тромбоциты 180,0 Г/л. Лейкоциты 7,5 Г/л, сегментоядерные - 66%, лимфоциты 19%, моноциты 15%. СОЭ 28 мм/ч. Анизоцитоз +; пойкилоцитоз +; микроцитоз +.Анализ мочи общий. Реакция нейтральная, уд. вес 1013, белок отриц., эп. кл. плоские 1-2 в пл. зр., лейкоциты 0-1-2 в пл. зрения, эритроциты 10 -15 в пл. зрения. Анализ крови биохимический. Креатинин 79,3 мкмоль/л. Общий белок 79,3 г/л. Билирубин прямой 10,0 мкмоль/л, непрямой 11,5 мкмоль/л. АСТ 0,22 ммоль/л, АЛТ 0,19 ммоль/л. Калий 3,9 ммоль/л, натрий 139,2 ммоль/л. Сахар крови 4,8 ммоль/л. ЭКГ. Полувертикальное положение ЭОС. Ритм синусовый с ЧСС 80 в минуту. Повышен вольтаж зубцов. Рентгенологическое исследование органов грудной полости. Легочные поля без очаговых и инфильтративных изменений. Корни структурны, синусы свободны. Средостение не смещено.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Какие методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза.

3. Проведите дифференциальную диагностику.

4. Представьте принципы лечения данного заболевания и определите прогноз.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7.14**

Больной К., 20 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на головную боль, повышение температуры тела до 38,8 °С, геморрагические высыпания на голенях, бедрах, ягодицах, отечность коленных и голеностопных суставов, болезненность при движении

Из истории заболевания известно, что 3 нед. назад заболел ОРВИ, лечился самостоятельно доксициклином и аспирином. На фоне приема лекарственных препаратов появилась мелкопятнистая сыпь на коже голеней, отечность коленных суставов, болезненность в них при движении. Вызванный из поликлиники врач-терапевт расценила симптомы как аллергическую реакцию на лекарственную терапию. Больному было рекомендовано прекратить прием противовоспалительных средств. Назначены антигистаминные препараты. Через 2-3 дня исчезли высыпания и отечность суставов, прекратилась артралгия. Неделю назад в связи с ринитом и субфебрильной температурой (37,2 °С) пациент самостоятельно возобновил прием аспирина. Однако состояние ухудшилось: повысилась температура тела до 38,8 °С, появились геморрагические высыпания на нижних конечностях, бедрах, ягодицах, отеки и болезненность в коленных и голеностопных суставах при движении, усилились головная боль, слабость. Через 2 дня после госпитализации внезапно появились схваткообразные боли в животе, тошнота, повторная рвота и диарея с кровью.

Объективно: состояние больного тяжелое, температура тела - 38 °С. Кожные покровы бледные, сухие. На коже разгибательных поверхностей стоп, голеней, бедер геморрагические высыпания, местами имеющие сливной характер. Коленные и голеностопные суставы увеличены в объеме, движения в них болезненны. Острая схваткообразная боль в животе каждые 5-7 мин, во время которой больной мечется и стонет. В легких дыхание везикулярное, ЧД - 20 в минуту. Границы сердца в пределах нормы, тоны приглушены, тахикардия - 100 в минуту, ритм правильный, АД - 100/60 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот при поверхностной пальпации болезненный, симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Стул до 15 раз в сутки с примесью крови, почти без каловых масс; повторная рвота цвета «кофейной гущи».

Клинический анализ крови: Hb - 90 г/л, лейкоциты - 12,6х109/л, палочкоядерные лейкоциты - 12 %, СОЭ - 34 мм/ч, тромбоциты - 180х109/л.

Клинический анализ мочи: относительная плотность - 1015, белок - 0,33 мг/л, эритроциты - 0-1 в поле зрения. ВСК - норма. АЧТВ - норма. ВК - норма.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предположительный диагноз.

2. Определите тип кровоточивости у данного больного.

3. Какие провоцирующие факторы могли быть у больного.

4. Назначение какой группы препаратов показано в данной ситуации.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7.15**

Пациент К., 16 лет предъявляет жалобы на частые носовые кровотечения, долго не останавливающиеся кровотечения при небольших порезах, а также появление обширных экхимозов после незначительных травм. Подобные жалобы есть и у родного брата. Объективно: температура 36,80С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые оболочки бледные. Видны подкожные кровоизлияния, в носовых ходах ‑ темно-коричневые корочки. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 88 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

При лабораторном обследовании обнаружено удлинение времени свёртывания крови до 30 минут, время кровотечения по Дьюку, протромбиновое время, количество тромбоцитов, содержание протромбина, фибриногена и антитромбина III в пределах нормы.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Определите тип кровоточивости у данного больного.

2. Перечислите наиболее частые осложнения данного заболевания.

3. Определите лечебную тактику.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7.16**

Больная Д., 20 лет, поступила в клинику с профузным кровотечением из раны после удаления зуба, произведенного 5 часов назад. В анамнезе – частые носовые кровотечения, длительно не останавливающиеся кровотечения при поверхностных повреждениях кожных покровов, меноррагии.

Объективно: кожные покровы бледные, на ногах – петехиальные высыпания. ЧСС- 120 в мин; АД - 100/60 мм рт.ст. Печень и селезенка не увеличены. Данные лабо­раторного исследования: Нb - 80 г/л, эритроциты - 3,6х1012/л; цветовой показатель 0,62; тромбоциты - 40х109/л. Многие тромбоциты имеют атипичную форму (грушевидную, хвостатую), срок их жизни сокращен до нескольких часов. Время свертывания крови - 8 мин, длительность кровотечения (проба Дьюка) -15 мин, симптом жгута (+), ретракция кровяного сгустка резко замедлена. В крови повышен титр IgG.

**Вопросы:**

1.Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2.Каковы причины данного заболевания?

3.Укажите тип кровоточивости.

4. Определите лечебную тактику.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7.17**

Больная С., 25 лет. В течение четырех дней беспокоят кашель с мокротой, насморк, температура до 38,2. Принимала парацетамол. На пятый день появлись кровоизлияния на коже груди, конечностях, были повторные носовые кровотечения. Объективно: множественные петехиальные подкожные кровозлияния. Положительный симптом щипка и жгута, в остальном без особенностей. В ОАК: Hb - 115 г/л, лейкоциты - 6,6х109/л, тромбоциты - 80х109/л.

**Вопросы:**

1.Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2.Какие ожидаются изменения в показателях свертывающей системы крови?

3.Лечебная тактика.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7.18**

Больной В., 30 лет, поступил в стационар с жалобами на боли в суставах, мелкоточечные высыпания по всему телу, повышение температуры тела до 38ºС. Заболел 2 недели назад после ангины, по поводу которой не лечился и продолжал работать.

Объективно: голени и коленные суставы припухшие. На коже туловища, рук, ног мелкоточечные геморрагические высыпания, симметричные, несколько приподнимающиеся над поверхностью. В анализе крови СОЭ 40 мм/ч, в остальном без патологии. В общем анализе мочи – белок 1,15 г/л, множество эритроцитов.

**Вопросы:**

1.Сформулируйте диагноз.

2.Составьте план лечения.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7.19**

Больной В., 25 лет, поступил в клинику с жалобами на головокружение, шум в ушах, жидкий дегтеобразный стул, боли в коленных суставах и припухлость в них. Болен с детства: периодически бывают носовые кровотечения, гематурия, боли в коленных и локтевых суставах. Родители клинически здоровы. Объективно: кожа и видимые слизисты бледные. Коленные суставы увеличены в объеме, левый заметно напряжен. Систолический шум над всеми точками аускультации сердца.

**Вопросы:**

1.Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.

2.Составьте план обследования для уточнения диагноза.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7.20**

Мальчик 13 лет, 2 дня назад поступил в ЛОР–отделение с обильным носовым кровотечением после удара мячом по спинке носа. Проведена переднее-задняя тампонада, кровотечение остановлено, но после изъятия тампона – возобновилось, в связи с чем проведено переливание 300 мл плазмы. Кровотечение остановилось, но гематома осталась.

**Вопросы:**

1. Какой план обследования назначить больному для подтверждения диагноза?

2. Какие клинические признаки указывают на данное заболевание?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7.21**

Больная 28 лет поступила в стоматологическое отделение с кровотечением после удаления зуба. В анамнезе у больной выяснились неоднократные кровотечения (носовые, маточные, десневые). При осмотре на коже – кровоподтеки различные по величине и давности, слизистые щек и десен кровоточат. Со стороны внутренних органов изменений нет.

Анализ крови: Эр. – 2,4 10 12/л, Нв – 10 г/л, ц.п. – 0,9, тромб. – 1,6 10 9/л, э-1%, п-4%, с-68%, л-21%, м-6%, СОЭ – 17 мм/час.

**Вопросы:**

1.При каких заболеваниях могут появляться подобные симптомы?

2.Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?

3.Тактика ведения больной?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7.22**

Больной 18 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в суставах, появление сыпи, повышение температуры до 38 градусов. Неделю назад перенес ангину. При осмотре на коже голеней и бедер обильная мелкоточечная геморрагическая сыпь. Коленные и голеностопные суставы отечные, резко болезненные.

Анализ крови: Эр. – 5,1 х 10 12/л, Нв – 140 г/л, ц.п. – 0,9, тромб. – 242 х 10 9/л, L – 18 х 10 9/л, э-5%, п-4%, с-65%, л-20%, м-%5, СОЭ – 28 мм/час. Анализ мочи: уд. вес – 1021, белок – 0,066 г/л, л – 6-8, эр. – 8-10 в поле зрения.

После дополнительного обследования и лечения самочувствие больного улучшилось, анализ крови через 4 недели нормализовался.

**Вопросы:**

1.Какой диагноз поставлен?

2.Чем проводилось лечение?

**Тема 8 Анемии (аутоиммунные, мегалобластные, гипо- и апластические, гемолитические)**

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8.1**

Больной В. 65 лет обратился в поликлинику с жалобами на общую слабость, плохой аппетит, затруднение при глотании, одышку при минимальной физической нагрузке (вставание с кровати, одевание), отѐки ног, постоянные, несколько увеличивающиеся к вечеру. Анамнез заболевания: больным себя считает около полугода, когда стали появляться вышеописанные жалобы. Врач-терапевт участковый, обнаружив желтушность и бледность кожных покровов, увеличение печени, направил больного в инфекционное отделение больницы с подозрением на вирусный гепатит. При осмотре: состояние больного тяжѐлое, значительная бледность и умеренная иктеричность кожи и слизистых оболочек, выражены одутловатость лица, отѐки голеней. Сознание ясное, речь замедлена. Лимфоузлы не увеличены. В нижних отделах лѐгких небольшое количество влажных хрипов. Сердце увеличено на 2 см влево от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, систолический негрубый шум над всеми точками. Пульс – 109 в 1 мин, ритмичный. АД – 90/60 мм рт. ст. Язык яркокрасный, гладкий, с трещинами. Печень выступает на 3-4 см из-под края рѐберной дуги, чувствительная при пальпации. Пальпируется край селезѐнки. Неврологический статус: дистальные гиперстезии, повышение глубоких сухожильных рефлексов, снижена сила мышц нижних конечностей. Данные ЭКГ: ритм синусовый, блокада правой ножки пучка Гиса. Отрицательный зубец Т в V4-V6 отведениях. Анализ крови: эритроциты - 1,0×1012/л, гемоглобин - 40 г/л, МСМ - 110 fL, лейкоциты - 3,6×109/л, тромбоциты - 150×109/л, ретикулоциты - 0,1%, СОЭ – 23 мм/ч, палочкоядерные нейтрофилы – 15%, сегментоядерные нейтрофилы – 48%, лимфоциты – 31%, моноциты – 4%, эозинофилы – 2%, базофилы – 0%, анизоцитоз (макроцитоз), пойкилоцитоз, мегалоциты, тельца Жолли, кольца Кэбота.

 **Вопросы:**

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования.

4. Проведите дифференциальный диагноз.

5. Составьте план лечения.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8.2**

Больная З. 21 года, инвалид с детства (ДЦП, задержка психического развития), поступила в клинику с жалобами матери на быструю утомляемость, выпадение волос, снижение аппетита, бледность кожи, извращение вкуса (ест землю), неустойчивый стул. Анамнез жизни: отказывалась от еды, если в еѐ состав входило мясо (со слов бабушки). Часто ела землю. Врачами за это время не наблюдалась, ничем не болела, профилактические прививки не сделаны. При поступлении в стационар состояние расценено как тяжѐлое. Больная вялая, почти безразлична к окружающему. Сознание ясное, на осмотр реагирует вяло. Кожа и видимые слизистые очень бледные. В углах рта «заеды». В лѐгких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, приглушены, на верхушке и над областью крупных сосудов выслушивается систолический шум мягкого тембра. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах при пальпации. Печень +3 см ниже рѐберного края. Селезѐнка пальпируется у края подреберья, мягко-эластической консистенции. Моча светлая, стул 1-2 раза в день. Зрение и слух не нарушены. Склеры светлые. Менингеальной, общемозговой и очаговой симптоматики не отмечается. Общий анализ крови: гемоглобин – 60 г/л, эритроциты – 2,6×1012/л, ретикулоциты – 0,4%, цветовой показатель – 0,63, лейкоциты – 7,2×109/л, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 70%, эозинофилы – 4%, лимфоциты – 16%, моноциты – 10%, СОЭ – 18 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, мочевина – 3,2 ммоль/л, билирубин общий – 20,0 мкмоль/л, сывороточное железо – 4,1 мкмоль/л (норма 10,6-33,6 мкмоль/л), железосвязывающая способность сыворотки – 103 мкмоль/л (норма 40,6-62,5), свободный гемоглобин не определяется. Анализ кала на скрытую кровь (троекратно): отрицательно.

**Вопросы:**

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования.

4. Проведите дифференциальный диагноз.

5. Составьте план лечения.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8.3**

Больная З. 22 лет жалуется на слабость, головокружение, повышенную утомляемость, приступы сильной боли в правом подреберье. Анамнез заболевания: с 11 лет больная отмечает периодически возникающую желтушность кожных покровов, сменяющуюся бледностью. Эти приступы сопровождались выраженной слабостью. В последние 8 лет больную стала беспокоить боль в правом подреберье приступообразного характера, сопровождающаяся желтухой. Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки желтушные на общем бледном фоне, склеры иктеричные. Периферические лимфоузлы не увеличены. В лѐгких дыхание проводится по всем полям, хрипов нет. ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ритмичные, выслушивается дующий шум на верхушке сердца. ЧСС - 84 удара в минуту. Печень при пальпации обычной консистенции, болезненная, край закруглѐн, выступает на 2,5 см из-под края рѐберной дуги. Размеры по Курлову - 12×10×9 см. Селезѐнка выступает на 3 см ниже левой рѐберной дуги. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Результаты дополнительных исследований. Общий анализ крови: эритроциты - 3,2×1012/л, гемоглобин - 91 г/л, цветовой показатель - 0,85, ретикулоциты - 14,8%, средний диаметр эритроцитов - 4 мкм, лейкоциты - 11×109/л, палочкоядерные нейтрофилы - 11%, сегментоядерные нейтрофилы - 59%, лимфоциты - 30%, моноциты - 10%, СОЭ - 20 мм/ч. Осмотическая резистентность эритроцитов (ОРЭ) - 0,78-0,56% (в норме мин. ОРЭ - 0,44-0,48%, макс. ОРЭ - 0,28-0,36%). Биохимический анализ крови: билирубин - 111,2 мкмоль/л, прямой - 17,1 мкмоль/л, непрямой – 94,1 мкмоль/л. Проба Кумбса отрицательная.

**Вопросы:**

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования.

4. Проведите дифференциальный диагноз.

5. Составьте план лечения.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8.4**

Больная 36 лет направлена врачом-терапевтом участковым в клинику с жалобами на резкую слабость, головокружение, мелькание мушек перед глазами, одышку при физической нагрузке, периодически возникающие колющие боли в области сердца, склонность к употреблению мела, теста. В анамнезе: слабость и быстрая утомляемость отмечаются около 6 лет, к врачу не обращалась. Во время беременности 2 года назад в гемограмме выявлялась анемия лѐгкой степени, препараты железа не получала. Ухудшение состояния около 2 недель, когда появилась одышка и боли в области сердца. Акушерско-гинекологический анамнез: гиперполименоррея с 12 лет, беременностей – 5, роды – 2, медицинских абортов – 3. Из перенесѐнных заболеваний: простудные, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, хронический пиелонефрит. Объективно: кожные покровы бледные, сухие. Ногти с поперечной исчерченностью, расслаиваются. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. В лѐгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, систолический шум на верхушке сердца. ЧСС - 92 удара в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. Язык влажный, сосочки сглажены. Печень и селезѐнка не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторона. Общий анализ крови: гемоглобин – 82 г/л, эритроциты - 3,2×1012/л, цветовой показатель - 0,7, ретикулоциты - 13%, тромбоциты - 180×109/л, лейкоциты - 4,2×109/л, палочкоядерные нейтрофилы - 6%, сегментоядерные нейтрофилы - 62%, лимфоциты - 29%, моноциты - 3%, СОЭ – 18 м/ч; анизоцитоз, гипохромия эритроцитов. Содержание железа в сыворотке крови – 4,0 мкмоль/л, общая железосвязывающая способность сыворотки – 86,4 мкмоль/л, насыщение трансферрина – 5,0%, сывороточный ферритин - 10 мкг/л.

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз больной.

2. Чем может быть обусловлен систолический шум на верхушке сердца?

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

4. Назначьте лечение. Обоснуйте выбор терапии.

5. Какие рекомендации Вы могли бы дать пациентке по вторичной профилактике заболевания?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8.5**

Больная М. 54 лет жалуется на выраженную слабость, одышку и сердцебиение при незначительной физической нагрузке; при быстром вставании с постели – головокружение и шум в ушах. Подобные жалобы беспокоят несколько месяцев, но за последние 2 недели самочувствие стало быстро прогрессивно ухудшаться. Больная доставлена в гематологическое отделение по договорѐнности машиной скорой медицинской помощи на носилках, так как идти на приѐм к врачу-терапевту участковому не смогла. В анамнезе обильные менструации в течение 15 лет (после установления внутриматочной спирали), с ориентировочной кровопотерей до 400,0-450,0 мл за цикл, 3 родов, 5 абортов. Менопауза 3 года. В течение 10 лет - фанатичная вегетарианка, мясо, рыбу полностью исключила из рациона. Объективно: общее состояние больной тяжѐлое. Вялость, на вопросы отвечает тихо, медленно, односложно. Выражены бледность кожи и слизистых. Иктеричность склер. Язык малиновый, географический, лакированный. Койлонихии. Ангулярный стоматит. Много разрушенных зубов, 5 зубов удалены. Пристрастие к мелу и подсолнечным семечкам. Отѐки на голенях, бѐдрах, брюшной стенке. Периферические лимфоузлы не увеличены. Предпочитает возвышенное положение в постели. ЧД - 34 в 1 минуту. В лѐгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс мягкий, 96 ударов в минуту. Границы сердца расширены влево на 2 см, тоны сердца приглушены, систолический шум на всех точках и сосудах шеи. Живот мягкий, безболезнен. Печень и селезѐнка не увеличены. Проведено срочное обследование: эритроциты - 1,2×1012/л; гемоглобин – 30 г/л; гематокрит - 12%; цветовой показатель - 1,0; тромбоциты - 156,4×109/л, лейкоциты – 2,4×109/л (палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 42%, лимфоциты – 50%, моноциты – 5%), СОЭ - 40 мм/час. Общий белок крови - 4,2 г/л; билирубин крови - 48 мкмоль/л, реакция Ван-ден-Берга - непрямая; в моче уробилин +++. На ЭКГ – дистрофические изменения миокарда, единичные предсердные и желудочковые экстрасистолы. В миелограмме: гиперплазия красного ростка, красный росток с чертами выраженной мегалобластоидности.

**Вопросы:**

1. Какова основная причина тяжести состояния больной?

2. Есть ли у больной сидеропенический синдром?

3. Какова причина дефицита железа?

4. Почему цветовой показатель нормальный?

5. Сформулируйте развѐрнутый диагноз больной.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8.6**

Женщина 28 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на слабость, утомляемость, сердцебиение, головокружение, головную боль, ухудшение памяти, боли в ногах, желание есть сухие макароны, гречневую крупу, першение в горле. Из анамнеза известно, что анемия обнаружена с 16 лет. Лечилась нерегулярно препаратами железа курсами по 2-3 недели с временным эффектом. Гинекологический анамнез: менструации с 14 лет, обильные, по 5-7 дней через 21 день. 2 беременности, 2 срочных физиологических родов в 23 и 27 лет. При осмотре: состояние пациентки удовлетворительное. Рост – 162 см, масса тела – 65 кг. ИМТ – 24,08 кг/м2. Кожные покровы и коньюнктивы бледны. Ногти тонкие, уплотнены, концы ногтей расслоены. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, при аускультации выслушивается систолический шум на верхушке сердца и по левому краю грудины, ЧСС – 110 ударов в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Физиологические отправления в норме. В анализах: общий анализ крови — эритроциты - 3,6×1012/л, анизоцитоз, микроцитоз, Нb - 94 г/л, ЦП - 0,6, лейкоциты - 5,2×109/л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 57%, лимфоциты – 28%, моноциты – 9%, СОЭ - 25 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок - 77 г/л, общий билирубин - 15,3 мкмоль/л, непрямой билирубин - 12,1 мкмоль/л, железо сыворотки - 7,6 мкмоль/л, ферритин - 8,8 мкг/л. ЭКГ: синусовая тахикардия, ЧСС – 106 в минуту, снижение зубца Т в левых грудных V5,V6 отведениях.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какой препарат из группы железосодержащих лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациентке? Обоснуйте свой выбор.

5. Через 2 месяца регулярной терапии отмечается положительная динамика: уменьшились слабость и утомляемость, улучшилась память, сердцебиения не беспокоят, исчезли нарушение вкуса; в общем анализе крови - эритроциты - 4,2×1012/л, средний диаметр эритроцитов - 7,5 мкм, Нb - 122 г/л, ЦП - 0,84, лейкоциты - 6,7×109/л, эозинофилы - 0%, палочкоядерные - 2%, сегментоядерные - 59%, лимфоциты - 28%, моноциты - 9%, СОЭ - 13 мм/час. Биохимический анализ крови: железо сыворотки - 14,7 мкмоль/л, ферритин - 9,8 мкг/л. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8.7**

Женщина 47 лет жалуется на слабость, быструю утомляемость, одышку и сердцебиение при небольшой физической нагрузке, бледность кожных покровов, ломкость ногтей, обильные менструации. Из анамнеза известно, что менструации у пациентки стали обильными около 6 месяцев назад, гинекологом выявлена миома матки небольших размеров, требующая только наблюдения. Остальные вышеперечисленные жалобы появились 2-3 месяца назад с медленным нарастанием; отметила пристрастие к резким запахам (лак, ацетон), желание есть мел (в остальном питание обычное); изредка беспокоило головокружение. Ранее, во время двух беременностей и родов, отмечалась анемия лѐгкой степени. Донором не была. При осмотре: состояние удовлетворительное, среднего питания. Кожные покровы и слизистые умеренно бледные, в уголках рта неглубокие трещинки, ногти ломкие, с выраженной продольной исчерченностью и намечающейся вогнутостью. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца слегка приглушены, ритмичные, ЧСС – 78 ударов в минуту, АД – 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не пальпируются. Стул, диурез без особенностей. В общем анализе крови: эритроциты - 2,9×1012/л, гемоглобин - 70 г/л, цветовой показатель - 0,73; анизоцитоз++, пойкилоцитоз++, микроцитоз++; лейкоциты - 3,8×109/л, палочкоядерные нейтрофилы - 1%, сегментоядерные нейтрофилы - 54%, эозинофилы - 5%, лимфоциты - 33%, моноциты - 6%, базофилы - 1%;тромбоциты - 200×109/л; СОЭ - 15 мм/ч. Общий анализ мочи – в пределах нормы.

 **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какой препарат группы железосодержащих Вы рекомендовали бы пациентке? Какой путь введения препарата? Обоснуйте свой выбор.

5. Через 1 месяц регулярной терапии железосодержащим препаратом самочувствие больной существенно улучшилось, в анализе крови гемоглобин поднялся до 110 г/л. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш ответ.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8.8**

Больная Ш. 45 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на слабость, головокружение, выпадение волос, ломкость ногтей, сухость кожи. Анамнез: считает себя больной в течение 3 месяцев, когда впервые появились жалобы на слабость, головокружение. К врачу не обращалась. В дальнейшем симптомы стали нарастать, стали выпадать волосы, появилась ломкость ногтей, сухость кожи. Сопутствующие заболевания: страдает меноррагией – месячные обильные, затяжные, по 7-10 дней каждые 28 дней. При осмотре: состояние больной средней тяжести. Кожные покровы и слизистые бледные, сухие, высыпаний нет. Ногти с выраженной продольной исчерченностью, «ложкообразные». Диффузная алопеция. Периферических отѐков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание в лѐгких везикулярное, хрипов нет, ЧД – 21 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ослабление I и II тона сердца во всех точках аускультации. ЧСС – 90 ударов в минуту. АД – 100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезѐнка не пальпируются. Стул оформленный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Через 2 дня пациентка пришла на повторный приѐм с результатами анализов: клинический анализ крови: гемоглобин - 95 г/л, эритроциты - 1,12×1012/л, MCV - 75 фл, MCH - 22 пг, ретикулоциты - 0,9%, тромбоциты - 226×109/л, лейкоциты - 4,9×109/л, палочкоядерные - 4% , сегментоядерные - 51%, моноциты – 0,10×109/л, лимфоциты – 1,7×109/л, СОЭ - 36 мм/ч. Сывороточное железо - 4,2 мкмоль/л, ОЖСС - 82 мкмоль/л, коэффициент насыщения трансферрина - 23,5%, АЧТВ - 26 с, ПТВ - 14 с, фибриноген - 3,1 г/л. Консультация врача-гинеколога назначена на следующий день. Назначьте лечение.

5. Через 2 месяца регулярной терапии железосодержащим препаратом пациентка сдала повторный анализ крови: клинический анализ крови: гемоглобин - 120 г/л, эритроциты - 4,2×1012/л, MCV - 82 фл, MCH - 28 пг, ретикулоциты - 1,2%, тромбоциты - 260×109/л, лейкоциты - 5,2×109/л, палочкоядерные - 6% , сегментоядерные - 55%, моноциты - 0,10×109/л, лимфоциты - 1,4×109/л, СОЭ - 17 мм/ч. Пациентка также наблюдается у врача-гинеколога, принимает терапию по поводу меноррагий, отмечает нормализацию месячных. Охарактеризуйте изменения в анализах. Ваши дальнейшие действия.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8.9**

Больная М. 36 лет, продавец, обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, выпадение волос, ухудшение памяти, снижение интереса к жизни, отѐчность лица, запоры, отсутствие менструаций в течение 7 месяцев. Из анамнеза: считает себя больной в течение последнего года. Состояние постепенно ухудшалось, прибавила в весе 5 кг за период болезни. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Рост – 163 см. Вес – 66 кг. Температура тела – 36,1 °С. Кожа бледная, сухая, на голенях выражено шелушение. Пастозность лица, плотные отѐки стоп, нижней трети голени. Волосы на голове редкие, ломкие. Оволосение на туловище соответствует женскому полу и возрасту. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Молочные железы не изменены. Лакторея (++). Над симметричными областями грудной клетки перкуторно определяется ясный лѐгочной звук. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Пульс на лучевых артериях ритмичный, слабого наполнения, симметричный, 55 в минуту, АД – 126/80 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости: правая – 1 см вправо от правого края грудины, верхняя – нижний край III ребра, левая – 1,5 см кнутри от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумов нет, 55 в минуту. Язык чистый, отпечатки зубов на языке. Живот мягкий, безболезненный. Печень при пальпации мягкая, безболезненная. Размеры печени по Курлову: 9×8×7 см. Желчный пузырь не пальпируется. Пузырные симптомы (Мерфи, Кера, Мюсси, Ортнера) – отрицательные. Поясничная область внешне не изменена. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Не пальпируются. Костно-мышечная система без особенностей. Щитовидная железа не увеличена при осмотре, при пальпации плотно-эластичная, безболезненная, узловые образования не определяются. Симптомы Мебиуса, Кохера, Грефе – отрицательные. При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные. Общий анализ крови: эритроциты - 3,2×1012/л (3,5-4,7×1012/л), гемоглобина - 101 г/л; СОЭ - 15 мм/ч. Общий анализ мочи: жѐлтая, удельный вес - 1022, белок - отр., сахар – отр., эпителий - 2 в поле зрения, лейкоциты - 0-2 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения. Глюкоза – 4,0 ммоль/л; железо – 5,5 мкмоль/л. ТТГ – 22,7 мкМЕ/мл , Т4 своб. – 6,3 пкмоль/л; АТ к ТПО – 250 Ед/мл (0-30). УЗИ щитовидной железы: V общ. – 6,3 см3 (8,3-18,0). Повышенной эхогенности. Структура выражено диффузно-неоднородная.

 **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Составьте и обоснуйте план лечения.

5. Оцените прогноз для пациента. Выберите тактику дальнейшего наблюдения

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8.10**

Больная П. 35 лет обратилась на консультативный приѐм к врачу-терапевту участковому в поликлинику с жалобами на сонливость, слабость, пастозность лица, сухость кожных покровов, запоры. Из анамнеза заболевания: данные симптомы беспокоят в течение последние 5 месяцев. Полгода назад была прооперирована по поводу диффузного токсического зоба (ДТЗ). С этого времени к врачам не обращалась, лечения не получала. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы сухие. Пастозность лица, отпечатки зубов на языке. Отѐков, стрий, гирсутизма нет. При перкуссии лѐгких над всеми лѐгочными полями определяется ясный лѐгочной звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Границы относительной сердечной тупости в норме. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 55 в минуту. АД – 95/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезѐнка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. На коже шеи послеоперационный рубец. Щитовидная железа пальпаторно не определяется. Лактореи нет Результаты исследования. Общий анализ крови: эритроциты - 3,3×1012/л, гемоглобин - 105 г/л, лейкоциты - 6,4×109/л, эозинофилы - 1%, базофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 64%, лимфоциты - 24%, моноциты - 7%, СОЭ - 10 мм/ч. Общий анализ мочи: цвет - жѐлтый, удельный вес - 1022, белок - отр., сахар – отр., эпителий - 4 в поле зрения, лейкоциты - 0-2 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения. Биохимический анализ крови: сахар – 4,2 ммоль/л, АСТ - 17 Ед/л, АЛТ – 21 Ед/л, Na – 139 ммоль/л, К – 4,2 ммоль/л, Fе – 4,7 мкмоль/л. УЗИ щитовидной железы: V пр. доли – 0 см3, V лев. доли – 1,1 см3, V общ. – 1,1 см3. Нормальной эхогенности. Структура диффузно-неоднородная, узловые образования не определяются. ЭКГ: ритм - синусовая брадикардия, ЧСС - 56 в минуту, ЭОС горизонтальная. Умеренные метаболические изменения миокарда. Гормональный профиль и определение антител: ТТГ – 19,8 мкМЕ/мл, Т4 своб. – 7,0 пкмоль/л

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Составьте и обоснуйте план лечения.

5. Оцените прогноз для пациента. Выберите тактику дальнейшего наблюдения.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8.11**

Больная 65 лет, пенсионерка, обратилась к врачу-терапевту участковому в поликлинику с жалобами на общую слабость, утомляемость, сердцебиения, одышку при физической нагрузке, тошноту, отрыжку, тяжесть в эпигастрии. Признаки желудочной диспепсии около 15 лет. В последние полгода появились слабость, сердцебиения, одышка при нагрузке, онемение нижних конечностей. К врачам не обращалась. Объективно: общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, лѐгкая желтушность кожи и склер лимонного оттенка. Лицо одутловато. Рост - 160 см, масса тела - 68 кг. В лѐгких везикулярное дыхание. Границы сердца смещены влево на 1 см, тоны немного приглушены, ЧСС - 90 в минуту, АД - 130/80 мм рт. ст. Язык малинового цвета, сосочки сглажены. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 1 см из-под края рѐберной дуги, селезѐнка не увеличена. Клинический анализ крови: гемоглобин – 70 г/л, эритроциты – 2,9×1012/л, цветовой показатель – 1,3, ретикулоциты – 0,1%, лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ – 30 мм/час, MCV – 70 фл. В мазке крови обнаружены гиперсегментированные нейтрофилы, тельца Жолли и кольца Кебота.

**Вопросы:**

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной?

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования пациента.

4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

5. Укажите вероятные причины данного заболевания.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8.12**

Больная 28 лет при обращении в поликлинику к врачу-терапевту участковому предъявляет жалобы на утомляемость, общую слабость, эпизоды головокружения, сердцебиение и одышку при физической нагрузке. Из анамнеза: сухость кожи и ломкость ногтей отмечает в течение нескольких лет. Слабость, головокружения появились год тому назад во время беременности. Месячные с 13 лет, обильные первые 3–4 дня, по 5–6 дней, регулярные. В настоящее время осуществляет грудное вскармливание ребенка. Объективно: состояние средней тяжести. Бледность и сухость кожных покровов; ногти с поперечной исчерченностью, слоятся. Волосы ломкие. Тоны сердца ритмичные, ЧСС - 90 ударов в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст. В лѐгких везикулярное дыхание. Печень и селезѐнка не увеличены. Клинический анализ крови: гемоглобин – 75 г/л, эритроциты – 3,3×1012/л, лейкоцитарная формула - без особенностей, СОЭ – 12 мм/час, MCV – 70 фл., MCH – 21,0 пг, анизоцитоз, пойкилоцитоз. Железо сыворотки – 6 мкмоль/л.

**Вопросы:**

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования пациента.

4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

5. Какие рекомендации необходимо дать пациентке для дальнейшей профилактики заболевания**?**

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8.13**

Больной 20 лет при обращении в поликлинику к врачу-терапевту участковому предъявляет жалобы на общую слабость, головокружение, желтушное окрашивание кожи и склер. Неделю назад после переохлаждения повысилась температура до 38 °С, были катаральные явления в течение 3 дней, по поводу чего принимал Парацетамол. Температура нормализовалась, но появилось желтушное окрашивание кожи и склер, нарастающая слабость. В прошлом также были эпизоды желтухи. Объективно: состояние больного средней тяжести. Кожа бледно-желтушной окраски с лимонным оттенком, склеры иктеричны. Пульс - 90 в минуту, ритмичный, АД - 110/80 мм рт. ст. В лѐгких везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края рѐберной дуги, селезенка +3 см. Клинический анализ крови: гемоглобин – 90 г/л, эритроциты – 3,1×1012/л, цветовой показатель – 0,9, ретикулоциты – 3%, лейкоцитарная формула - без особенностей, СОЭ – 10 мм/час. Билирубин крови – 33 мкмоль/л, реакция непрямая.

 **Вопросы:**

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования пациента.

4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

5. Какие осложнения заболевания могут развиться у больного?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8.14**

Больной 44 лет обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому с жалобами на слабость, утомляемость, одышку и сердцебиение при небольшой физической нагрузке, жжение в языке, чувство онемения в подошвах стоп. Кожа и слизистые бледные с желтушным оттенком. Лицо отѐчное, бледное, волосы седые. Язык чистый, малиновый, блестящий, сосочки атрофированы. Тоны сердца глухие, слабый систолический шум на верхушке, на лѐгочном стволе. Пальпируется печень на 2 см ниже правой рѐберной дуги, перкуторные размеры - 15×10×8 см. Пальпируется селезѐнка, перкуторные размеры - 13×10 см. Усилены рефлексы, снижена чувствительность на стопах и кистях рук. Клинический анализ крови: гемоглобин – 63 г/л, эритроциты – 2,6×1012/л, лейкоцитарная формула - без особенностей, MCV - 110 фл, тельца Жолли и кольца Кебота, пойкилоцитоз. Билирубин – 55 мкмоль/л, непрямой – 45 мкмоль/л. Результаты стернальной пункции: эритроидная гиперплазия костного мозга, мегалобластный тип кроветворения, соотношение эритроидных и миелоидных элементов - 1:1, снижено количество мегакариоцитов, определяются гигантские метамиелоциты.

 **Вопросы:**

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования пациента.

4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

5. Назовите критерии эффективности лечения заболевания.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8.15**

Больной 55 лет 5 лет назад получал полихимиотерапую и лучевую терапию по поводу рака лѐгкого. В течение полугода появилась слабость, головокружение, одышка при ходьбе. При тщательном обследовании больного, включая КТ органов грудной и брюшной полости, данных за прогрессирование основного заболевания и развитие метастазов не получено. Клинический анализ крови: гемоглобин – 65 г/л, эритроциты – 2,1×1012/л, ретикулоциты – 0,5%, лейкоциты – 1,9×109/л, тромбоциты – 90×109/л, СОЭ – 35 мм/ч. Результаты стернальной пункции: костный мозг в основном представлен жировой тканью, в которой определяются редкие и мелкие островки миелоидной ткани. Лейкоцитарная формула без особенностей.

**Вопросы:**

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования пациента.

4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

5. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8.16**

Больной 38 лет обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому с жалобами на ночные боли в эпигастральной области, утомляемость, головокружения, сердцебиение при физической нагрузке. Из анамнеза: с 17-летнего возраста болеет язвенной болезнью 12-перстной кишки, по поводу которой дважды проводилось стационарное лечение. В течение последних 3 месяцев наблюдались эпизоды ухудшения самочувствия, слабость, головокружения, тѐмная окраска стула. Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы и слизистые бледноватой окраски. В лѐгких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, ЧСС - 80 ударов в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Печень и селезѐнка не увеличены. Клинический анализ крови: гемоглобин – 73 г/л, эритроциты – 3,2×1012/л, цветовой показатель – 0,71, ретикулоциты – 1%, лейкоцитарная формула - без особенностей, СОЭ – 10 мм/час, MCV – 70 фл., железо сыворотки – 7 мкмоль/л. ОЖСС – 115 мкмоль/л. Заключение ФГДС: язва луковицы 12-перстной кишки диаметром 0,8 см.

**Вопросы:**

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования пациента.

4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

5. Назовите показания к исследованию костного мозга.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8.17**

Пациент М. 47 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на общую слабость, вялость, плохой аппетит, чувство тяжести в эпигастрии после приема пищи. Подобные жалобы беспокоят в течение длительного времени, ранее не обследовался. Кроме того, в последние 4 месяца стал отмечать появление неустойчивости при ходьбе, ощущение «мурашек» в нижних конечностях, жжение языка. Из анамнеза известно, что с молодого возраста знает о наличии аутоиммунного тиреоидита (регулярно наблюдается у эндокринолога, уровень ТТГ в пределах нормальных значений). Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы слегка бледные, нормальной влажности. Со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной систем без особенностей. Язык обложен белым налѐтом у корня, сосочки сглажены. Живот не вздут, мягкий, слегка чувствительный в эпигастрии. Отѐков нет. В клиническом анализе крови: гемоглобин - 106 г/л, эритроциты - 2,9×1012/л, цветовой показатель - 1,09, MCV - 130, ретикулоциты - 1%, лейкоциты - 4,9×109/л, СОЭ - 15 ммч, макроцитоз, анизоцитоз, тельца Жолли. В биохимическом анализе крови: АЛТ - 32 Ед/л, АСТ - 30 Ед/л, амилаза - 60 Ед/л, щелочная фосфатаза - 59 Ед/л.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Предложите план дальнейшего обследования.

3. Какие специфические иммунологические маркеры могут подтвердить диагноз?

4. Какие изменения эндоскопической картины можно ожидать при ФГДС?

5. Предложите план лечения.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8.18**

Больная К. 64 лет доставлена в клинику без сознания. По словам родственников, в течение нескольких лет жаловалась на резкую слабость, одышку, плохой аппетит, боли в поясничной области при резких наклонах, парестезии, периодически тошноту и дискомфорт в эпигастральной области после приѐма пищи, по поводу чего 3 года назад находилась в больнице, где у неѐ была обнаружена анемия. В результате лечения состояние больной улучшилось. После выписки из больницы она жила в деревне, к врачам не обращалась и не лечилась. За несколько месяцев до поступления самочувствие больной ухудшилось, появились слабость, одышка, отмечалось изменение походки, ухудшение аппетита, бледность. Состояние больной прогрессивно ухудшалось: нарастала слабость, заторможенность. Больная была госпитализирована. При осмотре: состояние очень тяжѐлое, больная без сознания, температура 36°С, резкая бледность кожи и слизистых оболочек, кожа чистая, отѐков нет. Органы дыхания без особенностей. Сердце несколько расширено вправо и влево. Тоны глухие, нерезкий систолический шум над верхушкой. Тахикардия, пульс - 120 в минуту, ритм правильный. АД - 90/60 мм рт. ст. Язык ярко-красного цвета, сосочки сглажены, живот мягкий, печень увеличена на 3 см, мягкая, пальпируется селезѐнка. Анализ крови: эритроциты – 1×1012/л, гемоглобин - 50 г/л, цветовой показатель - 1,5, макроцитоз, тельца Жолли и кольца Кебота; имеются мегалобласты; тромбоциты - 18×109/л, лейкоциты - 4×109/л, базофилы - 0%, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 50%, лимфоциты - 42%, моноциты - 5%, полисегментированные гигантские нейтрофилы, ретикулоциты - 0,1%, СОЭ - 30 мм/ч. Сахар в крови и креатинин в пределах нормы. Анализ мочи без патологии. На ЭКГ: ритм синусовый, отрицательные зубцы Т в левых грудных отведениях.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Назовите критерии основного диагноза.

3. Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?

4. Составьте план дополнительного обследования.

5. Обоснуйте лечебную тактику, выбор препаратов.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8.19**

Больная В. 24 лет обратилась в поликлинику с жалобами на слабость, головокружение, желтуху. Больна с 5-летнего возраста. При осмотре: кожа и склеры желтушные. Обращает на себя внимание «башенный череп» и «готическое нѐбо». На коже голеней – трофические язвы. Пульс - 98 в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены, систолический шум над всеми точками. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, печень выступает на 3 см из-под края рѐберной дуги, селезѐнка – на 6 см. В крови анемия гиперрегенераторного типа (ретикулоцитоз). Билирубин - 48 мкмоль/л, непрямой - 40 мкмоль/л. Микросфероцитоз эритроцитов.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предположительный диагноз.

2. Назовите критерии основного диагноза.

3. Проведите дифференциальный диагноз желтухи.

4. Составьте план дополнительных методов обследования.

5. Выберите лечебную тактику.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8.20**

Мужчина 37 лет, шахтѐр, жалуется на изжогу, тошноту, периодически рвоту, отсутствие аппетита, кожный зуд, слабость, головокружение, похудание, ночное мочеиспускание до 4-5 раз. Вышеперечисленные симптомы беспокоят около 2 месяцев. Считает себя больным более 6 лет, когда после перенесенной ангины в анализе мочи выявлены изменения (белок, эритроциты). Амбулаторно диагностирован хронический пиелонефрит. На момент постановки диагноза пациента беспокоили периодические отѐки век по утрам, повышение АД до 150/90 мм рт. ст., после чего не обследовался и не лечился. Заболевания ЖКТ отрицает. Биопсия почки не проводилась. Наследственность не отягощена. При осмотре: состояние средней степени тяжести. Рост – 176 см. Вес - 64 кг. Кожные покровы бледные, сухие, со следами расчѐсов. Пастозность голеней. ЧД - 18 в минуту. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. АД - 160/100 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1,5 см от правого края грудины, верхняя - нижний край 3 ребра, левая – 1,5 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС - 106 в минуту, акцент II тона над аортой; в области верхушки сердца и во II межреберье справа - мягкий систолический шум. Живот симметричный, мягкий, безболезненный во всех отделах. Край печени не пальпируется. Селезѐнка не увеличена. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. В анализах. Общий анализ крови: эритроциты - 2,1×1012/л, гемоглобин - 85 г/л, цветовой показатель – 0,8, гематокрит - 20%, лейкоциты – 7,2×109/л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы – 60%, лимфоциты – 24%, моноциты - 10%, СОЭ - 15 мм/ч. Биохимическое исследование крови: глюкоза - 4,2 ммоль/л, мочевина - 28,2 ммоль/л, креатинин - 0,59 ммоль/л, общий белок - 64 г/л, К+ - 6,2 ммоль/л, Nа+ - 138 ммоль/л, Р - 1,9 ммоль/л, Са - 2,0 ммоль/л, холестерин - 4,2 ммоль/л. Общий анализ мочи: удельный вес - 1008, белок - 0,4 г/л, лейкоциты и эритроциты - единичные в поле зрения. В суточной моче: диурез - 2400 мл/сут., белок – 1,3 г/л. Проба Зимницкого: дневной диурез - 1060 мл, ночной - 1400 мл, колебания относительной плотности мочи - от 1006 до 1008. УЗИ почек: правая почка 80×36 мм, паренхима - 10 мм, левая почка - 84×44 мм, паренхима - 9 мм. Паренхима обеих почек диффузно-неоднородная. Лоханки, чашечки не изменены. Конкременты, объѐмные образования не выявлены. Мочевой пузырь без особенностей.

 **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Составьте план лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.

5. Определите прогноз заболевания.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8.21**

Женщина 27 лет, экономист, направлена из женской консультации к врачутерапевту участковому для планового осмотра. Наблюдается в женской консультации в связи с I беременностью, срок беременности составляет 26 недель. Жалоб активно не предъявляет. Отмечает небольшую слабость и одышку при подъѐме на 3-4 этаж, однако считает указанные симптомы связанными с беременностью и к врачу по данному поводу не обращалась. Из анамнеза известно, что беременность пациентки протекает без осложнений, сопутствующую патологию отрицает. Родилась вторым ребѐнком в семье, в детстве часто болела ОРВИ. Менструации с 13 лет по 5 дней. Менструальный цикл 27 дней. При осмотре: состояние удовлетворительное, положение активное, сознание ясное. Кожный покров физиологической окраски. Рост – 170 см, вес – 74 кг (прибавка в весе составила 7 кг). Отѐков нет. Температура 36,4°С. В лѐгких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД – 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС – 100 в минуту. АД – 110/60 мм рт.ст. Обхват живота 94 см. Печень - 9(0)×8×7 см. Желчный пузырь не пальпируется. Селезѐнка не увеличена. Поколачивание по поясничной области безболезненное. Стул оформленный 1 раз в сутки, без патологических примесей. Мочеиспускание 4-5 раз в сутки, дизурии отрицает. Общий анализ крови: эритроциты - 2,9 × 1012/л, гемоглобин – 90 г/л, МСН – 23 пг, MCV–74 фл, лейкоциты-4,9 × 109/ л, базофилы – 0%, эозинофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 73%, лимфоциты – 18%, моноциты – 8%, тромбоциты – 192×109/л, СОЭ - 25 мм/час. Общий анализ мочи: прозрачная, удельная плотность – 1020, реакция – слабо кислая, белок и сахар – отсутствуют, эпителий плоский – 1-2 в поле зрения, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты – 0 в поле зрения.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте свой выбор.

2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

3. Пациентка повторно обратилась на приѐм с результатами обследования: сывороточное железо – 6 мкмоль/л, ОЖСС – 94 мкмоль/л, степень насыщения трансферрина железом – 6,4%, осмотр гинеколога – данных за кровотечение нет. Определите тактику ведения пациентки с указанием дозы и длительности терапии.

4. Пациентка обратилась на приѐм врача-терапевта участкового через 1,5 года. Все рекомендации выполняла, три месяца назад в связи с производственной необходимостью вышла на работу, два месяца назад отметила появление усталости (связывает с интенсивностью профессиональной деятельности). Также периодически стали беспокоить боли в эпигастрии, купирующиеся приѐмом Дюспаталина. В общем анализе крови: эритроциты – 3,2×1012/л, гемоглобин – 95 г/л, MCH– 21 пг, MCV–74 фл, лейкоциты – 6,8×109/л, формула – без изменений, тромбоциты – 225×109/л, СОЭ – 16 мм/час. Ваша дальнейшая лечебная тактика. Обоснуйте свой выбор.

5. Оцените трудоспособность пациентки. В случае нетрудоспособности укажите, кем выдается и продлевается листок нетрудоспособности и его средние сроки.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8.22**

Больная Н. 63 лет, пенсионерка, обратилась на приѐм к врачу-терапевту участковому в сопровождении дочери. Предъявляет жалобы на выраженную слабость, нарастающую в течение последних шести месяцев. Также дочь указывает на появление когнитивных нарушений у мамы (забывчива, иногда теряется при пользовании бытовой техникой) Из анамнеза известно, что пациентка страдает артериальной гипертензией, целевые показатели АД достигнуты на фоне комбинированного приема лизиноприла и амлодипина. За медицинской помощью ранее обращалась редко, преимущественно для прохождения диспансеризации. Состояние удовлетворительное. Рост – 161 см, вес – 56 кг, ИМТ – 21,6 кг/м2. Кожа и слизистые бледные. Лимфоузлы не увеличены. Молочные железы мягкие. Отѐков нет. Костно-суставно-мышечная система – без особенностей. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 84 в 1 минуту. АД – 130/80 мм рт.ст. Язык малинового цвета, не обложен. Живот мягкий, чувствительный к пальпации в эпигастральной области. Печень выступает на 2 см из-под рѐберной дуги, край эластичный. Селезѐнка не увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул оформлен, регулярный, обычного цвета. Чувствительных и двигательных нарушений не выявлено. Общий анализ крови, выполненный в неотложном порядке: эритроциты (RBC) - 2,31×1012/л, гемоглобин (Hb) – 52 г/л, MCV – 108 fl, MCH – 36,1 pg, MCHC – 391 г/л, лейкоциты (WBC) - 2,8 х 109/л: базофилы – 0%, эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 84%, лимфоциты – 12%, моноциты – 2%. Тромбоциты (PLT) – 76×109/л. СОЭ – 31 мм/час.

 **Вопросы:**

1. Выскажите и обоснуйте мнение о наиболее вероятных диагнозах.

2. Вы врач участковый терапевт. Предложите и обоснуйте дальнейшую тактику ведения пациентки.

3. Пациентка на приѐме через 1 месяц. В течение первых двух недель находилась на лечении в терапевтическом стационаре, затем продолжала лечение дома. При проведении ФГДС выявлен атрофический гастрит. В течение прошедшего месяца получала Цианокобаламин 500 мкг в сутки. Отметила существенное уменьшение слабости, однако сохраняются забывчивость, трудность подбора слов при общении. Перед явкой к врачу-терапевту участковому выполнен общий анализ крови: эритроциты (RBC) - 3,95 × 1012/л, гемоглобин (Hb) – 96 г/л, MCV – 88 fl, MCH – 32,3 pg, MCHC – 348 г/л. Лейкоциты (WBC) - 5,6 × 109/л. Тромбоциты (PLT) – 199 × 109/л. СОЭ – 25 мм/час. Какое лечение Вы будете применять в дальнейшем? Обоснуйте Ваш выбор.

4. Дочь хочет направить маму для дальнейшего лечения в санаторий и просит указать профиль наиболее подходящих санаториев. Обоснуйте Ваше решение.

5. Дочь пациентки интересуется, какими немедикаментозными средствами (диета) можно повысить уровень гемоглобина. Выскажите и обоснуйте своѐ мнение

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8.23**

В поликлинику к врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 45 лет. Жалуется на слабость, умеренную одышку при подъѐме на 2-3 этаж, обильные и длительные менструации (8 дней). В анамнезе: страдает хроническим холециститом, колитом. Объективно: состояние удовлетворительное, кожа бледная, в лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной и абсолютной сердечной тупости в пределах нормы. Сердечные тоны ясные, ритмичные, систолический шум на верхушке сердца. ЧСС – 68 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Дизурии, отѐков нет. Стул 1 раз в 2 дня, оформленный, без слизи и крови. Общий анализ крови: гемоглобин – 90 г/л, эритроциты – 2,8×1012/л, MCV – 80 fl, MCH – 27 пг, MCHC – 31 г/дл, лейкоциты – 4,6×109/л, эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 68%, лимфоциты – 22%, моноциты – 7%, СОЭ – 12 мм/ч.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.

4. Составьте план терапевтического лечения. Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациентке в составе терапии? Обоснуйте свой выбор.

5. Через 4 недели терапевтического лечения состояние пациентки улучшилось: исчезли слабость, утомляемость, одышка при нагрузке. В анализе крови: гемоглобин - 125 г/л, эритроциты - 3,5×1012/л, АД колеблется в пределах 120-130/70-80 мм рт. ст. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8.24**

Женщина 33 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, периодически возникающее ощущение сердцебиения, плохой аппетит, слабость, раздражительность, снижение работоспособности, ухудшение памяти. Беспокоят изъязвления в углах рта, выпадение волос, ломкость ногтей. Из анамнеза: слабость, периодически возникающие ощущения сердцебиения, снижение работоспособности появились около трѐх лет назад, однако пациентка этим проявлениям особого значения не придавала, связывала их с повышенными нагрузками на работе. Данные симптомы стали постепенно прогрессировать. Последний год отмечает изменения вкуса - непреодолимое желание есть сырое тесто, а также страсть к определѐнным запахам (лака, ацетона, бензина). Обеспокоенная своим состоянием женщина решила обратиться к врачу-терапевту участковому. Из анамнеза: менструации с 13 лет, по 7-8 дней, обильные, со сгустками. Беременностей - 3, родов - 2, абортов - 1. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Масса тела - 56 кг, рост - 170 см. Кожные покровы бледные, сухие, чистые. Волосы сухие, тусклые, секущиеся. Ногти на вид уплощѐнные, слоистые. Заеды в углах рта. Видимые слизистые бледно-розовые, чистые. Отѐков нет. Лимфатические узлы не увеличены. ЧД - 18 ударов в минуту. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены, нежный систолический шум на верхушке. Пульс - 92 удара в минуту, ритмичный. АД - 100/60 мм ртутного столба. Язык обложен белым налѐтом у корня. Выражена атрофия сосочков языка, единичные трещины. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезѐнка не увеличены. Стул оформленный, регулярный. Дизурий нет. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.

4. Пациентка подошла на повторный приѐм к врачу-терапевту участковому с результатами анализов. Общий анализ крови: Нb - 94 г/л, эритроциты - 3,6 × 1012/л, цветовой показатель - 0,8, тромбоциты - 186 × 109/л, лейкоциты - 6,0 × 109/л, палочкоядерные - 1%, сегментоядерные - 62%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 30%, моноциты - 6%, СОЭ - 6 мм/час, гипохромия, микроцитоз. Биохимия крови: железо сыворотки - 7,8 мкмоль/л, ферритин - 8 мкг/л (норма 30-120 мкг/л), ОЖСС - 85 ммоль/л (норма 44,75-60 ммоль/л). Поставьте окончательный диагноз. Обоснуйте.

5. Назначьте лечение: немедикаментозное и медикаментозное. Обоснуйте

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8.25**

В городской поликлинике у врача-терапевта участкового на диспансерном учѐте хронических заболеваний состоит больной К. 65 лет с диагнозом «язвенная болезнь желудка. Гастрэктомия (1995 г.). Артериальная гипертония 2 степени, 3 стадии, риск 3. ХСН I, ФК II» в течение 20 лет. На очередной явке больной обратился с жалобами на нарастающую выраженную слабость, быструю утомляемость при минимальной физической нагрузке, головокружение, сердцебиение в покое, снижение веса на 3 кг в течение месяца. При активном опросе больной отмечает боль, жжение в языке при приѐме пищи, а также ползание мурашек и онемение обеих нижних конечностей постоянного характера. Из анамнеза: вышеперечисленные симптомы появились в течение 1,5-2 месяцев. На назначенные явки приходит согласно плану наблюдения. Гипотензивные препараты принимает в течение 10 лет - Периндоприл 0,005 утром, Амлодипин 0,005 на ночь. АД контролирует 2 раза в день на уровне 130/80 мм рт. ст. Курит в течение 20 лет по 0,5 пачки в день. Аллергологический анамнез не отягощѐн. Профессиональный анамнез: в настоящее время не работает, на пенсии, профмаршрут - 51 год электрик на производстве строительных материалов. Объективный статус: состояние средней степени тяжести, при контакте с врачом заторможен, переспрашивает вопросы. Неуверенность при ходьбе. Вес – 56 кг, рост – 175 см. Лицо одутловатое, склеры бледно-желтушные. Кожные покровы смуглые, повышенной влажности. Пастозность голеней. Грудная клетка астеническая. В лѐгких дыхание везикулярное, ЧД - 16 в минуту, хрипов нет. Область сердца при осмотре не изменена. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - на III ребре, левая - в пятом межреберье на 1,0 см кнутри от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС - 90 ударов в минуту, систолический шум на верхушке сердца. АД на правой конечности - 130/80, на левой - 120/80 мм рт. ст. Пульс 90 ударов в минуту. Язык ярко-розовый, блестящий, с небольшим количеством сглаженных сосочков бледно-белого цвета, имеются участки воспаления с белым налѐтом, трещины, влажный. Живот мягкий, вздут, болезненный в области эпигастрия. Печень из-под края рѐберной дуги выступает на 1 см, ординаты Курлова 13×8×7 см, селезѐнка пальпируется, безболезненная, ординаты Курлова 8/7 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул неоформленный, примеси крови и гноя отрицает, периодически отмечает запоры до 3 дней в течение месяца. Мочеиспускание безболезненное, затруднения при мочеиспускании отрицает, не учащено. Клинический анализ крови по cito: эритроциты - 2,0×1012, Hb - 79 г/л, ЦП - 1,2, лейкоциты - 3,5×109, эозинофилы - 0%, палочкоядерные нейтрофилы - 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 45%, лимфоциты - 43%, моноциты - 7%, Тц - 160×109, СОЭ - 16 мм/час. Выявлены морфологические изменения клеток крови: мегалобласты, анизоцитоз, зернистость эритроцитов, тельца Жолли, кольцо Кэбота, гиперсегментация нейтрофилов.

Биохимический анализ крови: общий белок - 58 г/л, общий билирубин - 28,3 мкмоль/л, прямой билирубин - 2,1 мкмоль/л, глюкоза сыворотки - 4,5 ммоль/л, общий холестерин - 6,3 ммоль/л, ЛПНП - 3,5 ммоль/л, ЛПВП - 1,3 ммоль/л, триглицериды - 0,9 ммоль/л; креатинин - 76 мкмоль/л, мочевина - 4,7 ммоль/л, АСТ - 65 Ед/л, АЛТ - 58 Ед/л. Флюорография органов грудной клетки: без патологии. ЭКГ: ритм синусовый 82 в минуту. УЗИ органов брюшной полости: увеличение печени за счѐт левой доли, небольшое увеличение селезѐнки.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Назначьте консультации узких специалистов, дополнительные методы исследования с их обоснованием.

3. В результате проведѐнного обследования другие причины В12 дефицитной анемии не выявлены. Определите тактику лечения больного врачом-терапевтом участковыми, необходимые контрольные исследования для оценки эффективности терапии.

4. Определите возможность направления больного на санаторно-курортное лечение (СКЛ). Какое заболевание является основанием для направления на СКЛ, и какие документы необходимо заполнить?

5. Составьте план дополнительных исследований для диспансерного наблюдения данного больного после компенсации В12-дефицитной анемии.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8.26**

Больная 40 лет. Жалобы на отсутствие аппетита, слабость, похудание. Больна около 6 месяцев.

Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, питание понижено. В левой надключичной области пальпируется плотный лимфоузел 0,5 х 0,5 см. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, систолический шум на верхушке. Пульс 84 уд. в минуту, ритмичный. АД – 110/60 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются.

Анализ крови: Нв – 33 г/л, эр.-1,7.10.12/л, цв.показ. – 0,97. лейкоциты – 9,8.10.12/л, э-1, п-6, с-62, л-15, м-6. Соэ-30 мм/час. Ретикулоциты –18 о/оо, тромбоциты –106.10.9/л. Анизоцитоз (++), пойкилоцитоз (++).

Железо сыворотки –10,5 ммоль/л. ЖСС-67%. Общий белок –65г/л, альбумины –35,5%. Глобулины – 64,5%. Реакция Грегерсена отрицательна.

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.

2. План обследования.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8.27**

Больной 25 лет, студент, вскоре после противогриппозной вакцинации отметил появление небольшой желтушности кожных покровов, слабость, утомляемость, тяжесть в левом подреберье. Пальпаторно определяется увеличение селезенки на 4 см ниже края реберной дуги по левой срединно-ключичной линии.
Клиническийанализ крови: гемоглобин – 64 г/л, эритроциты – 2,0х109/л, цветной показатель – 0,9 г, ретикулоциты – 40, тромбоциты – 215х10/л, лейкоциты – 15,0х10/л, в формуле палочкоядерные – 10%, сегментоядерные – 78%, лимфоциты – 10%, моноциты – 2%, СОЭ – 17 мм/ч. Общий билирубин – 60 мкмоль/л, прямой – 10 мкмоль/л, непрямой – 50 мкмоль/л, сывороточное железо – 20 мкмоль/л. Общий анализ мочи: белок – 0,002%, реакция на гемосидерии в моче – отрицательная. Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты – 2000/1 мл, эритроциты – 1000/1 мл. Проба Кумбса +++. Миелограмма: выраженная гиперплазия эритроидного ростка костного мозга, эритрокариоциты – 57%, соотношение лейкоциты/эритроциты – 1/1.
**Вопросы:**

1. Ваш диагноз.
2.  Каков предположительный механизм вызванной анемии?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8.28**

У 34-летней женщины при определении параметров гемограммы с использованием гематологического анализатора выявлены:

RBC: 3.96 х 1012/л, HGB: 106 г/л, HTC: 34.1 %, MCV: 49.0 фл, MCH: 15.0 пг, MCHC: 31,1 г/дл, RDW: 21.3 %

При дополнительных биохимических исследованиях получены следующие результаты: сывороточное железо - 3 мкмоль/л, ОЖСС – 100 мкмоль/л, ферритин - 3 мкг/л.

После 10-дневного курса терапии пероральными препаратами железа отмечено увеличение RDW, а также появление на гистограмме распределения эритроцитов по объему второго пика в области нормоцитов.

**Вопросы:**

**1.**Поставьте диагноз.

2.Считаете ли вы, что назначенная терапия адекватна?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8.29**

Пациент - мужчина 77 лет. В анамнезе – месяц тому назад небольшое гастродуоденальное кровотечение. В анализе крови:

RBC: 6.94 х 1012/л, HGB: 133 г/л, HTC: 43.0 %, MCV: 68.0 фл, MCH: 19.0 пг, RDW: 24.0%

Результаты биохимических исследований: сывороточное железо 6 мкмоль/л, ферритин 10 мг/л.

**Вопросы:**

1.Как вы оцениваете результаты анализов?

2.Требуется ли лечение?

**Эталон ответа:**

1.По данным гемограммы анемия отсутствует. Однако, в картине крови преобладают микроциты с низким содержанием гемоглобина. Наиболее вероятный диагноз – латентный дефицит железа. 2.Пациенту показан прием препаратов железа.

**Тема 9 Дифференциальная диагностика при лимфоаденопатии, спленомегалии и гепатолиенальеном синдроме. Доброкачественные гипергаммаглобулинеемия"**

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 9.1**

Мужчина 28 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на повышение температуры тела до 39,2 °С с ознобами, кровоточивость дѐсен, появление «синячков» на коже без видимых причин, общую слабость. Считает себя больным в течение 7 дней, когда появилось повышение температуры, принимал Парацетамол с кратковременным эффектом. Слабость стала прогрессивно нарастать, появилась кровоточивость. Из анамнеза жизни: наличие хронических заболеваний отрицает. Родители здоровы. Имеет специальное среднее образование, работает технологом. Служил в армии на подводной лодке. Объективно: состояние средней степени тяжести. Температура тела 37,5 °С. Кожные покровы бледные, обычной влажности. На коже нижних конечностей - экхимозы; петехии на коже плеч, предплечий; в ротовой полости – единичные петехиальные элементы. При аускультации дыхание везикулярное, ЧДД – 19 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 92 удара в минуту. АД – 100/65 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Край печени пальпируется на 1 см ниже края рѐберной дуги, размеры по Курлову – 16×10×9 см. Селезѐнка пальпируется, эластичная, безболезненная, перкуторные размеры 10×8 см. Общий анализ крови: эритроциты - 2,3×1012/л, Hв - 78 г/л, тромбоциты - 30×109/л, лейкоциты – 28,9×109/л, бласты - 32%, миелоциты – 0%, юные нейтрофилы – 0%, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы – 38%, лимфоциты – 25%, СОЭ – 30мм в час.

 **Вопросы:**

1. Какой предварительный диагноз можно поставить?

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Какие обследования необходимо назначить для уточнения диагноза?

4. Выберите и обоснуйте тактику ведения больного.

5. Какие осложнения возможны при данном заболевании?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 9.2**

На приѐме у врача-терапевта участкового в поликлинике женщина 61 года предъявляет жалобы на наличие безболезненных опухолевидных эластичных образований по боковой поверхности шеи и в подмышечных областях, а также на тяжесть в левом подреберье при быстрой ходьбе, повышенную потливость. Вышеуказанные жалобы появились около года назад, постепенно нарастали. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Пальпируются конгломераты увеличенных подчелюстных, шейных, подмышечных, паховых лимфоузлов, при пальпации – эластичные, безболезненные, малоподвижные, кожа над ними не изменена, симметрично увеличены – шейные и подчелюстные до 2-3 см, подмышечные до 3-4 см, паховые до 4 см в диаметре. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов не слышно, ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ЧСС – 78 ударов в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Край печени не выступает из-под края рѐберной дуги. Селезѐнка выступает на 2 см из-под края рѐберной дуги, край эластичный, безболезненный. Общий анализ крови: эритроциты – 3,6×1012/л, Нв – 129 г/л, тромбоциты – 200×109/л, лейкоциты – 39×109/л, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 2%, лимфоциты – 92%, моноциты – 4%, СОЭ – 30 мм/ч, тени БоткинаГумпрехта – 1-2 в поле зрения.

**Вопросы:**

1. Какой предварительный диагноз можно поставить?

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Какие обследования необходимо назначить для уточнения диагноза?

4. Выберите и обоснуйте тактику ведения больного.

5. Каков прогноз при данном заболевании, и какие возможны осложнения?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 9.3**

Больная К. 60 лет госпитализирована в ЦРБ по месту жительства в связи с выраженной слабостью, одышкой, сердцебиением при малейшей физической нагрузке. Слабость ощущала несколько лет, последние 2 года стала отмечать боли в позвоночнике. В молодости была донором крови 8 раз, имеет 3 детей, было 4 аборта. Врачом-терапевтом участковым в связи с выявленной анемией (эритроциты - 3,12×1012/л) назначен Сорбифер Дурулес по 2 таблетки в день в течение 1,5 месяцев. Эффекта не получено. Общий анализ крови: эритроциты - 1,42×1012/л; гемоглобин - 50 г/л, цветовой показатель - 1,0; ретикулоциты - 0,4%; тромбоциты - 98×109/л; лейкоциты - 2,6×109/л (палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 30%, лимфоциты – 60%, моноциты – 7%), анизоцитоз ++++, пойкилоцитоз +++; СОЭ - 72 мм/ час.

**Вопросы:**

1. Можно ли предварительно поставить один из следующих диагнозов: «апластическая анемия»? «острый лейкоз»? «множественная миелома»?

2. Как правильно поставить предварительный диагноз?

3. Нуждается ли больная в консультации гематолога, в стернальной пункции?

4. В биохимических анализах выявлено: общий белок крови - 140 г/л, альбумины - 30%, глобулины - 70%, выявлен М-градиент в зоне гамма-глобулинов. Сократится ли Ваш диагностический поиск?

5. В каком отделении должна лечиться данная больная?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 9.4**

Больная М. 52 лет обратилась в поликлинику с жалобами на немотивированную слабость, повышенную утомляемость, постоянное ощущение тяжести в левом подреберье, снижение аппетита, чувство быстрого насыщения. Указанные жалобы появились около 5 месяцев назад и постепенно стали более выраженными. При осмотре обращает на себя внимание увеличение селезѐнки (выступает из-под края реберной дуги на 6 см). Анализ крови: гемоглобин - 105 г/л, цветовой показатель - 0,94, лейкоциты - 68,3×109/л (промиелоциты - 1%, нейтрофильные миелоциты - 2%, нейтрофильные метамиелоциты - 6%, нейтрофильные палочкоядерные - 14%, нейтрофильные сегментоядерные - 58%, лимфоциты - 9%, эозинофилы - 2%, базофилы - 7%, моноциты - 1%), тромбоциты - 440×109/л. Активность щелочной фосфатазы нейтрофилов снижена.

**Вопросы:**

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.

2. Составьте план дополнительного обследования пациентки для подтверждения диагноза.

3. Какие показатели анализа крови данной больной не соответствуют хронической стадии заболевания? Ответ обоснуйте.

4. Цитогенетический анализ выявил наличие Ph-хромосомы, в соответствии с клиническими признаками пациентка была стратифицирована в категорию промежуточного риска. Укажите начальную тактику лечения для данной пациентки.

5. Назовите признаки полной гематологической ремиссии при лечении данного заболевания. Ответ обоснуйте.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 9.5**

Больной П. 70 лет обратился в поликлинику с жалобами на повышенную утомляемость, немотивированную слабость, ощущение тяжести в левом подреберье, снижение массы тела на 8 кг за последний месяц. В анамнезе: артериальная гипертония, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. При осмотре обращает на себя внимание увеличение лимфатических узлов в области передней поверхности шеи, в надключичных и подмышечных впадинах. Лимфатические узлы безболезненные, ненапряженные, подвижные, имеют эластическую консистенцию. Селезѐнка увеличена (+5 см). В анализах крови: гемоглобин - 98 г/л, лейкоциты – 30×109/л, из них 50% лимфоциты, тромбоциты - 130×109/л, СОЭ - 16 мм/ч. В мазке крови лимфоциты нормальных размеров, определяются «размазанные» клетки, тени Гумпрехта.

 **Вопросы**:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз и обоснуйте его.

2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Какой метод обследования необходимо провести в первую очередь? Ответ обоснуйте.

3. Определите стадию заболевания у данного пациента. Ответ обоснуйте.

4. Назначение какого препарата является оптимальным в данном случае?

5. Назовите возможные причины смерти пациентов с данным заболеванием.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 9.6**

Больной Н. 60 лет обратился к врачу-терапевту участковому по поводу головных болей. В последнее время заметил появление красно-синюшной окраски кожи лица, инъецированность сосудов склер, потливость. В течение двух лет беспокоит кожный зуд, который усиливается после приѐма водных процедур. Периодически беспокоят головные боли, которые в последнее время усилились, появился шум в ушах. Полгода назад во время диспансерного осмотра зарегистрировано повышение АД до 160/100 мм рт. ст. Постоянной антигипертензивной терапии никогда не получал. В прошлом считал себя практически здоровым человеком, анамнестические сведения о заболеваниях сердечно-сосудистой системы, болезней органов дыхания, органов пищеварения отсутствуют. Вредных привычек нет. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 25 кг/м2. Выраженная гиперемия кожных покровов и слизистых. Лимфатические узлы не увеличены. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 66 ударов в минуту, АД – 170/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. У рѐберного края пальпируется умеренно увеличенная селезенка (+3 см), при пальпации безболезненна. Дизурических расстройств нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Общий анализ крови: эритроциты – 7,5×1012/л, гемоглобин - 187 г/л; лейкоциты - 12,8×109/л, эозинофилы - 4%, базофилы - 4%, палочкоядерные нейтрофилы - 12%, сегментоядерные нейтрофилы - 74%, лимфоциты - 5%, моноциты - 1%, тромбоциты - 434×109/л, СОЭ – 1 мм/ч. Увеличение селезѐнки. Гематокрит - 56%, ОЦК – 8,5 л. Общий анализ мочи без патологических отклонений.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предположительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?

4. Составьте план дополнительного обследования для уточнения основного диагноза.

5. Обоснуйте лечебную тактику, выбор препаратов.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 9.7**

Больная А. 18 лет, студентка, поступила на 12 день болезни в тяжѐлом состоянии. Заболела остро. Повысилась температура до 39°С, появились боли в горле при глотании. Тогда же заметила увеличение шейных лимфоузлов. Лечилась амбулаторно, однако состояние не улучшалось, нарастала слабость. Кожные покровы и слизистые бледные, говорит с трудом. Температура тела до 40°С. Шейные, заднешейные и подчелюстные лимфоузлы увеличены в размерах (3×6, 4×8 мм), болезненные. На коже геморрагические пятна. Десна разрыхлены. Зев гиперемирован, миндалины увеличены, отечны, покрыты гнойным налетом, имеются некротические язвы. Легкие - перкуторно лѐгочный звук, дыхание везикулярное. Границы сердца не изменены. Систолический шум на верхушке, тоны громкие. Пульс - 120 в минуту, ритмичный. Язык красный. Живот мягкий, безболезненный. Селезѐнка и печень не пальпируются. Анализ крови: эритроциты - 2,5×1012/л, гемоглобин - 83 г/л, ретикулоциты - 0,1%, цветовой показатель - 1,0; тромбоциты - 5,0×109/л; лейкоциты - 0,8×109/л; эозинофилы – 0%, палочкоядерные нейтрофилы - 1%, сегментоядерные нейтрофилы - 7%, юные формы - 90%, моноциты - 2%, СОЭ - 72 мм/час. Стернальный пунктат: общее количество миелокариоцитов - 6,8×109/л. Гранулоцитов нет. Группы бластных клеток составляют 70%.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предположительный диагноз.

2. Назовите критерии основного диагноза.

3. Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?

4. Составьте план дополнительных методов обследования.

5. Обоснуйте лечебную тактику, выбор препаратов.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 9.8**

Мужчина 35 лет, инженер-электрик, жалуется на выраженную слабость, одышку, сердцебиение при подъѐме до 2 этажа, потливость по ночам, появление синяков по всему телу, частые носовые кровотечения без видимой причины, десневые кровотечения при гигиене полости рта, ощущение тяжести в правом подреберье. Считает себя больным около месяца. Существенное ухудшение самочувствия в течение последней недели. Ежегодно проходит профосмотры, последний – 4 месяца назад, патологии не выявлено. Хронические заболевания отрицает. При осмотре: температура тела - 38,1 °С. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, влажные, множественные экхимозы различной локализации разной стадии «цветения». Отѐков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Над лѐгкими ясный лѐгочный звук, везикулярное дыхание, хрипов нет. АД - 110/70 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ритмичные, ясные, 98 в минуту, мягкий систолический дующий шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени пальпируется на уровне пупка, плотный, ровный, умеренно болезненный; поверхность печени ровная, плотная. в левом подреберье пальпируется нижний полюс селезѐнки на 3 см ниже края рѐберной дуги, плотный, ровный, умеренно болезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются. Лабораторно. Общий анализ крови: гемоглобин - 76 г/л, эритроциты - 2,9×1012/л, цветовой показатель – 0,79, тромбоциты – 21×109/л, лейкоциты - 35×109/л, бласты – 21%, эозинофилы - 0%, палочкоядерные нейтрофилы - 0%, сегментоядерные нейтрофилы - 79%, лимфоциты - 0%, моноциты - 0%; СОЭ - 76 мм/ч. Общий анализ мочи: жѐлтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес - 1016; белок, сахар - нет, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий - 2 в поле зрения, эритроциты, цилиндры, соли - нет. Биохимический анализ крови: билирубин общий - 48,8 мкмоль/л, креатинин - 0,196 ммоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л, общий холестерин – 5,9 ммоль/л, калий – 3,9 ммоль/л, общий белок – 76 г/л, Коагулограмма: АЧТВ - 50 с (норма - 32-42 с), ПТИ – 105%, фибриноген – 6 г/л.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Составьте план лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.

5. Определите прогноз и трудоспособность пациента.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 9.9**

Мужчина 52 лет, программист, жалуется на постоянную слабость, снижение веса на 5 кг за последние 2 месяца, увеличение лимфатических узлов в области головы, шеи и в подмышечных областях; сердцебиение и одышку смешанного характера при обычной физической нагрузке; ощущение тяжести в области правого подреберья; изжогу и отрыжку преимущественно после еды; снижение аппетита. Появление этих симптомов пациент ни с чем не связывает. При осмотре: кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, суховатые. Отѐков нет. Пальпируются затылочные, околоушные, передние и задние шейные, над - и подключичные, подмышечные лимфоузлы, округлые, до 2 см в диаметре, мягкоэластичные, однородные, с гладкой поверхностью, безболезненные, подвижные, не спаянные с кожей и между собой, кожа над ними не изменена. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Границы относительной сердечной тупости не изменены. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС – 98 в минуту. АД – 120/70 мм рт. ст. Язык влажный, обложен небольшим количеством серого налѐта. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Край печени пальпируется на 3 см ниже края рѐберной дуги, плотно-эластичный, ровный, слегка болезненный. Селезѐнка не пальпируются. При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин - 101 г/л, эритроциты – 2,6×1012/л, цветовой показатель - 0,87, ретикулоциты – 1%, тромбоциты - 115×109/л, лейкоциты - 23,1×109/л, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 23%, лимфоциты – 75%, моноциты – 1%, СОЭ – 81 мм/ч. Общий анализ мочи: удельный вес - 1039, жѐлтая, прозрачная, белок – 1,1 г/л, глюкоза – нет, лейкоциты - 9-15 в поле зрения, эритроциты – 3-6 в поле зрения, соли – ураты небольшое кол-во. УЗИ органов брюшной полости: УЗ-признаки гепатомегалии, спленомегалии. Диффузная неоднородность печени и поджелудочной железы. Конкрементов, объѐмных образований не выявлено. Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, общий билирубин – 45 мкмоль/л, АСТ – 0,92 ммоль/л, АЛТ – 0,81 ммоль/л.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Определите тактику лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.

5. Определите прогноз болезни и трудоспособность пациента.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 9.10**

Больной М. 60 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на лихорадку до 38°С, ночное потоотделение, потерю в весе, кожный зуд в области шеи, паха. Болен в течение трѐх месяцев. При осмотре: пальпируются увеличенные подвижные, не спаянные с кожей плотно-эластические лимфоузлы, в шейно-надключичной области слева сливающиеся между собой в конгломераты. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 82 удара в минуту. Печень у рѐберной дуги. Селезѐнка не увеличена. В общем анализе крови: гемоглобин – 100,0 г/л, лейкоциты – 3,2×109/л, эозинофилы – 11%, палочкоядерные – 4%, сегментоядерные – 67%, лимфоциты – 14%, моноциты – 6%, тромбоциты – 200000, COЭ – 20 мм/час. В биоптате лимфоузла – клетки Березовского-Штернберга.

**Вопросы:**

1. Назовите предполагаемый диагноз.

2. Предложите план дополнительного обследования больного.

3. Какая стадия заболевания?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Предложите план лечения.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 9.11**

Больной 20 лет. Жалобы на резкую слабость, одышку при ходьбе, ноющие боли в суставах, боль в горле при глотании, носовые кровотечения, повышение температуры до 38єС. Анамнез: болен 2 месяца. Лечился у оториноларинголога по поводу лакунарной ангины, обследовался у ревматолога с подозрением на ревматизм.

Объективно: состояние средней тяжести. Питание понижено. Кожные покровы бледные. Единичные кровоизлияния мелкоточечные на туловище, на слизистой щек, языке. Кровоизлияния «гематомного» типа в местах инъекций и наложения жгута. Лимфоузлы мелкие, плотные, подвижные, подчелюстные, шейные от 0,5 до 1 см в диаметре. В легких изменений не выявлено. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, систолический шум на всех точках. Пульс 90 ударов в минуту, ритмичный. АД – 100/60 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезнен. Печень не пальпируется. Селезенка пальпируется у края реберной дуги, край мягкий.

Анализ крови: Нв – 54 г/л, эр.2,7.10.12/л, лейкоциты – 3,8.10.9/л, ю-4, п-4, с-40,л-20, м-4, бласты –28%. Тромбоциты 49.10.9/л, СОЭ – 40 мм/час.

**Вопросы:**

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.

2. План обследования больного.

3. Проведите дифференциальный диагноз.

4. Тактика ведения больного.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 9.12**

Больной 62 лет, жалобы на слабость, потливость, повышение Т тела до 37,5 єС, увеличение шейных л/у, одышка в покое. Болен около года, состояние прогрессивно ухудшается.

Объективно: сост. средней тяжести, кожные покровы несколько бледны. Пальпируются мягкой консистенции шейные, подмышечные, паховые л/у размером до 2-5 см, б/б, не спаяны. В легких справа с VI ребра по лопаточной линии определяется тупость, дыхание ослаблено. ЧДД 24 в минуту. Границы относ тупости сердца: левая - на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм прав., короткий сист. шум на верх., акцент II тона над лег. артерией. Пульс 88 ударов в минуту, ритмичный. АД 130/70 мм рт. ст. Живот мягкий, б/б. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, край средней плотности, безболезненна. Селезенка на 3 см выступает из-под края реберной дуги, средней плотности, безболезненна.

Анализ крови: Нв – 96г/л, эритроциты – 3,8.10.12/л, лейкоциты – 38.10.9/л, э-2, п-2, с /я-4, лимф-90, м-2, СОЭ – 38 мм/час. Тромбоциты – 150.10.9/л.

**Вопросы:**

1. Поставьте предв. диагноз и обоснуйте его.

2. Составьте план обследования..

3. Назовите этиологию и патогенез.

4. Назначьте лечение.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 9.13**

Больной 52 лет. Жалобы на слабость, боли в поясничном отделе позвоночника, периодические носовые кровотечения. Болен около 8 месяцев. Постепенно нарастала слабость, беспокоили боли в поясничном отделе позвоночника. Лечился у невропатолога по поводу остеохондроза поясничного отдела позвоночника с корешковым синдромом, но без эффекта.

Объективно: состояние больного средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Лимфоузлы и щитовидная железа не увеличены. В легких перкуторно - легочный звук. Аускультативно – дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, систолический шум на верхушке. АД 110/70 мм рт.ст. Пульс 90 ударов в минуту, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Пальпация поясничного отдела позвоночника (L 2 и L 3 – резкая болезненность). Отеков нет.

Анализ крови: Нв – 108 г/л, эритроциты – 2,78.10.12/л, лейкоциты 4,7.10.9/л, э-2, п-5, с-73, л-15, м-5. СОЭ – 60 мм/час.Анализ мочи: уд.вес – 1013, белок – 0,66 г/л, лейкоциты 1-2 в п/зр., эр. – 3-4 в п/зр. Белок Бенс-Джонса – отр.

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.

2. Назначьте дополнительное обследование.

3. Проведите дифференциальный диагноз.

4. Составьте план лечения.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 9.14**

Больная О., 32 лет, поступила с жалобами на боли в левом подреберье, общую резкую слабость, быструю утомляемость. Из анамнеза установлено: около двух лет назад при обследовании в крови был выявлен нейтрофильный лейкоцитоз без клинической симптоматики. От дальнейшего обследования отказалась. Ухудшение состояния около месяца назад, когда стала нарастать общая слабость и утомляемость при обычной физической нагрузке. Около недели стали беспокоить боли в левом подреберье.

Кожные покровы обычной окраски. Видимые слизистые чистые, розовые. Периферические лимфоузлы доступны пальпации, не увеличены, б/болезненны, подвижны. Со стороны органов дыхания и сердечно сосудистой системы на момент осмотра патологических изменений не выявлено. При пальпации органов брюшной полости определяется болезненность в левом подреберье в области увеличенной селезёнки, выступающей из-под рёберной дуги на 5 см., здесь же определяется локально симптом раздражения брюшины. Пальпация для остальных отделов брюшной полости на момент осмотра б/болезненна.

Размеры печени по Курлову 8x9x10 см. Физические отправления без особенностей.

**Вопросы:**

1. Выделите и охарактеризуйте основные синдромы в клинике заболевания.

2. Поставьте предварительный диагноз.

3. Какие исследования необходимо провести для верификации диагноза. Их результат.

4. Обьясните изменения в селезёнке

6.. Назначте лечение. Фармакокинетика назначенных препаратов.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 9.15**

Больной Р., 30 лет, поступил с жалобами на' боли в костях, преимущественно в нижних конечностях, лихорадку с ознобами, высыпания геморрагического характера на нижних конечностях, общую резкую слабость, быструю утомляемость, повышенную потливость. \*

Больным себя считает около двух месяцев, в течение которых появилась вышеописанная симптоматика и состояние прогрессивно ухудшалось. В последние сутки отмечает изменение цвета кала на чёрный.

Состояние больного средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. На нижних конечностях в области стоп и до с/3 голени мелкоточечные геморрагии склонные к слиянию, не возвышающиеся над поверхностью кожи, не исчезающие при надавливании. Периферические лимфоузлы, доступные пальпации, увеличены в подчелюстных, надключичных и подмышечных областях, подвижны, б/болезненны, мягко-эластичной, консистенции, кожа над ними не изменена. Дыхание везикулярное, хрипов не ... выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритмичные, систолический шум на верхушке.

Полость рта - единичные кровоизлияния в слизистую, дёсны разрыхлены, кровоточивость, миндалины не изменены.

Печень: край закруглён, безболезненный, ровный, размеры по Курлову 8x9x10 см. Селезёнка не пальпируется, область её б/болезненна. Дизурии нет. При ректальном осмотре - на перчатке чёрные каловые массы.

**Вопросы:**

1. Выделите и охарактеризуйте основные синдромы в клинике заболевания и назовите синдромосходные заболевания.

2. Предварительный диагноз.

3. Какие исследования необходимо провести для верификации диагноза, их результат.

4. Назначьте лечение больному. Какова фармакокинетика назначенных препаратов.

.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 9.17**

50-летняя больная обратилась с жалобами на частые головные боли, чувство тяжести в голове, жгучие боли в кончиках пальцев рук, в меньшей степени - ног, кожный зуд после принятия ванны. Вышеуказанные жалобы стала отмечать несколько месяцев назад. К врачам не обращалась. В последнее время отмечала изменение цвета концевых фаланг пальцев. При амбулаторном исследовании выявлено повышение АД и изменения на ЭКГ. Госпитализирована с диагнозом: «артериальная гипертензия».

Объективно: красно-цианотичная окраска кожи лица, изменение цвета концевых фаланг пальцев рук. АД - 170/100 мм рт.ст. ЧСС - 88 в минуту. Пальпируется увеличенная селезенка, выступающая на 3 см.

Клинический анализ крови: Hb - 170 г/л, эритроциты - 7х1012/л, гематокрит - 55 %, лейкоциты - 12х109/л, базофилы - 3 %, эозино-

филы - 6 %, метамиелоциты - 2 %, палочкоядерные - 8 %, сегментоядерные - 70 %, лимфоциты - 8 %, моноциты - 3 %, тромбоциты - 600х109/л. СОЭ - 2 мм/ч.

|  |
| --- |
|  |

В стационаре на фоне головокружения больная упала, при этом развилась резкая слабость в левых конечностях, заторможенность. Через несколько часов состояние вернулось к исходному, сила и движения в конечностях восстановились. Приглашен на консультацию невролог, который не выявил очаговой неврологической симптоматики.

**Вопросы:**

1. Как расценить эпизод падения больной и развившуюся неврологическую симптоматику?

2. Какие изменения со стороны периферической крови имеются у больной?

3. Как обозначить симптомокомплекс (жалобы, внешний вид), наблюдаемый в пальцах рук больной?

4. Имеется ли связь между клинической симптоматикой в пальцах рук и изменениями в периферической крови?

5. Объясните механизм возникновения патологического процесса в пальцах рук больной.

6. Объясните механизм развития спленомегалии у больной.

7. Какой наиболее информативный диагностический метод следует использовать в данной ситуации?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 9.18**

У больного с гепатолиенальным синдромом, портальной гипертензией (варикозно расширенные вены пищевода) и кожным зудом выявлен тромбоцитоз (800х109/л), эритроцитоз (6,5х1012/л). Больному была предложена трепанобиопсия с диагностической целью.

**Вопросы:**

1. Является ли эритроцитоз характерным лабораторным признаком цирроза печени?

2. Может ли портальная гипертензия встречаться при миелопролиферативных заболеваниях?

3. Свидетельствует ли тромбоцитоз в данном случае против наличия миелопролиферативного заболевания?

4. Возможно ли у больного наличие сублейкемического миелоза?

5. Необходима ли пункционная биопсия печени с диагностической целью?

6. Какие наиболее вероятные изменения могут быть выявлены при гистологическом исследовании костного мозга у данного пациента?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 9.19**

У больного при исследовании выявлено: общий анализ крови: эритроциты - 2,7 х 1012/л, ЦП - 1,0, Нв - 90 г/л, тромбоциты - 110 х 106/л, лейкоциты - 12 х 109/л, эозинофилы - 1, базофилы - 1, палочкоядерные - 10, сегментоядерные - 45, лимфоциты - 40, моноциты - 3, СОЭ - 20 мм/час. Стернальная пункция: бласты – 30 %, реакция на гликоген бластных клеток - положительная (в виде гранул).

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 9.20**

Больная Т., 16 лет. Неделю назад появились боли при глотании и болезненность десен, температура повысилась до 39 °С. На слизистой оболочке рта и миндалинах возникли язвы. При осмотре: состояние больной тяжелое, температура 39,8 °С, язык сухой. Пальпируются шейные лимфатические узлы диаметром до 1,5-2,0 см. На слизистой оболочке десен обнаружены некротические язвы, покрытые серым налетом. Анализ крови: эр. 3,2 х 1012/л, Нв - 80 г/л, ЦП - 1,0, лейк. 0,8 х 109/л, эозинофилы - 0 %, паличкоядерные - 0 %, сегментоядерные - 12 %, лимфоциты - 73 %, моноциты - 3 %, бласты - 12 %, СОЭ - 65 мм/год.

**Вопросы:**

1.Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Какие дополнительные методы исследования следует провести в данной клинической ситуации?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 9.21**

Мужчина 65 лет болеет несколько лет, отмечает увеличение шейных подчелюстных лимфатических узлов, потливость, слабость. Состояние ухудшилось 2 недели. Увеличилась печень,селезенка, лимфатические узлы. В анализе крови: эритроциты 2,8х1012/л, Нв-92 г/л, лейкоциты 68х109/л, лимфоциты 86%, СОЭ-48 мм/ч. Тени Боткина-Гумпрехта в мазке периферической крови.

**Вопросы:**

1. Какой диагноз наиболее вероятный?

2. Какой метод исследования наиболее информативный в данном случае?

3. С какими заболеваниями следует проводить дифдиагноз?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 9.22**

50-летний больной, страдающий артериальной гипертензией, обратился по поводу повышения температуры до 38-39 °С в течение 3 нед. Антибактериальная терапия цефотаксимом была неэффективна. При амбулаторном обследовании выявлено повышение в крови количества эритроцитов и уровня гемоглобина. Анамнез больного без особенностей. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. В течение 2 лет отмечалось повышение АД до 170/100 мм рт.ст. Лечится гипотензивными препаратами без выраженного эффекта. Со стороны внутренних органов - без особенностей.

Клинический анализ крови: Hb - 170 г/л, эритроциты - 6,5х1012/ л, лейкоциты - 9х109/л, эозинофилы - 2 %, палочкоядерные - 6 %, сегментоядерные - 64 %, лимфоциты - 26 %, моноциты - 2 %, тромбоциты - 250х109/л. СОЭ - 5 мм/ч.

При рассмотрении предыдущих анализов крови обращает на себя внимание тенденция к эритроцитозу в течение последних нескольких месяцев.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1018, белок - 0,66%о, эритроциты - 10-15 в поле зрения, лейкоциты - 2-3 в поле зрения.

При рентгенографии органов грудной клетки патологии не выявлено. УЗИ почек - увеличение размеров левой почки, небольшой конкремент. Произведена компьютерная томография фис. 12-4).

**Вопросы:**

1. Может ли эритроцитоз быть одним из признаков инфекционновоспалительного процесса?

2. Может ли имеющаяся клинико-лабораторная симптоматика свидетельствовать о наличии у больного хронического пиелонефрита на фоне мочекаменной болезни?

3. Показано ли проведение исследования костного мозга с диагностической целью в данной ситуации?

4. Следует ли назначить новый антибиотик в связи с сохраняющейся лихорадкой?

5. Какой метод исследования будет наиболее информативным в данной ситуации?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 9.23**

|  |
| --- |
|  |

65-летний больной доставлен в стационар в связи с сильными болями в левой половине живота с подозрением на острый панкреатит. По данным анамнеза, в течение 7 лет страдает эритремией. Лечился кровопусканиями (ежегодно 2-3 раза в год), цитостатиками (гидроксимочевина^). В течение последних нескольких месяцев отмечает слабость, одышку при незначительной физической нагрузке, носовые кровотечения, синяки на коже.

При объективном исследовании бледность кожи и слизистых. Единичные геморрагии на коже. ЧСС - 100 в минуту. АД - 160/90 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, ослабленное слева, хрипы не прослушиваются. Живот вздут, болезненный при пальпации в левой половине. Синдром раздражения брюшины сомнительный. Пальпируется нижний край селезенки на уровне гребня подвздошной кости. Пальпация болезненна.

Клинический анализ крови: Hb - 80 г/л, эритроциты - 2,8х1012/л, лейкоциты - 4х109/л, эозинофилы -2%, палочкоядерные -3%, сегментоядерные - 35 %, лимфоциты - 50 %, моноциты - 10 %,

тромбоциты - 90х109/л. Среднее содержание гемоглобина в эритроците - 27 пг.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1018, белок - 0,66%о, лейкоциты - 2-3 в поле зрения. Ураты - в небольшом количестве.

Сывороточное железо - 18 мкмоль/л.

Клинический анализ крови при первом обращении к врачу (7 лет назад^Нэ -190 г/л,эритроциты -6,8х1012/л, лейкоциты - 14х109/л, %, базофилы -2 %, эозинофилы - 6 %, палочкоядерные - 8 %, сегментоядерные - 64 %, лимфоциты - 15 %, моноциты - 5 %, тромбоциты - 800х109/л.

Клинический анализ крови при последнем обращении к врачу (год назад):

Hb - 95 г/л, эритроциты - 3,5х1012/л, лейкоциты - 7х109/л, эозинофилы - 2 %, палочкоядерные - 3 %, сегментоядерные - 45 %, лимфоциты - 45 %, моноциты - 5 %, тромбоциты - 120х109/л.

|  |
| --- |
|  |

**Вопросы:**

1. Является ли анемия в данном случае следствием частых кровопусканий?

2. Каков возможный механизм развития тромбоцитопении в динамике заболевания?

3. Чем можно объяснить выраженную спленомегалию?

4. Как расценить клиническую ситуацию, по поводу которой больной был доставлен в стационар?

5. Каков может быть цитологический состав пунктата селезенки?

6. Какую морфологическую картину вы ожидаете получить при гистологическом исследовании костного мозга?

7. Каковы возможные исходы эритремии?

8. Объясните эволюцию показателей периферической крови у данного больного.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА** **9.24**

Больной 50 лет. Жалуется на головную боль, ухудшающуюся память, кожный зуд, усиливающийся после ванны. Считает себя больным 2 года. Работает оператором КИП на заводе. Плеторичен. Физикальных отклонений со стороны системы органов дыхания нет. Левая граница сердца - в 5 межреберье на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Акцент 2 тона на аорте. Пульс 72 в мин., ритмичный, напряженный. АД стабильно 180-170/120-115 мм рт. ст. Печень выступает из-под края реберной дуги по правой срединно-ключичной линии. Селезенка выступает из-под края реберной дуги по левой передней подмышечной линии на 5 см. Параклиническими методами исследования со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Анализ крови: эр. - 8,3х10/л, Нв - 206 г/л, тромб. - 570х109/л, лейк. - 16,5х109/л. Лейкоформула (%) : п. - 4, с. - 70, лимф. - 20, мон. - 6, СОЭ- 0 мм/час. Гематокрит - 76/24 (%). В костномозговом пунктатетрехотростковая гиперплазия, высокая степень отшнуровки тромбоцитов от мегакариоцитов.

**Вопросы:**1. Предварительный диагноз.

2.Дифференциальный диагноз

3. Какое патогенетическое лечение необходимо назначить больному.

**Тема 10 Дифференциальная диагностика и лечение при бронхообструктивном синдроме**

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10.1**

Пациент К. 58 лет предъявляет жалобы на усиление одышки экспираторного характера при незначительной физической нагрузке (умывании, одевании), сопровождающуюся свистом в грудной клетке; на приступообразный кашель с увеличением мокроты до 20 мл в сутки в утренние часы, повышение температуры до 37,8 °С. Анамнез заболевания: сухой кашель в течение последних 20 лет. Последние 10 лет стал отмечать экспираторную одышку при ускоренной ходьбе, подъѐме на 2 этаж. В течение последнего года одышка резко усилилась и стала беспокоить при обычной нагрузке, разговоре, появилась густая, скудная мокрота жѐлто-зелѐного цвета. Обострения 2 раза за прошедший год. Ухудшение в течение 2 недель: поднялась температура до 37,8 °С, усилился кашель, появилась гнойная мокрота, увеличился ее объѐм, усилилась экспираторная одышка. Принимал дома Ампициллин по 250 мг 3 раза в день, Беродуал по 2 вдоха 4 раза в день без улучшения. Обратился в приѐмный покой городской больницы. Анамнез жизни: курит 30 лет по 1,5 пачки в сутки, употребляет 1 раз в месяц 200 мл водки. Работает прорабом на стройке. У родственников заболеваний органов дыхания нет. Аллергоанамнез не отягощен. Объективно: кожные покровы влажные, диффузный цианоз. Температура 37,5°С. Рост – 172 см, вес – 60 кг. Грудная клетка увеличена в переднезаднем размере, сглаженность над- и подключичных ямок, эпигастральный угол тупой. Перкуторный звук – коробочный. Подвижность нижнего лѐгочного края по средней подмышечной линии - 2,5 см. При аускультации – ослабленное везикулярное дыхание, рассеянные сухие свистящие хрипы с обеих сторон. ЧДД – 24 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 100 ударов в минуту. АД – 120/72 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 10×9×8 см. Отѐков нет. По модифицированному опроснику британского медицинского исследовательского совета для оценки тяжести состояния мMRSquestoinnaire - 4 балла. Общий анализ крови: эритроциты - 4,42×1012/л, Нв -165 г/л, Нt - 50%, лейкоциты - 8,4×109/л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 62%, лимфоциты - 25%, моноциты – 4%, СОЭ - 28 мм/час. Общий анализ мокроты – вязкая, зелѐного цвета. Лейкоциты – 100 в поле зрения, эритроцитов – нет. По пульсоксиметрии сатурация кислорода - 88%. ФВД-ОФВ1 – 29%, ЖЕЛ – 52%, индекс ОФВ1/ФЖЕЛ – 57%. При пробе с Сальбутамолом 4 дозы ∆ ОФВ1 – 2,12%.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении? Обоснуйте свой выбор.

5. Состояние пациента через 20 дней улучшилось: уменьшилась одышка. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10.2**

Женщина 45 лет, продавец, обратилась в поликлинику с жалобами на приступы удушья и одышку после физической нагрузки и спонтанные ночью, на дискомфорт в груди. Впервые заболела после тяжѐлой пневмонии 11 лет назад. Затем приступы повторялись после физической нагрузки и во время простудных заболеваний. Приступы удушья снимала ингаляцией Сальбутамола (3-4 раза в сутки). В анамнезе: внебольничная 2-сторонняя бронхопневмония, острый аппендицит. Наличие аллергических заболеваний у себя и родственников отрицает. Гемотрансфузий не было. Вредных привычек нет. Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожа и слизистые чистые, физиологической окраски. Язык влажный. Лимфоузлы не увеличены. В лѐгких: перкуторно – коробочный звук, аускультативно – дыхание жѐсткое, сухие хрипы по всем лѐгочным полям, свистящие при форсированном выдохе. Частота дыхательных движений – 18 в минуту. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД - 140/90 мм рт. ст. Пульс – 69 ударов в минуту, хорошего наполнения и напряжения. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезѐнка не пальпируются. Физиологические отправления не нарушены. Анализ крови: гемоглобин – 12,6 г/л, эритроциты – 3,9×1012/л, лейкоциты - 9,5×109/л, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, эозинофилы – 5%, моноциты – 6%, лимфоциты – 13%; СОЭ - 19 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий билирубин - 5,3 мкм/л; общий белок - 82 г/л, мочевина - 4,7 ммоль/л. Анализ мочи: удельный вес - 1028, белок - отриц., эпителий - 1-3 в поле зрения. Анализ мокроты: слизистая, без запаха. При микроскопии: лейкоциты - 5-6 в поле зрения, эозинофилы - 10-12 в поле зрения, клетки эпителия бронхов, ед. альвеолярные макрофаги. ВК - отриц. (3-кратно). Ro-графия грудной клетки: повышена прозрачность лѐгочных полей, уплощение и низкое стояние диафрагмы. Лѐгочный рисунок усилен. Корни лѐгких увеличены, тень усилена. Тень сердца увеличена в поперечнике. **Вопросы:**

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования.

4. Проведите дифференциальный диагноз.

5. Составьте план лечения (назовите необходимые группы лекарственных препаратов).

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10.3**

Больной Б. 35 лет доставлен в клинику машиной скорой помощи с жалобами на чувство стеснения в груди, затруднѐнное дыхание, особенно выдох, мучительный кашель. Болен 10 лет бронхиальной астмой. До этого – несколько лет наблюдался с диагнозом «хронический бронхит». 5 лет принимал Преднизолон 2 таблетки в сутки и ингаляции Беротека при удушье. Обострения бронхиальной астмы 3-4 раза в год, часто требующие госпитализации в стационар. Настоящее ухудшение состояния связывает с отменой неделю назад Преднизолона. Аллергоанамнез – спокойный. Приступам удушья предшествует короткий эпизод мучительного кашля, в конце приступа он усиливается, и начинает выделяться в небольшом количестве тягучая слизистая мокрота. Объективно: состояние тяжѐлое, при осмотре кожные покровы больного бледные, с синюшным оттенком. Больной сидит в положении «ортопноэ». Больной повышенного питания (прибавил в весе за 3 года 15 кг). «Кушингоидное лицо», стрии на бѐдрах и животе. Разговаривает отдельными словами, возбуждѐн. Грудная клетка находится в положении глубокого вдоха. Мышцы брюшного пресса участвуют в акте дыхания. Дыхание резко ослаблено, небольшое количество сухих свистящих хрипов, 32 дыхательных движения в минуту. Перкуторно над лѐгкими коробочный звук по всем лѐгочным полям, особенно в нижних отделах. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс - 120 ударов в минуту, ритмичный. АД - 140/90 мм рт. ст., SpO2 - 85%. В течение суток получил более 15 ингаляций Беротека. Врачом скорой помощи уже внутривенно введено 10,0 мл 2,4% раствора Эуфиллина, 60 мг Преднизолона.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Обоснуйте диагноз. Чем объяснить ухудшение состояния больного?

3. Что показано больному в первую очередь в этой ситуации?

4. Какое дообследование необходимо провести больному при стабилизации состояния?

5. Правильную ли терапию больной получал последние годы? Почему? Какую базисную терапию назначите больному?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10.4**

Больной М. 65 лет обратился в поликлинику с жалобами на одышку при небольшой физической нагрузке, периодически малопродуктивный кашель (особенно при переохлаждении, в сырую погоду), ощущение хрипов и тяжести в груди, сердцебиение. Из анамнеза: курит 30 лет по пачке в день. Одышка появилась 3 года назад и стала прогрессировать за последний год. В течение последнего месяца, после перенесѐнного ОРЗ, одышка усилилась, мокроты стало выделяться больше, она приобрела жѐлто-зелѐный цвет. Несколько лет наблюдается с диагнозом «стенокардия II ФК», 2 года назад перенѐс крупноочаговый инфаркт миокарда переднебоковой, в связи с чем постоянно принимает Соталол, Кардиомагнил, Моночинкве (изосорбида-5-мононитрат). Объективно: общее состояние средней тяжести. Лѐгкий акроцианоз. Больной пониженного питания, грудная клетка расширена в поперечнике, при перкуссии грудной клетки - лѐгочный звук с коробочным оттенком. При аускультации лѐгких - дыхание ослабленное, в нижних отделах лѐгких сухие низкотембровые и пневмосклеротические хрипы, выдох удлинѐн. При осмотре ЧДД - 24 в минуту, ЧСС - 100 в минуту. АД - 130/80 мм рт. ст. На ЭКГ: рубцовые изменения на боковой стенке левого желудочка. Единичные желудочковые экстрасистолы. Спирография: ЖЕЛ - 52%, ОФВ1 - 37%, Тест Тифно - 57,2. На рентгенограмме органов грудной клетки - признаки эмфиземы и пневмосклероза лѐгких. Общий анализ мокроты: лейкоциты – до закрытия полей зрения, нейтрофилы - 90%, лимфоциты - 10%.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Обоснуйте диагноз. Определите индекс курильщика у больного.

3. Составьте и обоснуйте план дообследования больного.

4. Какая базисная терапия необходима больному в соответствии с его диагнозом?

5. Что бы Вы изменили в базисной терапии ИБС? Обоснуйте почему.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10.5**

К врачу-терапевту участковому обратился больной 52 лет с жалобами на систематический кашель с отделением скудного количества слизистой мокроты, преимущественно в утренние часы, одышку с затруднением выдоха, возникающую при обычной физической нагрузке, снижение массы тела. Курит с 20 лет (30 сигарет в день), работает наборщиком в типографии. В течение предшествующих 5 лет беспокоит хронический кашель, в последние 2 года присоединились прогрессирующая одышка при ходьбе, которая значительно ограничивает физическую работоспособность и снижение массы тела. Два месяца назад перенѐс простудное заболевание, на фоне которого отметил значительное усиление кашля и одышки, амбулаторно принимал Азитромицин. Самочувствие улучшилось, но сохраняется выраженная одышка, в связи с чем обратился в поликлинику. В течение последнего года подобных эпизодов простудных заболеваний с усилением кашля и одышки, кроме указанного, не отмечалось. Перенесѐнные заболевания: правосторонняя пневмония в 40-летнем возрасте, аппендэктомия в детском возрасте. Аллергоанамнез не отягощѐн. Общее состояние удовлетворительное. Пониженного питания, рост - 178 см, вес - 56 кг. Кожные покровы обычной окраски, отѐков нет. Грудная клетка бочкообразной формы, при перкуссии лѐгких – коробочный звук, при аускультации – диффузно ослабленное везикулярное дыхание, частота дыханий – 18 в минуту, SpO2 - 96%. Тоны сердца ритмичные, пульс - 88 в минуту, акцент II тона над лѐгочной артерией. АД - 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края рѐберной дуги на 4 см.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования.

4. Назначьте и обоснуйте лечение.

5. Составьте план диспансерного наблюдения.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10.6**

Больной В. 50 лет работает инженером, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на частый кашель с небольшим количеством слизистой мокроты, одышку при умеренной физической нагрузке. Кашель и одышку отмечает в течение 5 лет. В течение последнего года отмечает увеличение одышки и снижение массы тела. Курит в течение 23 лет около 1,5-2 пачек папирос в сутки. В течение последних нескольких месяцев без ухудшения. Общее состояние удовлетворительное. Грудная клетка эмфизематозная. Перкуторный звук над лѐгочными полями коробочный, дыхание везикулярное ослабленное, сухие хрипы с обеих сторон (больше на выдохе). ЧД – 20 в минуту. Границы сердца в норме. Тоны сердца приглушены на верхушке, ритм правильный. ЧСС – 78 в минуту. АД - 125/80 мм рт.ст. Печень у края рѐберной дуги. Периферических отѐков нет. Клинический анализ крови: гемоглобин – 139 г/л, лейкоциты – 6,7×109/л, моноциты – 4%, базофилы – 1%, эозинофилы – 1%, нейтрофилы – 69%, лимфоциты – 25%, СОЭ – 10 мм/час. Рентгенограмма органов грудной клетки: лѐгочные поля повышенной прозрачности, лѐгочный рисунок усилен, деформирован, тень без особенностей. Инфильтративных изменений не выявлено. Показатели спирографии: ЖЕЛ – 85% от должной величины, ОФВ 1 – 57% от должной величины. Пульсоксиметрия: сатурация кислорода (SaO2) = 92%. ЭКГ: ритм синусовый, правильный, ЧСС – 76 в минуту, вертикальное положение электрической оси сердца. Без существенных изменений. Индекс массы тела – 18 кг/м2.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Показаны ли антибактериальные препараты? Обоснуйте ответ. Назовите рекомендуемые препараты.

4. Составьте индивидуальную программу реабилитации.

5. Проведите экспертизу трудоспособности, обоснуйте Ваше решения.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10.7**

Мужчина 23 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на приступы удушья, возникающие 1-2 раза в месяц, с затруднѐнным выдохом, сопровождающиеся свистящими хрипами и тяжестью в груди, приступообразным кашлем с трудноотделяемой мокротой. В последнее время приступы участились до 2 раз в неделю, возникают и ночью. Из анамнеза известно, что приступы появились около года назад, отмечаются в течение всего года, появляются при контакте с домашней пылью, пыльцой растений, шерстью животных, резких запахах, прекращаются самостоятельно или после приѐма таблетки Эуфиллина. У бабушки больного также были подобные приступы удушья. В течение трѐх лет в мае-июне отмечает слезотечение, заложенность носа, чихание. Состояние пациента удовлетворительное, частота дыхания – 24 в мин. Кожные покровы чистые, обычной окраски. При аускультации выслушивается большое количество сухих свистящих рассеянных хрипов на выдохе. Тоны сердца ритмичные, ясные, 90 ударов в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. В анализах крови: лейкоциты – 6,0×109/л; сегментоядерные нейтрофилы – 63%; лимфоциты – 23%; эозинофилы – 10%; моноциты – 4%, СОЭ – 10 мм/ч. Общий анализ мокроты: консистенция вязкая, характер слизистый, лейкоциты – 1– 5 в поле зрения, эозинофилы – 20–30 в поле зрения, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена. IgE сыворотки крови повышен в три раза. Спирометрия: прирост ОФВ1 после ингаляции Сальбутамола – 25%. Рентгенография органов грудной клетки - очаговых или инфильтративных теней не выявлено.

 **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Назовите группы лекарственных препаратов, которые Вы бы рекомендовали пациенту в настоящее время. Обоснуйте свой выбор.

5. Через неделю пациент вновь пришел на приѐм к врачу-терапевту участковому. Жалоб не предъявляет, приступы прекратились. В лѐгких при объективном обследовании хрипы не выслушиваются. Выберите дальнейшую тактику лечения больного и объясните Ваш выбор.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10.8**

Женщина 32 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на участившиеся в течение последнего месяца приступы удушья, они сопровождаются слышимыми на расстоянии хрипами, кашлем с выделением небольшого количества вязкой мокроты, после чего наступает облегчение. Подобные состояния беспокоят около 2 лет, не обследовалась. В анамнезе аллергический ринит. Ухудшение состояния связывает с переходом на новую работу в библиотеку. В течение последнего месяца симптомы возникают ежедневно, ночью 3 раза в неделю, нарушают активность и сон. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Нормостенической конституции. Кожные покровы бледно-розового цвета, высыпаний нет. Периферические отѐки отсутствуют. Над лѐгкими дыхание жѐсткое, выслушиваются рассеянные сухие свистящие хрипы. ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС – 72 удара в минуту. АД – 120/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Общий анализ крови: эритроциты - 4,2×1012/л, гемоглобин - 123 г/л, лейкоциты - 4,8×109/л, эозинофилы - 16%, сегментоядерные нейтрофилы - 66%, лимфоциты - 18%, моноциты - 2%, СОЭ - 10 мм/ч. Анализ мокроты общий: слизистая, лейкоциты - 5-7 в поле зрения, плоский эпителий - 7-10 в поле зрения, детрит в небольшом количестве, спирали Куршманна. Рентгенограмма лѐгких. Инфильтративных теней в лѐгких не определяется. Диафрагма, тень сердца, синусы без особенностей. Спиротест. Исходные данные: ЖЕЛ - 82%, ОФВ1 - 62%, ФЖЕЛ - 75%. Через 15 минут после ингаляции 800 мкг Сальбутамола: ОФВ1 - 78%.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте клинический диагноз. Обоснуйте степень тяжести заболевания.

2. Как проводится проба с бронходилататором? Оцените результаты.

3. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

4. Назначьте лечение.

5. Имеются ли показания к назначению ингаляционных глюкокортикоидов в данном случае?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10.9**

Больной 25 лет, водитель, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на появление эпизодов удушья с затруднѐнным выдохом, кашель с трудно отделяемой мокротой практически ежедневно. Приступы удушья возникают 2-3 раза в неделю чаще ночью и проходят спонтанно через час с исчезновением всех симптомов. Незначительная одышка при физической нагрузке. Лекарства не принимал. Считает себя больным около 3 месяцев. За медицинской помощью обратился впервые. С детства частые бронхиты с обострениями в весенне-осенний периоды. Другие хронические заболевания отрицает. Операций, травм не было. Курит по 1,5 пачки в день 5 лет. У матери бронхиальная астма, у отца гипертоническая болезнь. Аллергологический анамнез не отягощѐн. Профессиональных вредностей не имеет. При физикальном осмотре: состояние больного лѐгкой степени тяжести. Температура тела 36,7 °С. Кожные покровы чистые, влажные. Рост - 175 см, вес - 81 кг. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка нормостеническая. При пальпации грудная клетка безболезненна. ЧД – 18 в минуту. При перкуссии – ясный лѐгочный звук. Границы относительной тупости сердца: в пределах нормы. При аускультации – дыхание везикулярное, проводится во все отделы, выслушивается небольшое количество сухих, рассеянных, высокодискантных хрипов. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс - 80 ударов в минуту удовлетворительного наполнения и напряжения. АД - 120/80 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10×9×7 см. Дизурических явлений нет.

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Составьте план лабораторно-инструментального обследования.

3. Составьте план лечебных мероприятий.

4. Обоснуйте проведение врачебно-трудовой экспертизы (ВТЭ), противопоказанные виды труда.

5. Укажите показания к неотложной госпитализации у пациента.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10.10**

Женщина 34 лет страдающая бронхиальной астмой, пришла на очередной диспансерный осмотр к врачу-терапевту участковому. В течение последних 4 месяцев состояние больной стабильное, получает базисную терапию: низкие дозы ингаляционных ГКС и длительно действующий β2-агонист (Флутиказона пропионат 100 мкг + Сальметерол 50 мкг (в виде комбинированного ингалятора) 2 раза в день), по потребности Сальбутамол 1 раз в 2-3 недели. Жалоб не предъявляет, приступы астмы редкие (1 раз в 23 недели), ночных приступов нет, ограничения физической активности не отмечает. При осмотре: состояние удовлетворительное, телосложение нормостеническое. ИМТ – 22 кг/м2. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лѐгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 72 в минуту, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезѐнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Периферических отѐков нет. Общий анализ крови – без патологии. При спирометрии – ОФВ1=85%.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Определите тактику ведения пациентки. Обоснуйте свой ответ.

4. Составьте план диспансерного наблюдения.

5. Показано ли пациентке направление в бюро медико-социальной экспертизы? Обоснуйте свой ответ.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10.11**

Больной 25 лет Петров И. И., водитель, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на появление эпизодов удушья с затруднѐнным выдохом, кашель с трудно отделяемой мокротой практически ежедневно. Приступы удушья возникают 2-3 раза в неделю, чаще ночью и проходят спонтанно через час с исчезновением всех симптомов. Незначительная одышка при физической нагрузке. Лекарства не принимал. Считает себя больным около 3 месяцев. За медицинской помощью обратился впервые. С детства частые бронхиты с обострениями в весенне-осенний периоды. Другие хронические заболевания отрицает. Операций, травм не было. Курит по 1,5 пачки в день 5 лет. У матери бронхиальная астма, у отца гипертоническая болезнь. Аллергологический анамнез не отягощѐн. Профессиональных вредностей не имеет. При физикальном осмотре: состояние больного лѐгкой степени тяжести. Температура тела ‒ 36,7°С. Кожные покровы чистые, влажные. Рост ‒ 175 см, вес ‒ 81 кг. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка нормостеническая. При пальпации грудная клетка безболезненна. ЧД ‒ 18 в минуту. При перкуссии - ясный лѐгочный звук. Границы относительной тупости сердца: в пределах нормы. При аускультации–дыхание везикулярное, проводится во все отделы, выслушивается небольшое количество сухих, рассеянных, высокодискантных хрипов. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 80 ударов в минуту удовлетворительного наполнения и напряжения. АД ‒ 120/80 мм рт.ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10×9×7 см. Дизурических явлений нет. **Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Составьте план лабораторно-инструментального обследования.

3. Составьте план лечебных мероприятий.

4. Проведите врачебно-трудовую экспертизу (ВТЭ), определите противопоказанные виды труда.

5. Укажите показания к неотложной госпитализации у пациента.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10.12**

Больная 26 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на учащение приступов удушья в течение дня до 4 раз, появление приступов в ночные часы 2-3 раза в неделю, одышку при умеренной физической нагрузке, сухой непродуктивный кашель. Анамнез заболевания: наблюдается на терапевтическом участке с диагнозом «бронхиальная астма» в течение 12 лет. В настоящее время постоянно получает базисную терапию - Будесонид 400 мкг/сутки, при этом потребность в симптоматических средствах была 1-2 раза в сутки. Обострения редкие - 1 раз в 2 года. Настоящее ухудшение в течение недели развилось на фоне ОРВИ, когда участились приступы удушья до 6 раз в сутки, появились приступы в ночные часы. Самостоятельно увеличила частоту приѐма Сальбутамола до 6-8 раз в сутки. Ночью с некупируемым приступом вызвала бригаду СМП. Приступ был купирован внутривенным введением системных глюкокортикостероидов, рекомендовано обращение за медицинской помощью в поликлинику. Анамнез жизни: с 7 лет диагноз «Аллергический ринит. Аллергический конъюнктивит.», ситуационно применяет назальные стероиды. Выявлена сенсибилизация - к клещу домашней и библиотечной пыли, к пыльце берѐзы. Отмечает частые ОРВИ с детских лет, последний год - до 4 раз. Работает инженером, профессиональных вредностей нет. Вредные привычки отрицает. Семейный анамнез: у матери - бронхиальная астма. Объективный статус: температура - 36,7 °С, Sat в покое - 96%, ПСВ - 75%. Состояние лѐгкой степени тяжести. Кожные покровы чистые, влажные. Периферических отѐков нет. Дыхание через нос затруднено. В зеве умеренная гиперемия задней стенки глотки, нѐбных дужек, мягкого нѐба. Грудная клетка нормостенической формы, ЧД - 16 ударов в минуту. Грудная клетка при пальпации безболезненная. При сравнительной перкуссии лѐгочный звук ясный. При аускультации лѐгких - дыхание проводится во все отделы, выдох длиннее вдоха в 2 раза, в подлопаточных областях в обоих лѐгких выслушиваются высокодискантовые хрипы. При аускультации сердца - тоны ясные, ритмичные, 78 ударов в минуту, Ps 78 удара в минуту удовлетворительного наполнения, АД - 125/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезѐнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. Клинический анализ крови: Hb - 125 г/л, лейкоциты - 7100, эозинофилы - 6%, палочкоядерные нейтрофилы - 2%, сегментоядерные нейтрофилы - 63%, лимфоциты - 24%, моноциты - 5%, СОЭ - 10 мм/час. Рентгенография органов грудной клетки: патологических изменений не выявлено. Спирография: ЖЕЛ - 89%, ОФВ₁ - 72%, ОФВ₁ /ФЖЕЛ - 0,73, МОС 25 - 63%, МОС 50 - 59%, МОС 75 - 48%. После пробы с бронходилататором: ОФВ₁ - 92%, ОФВ₁ /ФЖЕЛ - 0,78, МОС 25 - 73%, МОС 50 - 79%, МОС 75 - 78%. ЭКГ: ритм синусовый 82 в минуту.

 **Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Оцените результаты спирометрии.

3. Проведите экспертизу трудоспособности. Назовите критерии стойкой утраты трудоспособности при бронхиальной астме.

4. Составьте план лечения для данной больной в условиях поликлиники.

5. Перечислите принципы реабилитации больных с бронхиальной астмой.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10.13**

Вызов на дом врача-терапевта участкового к больной 33 лет. Предъявляет жалобы на резкую одышку смешанного типа, кашель с отделением незначительного количества слизистой вязкой мокроты, резкую общую слабость. Страдает приступами удушья 4 года. Многократно лечилась в стационаре. В процессе лечения неоднократно применялись короткие курсы кортикостероидной терапии. Приступы обычно купировались ингаляциями Беротека, таблетками Теофиллина. Неделю назад переболела острой респираторной вирусной инфекцией. Лечилась домашними средствами. На этом фоне приступы стали повторяться по 5–6 раз в день. В течение последних суток одышка не исчезает. Ингаляции Беротека уменьшали одышку на короткое время, в связи с чем больная пользовалась препаратом 6–8 раз в день. Объективно: состояние тяжѐлое. Больная не может лежать из-за одышки. Кожа бледная, небольшой цианоз. Грудная клетка эмфизематозна, перкуторный звук коробочный. Дыхание резко ослаблено, местами определяется с трудом. Выход удлинѐн, на выходе высокотональные свистящие хрипы. ЧДД – 26 в минуту. Тоны сердца приглушены. Пульс – 120 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление (АД) – 150/95 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Госпитализирована в стационар.

**Вопросы:**

1. Поставьте наиболее вероятный предварительный диагноз.

2. Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10.14**

Больная С. 38 лет жалуется на мучительный, приступообразный, малопродуктивный кашель, сопровождающийся внезапным усилением экспираторной одышки, цианозом, набуханием шейных вен. При объективном исследовании грудная клетка гиперстеническая, межреберные промежутки не расширены, эластичность грудной клетки не нарушена, при перкуссии ясный легочный звук, сухие рассеянные хрипы, усиливающиеся при форсированном выдохе.

**Вопросы:**

1. О каком синдроме можно думать в данном случае

2. При каких заболеваниях этот синдром встречается?

3. Поставьте наиболее вероятный предварительный диагноз.

4. Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза?

5. Какое лечение следует назначить данному больному?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10.15**

Больной П., 69 лет заядлый курильщик, жалуется на кашель с отхождением мокроты в течение многих лет. Около 5-7 лет беспокоит одышка, вначале появляющаяся при физических нагрузках. Около 2-3 лет наблюдаются отеки ног, что и появилось поводом обращения к врачу. При обследовании определяется диффузный цианоз, периферические отеки, заторможенность. Перкуторно звук над грудной клеткой не изменен. При аускультации определяются сухие хрипы разного тембра, меняющиеся по локализации и интенсивности, после покашливания и при глубоком дыхании. Перкуторно определяется смещение границ сердечной тупости влево и вправо, набухание шейных вен. Газовый состав артериальной крови нарушен с повышенным содержанием углекислоты (50 ммртст) и сниженным содержанием кислорода. Общая емкость легких в норме, остаточный объем умеренно повышен, ЖЕЛ снижена, ОФВ1 резко снижен. Наблюдается эритроцитоз.

**Вопросы:**

1. О каком синдроме можно думать в данном случае

2. При каких заболеваниях этот синдром встречается?

3. Поставьте наиболее вероятный предварительный диагноз.

4. Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза?

5. Какое лечение следует назначить данному больному?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10.16**

Больной Д. 63 лет жалуется на одышку в течение 7-8 лет, усилившуюся в последние 1 -2 года, испытывает одышку даже при малейшей физической нагрузке. Часто одышка сопровождается кашлем со скудной слизистой мокротой. В момент осмотра больной сидит с наклоненным вперед туловищем, опершись руками о край кровати. В акт дыхания вовлечена вспомогательная мускулатура. Выдох удлинен, дыхание шумное. Грудная клетка бочкообразной формы, выбухают надключичные пространства. Шейные вены, на выдохе набухшие, спадаются в период вдоха. Грудина искривлена кпереди, выражен торакальный кифоз, ребра находятся в горизонтальном положении, а межреберные промежутки расширены. Подвижность ребер при дыхании ограничена, межреберья во время вдоха втягиваются. Перкуторный тон над грудной клеткой коробочный, аускультативно прослушивается ослабленное дыхание с высокочастотными сухими хрипами незвучного тембра в конце выдоха. В области мечевидного отростка - видимая пульсация. Размеры сердечной тупости не определяются. При пальпации эпигастрия-пульсация правого желудочка. При исследовании газового состава артериальной крови умеренное снижение кислорода (75 ммртст). Содержание углекислоты на уровне нормы. Минутный объем дыхания, общая емкость легких, остаточный объем повышены. ЖЕЛ, ОФВ1 снижены. На рентгенограмме грудной клетки выявляется низкое стояние диафрагмы, уплощение ее купола, ослабление легочного рисунка на периферии, сужение и удлинение сердечной тени с увеличением ретростернального пространства.

**Вопросы:**

1.О каком синдроме можно думать в данном случае

2. При каких заболеваниях этот синдром встречается?

3. Поставьте наиболее вероятный предварительный диагноз.

4. Объясните, почему у больного отсутствует цианоз.

5. Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза?

6.. Какое лечение следует назначить данному больному?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10.17**

Молодой человек 28 лет жалуется на одышку без кашля, резкое снижение переносимости физических нагрузок. Из анамнеза: редко имеет место кашель со скудной светлой слизистой мокротой. Усиление кашля отмечает лишь в периоды острых респираторных вирусных инфекций. Не курит. В детстве физические нагрузки переносил удовлетворительно, служил в армии. Объективно: дыхание носит характер «пыхтения», цианоз выражен незначительно. Грудная клетка имеет бочкообразную форму с расширенными и выбухающими межреберными промежутками, перкуторно звук над легкими коробочный, ослабленное дыхание с удлинением выдоха. При аускультации сердца тоны в точках выслушивания определяются с трудом, глухие, лучше выслушиваются в эпигастральном углу у мечевидного отростка. Печень опущена, край ее пальпируется на 1,5-2,0 см из подреберья.

 **Вопросы:**

1.Какой диагноз можно предположить в данном случае

2.Какие методы исследования можно применить для подтверждения диагноза?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10.18**

 Больной 50 лет жалуется на затрудненное дыхание, чаще в ночные и утренние часы, дистанционные хрипы, кашель с умеренным количеством трудноотделяемой мокроты. Четкой связи усиления кашля с физической нагрузкой или какими-либо другими факторами не отмечает.Часто в периоды ухудшения состояния (усиление кашля, одышки) принимает антибиотики. Общеклинические методы исследования выявили следующее: удлиненный выдох, сухие хрипы, дистанционные хрипы, свистящее дыхание, коробочный перкуторный звук над легкими.

**Вопросы:**

1.Ваши суждения о диагнозе

2.Какие методы исследования необходимо использовать?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10.19**

Больной И. 27 лет, диагноз хронический обструктивный бронхит в фазе обострения. Болен с раннего детства, часто переносил острые респираторные вирусные заболевания. В последние 3 года отмечает выделение до 150 мл гнойно-слизистой и гнойной мокроты; ОФВ1-65%.

**Вопросы:**

1.С каким заболеванием необходимо проводить дифференциальный диагноз?

2.Какой метод исследования наиболее показан в данном случае?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10.20**

 Мужчина 43 лет обратился к участковому врачу с жалобами на слабость, недомогание, повышение температуры тела до 38, 7 озноб, обильное потоотделение, снижение работоспособности, одышку. Из анамнеза: частые острые респираторно-вирусные заболевания. В последнее время после ОРВИ сохраняется длительный продуктивный кашель с гнойной мокротой, особенно после физической нагрузке и к вечеру. Курит около 20 лет. Объективно: кожные покровы обычной окраски, влажные, температура тела 37,8. При аускультации определяется жесткое везикулярное дыхание, особенно в межлопаточном пространстве, рассеянные, сухие, свистящие хрипы.

**Вопросы:**

1.Назначьте обследование больному.

2.Какой диагноз можно предполагать у данного больного?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10.21**

 Вызов СМП. Больная 48 лет, возбуждена, в положение Ортопноэ, на расстоянии звучные дыхательные шумы, бледный цианоз. Грудная клетка в положении вдоха, расположение рёбер горизонтальное, с уменьшенными межрёберными промежутками. Эпигастральный угол выражено тупой. В акте дыхания участвуют вспомогательные мышцы, втяжение внутрь межрёберных промежутков. При перкуссии коробочный звук, аускультативно - ослабленное везикулярное дыхание, сухие свистящие хрипы на вдохе и выдохе, ЧДД 36 в мин. Мокрота не отходит. Тоны сердца приглушены, ЧСС 120 в Г, АД 140/90 мм рт. ст. Живот без/о. со слов родственников приступ удушья начался около 6-7 ч. назад, ингаляция беротека - без эффекта. Диагноз: астматический статус I стадия

**Вопросы:**

1.Назначьте лечение

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10.22**

 Больной Б., поступил с жалобами на кашель с гнойной мокротой, преимущественно в утренние часы, одышку экспираторного характера, усиливающуюся при кашле, и при обычной физической нагрузке, потливость, быструю утомляемость, субфебрильную температу-
ру. Из анамнеза заболевания: страдает хроническим бронхитом много лет, обострения преимущественно в холодное время года, неоднократно госпитализировался. Из анамнеза жизни - курит около 20 лет.

Об-но: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые - акроцианоз, влажные. Больной пониженного питания. Грудная клетка цилиндрической формы. При перкуссии ясный лёгочный звук с коробочным оттенком. Дыхание жёсткое, сухие басовые хрипы на вдохе и выдохе, ЧДД 22 в 1'. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС
92в мин. Живот без/о. данные лабораторных и инструментальных исследований: ЭКГ: синусовая тахикардия с ЧСС 96 в Г. Перегрузка правых отделов сердца - с уч. клиники.

OAK: ЛЦ 9,2, ЭЦ 3,2, НЬ 106, СОЭ 19, п/я 6, с/я 62, Э 1, М 3, ЛФ 28.

ОАМ: ж, прозрачная, 1015, белок 0,033%, сахар отрицательный, ЛЦ 2-3 в п/зрения, пл. эпителий 1-3 в п/зрения.

Общий анализ мокроты: зеленоватая, вязкая, ЛЦ - в большом количестве, пл. эпителий 10-15 в п/зрения.
ФВД: ЖЕЛ = 3,04(100%), ОФВ1 = 1,52 (61%), инд. Тиффно = 50%

R графия: лёгочная ткань без очаговых и инфильтративных затемнений. Лёг/рисунок обогащен, деформирован за счёт явлений пневмосклероза. Корни лёгких структурны, не расширены, синусы свободны, срединная тень не смещена.
**Вопросы:**

1.Ваш диагноз?

2.Лечебная тактика?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10.23**

Больной Г., 17 лет поступил с жалобами на заложенность в грудной клетке, кашель с трудноотделяемой мокротой, приступы удушья до 3 раз за сутки, ночные приступы 1 -2 раза в неделю, купирует салбутамолом. Из анамнеза заболевания: страдает бронхиальной астмой около 5 лет, возникновению астмы предшествовал хронический обструктивный бронхит. Обострения заболевания каждые 3 мес, госпитализирован на обследование от
военкомата. Из анамнеза жизни - имеются аллергические реакции на бытовые аллергены, пыльцу растений, резкие запахи.

Об-но: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Грудная клетка цилиндрической формы. При перкуссии лёгочный звук с коробочным оттенком. Экскурсия лёгочной края 4 см с обеих сторон. Дыхание везикулярное, рассеянные сухие хрипы, преимущественно на выдохе, ЧДД 20 в Г. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 88 в Г, АД 120/70 мм рт. ст. Живот без/о. Данные лабораторных и инструментальных исследований:
ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 88 в Г. ЭОС не отклонена.
ФВД: ЖЕЛ 3,13(108%) колебания ПСВ в течение суток 25%,ФЖЕЛ-2,08 (71%),ОФВ, = 1,87 (78%), Инд. Тиффно 59,7% Заключение: умеренно обострённые нарушения бронхиальной проходимости на фоне N ЖЕЛ.

Общий анализ мокроты: вязкая, серая. ЛЦ 10-15, пл. эпителий 8-10.

OAK, ОАМ без патологии.

R графия грудной клетки - лёгкие без очаговых и инфильтративных затемнений. Лёгочный рисунок диффузно обогащен, деформирован, в основном за счёт сосудистого компонента.
Корни лёгких несколько расширены, структурны. Синусы свободны. Диафрагма не деформирована. Синусы - без/о.
**Вопросы:**

1.Ваш диагноз?

2.Лечебная тактика?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10.24**

Больная Т., 52 лет, страдает неаллергической бронхиальной астмой средней степени тяжести в течение 8 лет. Для купирования приступов пользуется беротеком Н (100 мкг дважды в день). В последнее время после перенесенного ОРЗ отмечает учащение приступов удушья с увеличением их продолжительности. Потребность в ингаляциях беротеком увеличилась до 8-10 раз в сутки. В поликлинике больной назначен эуфиллин в\в 2,4% 10 мл 2 раза в день. Через 2 дня интенсивность приступов удушья уменьшилась, но появились боли за грудиной, тахикардия с ЧСС 112 в 1 минуту. На ЭКГ единичные наджелудочковые экстрасистолы, признаки ишемии миокарда. АД 110\65 мм рт. ст.

**Вопросы:**

1.Чем объясняется появление кардиальных болей и тахикардии?

2.Что необходимо назначить больной?

3.Каковы критерии оценки проводимой бронхолитической терапии?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10.25**

Больная Р., 47 лет, в течение 20 лет больна бронхиальной астмой. В связи с тяжелым течением заболевания последние 6 лет постоянно принимает таблетки преднизолона (15 мг утром). Изредка пользуется беротеком для купирования приступов (неежедневно). Неоднократные попытки снизить дозу ГКС, заменить препарат на ингаляционные ГКС или применить альтернирующую схему оказались безуспешными. Последние полгода у больной появились боли в области спины, усиливающиеся при движениях. Кроме того, больная страдает гипертензией с тах АД 190/100 мм рт. ст., и уже 3 года подряд обостряется язва желудка. Объективно: рост 160 см, вес 91 кг, гирсутизм, кушингоидная внешность, АД 150/100, сахар крови - 6,9 ммоль\л.

**Вопросы:**

1.Как расценить комплекс заболеваний пациентки? Каковы возможные причины появления болей в спине?

2.Какие мероприятия необходимы для уточнения диагноза?

3.Какие препараты выбрать для лечения гипертензии у такой больной?

4.Чем проводить профилактику возникновения язвы?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10.26**

Больная 3., 62 года. Больна бронхиальной астмой 5 лет, последние 2 года постоянно ингалируетбеклазон (1500 мкг\сут), принимает таблетки преднизолона в поддерживающей дозе 10 мг\сут. В течение последнего года повышается АД до 180М00 мм рт. ст. Больной с гипотензивной целью назначен тенорик по 1 таблетке 2 раза в день. Спустя некоторое время АД нормализовалось, но участились приступы удушья, стали плохо купироваться беротеком.

**Вопросы:**

1С чем связано обострения бронхиальной астмы?

2.Ваши действия? Объясните их.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10.27**

Больная Д., 23 лет, страдает атопической формой бронхиальной астмы 7 лет. В детстве был диатез при приеме цитрусовых и шоколада, с-12-летнего возраста - поливалентная аллергия в виде крапивницы, ринита, конъюнктивита. При удушье, возникающем 1 -2 раза в день, использует сальбутамол. Последнюю неделю (в связи с началом цветения деревьев) увеличилась потребность в препарате до 4-5 раз за сутки, причем полного эффекта не наблюдалось (сохранялась некоторая заложенность в грудной клетке).

**Вопросы:**

1. Ваша тактика в лечении больной?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10.28**

Больной Ф., 75 лет, страдает бронхиальной астмой в течение 10 лет. Приступы удушья возникают при переходе из теплого помещения в холодное, купируются обычно ингаляцией беротека или приемом эуфиллина. Полгода назад перенес инфаркт миокарда без р. В настоящее время приступы стенокардии появляются при быстрой ходьбе, быстро купируются в покое или при приеме нитроглицерина. АД 170\90 мм рт. ст., ЧСС - 86 в мин. Ритм синусовый.

**Задание:**

1.Чем опасен прием теофиллинов у такого больного? Можно ли порекомендовать ему другой препарат для купирования приступов удушья?

2.Ваш выбор бронхолитика? Когда лучше больному пользоваться бронхолитическим средством? Что еще необходимо назначить больному?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10.29**

Больной К., 40 лет, страдает бронхиальной астмой средней степени тяжести. Для профилактики бронхоспазма регулярно получает ингаляции беклазона (250 мкг во вдохе) по 2 вдоха 2 раза в сутки. В ходе лечения появились резко выраженные признаки кандидоза полости рта.

**Вопросы:**

1.Изменится ли лечение больного?

2.Обоснуйте ответ.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10.30**

Больная Е., 54 года, страдает бронхиальной астмой 12 лет (смешанная форма астмы, средняя степень тяжести). Из анамнеза известна непереносимость цитрамона, анальгина в виде крапивницы, заложенности носа, приступов удушья. Последние 3 года постоянно ингалируетбеклазон в дозе 1000 мкг в сутки.

Поступила с жалобами на частые (до 8 за сутки) приступы удушья, плохо купируемые беротеком. Обострение астмы связывает с простудой (3 дня назад поднялась температура до 38,6°С, появился насморк, першение в носоглотке). Больная принимала раствор колдрекса, чай с малиновым вареньем. Доставлена в стационар бригадой «скорой помощи» с длительно некупирующимся приступом удушья, после многократного использования беротека.

**Вопросы:**

1.Что спровоцировало обострение астмы?

2.Ваша тактика лечения больной. Какие рекомендации по приему лекарств и продуктов питания необходимо дать такой больной?

**Тема 11 Плевриты. Дифференциальная диагностика выпотов в плевральную полость**

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 11.1**

Больной К. 39 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на сухой кашель, повышение температуры до 37,5 °С, общую слабость, боль в грудной клетке при дыхании. В анамнезе – переохлаждение. Объективно: бледность кожных покровов, небольшое отставание правой половины грудной клетки при дыхании. При перкуссии лѐгких ясный лѐгочный звук над всей поверхностью лѐгких. При аускультации: ослабленное дыхание и шум трения плевры с правой стороны ниже угла лопатки. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки – без патологии.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Укажите объѐм дообследования, необходимый для уточнения диагноза.

4. С какими заболеваниями требуется провести дифференциальную диагностику данного состояния?

5. При прогрессировании заболевания уменьшились кашель и боль в грудной клетке, появилась выраженная одышка, при клиническом осмотре появились притупление перкуторного тона, ослабление везикулярного дыхания и голосового дрожания в нижних отделах правого лѐгкого. Какое инструментальное исследование следует выполнить повторно и с какой целью?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 11.2**

Мужчина Ф. 34 лет, грузчик, при госпитализации в пульмонологическое отделение предъявляет жалобы на слабость, похудание в течение последнего месяца, одышку, боли в грудной клетке. Объективно: состояние больного средней степени тяжести, температура 37,6 °С, справа отмечается сглаживание межрѐберных промежутков, там же резко снижено голосовое дрожание и значительно укорочен перкуторный звук от 5 ребра по лопаточной и подмышечным линиям. Дыхание в верхних отделах правого лѐгкого несколько ослаблено, в нижних - не проводится. Слева по всем легочным полям – везикулярное. Пульс ритмичный, 82 удара в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, тоны ясные, шумов нет. Лабораторные данные. Общий анализ крови: лейкоциты - 9,9×109/л; эозинофилы - 1%; палочкоядерные нейтрофилы - 3%; сегментоядерные нейтрофилы - 76%; лимфоциты - 15%; моноциты - 5%; СОЭ - 35 мм/час. Общий анализ промывных вод бронхов: лейкоциты - 2-3 в поле зрения, единичные альвеолярные и эпителиальные клетки. Промывные воды бронхов (3 анализа) на микобактерии туберкулѐза методом микроскопии – КУМ отриц. Посев промывных вод бронхов на неспецифическую микрофлору – роста патогенной микрофлоры нет. Общий анализ мочи: норма. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки: справа ниже V ребра до диафрагмы определяется интенсивное гомогенное затемнение с чѐткой косой верхней границей.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Определите круг заболеваний для дифференциальной диагностики.

5. Определите тактику ведения пациента.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 11.3**

Мужчина П. 24 лет обратился в поликлинику с жалобами на тянущие боли в правой половине грудной клетки, сухой кашель, повышение температуры до 38 °С, слабость. Считает себя больным в течение месяца, когда впервые после переохлаждения появились указанные симптомы. Лечился домашними средствами. Состояние не улучшалось. Контакт с больным туберкулѐзом отрицает. Последняя ФОГ год назад – на дообследование не вызывали. При обследовании правая половина грудной клетки несколько отстаѐт в акте дыхания, а при перкуссии определяется притупление перкуторного звука в нижних отделах. При аускультации здесь же дыхание не прослушивается. ЧДД - 20 в минуту. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, акцент II тона над лѐгочной артерией слева. ЧСС - 86 в минуту. Общий анализ крови: эритроциты - 4,8×1012/л, гемоглобин – 141 г/л, лейкоциты - 11,7×109/л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 67%, лимфоциты - 13%, моноциты - 8%, СОЭ - 40 мм/час. Общий анализ мочи: соломенно-жѐлтый, удельный вес - 1012, белка нет, сахар отр., реакция кислая, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий плоский - 1-2 в поле зрения. На обзорной рентгенограмме грудной клетки в нижних отделах справа определяется интенсивное гомогенное затемнение с косой верхней границей от уровня переднего отрезка IV ребра до диафрагмы. Небольшое смещение средостения влево. Больной направлен в лѐгочно-хирургическое отделение областного туберкулѐзного диспансера, где ему произведена торакоскопия с биопсией плевры. При этом эвакуировано около 2 литров плевральной жидкости соломенно-жѐлтого цвета. Визуально париетальная плевра инъецирована, с наложением фибрина и мелкими белесоватыми бугорками. Гистологически обнаружены гранулѐмы с казеозным некрозом, окружѐнные валом эпителиоидных клеток, среди которых встречаются клетки Лангханса и фуксинофильные палочки.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз у пациента.

2. Дайте обоснование поставленному Вами диагнозу.

3. Назовите заболевания, с которыми нужно проводить дифференциальную диагностику.

4. Определите трудоспособность пациента.

5. Составьте план лечения данного больного и обоснуйте свой выбор.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 11.4**

Больной 20 лет, студент, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на боли в левой половине грудной клетки, одышку, повышение температуры до 39 °С. Анамнез: в течение трѐх месяцев отмечал повышенную утомляемость, слабость, похудание, повышение температуры до субфебрильных цифр, колющие боли под левой лопаткой, которые расценивались как невралгия. Самочувствие ухудшилось резко после переохлаждения, появились кашель без мокроты, одышка при небольшой нагрузке, боли и тяжесть в грудной клетке, связанные с дыханием, повысилась температура. Год назад имел контакт с родственником, больным туберкулѐзом с МБТ (+). При осмотре: состояние средней тяжести. Бледность, одышка с ЧД – 30 в минуту в покое. Пульс - 110 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца чистые. Левая половина грудной клетки отстаѐт в акте дыхания, межрѐберные промежутки сглажены. Отмечается укорочение перкуторного звука над нижними отделами левого лѐгкого, голосовое дрожание ослаблено, дыхание в этих отделах не прослушивается. Со стороны органов брюшной полости - без особенностей. Клинический анализ крови: гемоглобин - 120 г/л, эритроциты - 4,8×1012/л, лейкоциты - 5,0×109/л, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы - 66%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 18%, моноциты - 7%, СОЭ - 35 мм/час. Общий анализ мочи: без патологии. R-Манту с 2 ТЕ: папула 17 мм. Диаскинтест - папула 15 мм.

Обзорная рентгенограмма грудной клетки: отмечается гомогенное затенение нижних отделов левого лѐгочного поля и реберно-диафрагмального синуса. Затенение имеет косую верхнюю границу, идущую сверху вниз и снаружи внутрь.

 **Вопросы:**

1. Сформулируйте предположительный диагноз.

2. Обоснуйте предположительный диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какие лабораторные данные исследования плевральной жидкости будут в пользу туберкулѐзной этиологии плеврита у этого больного?

5. Назначьте режим химиотерапии при отсутствии обнаружения МБТ в патологическом материале.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 11.5**

Больной 44 лет жалуется на боль в левом подреберье с иррадиацией в левую надключичную область, усиливающуюся при глубоком дыхании, тошноту, рвоту с примесью желчи, кашель с мокротой. Около 6 часов назад появился озноб. Затем боль в левом подреберье, рвота съеденной пищей. Вызванной бригадой скорой медицинской помощи диагностирован острый гастрит, введены анальгетики и спазмолитики. После некоторого облегчения боли возобновились (2 часа назад), была повторная рвота. При осмотре врачом вновь вызванной скорой медицинской помощи больной лежит на левом боку. Состояние средней тяжести, слева над проекцией нижней доли определяется крепитация, частота дыхательных движений (ЧДД) – 26 в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Ритм правильный, 96 в минуту. Живот мягкий, при пальпации болезненный в эпигастрии. Температура тела 39,4 °С. На ЭКГ: ритм синусовый, нормальное положение электрической оси сердца. При рентгенографии – затемнение над диафрагмой и в нижней доле слева.

**Вопросы:**

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.

2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 11.6**

Больной 35 лет госпитализирован в стационар после осмотра на дому врачомтерапевтом участковым. Жалобы на мучительный сухой кашель с отделением небольшого количества вязкой слизистой мокроты, одышку, боль в левом боку при глубоком дыхании и кашле, резкую общую слабость. Заболел 3 дня назад. Днѐм переохладился, вечером внезапно почувствовал озноб, общую слабость. Температура тела повысилась до 39,6 °С, ознобы не повторялись, температура оставалась на высоких цифрах, присоединился кашель, одышка и затем боль в боку при дыхании. Объективно: состояние тяжѐлое. Акроцианоз. Крылья носа раздуваются при дыхании. Гиперемия щѐк, больше слева, небольшой цианоз слизистых, на губах герпес. Левая половина грудной клетки отстаѐт при дыхании, в верхних отделах еѐ усиление голосового дрожания. При перкуссии притупление слева в верхних отделах, здесь же определяется бронхиальное дыхание высокого тембра, шум трения плевры спереди, хрипов не слышно. Частота дыхательных движений (ЧДД) – 32 в минуту. Над остальной поверхностью лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс – 112 в минуту, ритмичный. Артериальное давление – 100/60 мм рт. ст.

**Вопросы:**

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.

2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 11.7**

Больной 50 лет обратился в поликлинику с жалобами на повышение температуры тела до 38° последнюю неделю, боли в грудной клетке, кашель со слизисто-гнойной мокротой. Самостоятельно принимал ампициллин. При R- графии грудной клетки выявлен левосторонний плевральный выпот. При пункции получен сливкообразный густой гной с гнилостным запахом.

**Вопросы:**

1.О каком синдроме можно думать в данном случае

2. Поставьте наиболее вероятный предварительный диагноз.

3. Какие методы исследования необходимы **в данном случае?**

4.. Тактика дальнейшего ведения больного.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 11.8**

Больной 38 лет жалуется на повышение температуры тела до 38°, тяжесть в правой половине грудной клетке, одышку при обычной физической нагрузке, редкий сухой кашель, головокружение. Десять дней отмечал слабость, недомогание, только последние два дня появились указанные выше жалобы.

При осмотре больного правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, голосовое дрожание в нижней половине грудной клетки справа ослаблено.

При перкуссии в задне-нижнем отделе правой половины грудной клетки притупление. Подвижность нижнего края правого легкого не определяется. При аускультации здесь резко ослаблено дыхание. Голосовое дыхание не определяется.

При R- графии грудной клетки определяется гомогенное затемнение справа до IV ребра.

ОА крови лейкоцитов 20×109/л СОЭ 22 мм/час

**Вопросы:**

**1**.О каком синдроме можно думать в данном случае

2.Какие методы исследования необходимо назначить в данном случае ?

3. Ближайшая тактика ведения больного.

4. Если при аспирации плевральной жидкости будет получен экссудат, о каких заболеваниях будете думать?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 11.9**

У больного 35 лет при R- графии грудной клетки, слева выявлено веретенообразное затемнение по ходу междолевой плевры, на фоне относительного благополучия.

**Вопросы:**

1. Какая предположительно этиология плеврального выпота?

2, Составьте план дополнительного обследования для диагностики и дифференциальной диагностики заболевания

3. Показано ли диагностическая пункция плевральной полости и если показано, то кто должен ее проводить?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 11.10**

У больного с пороками сердца массивными отеками нижних конечностей, явлениями асцита появились признаки накопления небольшого количества жидкости в плевральных полостях.

**Вопросы:**

1.Выделите клинические синдромы

2. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз

3. Каков механизм образования плеврального выпота в данном случае

4. Какая медикаментозная терапия показана данному больному

5. Решите вопрос о показаниях к проведению диагностической пункции.

.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 11.11**

Мужчина 36 лет, после ушиба грудной клетки в ДТП, отмечает боль справа под лопаткой и там же чувство тяжести, умеренная одышка. Объективно: кожные покровы бледно-розовые. Положение ортопноэ. Температура тела в норме. Отставание при дыхании правой половины грудной клетки. ЧДД 21 в мин. При пальпации грудной клетки справа ослабленное голосовое дрожание. Перкуторно над легкими притупление легочного звука справа от уровня VII ребра. Аускультативно дыхание везикулярное, резко ослабленное справа в области нижней доле легкого. ЧСС 90 в мин. АД 95/70 мм рт.ст. Выполнена рентгенография ОГП : в проекции нижних отделов правого легкого определяется гомогенное затемнение с нечеткой, скошенной книзу и кнутри верхней границей, находящейся на уровне переднего отрезка VII-го ребра.

**Вопросы:**

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.

2. Составьте план обследования, укажите ожидаемые результаты..

3. Что предположительно является причиной развития данного синдрома.

4. Проведите диф.диагностику

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 11.12**

Мужчина 40 лет обратился с жалобами на боль в левой половине грудной клетки при дыхании, усиливающаяся при кашле и глубоком вдохе. Болевые ощущения уменьшаются в положении на пораженном боку. Боль появилась два дня назад. Четкую причину указать не может. Объективно: t=37,4°, кожные покровы розовые. Грудная клетка обычной формы. При осмотре отмечается отставание левой половины грудной клетки при дыхании. Перкуторно над легкими - ясный легочной звук, слева притупление в области нижней доли легкого. При аускультации слева дыхание ослаблено, выслушивается шум трения плевры. Тоны сердца ритмичные, приглушены.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.

3. Назовите принципы лечения данного заболевания.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 11.13**

Женщина 35 лет обратилась с жалобами на озноб, сухой кашель, усиливающийся при глубоком дыхании, тяжесть в правой половине грудной клетки, нарастающую одышку. Больна 2-ю неделю. Объективно: температура 37,80С. Состояние средней тяжести. Кожа бледно-розового цвета. При осмотре грудной клетки отставание правой половины при дыхании, при пальпации голосовое дрожание справа ослаблено. При перкуссии справа по среднеподмышечной линии от 7-го ребра и далее ниже к позвоночнику перкуторный звук тупой. Дыхание в этой области резко ослабленное. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. ЧСС 110 в мин. АД 90/60 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

4. Определите Вашу тактику в отношении пациента и план лечения.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 11.14**

Пациент И., 46 лет, обратился с жалобами на озноб, кашель небольшим количеством мокроты, тяжесть в правой половине грудной клетки, одышку.

Болеет две недели. Лечился с диагнозом: острый бронхит, состояние без улучшения. Одышка нарастала, температура тела повысилась до 38,50 С, боли в грудной клетке справа уменьшились. Курит в течение 30 лет. Работает водителем, заболевание связывает с переохлаждением.

Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела 38,00 С. Полжение вынужденое - полусидя. Кожные покровы бледные, влажные. ЧДД 28 в мин. При осмотре грудной клетки отмечается отставание правой половины при дыхании, при пальпации голосовое дрожание справа резко ослаблено. При перкуссии справа по средне-подмышечной линии от 7-ого ребра и далее ниже к позвоночнику перкуторный звук тупой. Дыхание в этой области не прослушивается. Левая граница относительной сердечной тупости на 1,0 см кнаружи от средне-ключичной линии. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, ЧСС 110 уд./мин., АД 100/60 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

**Вопросы.**

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте.
2. Составьте дифференциальный ряд заболеваний.
3. Определите тактику ведения пациента.
4. Назовите дополнительные методы исследования данного заболевания.
5. Определите принципы лечения.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 11.15**

Больной поступил в клинику с жалобами на тяжесть в правой половине грудной клетки, одышку инспираторного характера, сухой кашель, повышение температуры тела.

Болен около 10 дней. После переохлаждения у больного появились боли в правой половине грудной клетки, сухой кашель, повысилась температура.

Обратился с этими жалобами к участковому терапевту, был обследован. У больного выявлена правосторонняя нижнедолевая пневмония. Назначено лечение. На фоне лечения наблюдалась небольшая положительная динамика в виде уменьшения интенсивности кашля, снижения температуры тела. Около 3х дней назад стала беспокоить тяжесть в правой половине грудной клетки, усилилась одышка. Больной был госпитализирован в пульмонологическое отделение.

Объективно со стороны дыхательной системы: отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания, сглаженность межреберных промежутков, при пальпации голосовое дрожание ослаблено ниже угла лопатки справа, перкуторно в этой области определяется тупой перкуторный звук, аускультативно- ослабленное везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет, бронхофония ослаблена. Выраженных изменений со стороны других органов и систем не наблюдается.

**Вопросы**

1. Какое осложнение пневмонии вы можете предположить?
2. Назовите ряд заболеваний при которых может встречаться это состояние?
3. Какой клинические синдромы вы можете выделить?
4. Что такое линия Соколова-Эллиса-Дамуазо? Какие треугольники можно выявить перкуторно при скоплении большого количества экссудата в плевральной полости и чему они соответствуют?
5. Какое дообследование вы назначите пациенту для уточнения количества жидкости в плевральной полости?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 11.16**

Мужчина 54 лет, пожарный, поступил в отделение реанимации с диагнозом «Острый панкреатит». Через 3 дня у пациента появились жалобы на нарастающую одышку. Была выполнена обзорная рентгенография органов грудной клетки в положении лежа на спине, учитывая тяжелое состояние. Все левое легочное поле затенено, структура затенения довольно однородная. В правом легочном поле патологических изменений не выявляется, смещение органов средостения отсутствует.

 **Обоснуйте ответы на следующие вопросы:**

1. Назовите возможные причины данного, возникшего у больного состояния, выявленного при . рентгенография органов грудной клетки.

2. Проведите дифференциальную диагностику выявленных изменений.

3. Сформулируйте наиболее вероятный клинический диагноз.,. обоснуйте его

4. Дальнейшая тактика ведения данного пациента

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 11.17**

Пациентка 61 года обратилась к терапевту с жалобами на кашель с трудноотделяемой гнойной мокротой, повышение температуры, нарастающую одышку. При аускультации дыхание слева ниже угла лопатки резко ослаблено. здесь же- значительно укорочен перкуторный звук. На обзорной рентгенограмме в нижнем отделе левого легкого определяется однородная тень до IV ребра. Средостение смещено в сторону затенения.

**Обоснуйте ответы на следующие вопросы**:

1. Какое заболевание можно предположить в первую очередь до получения рентгенограммы? Обоснуйте свой ответ

2. Какие заболевания можно предположить после получения рентгенограммы?

3. Какие дополнительные обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

**Тема 12 Легочное сердце**

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 12.1**

Больной П. 36 лет доставлен в областную туберкулѐзную больницу бригадой скорой медицинской помощи с приѐма в районном противотуберкулѐзном диспансере, куда пациент обратился в связи с ухудшением самочувствия: появление упорного, надсадного кашля, выделение обильной гнойной мокроты с прожилками тѐмной крови, общая слабость, потеря 15 кг массы тела за 4 месяца, появление выраженной одышки при расширении физической нагрузки, сердцебиение, периодическое повышение температуры тела до 37,4-37,6°С. История жизни. Родился в сельской местности в Грузии. Рос и развивался нормально. Женат. Имеет 5 детей. Материальные и жилищные условия жизни удовлетворительные. Работает водителем-дальнобойщиком. Наличие хронических заболеваний отрицает. В детстве болел ветряной оспой, краснухой. История заболевания. 1,5 года назад обратился с жалобами по поводу слабости и кашля с мокротой в здравпункт. При ФЛГ были выявлены изменения в верхней доле правого лѐгкого. Отправлен на дообследование в районный диспансер, где по результатам дообследования был установлен диагноз «инфильтративный туберкулез верхней доли правого лѐгкого в фазе распада МБТ (+)». В течение 3 месяцев лечился по 1 РХТ: Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Этамбутол. В результате лечения достигнута положительная динамика в виде стойкого абацилирования, рассасывания инфильтративных изменений в верхней доле правого лѐгкого, закрытия полости распада. Переведѐн на фазу продолжения по РХТ 1 Рифампицином и Изониазидом в условиях противотуберкулѐзного диспансера. По данным диспансера лечение не соблюдал, препараты принимал беспорядочно, на обследования не являлся, работал по профессии. Настоящий статус. Общее состояние средней степени тяжести, пониженного питания (рост - 181 кг, вес - 60 кг). Кожные покровы бледные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Мышцы, суставы, костная система не изменены. Отѐков нет. Температура тела - 37,0°С. Грудная клетка конической формы, правая еѐ половина отстаѐт при дыхании. Над правым верхним лѐгочным полем определяется укорочение перкуторного звука. При аускультации в области укорочения выслушиваются бронхиальное дыхание, мелкопузырчатые влажные хрипы. ЧДД в покое - 20 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над лѐгочной артерией. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения, 107 ударов в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Обследование органов пищеварения, мочеполовой и нервной системы патологии не выявило. Температура тела у больного нормальная. Лабораторные и инструментальные исследования. В общем анализе крови: гемоглобин – 138 г/л; эритроциты - 4,0×1012/л; лейкоциты - 11×109/л, лимфоциты - 7% эозинофилы - 2% СОЭ - 50 мм/час. Мокрота слизисто-гнойная, эритроциты, методом ЛЮМ-микроскопии выявлены КУМ 3+. Моча соломенно-жѐлтого цвета, удельный вес - 1015, белка нет, глюкозы нет, в осадке - 1-2 лейкоцита в поле зрения.

На ЭКГ: синусовая тахикардия - 102 в минуту, вертикальное положение ЭОС, Рpulmonale во II, III, aVF. Рентгеновское исследование. Лѐгочный рисунок обогащѐн и деформирован. В правом верхнем лѐгочном поле определяется кольцевидное просветление неправильной формы со стенками толщиной 4-6 мм, размерами 3,5×3,0 см, мягкие очаговые тени вокруг просветления местами сливающиеся в фокусы. От просветления к корню лѐгкого прослеживается отводящая дорожка. Правый корень подтянут кверху. Отмечаются плевроапикальные наложения справа. Слева в нижней доле группа мягких очаговых теней.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Обоснуйте осложнения основного заболевания.

4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

5. Назначьте схему лечения с учѐтом осложнений заболевания.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 12.2**

Больной В. 56 лет поступил в стационар с жалобами на одышку в покое, усиливающуюся при малейшем физическом напряжении (из-за одышки больной не мог выходить из дома), кашель с гнойной мокротой, отѐки голеней, тяжесть в правом подреберье, увеличение живота. В анамнезе: 20 лет назад перенѐс пневмонию. С тех пор беспокоит кашель с мокротой, преимущественно по утрам, кашель усиливался в осеннее и зимнее время. Периодически при повышениях температуры до 37-39°С принимал антибиотики и сульфаниламиды. В последние 3 года стала беспокоить одышка. Ухудшение состояния наступило в последние 4 месяца, когда после простуды и повышения температуры (до 38°С) впервые появились отѐки, боли и тяжесть в правом подреберье, увеличение живота. Анамнез жизни. Курит 25 лет по 1 пачке сигарет в день. Работает на вредном производстве – в литейном цехе. Туберкулѐзом ранее не болел, контакт с больными туберкулѐзом отрицает. Аллергологический анамнез – без особенностей. Состояние тяжѐлое, выражен диффузный цианоз, цианоз губ. Снижение мышечной массы верхнего плечевого пояса. Конечности на ощупь тѐплые, отѐки голеней, бѐдер. Положение в постели горизонтальное. Грудная клетка бочкообразной формы. Надключичные пространства выбухают. Экскурсия грудной клетки ограничена. При перкуссии над лѐгкими - коробочный звук и опущение нижних границ лѐгких. Дыхание ослабленное, на некоторых участках с бронхиальным оттенком. С обеих сторон выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы и рассеянные сухие хрипы на выдохе. ЧД - 36 в минуту. Границы сердца в норме. Эпигастральная пульсация, тоны сердца глухие, акцент II тона на лѐгочной артерии. Пульс - 112 ударов в минуту, ритмичен. АД - 100/70 мм рт. ст. Шейные вены набухшие, особенно на выдохе. Живот увеличен в объѐме из-за асцита. Печень выступает из-под рѐберной дуги на 4-5 см, эластичная, болезненная при пальпации. Рентгенограмма – диффузное усиление лѐгочного рисунка, горизонтальный ход рѐбер, признаки эмфиземы лѐгких, уплощение купола диафрагмы и ограничение подвижности диафрагмы при дыхательных движениях. ЭКГ: синусовая тахикардия, правограмма. Признаки перегрузки правого предсердия и правого желудочка. Смещение переходной зоны влево до V4. Анализ крови: эритроциты - 5,4×1012/л, гемоглобин - 174 г/л, цветовой показатель - 1, полихроматофилия, анизоцитоз, пойкилоцитоз, ретикулоциты - 3%, лейкоциты - 12,5×109/л, базофилы - 0%, палочкоядерные нейтрофилы - 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 61%, лимфоциты - 34%, тромбоциты – 33×109/л, моноциты - 9%, СОЭ - 2 мм/ч.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предположительный диагноз.

2. Назовите критерии основного диагноза.

3. Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?

4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

5. Обоснуйте лечебную тактику, выбор препаратов.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 12.3**

Мужчина 56 лет обратился к врачу-терапевту участковому с появившимися после переохлаждения жалобами на кашель с небольшим количеством трудно отделяемой слизисто-гнойной мокроты, одышку при незначительной физической нагрузке, повышение температуры тела до 37,4°С. Кашель с мокротой отмечает в течение 10 лет. Обострения заболевания 3-4 раза в год, преимущественно в холодную сырую погоду. Около 2 лет назад появилась одышка при физической нагрузке, мокрота стала отходить с трудом. Пациент курит 30 лет по 1 пачке в день. При осмотре: лицо одутловатое, отмечается теплый цианоз, набухание шейных вен на выдохе. Грудная клетка бочкообразной формы. Над лѐгочными полями перкуторный звук с коробочным оттенком. Дыхание равномерно ослаблено, с обеих сторон выслушиваются сухие свистящие хрипы. ЧДД - 24 в мин. Тоны сердца приглушены, акцент 2 тона на лѐгочной артерии, там же выслушивается диастолический шум, ритм правильный, ЧСС - 90 ударов в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезѐнка не пальпируются. Периферических отѐков нет. Анализ крови: гемоглобин - 168 г/л, лейкоциты - 9,1×109/л, эозинофилы - 1%, нейтрофилы - 73%, лимфоциты - 26%, СОЭ - 28 мм/ч. Рентгенограмма органов грудной клетки: лѐгочные поля повышенной прозрачности, лѐгочный рисунок усилен, деформирован, сосудистый рисунок усилен в центре и обеднѐн на периферии, корни лѐгких расширены, выбухание ствола лѐгочной артерии. Инфильтративных изменений не выявлено. ЭКГ: признаки гипертрофии правого желудочка. Данные спирографии: снижение ЖЕЛ - до 80%, ОФВ1 - до 32% от должных величин.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте клинический диагноз и обоснуйте его..

2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

3. Назначьте лечение.

4. Критерии назначения антибактериальной терапии при данном заболевании.

5. Определите показания к госпитализации.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 12.4**

Больной Г. 55 лет поступил в стационар с жалобами на сильную одышку смешанного характера при незначительной физической нагрузке и даже при одевании, кашель с жѐлтой вязкой мокротой до 150 мл/сутки, сердцебиение, слабость, потливость. В течение 15 лет беспокоит кашель со скудной слизистой мокротой, в основном по утрам, к врачу по этому поводу не обращался. Последние 7 лет появилась одышка при ходьбе на расстояние около 500 метров на выдохе, в холодное время ощущает затруднение выдоха и «свисты» в груди. Самостоятельно принимает Эуфиллин внутрь. Ухудшение состояния 5 дней назад, когда после ОРВИ резко усилилась одышка, ночь спал сидя, увеличилось количество мокроты. Работает водителем. Курит. Индекс курения - 120 пачко-лет. Алкоголь употребляет 2 раза в месяц понемногу. Аллергологический и гемотрансфузионный анамнез не отягощен. Состояние тяжѐлое. Кожа влажная, цианоз губ и кончика носа. Температура - 36,8°С. Подкожно-жировой слой развит слабо. Отѐки на голенях до средней трети. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в дыхании. ЧД - 28 в минуту. Перкуторный звук мозаичный. При аускультации по всем лѐгочным полям масса сухих хрипов. Границы сердца расширены вправо. Тоны сердца ритмичные, ЧСС - 120 в минуту, на лѐгочном стволе - акцент 2 тона. АД - 130/70 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает на 3 см из-под края рѐберной дуги, селезѐнка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Общий анализ крови: эритроциты - 5,4×1012/л; гемоглобин - 177 г/л; лейкоциты - 10,6×109/л; эозинофилы - 0%; базофилы - 0%; палочкоядерные нейтрофилы - 5%; сегментоядерные нейтрофилы - 70%; лимфоциты -20%; моноциты - 5 %. СОЭ - 22 мм/час. Рентгенограмма органов грудной клетки: очаговые и инфильтративные изменения не определяются. Лѐгочный рисунок деформирован. Корни расширены, бесструктурны. Диафрагма расположена обычно, синусы свободны. Выбухает ствол лѐгочной артерии. Спирограмма: индекс Тиффно – 65; ОФВ1 после БДТ - 29%. КЩС: рО2 - 46 мм рт. ст., SаO2 - 78%.

 **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Препараты какой группы вы бы рекомендовали в качестве неотложной помощи и в качестве базисной терапии для лечения ХОБЛ? Обоснуйте свой выбор.

5. Через 6 месяцев регулярной терапии пациент бросил курить, отметил уменьшение одышки, купированы отѐки. При осмотре гепатомегалия не определяется. ЧД – 24 в минуту. В лѐгких при аускультации единичные сухие хрипы. ОФВ1 - 32% от должной величины, индекс Тиффно - 64%. Пиковая скорость выдоха – 35% от должной величины. КЩС - рО2, 70 мм рт. ст., SаO2 – 90. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 12.5**

Больная Т. 35 лет, офис-менеджер, доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приѐмное отделение городской больницы в связи с внезапно начавшимся приступом одышки смешанного характера, сердцебиением, колющей болью в прекардиальной области, головокружением и общей слабостью. В анамнезе отмечено, что за 5 суток до приступа одышки у больной появились мягкий отѐк правой нижней конечности от стопы до паховой складки, незначительный цианоз и умеренная болезненность конечности. В последующем указанные симптомы сохранялись, пыталась лечиться самостоятельно, используя различные мази с антибиотиками и спиртовые компрессы. Настоящий приступ одышки возник впервые в конце продолжительного рабочего дня на фоне полного благополучия. Из анамнеза жизни известно, что пациентка работает в офисе и проводит большую часть времени в положении сидя, ведѐт малоподвижный образ жизни, курит, применяет комбинированные оральные контрацептивы. Объективно: состояние тяжѐлое. Кожа и видимые слизистые бледные, чистые, видимая пульсация шейных вен. Отмечается отѐк правой нижней конечности, мягкий и тѐплый наощупь, распространяющийся от уровня стопы до верхней трети бедра со слабо выраженным цианозом, умеренной болезненностью при пальпации и сохранѐнной пульсацией на артериях стопы, подколенной и общей бедренной артериях. Суставы без патологии. Грудная клетка правильной формы. Перкуторно над лѐгкими ясный лѐгочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания - 25 в минуту. Пульс одинаковый на обеих лучевых артериях, слабого наполнения, 110 в минуту, АД - 90/65 мм рт. ст. Акцент II-тона в точке выслушивания клапана лѐгочной артерии. Шумов нет. Живот симметричный, мягкий, безболезненный во всех отделах при поверхностной и глубокой пальпации. Печень выступает из-под рѐберной дуги на 1 см. Симптом поколачивания отрицательный. Индекс массы тела более 31 кг/м2. Субфебрилитет. При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, эритроциты - 4,1×1012/л, лейкоциты - 5,7×109/л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 50%, лимфоциты - 35%, моноциты - 4%; СОЭ - 24 мм/ч. Общий анализ мочи: соломенно-жѐлтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес - 1010, эпителий – 2-4 в поле зрения, эритроциты, цилиндры, соли не определяются. Биохимическое исследование крови: билирубин общий - 12,8 мкмоль/л, креатинин - 0,093 ммоль/л, глюкоза – 6,9 ммоль/л, холестерин – 6,2 ммоль/л, калий - 3,7 ммоль/л, общий белок - 75 г/л, фибриноген – 8,2 г/л, СРБ – 25 мг/л.

ЭКГ: Ритм синусовый, тахикардия, острая перегрузка правых отделов сердца, симптом SI-QIII-TIII, неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий.

2. Интерпретируйте представленную электрокардиограмму.

3. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его..

4. Составьте план дополнительных обследований.

5. Назначьте лечение.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 12.6**

Пациент 57 лет жалуется на кашель с выделением небольшого количества слизистой мокроты, одышку при незначительной физической нагрузке (подъѐм на 1 этаж, ходьба в умеренном темпе), сердцебиение, слабость, утомляемость. Выраженность симптомов по «Оценочному тесту по ХОБЛ» (САТ) 28 баллов. Курит по 1 пачке сигарет в день в течение 37 лет, индекс курильщика=37. Кашель в течение многих лет с мокротой по утрам. Часто отмечал субфебрильную температуру. 3 года назад появилась постепенно усиливающая одышка, отеки на голенях. При усилении одышки применяет Беродуал. В последние годы участились обострения в связи с простудой до 2-3 раз в год. В прошлом году один раз был госпитализирован в стационар с обострением. Объективно: гиперстенического телосложения, повышенного питания. ИМТ – 29 кг/м2. Выраженный диффузный цианоз. Грудная клетка обычной конфигурации. При перкуссии лѐгочный звук, в нижних отделах с коробочным оттенком. Дыхание жѐсткое, с удлиненным выдохом, рассеянные сухие свистящие хрипы. ЧД – 24 в минуту. Границы сердца расширены вправо, акцент 2 тона над легочной артерией. ЧСС – 86 ударов в минуту. АД 130/80 мм рт.ст. Шейные вены в положении лѐжа набухают. Печень на 2 см ниже края реберной дуги. На ногах отеки. Общий анализ крови: эритроциты – 4,8×1012/л, Hb – 168 г/л, лейкоциты – 6,1×109/л (лейкоцитарная формула – без особенностей), СОЭ – 15 мм/ч. Спирометрия: ОФВ1=30,0% от должного, ОФВ1/ФЖЕЛ=0,6. Пульсоксиметрия: SаО2=87%. ЭКГ – признаки гипертрофии правого желудочка и правого предсердия. Рентгенография органов грудной клетки: лѐгочный рисунок усилен, деформирован. Корни деформированы, уплотнены.

 **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Назначьте медикаментозную терапию. Обоснуйте свой ответ.

4. Составьте план диспансерного наблюдения.

5. Проведите экспертизу нетрудоспособности.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 12.7**

Больной 52 лет 3 день после операции аппендэктомии. При попытке подняться с постели внезапно появилась одышка, сухой кашель, давящая боль по всей передней поверхности грудной клетки, резкая общая слабость, через сутки присоединилось кровохаркание. Объективно: состояние средней тяжести, цианоз, набухание шейных вен. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений (ЧДД) – 36 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент 2 тона на лѐгочной артерии. ЭКГ: правограмма, глубокий зубец S в I отведении, зубец Q в III отведении, глубиной ⅓ зубца R и продолжительностью 0,02 секунды. Депрессия сегмента SТ и отрицательный зубец Т в V1–V3 отведениях, высокие зубцы Р в стандартных отведениях.

 **Вопросы:**

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз и обоснуйте его..

2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 12.8**

Больной Д., 54 года, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на одышку в покое, усиливающуюся при незначительной физической нагрузке, кашель с отделением скудной гнойной мокроты, общую слабость.Из *анамнеза*заболевания известно: считает себя больным в течение 1,5 мес, когда на фоне ОРВИ у больного усилился кашель с выделением мокроты гнойного характера, появилось «свистящее» дыхание, сохранялся субфебрилитет, что больной расценил как обострение хронического бронхита курильщика. В результате проведенной антибиотикотерапии температура нормализовалась, однако продолжал беспокоить кашель. Пациент отметил снижение толерантности к физической нагрузке, а также увеличение отеков нижних конечностей.*Данные объективного осмотра.*При аускультации сердца выслушивается систолический шум вдоль левого края грудины и акцент II тона над легочным стволом. ЧСС - 102 в минуту, АД - 140/80 мм рт.ст. Нижний край печени выступает на 4 см из-под реберной дуги. Плотные отеки стоп, голеней

|  |
| --- |
|  |

*Клинический анализ крови:*эритроциты - 6,0х1011/л, Hb - 170 г/л, лейкоциты - 12,2х109/л, палочкоядерные лейкоциты - 10 %, СОЭ - 7 мм/ч.*Электрокардиография:*синусовая тахикардия, S-тип ЭКГ, высокий остроконечный *P*во II, III, avF отведениях, преобладающий *R*в V1, V2, глубокий*S*в левых грудных отведениях.*Данные эхокардиографического исследования:*аорта в восходящем отделе - 35 мм в диаметре. Левые отделы сердца не расширены. Левое предсердие - 36 мм в диаметре, левый желудочек - 45 мм в диаметре. Толщина межжелудочковой перегородки - 9 мм, толщина задней стенки левого желудочка - 9 мм. ФВ левого желудочка - 62 %. Створки аортального, митрального и легочного клапанов не изменены, подвижность створок не ограничена. Ствол легочной артерии дилатирован. Правые отделы сердца расширены. Правый желудочек - 52 мм в диаметре, правое предсердие: по горизонтали - 51 мм в диаметре, по вертикали - 55 мм в диаметре. Толщина стенки правого желудочка - 12 мм.При допплерографии определяется митральная и легочная регургитация II степени, трикуспидальная регургитация II степени и легочная гипертензия (систолическое давление в легочной артерии - 38,5 мм рт.ст.).

**Вопросы:** .

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Дайте оценку полученным результатам объективного обследования больного.
3. Оцените результаты дополнительных методов исследования больного.
4. Составьте план лечения больного

|  |
| --- |
|  |

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 12.9**

Пациент Л., 37 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на сильную прибавку в весе в течение 7 лет, утомляемость, выраженную сонливость, эпизоды внезапного засыпания, храп восне, одышку в покое смешанного характера, усиливающуюся при физической нагрузке. Объективный осмотр*.*Рост - 173 см. Вес - 110 кг. Кифоз грудного отдела. Отеки стоп, голеней. Теплый диффузный цианоз. Над легкими дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 19 в минуту. Тоны сердца ритмичны, глухие, ЧСС - 96 в минуту. АД - 140/88 мм рт.ст.

Общий анализ крови: Hb - 174 г/л, лейкоциты - 5,5 х109/л, эритроциты - 6,7х1011/л, тромбоциты - 350 000. СОЭ - 4 мм/ч. Увеличение протромбиновой активности плазмы, снижение фибринолитической активности плазмы, усиление адгезии тромбоцитов.Исследование газов крови: PO2 - 92 мм рт.ст., PCO2 - 46 мм рт.ст.Рентгенография органов грудной клетки: высокое стояние диафрагмы, обеднение сосудистого рисунка. Относительное увеличение дуги ПЖ в левом косом положении. Дилатация общего ствола ЛА в правом косом положении. В боковой проекции определяется усиленный кифоз грудного отдела позвоночника.Исследование функции внешнего дыхания: ЖЕЛ снижена, ФЖЕЛ1 снижена, индекс Тифно - выше 70 %.На электрокардиограмме: синусовая тахикардия, отклонение ЭОС резко вправо, блокада левой задней ветви пучка Гиса, блокада правой ножки пучка Гиса. Амплитуды RV1 + SV5 - более 10,5. Слабоотрицательные зубцы Т в V1-V2.ЭхоКГ. Левые отделы сердца не расширены. Левое предсердие - 36 мм в диаметре, левый желудочек - 45 мм в диаметре. Толщина межжелудочковой перегородки - 12 мм, толщина задней стенки левого желудочка - 13 мм. ФВ левого желудочка - 60 %. Створки аортального, митрального и легочного клапанов не изменены, подвижность створок не ограничена. Правые отделы сердца расширены. Правый желудочек - 54 мм в диаметре, правое предсердие: по горизонтали - 49 мм в диаметре, по вертикали - 53 мм в диаметре. Толщина стенки правого желудочка - 10 мм.При *допплерографии*определяется легочная регургитация II степени, трикуспидальная регургитация II степени и легочная гипертензия (систолическое давление в легочной артерии - 42,8 мм рт.ст.).

 **Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Объясните патогенез нарушения дыхания при ожирении.
3. Оцените результаты дополнительных методов исследования больного.
4. Составьте план лечения данного больного.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 12.10**

Больной 64 года поступил в стационар с жалобами на кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышку при незначительной физической нагрузке, утомляемость, общую слабость, недомогание, раздражительность, нарушение сна (бессонницу по ночам, сонливость в дневное время), отеки голеней.

Выкуривает 20 сигарет в сутки на протяжении более 45 лет. В течение многих лет отмечал кашель по утрам со слизистой мокротой. С годами кашель стал более постоянным, беспокоил не только по утрам, но и в дневное время, а также по ночам. Увеличилось количество отделяемой мокроты, она приобрела слизисто-гнойный характер. Обострения заболевания повторяются 2-3 раза в году Около 9 лет назад к указанным симптомам присоединилась одышка при физической нагрузке. В течение последнего года отмечает усиление одышки, которая стала возникать при незначительной физической нагрузке, стали появляться отеки на ногах.

При объективном исследовании: общее состояние средней тяжести, число дыханий 28 в минуту. Теплый диффузный цианоз, отечность голеней. Набухание шейных вен сохраняется в положении стоя. В легких - коробочный оттенок перкуторного звука над всей поверхностью, на фоне ослабленного везикулярного дыхания, единичные сухие свистящие хрипы, выдох удлинен. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, систолический шум у основания грудины, ЧСС 92 в мин., АД 140/80 мм рт. ст. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, положительный симптом Плеша. (симптом Плеша - набухание шейных вен при надавливании ладонью на увеличенную печень - Недостаточность кровообращения по правожелудочковому типу).

Анализ крови: Эритроциты 5,5 х 1012 /л, Hb 187 г/л, лейкоциты - 7, 6 х 109 /л, СОЭ - 2 мм/час.

На рентгенограмме органов грудной клетки усиление и деформация легочного рисунка в нижних зонах, неравномерное повышение прозрачности легочных полей, выбухание conus pulmonale.

Показатели ФВД: ЖЕЛ - 87% от должного, ОФВ1 38% от должного, индекс Тиффно 52 % от должного.

**Вопросы**

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.

2. Оцените данные гемограммы и показатели функции внешнего дыхания.

3. Назовите ЭКГ-признаки, характерные для данного состояния.

4. Перечислите клинические признаки правожелудочковой недостаточности.

5.Составьте план лечения больного.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 12.11**

Мужчина Ю., 69 лет. Жалобы на одышку при бытовой нагрузке, отхождение небольшого количества мокроты по утрам, постоянный сухой кашель в течение дня.

Анамнез заболевания: Около 30 лет назад установлен диагноз хронического бронхита. Обострения его повторяются 2-3 раза в году, кашель сохраняется и вне обострения и без присоединения ОРВИ. Во время обострений усиливается одышка, отмечается кашель с гнойной мокротой. С 62 лет отмечает прогрессирование одышки, которая в последние полгода стала возникать при выполнении обычной бытовой нагрузке (при уборке комнаты, периодически при одевании, раздевании).

Анамнез жизни: Работал маляром. Курит 44 года, одну пачку сигарет ежедневно.

Данные объективного обследования: Состояние средней степени тяжести. Грудная клетка бочкообразная. Цианоз губ, пульсирующие яремные вены, вспомогательные дыхательные мышцы участвуют в акте дыхания, ЧДД – 24 в мин. Голосовое дрожание снижено. При перкуссии – коробочный звук над всей поверхностью грудной клетки. При аускультации – дыхание резко ослаблено, с удлиненным выдохом, рассеянные сухие свистящие хрипы над всеми отделами легких (практически не изменяются при кашле) ЧСС – 110 в мин.; АД – 115/70 мм рт. ст. Периферических отеков нет.

Общий анализ крови: Hb – 162 г/л, лейкоциты – 8,4 тыс. (формула – без особенностей), тромбоциты – 300 тыс., СОЭ – 12 мм/ч

Анализ мокроты: лейкоциты – 30 в п/зр, эозинофилы, кристаллы Шарко-Лейдена и спирали Куршмана не найдены, БК – отр.

ЭКГ: - синусовый ритм с ЧСС 98 в мин. ЭОС вертикальная. Гипертрофия ПЖ. Гипертрофия ПП.

ЭХОКС: Правые отделы сердца расширены: ПЖ 3,2 см, ПП визуально увеличено (в 4-камерной позиции), гипертрофия стенки ПЖ (0,6 см) с выраженным гиперкинезом.

Допплер-эхокардиография: признаки легочной гипертензии.

Спирография: ОФВ1 – 15%, после ингаляции сальбутамола: ФЖЕЛ – 39%, ОФВ1 – 15%, ОФВ1/ФЖЕЛ – 27%.

Шкала одышки mMRC 5 баллов.

РаО2 – 38 мм рт.ст SaO2 – 72%.

Рентгенография органов грудной клетки: Выраженная эмфизема легких. Пневмосклероз. Расширение сердца вправо. Талия сердца сглажена. Уплощение диафрагмы.

**ВОПРОСЫ:**

1. Предположите вероятный диагноз.

2. Обоснуйте вероятный диагноз.

3. Составьте дифференциально-диагностический ряд.

4. Обоснуйте принципы медикаментозной терапии ХОБЛ у данного пациента.

5. Обоснуйте возможность применения длительной кислородотерапии у данного пациента: обоснование, цель, длительность.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 12.12**

Мужчина 76 лет, около 35 лет страдает ХОБЛ, принимает базисные препараты. Отмечает одышку, усиливающуюся при незначительной физической нагрузке, в положении лежа уменьшается, кашель с выделением трудноотделяемой мокроты, периодически с отделением желто-зеленой мокроты, частое сердцебиение. Объективно: кожные покровы - акроцианоз, набухание шейных вен на выдохе, утолщение концевых фаланг («барабанные палочки») и ногтей («часовые стекла»). Телосложение пониженного питания. Пастозность голеней и стоп. Сердце: перкуторно определяется расширение абсолютной и относительной сердечной тупости правой границы сердца. ЧСС 90 в мин. Тоны глухие, ритмичные. Акцент второго тона над легочной артерией. Над легкими перкуторно коробочный звук. Аускультативно в легких дыхание жесткое, единичные сухие свистящие хрипы на высоте форсированного выдоха. Выполнено ЭхоКГ: гипертрофия правого желудочка. Дилатация правых отделов сердца. Парадоксальное движение межжелудочковой перегородки в диастолу в сторону левых отделов. Трикуспидальнаярегургитация.

**Вопросы:**

1. Поставьте наиболее вероятный предварительный диагноз.

2. Обоснуйте синдром ХЛС у больного.

3. Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза?

4. Какое лечение следует назначить данному больному?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 12.13**

В приемное отделение поступил мужчина 37 лет с жалобами на острую боль в грудной клетке колющего характера, одышку, которая быстро прогрессирует, переходящая в удушье инспираторного характера, общую слабость. Ухудшение состояния ни с чем не связывает, боль появилась после игры на духовом инструменте. Объективно: общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, цианотичные. Расширение межреберных промежутков. Учащенное, поверхностное дыхание. ЧДД 30 в мин. Отставание правой половины грудной клетки при дыхании. Пальпаторно: голосовое дрожание справа отсутствует. Аускультативно в легких дыхание справа ослабленное везикулярное, прослушиваются влажные, разнокалиберные хрипы особенно в нижних отделах легких. ЧСС 120 в мин. АД 90/60 мм рт.ст. Периферические отеки голеней и стоп. Абдоминальной патологии нет.

**Вопросы:**

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз основной и его осложнение.

2. Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза? Какое инструментальное исследование необходимо сделать в первую очередь

3. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

4. Какое лечение следует назначить данному больному? Обоснуйте

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 12.14**

Мужчина 68 лет жалуется на одышку при незначительной при физической нагрузке, затрудненный выдох, снижение толерантности к физическим нагрузкам, тяжесть в ногах, частое сердцебиение, общая слабость. Давно страдает ХОБЛ, принимает Симбикорт 160/4,5 мкг по 2 вдоха 2 раза в день, Спирива 18 мкг по 2 вдоха 1 раз в день, Сальбутамол по 2 доха по требованию, в последние 4 месяца состояние ухудшилось. Объективно: общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, акроцианоз. Набухание шейных вен. Утолщение концевых фаланг (―барабанные палочки‖) и ногтей (―часовые стекла‖), пульсация в эпигастрии, не исчезающая на вдохе. Расширение правой границы сердца, глухость тонов сердца, акцент II тона над легочной артерии. При перкуссии легких – коробочный звук, ограничение дыхательной подвижности легочного края, при аускультации –дыхание с жестким оттенком и удлиненным выдохом, рассеянные сухие свистящие хрипы. Печень у края реберной дуги. Периферические отеки голеней и стоп.

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его..

2. Составьте план обследования.

3. Основные направления лечебной программы при ХЛС.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 12.15**

Мужчина 52 года жалуется на кровохарканье, одышку в покое, усиливающаяся при физической нагрузке, постоянный сухой кашель, боль в правом подреберье, боль в грудине, частое сердцебиение, головная боль, головокружение, общая слабость. Из анамнеза: страдает много лет ХОБЛ. Обострения заболевания повторяются 2-3 раза в году, кашель сохраняется и вне обострения Объективно: общее состояние тяжелое. Сознание заторможенное.Положение пассивное. Цианоз кожных покровов. Дистальные фаланги пальцев в форме «барабанных палочек», а ногти — в виде «часовых стекол». Набухание шейных вен. Телосложение - истощен. ЧСС 100 в мин. Расширение относительной сердечной тупости вправо, резко усиленный сердечный толчок. Над легочной артерией выслушивается акцент II тона, над легочной артерией диастолический шум. ЧДД 34 в мин. Перкуторно над легкими коробочный звук. Аускультативно в легких дыхание жесткое, масса сухих свистящих и влажных хрипов, выдох затруднен. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2-3 см, край ровный, безболезненный. Симптом Плеша положительный. Периферические отеки голеней и стоп. Рентгенография органов грудной полости: расширение ствола, крупных ветвей легочной артерии. Легкие вздуты. ЭхоКГ: гипертрофия и дилатация правого желудочка. По данным доплерографиисисолическое давление в системе легочной артерии выше 40мм рт.ст.

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.

2. Составьте план обследования.

3. Какие возможны еще осложнения.

4. План ведения пациента.