

**АВТОНОМНАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ  
СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«КОЛЛЕДЖ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И ПРАВА»  
(АНО СПО «КИТП»)**

**ПМ.01 ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ  
МДК.01.01 ПРОПЕДЕВТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН РАЗДЕЛ:  
ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ В ТЕРАПИИ**

Сборник ситуационных задач для  
обучающихся очной формы обучения,  
специальность 31.02.01 Лечебное дело

Щелково, 2022 г.

Рассмотрено  
на заседании ЦМК  
Протокол № 4 от «28» августа 2022 г.

**Утверждено**  
на заседании МС  
Протокол № 4 от «28» августа 2022 г.

Директор АНО СПО «КОЛЛЕДЖ  
ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И  
ПРАВА»

:

Преподаватель АНО СПО «КИТП»

В предлагаемом сборнике ситуационных задач по диагностике заболеваний в терапии представлено 34 самых разнообразных клинических ситуаций по диагностике терапевтических заболеваний, с которыми может столкнуться фельдшер в своей практической деятельности.

Каждая задача сопровождается комментариями с обоснованием выбора наиболее правильного решения для конкретной клинической ситуации. Это позволяет использовать задачи не только для самостоятельной подготовки к практическим занятиям, но и при подготовке к экзаменам.

Подобные задачи в наибольшей степени позволяют формировать и развивать клиническое мышление у будущего фельдшера. Сборник предназначен для студентов Колледжа по специальности «Лечебное дело».

## СОДЕРЖАНИЕ

1. ПОИСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА	4
2. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ.	
Тема 1. Бронхит. ХОБЛ.	5
Тема 2. Пневмония. Плеврит.	6
Тема 3. Нагноительные заболевания легких. Бронхиальная астма.	10
Тема 4. Острая ревматическая лихорадка. Повторная ревматическая лихорадка. Хроническая ревматическая болезнь. Приобретенные пороки сердца.	13
Тема 6. ИБС. Инфаркт миокарда.	17
Тема 7. Артериальная гипертензия. Хроническая сердечная недостаточность.	19
8. Заболевания органов пищеварения. Заболевания желудочно-кишечного тракта, печени и желчевыводящих путей.	20
Тема 9. Заболевания мочевыделительной системы.	28
Тема 10. Заболевания эндокринной системы.	31
Тема 11. Заболевания крови.	32
Тема 12. Заболевания костно-мышечной системы.	33
Тема 13. Аллергозы.	34
3. ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ	37
4. СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	73

## ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Сборник ситуационных задач предназначен для самостоятельной работы обучающихся по ПМ.01 Диагностическая деятельность.

Основной целью создания сборника является подбор ситуационных задач по темам раздела: Диагностика заболеваний в терапии (пульмонология, кардиология, гастроэнтерология, нефрология, эндокринология, ревматология, гематология, аллергология), изучаемых на основании рабочей программы.

Представленные в сборнике ситуационные задачи направлены на формирование умений у обучающихся по проведению диагностического поиска, формулировки предварительного диагноза. А также определения плана обследования больного и выявления осложнений данного заболевания.

Все задания имеют профессиональную направленность, выполнение которых содействует формированию следующих компетенций:

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество.

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ПК 1.1. Планировать обследования пациентов различных возрастных групп.

ПК 1.2. Проводить диагностические исследования.

ПК 1.3. Проводить диагностику острых и хронических заболеваний.

ПК 1.7. Оформлять медицинскую документацию.

При составлении сборника использованы национальные и клинические рекомендации по терапии.

Умение решать ситуационные задачи необходимо обучающимся для формирования профессиональных компетенций и освоения программы подготовки специалистов среднего звена.

Овладение методикой решения ситуационных задач по диагностике в терапии в рамках программы подготовки специалистов среднего звена является обязательным, и входит в

требования как при подготовке к практическим занятиям, так и при подготовке к сдаче экзамена по диагностической деятельности.

## ТЕМА №1. БРОНХИТ. ХОБЛ.

### Задача №1

Пациентка К., 33 года, учительница начальной школы. Жалуется на кашель с небольшим количеством вязкой мокроты белого цвета. Кашель возникает во время частых простудных заболеваний в холодное время года и отмечается в течение 2-3 месяцев в течение последних пяти лет. На этом фоне сохраняются субфебрильная температура тела 37,1-37,2°C, слабость, потливость. Пациентка не курит. Настоящее ухудшение после перенесенной ОРВИ, сохраняется кашель с небольшим количеством вязкой светлой мокроты.

При осмотре состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 37,1°C, кожные покровы влажные, чистые, цианоза нет. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Отеков нет. Над легкими перкуторно - ясный легочный звук, при аускультации - жесткое дыхание. ЧДД - 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 70 в мин. АД -110/70 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом покалывания отрицательный с обеих сторон. Дизурических расстройств нет. Стул оформленный, регулярный.

**В общем анализе крови:** эритроциты -  $3,8 \cdot 10^{12}/л$ , гемоглобин -130 г/л, лейкоциты -  $8,8 \cdot 10^9/л$ , п/я - 3%, с/я - 43%, л -45%, м - 7%, э - 2%, СОЭ - 10 мм/ч.

**В анализе мокроты:** лейкоциты - 20-30 в поле зрения, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена и эозинофилы не определяются.

**Рентгенография органов грудной клетки:** свежих очаговых и инфильтративных изменений нет, корни структурны.

**ФВД:** ЖЕЛ - 84%, ОФВ1- 82%.

**Дайте ответы на следующие вопросы.**

1. Проведите диагностический поиск.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
4. Назовите возможные осложнения данного заболевания.

## Задача № 2

Пациент П., 50 лет, поступил в клинику с жалобами на кашель с большим количеством мокроты зеленого цвета, периодическое повышение температуры тела до 37,4-37,5°C.

Из анамнеза известно, что больной работает почтальоном в сельской местности, испытывает частые переохлаждения. В последние 20 лет выкуривает по 1,5 пачки сигарет в день. Кашель беспокоит давно, однако пациент не обращал на него внимания, так как он возникал только по утрам и мокрота выделялась в виде нескольких плевков белого цвета. В дальнейшем количество мокроты увеличилось, она стала приобретать желтовато-зеленоватый оттенок. Весной и осенью в течение последних пяти лет возникают обострения заболевания, сопровождающиеся повышением температуры тела до субфебрильных цифр и увеличением количества мокроты. На фоне проведения антибиотикотерапии состояние улучшалось в течение 7-10 дней, принимает отхаркивающие средства. Настоящее ухудшение состояния в течение последних двух дней, когда вновь усилился кашель с отхождением большого количества гнойной мокроты, температура тела повысилась до 37,7°C.

При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела 37,7°C, кожные покровы влажные, чистые, цианоза нет. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Отеков нет. Над легкими перкуторно - легочный звук с коробочным оттенком, при аускультации - жесткое дыхание, сухие жужжащие хрипы над всей поверхностью легких. ЧДД - 20 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 82 в мин. АД - 130/80 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом покалывания отрицательный с обеих сторон. Дизурических расстройств нет. Стул оформленный, регулярный.

**В общем анализе крови:** эритроциты -  $5,0 \cdot 10^{12}/л$ , гемоглобин - 151 г/л, лейкоциты -  $12,0 \cdot 10^9/л$ , п/я - 6%, с/я - 72%, л-11%, м-9%, э- 2%%, СОЭ - 37 мм/ч.

**В анализе мокроты:** лейкоциты - 100 в поле зрения, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена и эозинофилы не определяются.

**Рентгенография** органов грудной клетки: свежих очаговых и инфильтративных изменений нет, умеренное повышение воздушности легочной ткани, стенки бронхов уплотнены, корни расширены, умеренный пневмосклероз. **ФВД: ЖЕЛ - 76%, ОФВ<sub>1</sub> - 77%** **Дайте ответы на следующие вопросы.**

1. Проведите диагностический поиск.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
4. Назовите возможные осложнения данного заболевания.

## ТЕМА № 2. ПНЕВМОНИЯ. ПЛЕВРИТ.

### Задача № 3

Больной М., 40 лет, слесарь жалуется на кашель с выделением мокроты желтокоричневого цвета, боли в правой половине грудной клетки при дыхании, кашле, на одышку при умеренной физической нагрузке, повышение температуры тела до 39,4 °С, общую слабость, головную боль, «ломоту» в мышцах, сердцебиение, снижение аппетита.

Заболел остро, накануне днем, когда появились вышеуказанные жалобы. Развитие заболевания связывает с переохлаждением. Принимал аспирин, однако сохранялись лихорадка, выраженная слабость и боли в грудной клетке, что послужило причиной госпитализации.

Перенесенные заболевания: детские инфекции (корь, ветряная оспа), ОРВИ, хронический гастрит. Больной курит по 1 пачке в день, алкоголь употребляет 2-3 раза в месяц. Семейный анамнез: у матери - ИБС; у отца - хронический гастрит, хронический панкреатит; брат и сестра - здоровы. Аллергологический анамнез неотягощен.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела 39,0 °С. Кожные покровы бледные, чистые, влажные, цианоз губ. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Отеков нет. Грудная клетка нормостенической формы. Правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании. ЧД 30 в мин. При пальпации грудная клетка эластичная, правая половина грудной клетки болезненна, в нижних ее отделах - умеренное усиление голосового дрожания. При сравнительной перкуссии: слева - звук ясный, легочный, справа - ниже угла лопатки, по средней и задней подмышечным линиям выявлено притупление перкуторного звука. При аускультации легких: над участком укорочения перкуторного звука - бронхиальное дыхание, звонкие мелкопузырчатые хрипы, над остальными участками легких - дыхание везикулярное. Бронхофония усилена справа в зоне укорочения перкуторного звука.

При аускультации сердца: тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс ритмичный, ЧСС 102 в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 115/70 мм рт.ст.

Язык чистый, влажный. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10х9х8 см. Селезенка не пальпируется. Симптом покалывания отрицательный с обеих сторон. Дизурических расстройств нет. Стул оформленный, регулярный.

**Анализ крови:** гемоглобин - 155 г/л, эритроциты -  $4,8 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты -  $20,0 \cdot 10^9$ /л: п/я - 10%, с - 68%, э - 1%, л - 12 %, м - 9 %. СОЭ - 37 мм/ч.

**Микроскопия мазка мокроты,** - слизисто-гнояная, вязкая, лейкоциты 30-45 в поле зрения, эритроциты 10-15 в поле зрения, альвеолярные макрофаги и эпителиальные клетки - единичные

в поле зрения, выявляется большое количество грамположительных кокков в виде виноградных гроздей.

**Рентгенография органов грудной полости:** справа, в области проекции нижней доли, участки затемнения разного размера, умеренной интенсивности. Правый корень расширен, синусы свободны. Слева - без патологии. Сердечно-сосудистая тень без патологии.

**Дайте ответы на следующие вопросы.**

1. Проведите диагностический поиск.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
4. Назовите возможные осложнения данного заболевания.

#### **Задача № 4**

Пациент Н., 69 лет, пенсионер, в течение 50 лет выкуривающий до 20-25 сигарет в день, поступил с жалобами на повышение температуры тела максимально до 38,6°C в течение последних суток, с ознобом, а также на слабость, появление кашля, сначала сухого, затем с отхождением небольшого количества мокроты желто-зеленого цвета, одышку, учащенное сердцебиение, дискомфорт в правой половине грудной клетки. Развитие заболевания связывает с переохлаждением. В анамнезе - артериальная гипертония, редкие приступы стенокардии напряжения.

При осмотре состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, горячие, умеренно выраженный диффузный цианоз. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Отеков нет. ЧДД 26 в мин. При осмотре обращает на себя внимание отставание правой половины грудной клетки при дыхании. При пальпации отмечается усиление голосового дрожания и бронхофонии справа до угла лопатки, в этой же области - укорочение перкуторного звука. Аускультативно на фоне жесткого дыхания и сухих рассеянных жужжащих хрипов справа до уровня угла лопатки определяются участок бронхиального дыхания и звонкие влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, тахикардия ЧСС 100 в мин., АД - 110/70 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, без болезненности при пальпации.

Печень, селезенка не увеличены. Симптом покалывания отрицательный с обеих сторон. Дизурических расстройств нет. Стул оформленный, регулярный.

**В анализах крови:** эритроциты -  $4,1 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин - 130 г/л, лейкоциты -  $18,6 \times 10^9/л$ , п/я - 4%, с/я - 80%, л- 12%, э - 2%, б- 0%, м-2%, СОЭ - 46 мм/ч.

**Биохимия крови:** СРВ - 50 мг/л.

**В общем анализе мокроты:** характер слизисто-гноной, консистенция вязкая, лейкоциты 40-60 в поле зрения, эритроцитов, эозинофилов нет, атипичные клетки, БК, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена, эластичные волокна не обнаружены, при окраске по Граму обнаружены грамположительные диплококки.

**В анализах мочи:** удельный вес -1018, следы белка, лейкоциты - 4-8 в поле зрения.

Пациенту выполнена **рентгенография** органов грудной клетки (на рентгенограмме наличие инфильтрации легочной ткани в области нижней доли правого легкого).

**Дайте ответы на следующие вопросы.**

1. Проведите диагностический поиск.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
4. Назовите возможные осложнения данного заболевания.

### **Задача № 5**

Пациент В., 34 года, обратился в приемное отделение клиники с жалобами на повышение температуры тела до 39°C, одышку, сухой кашель, интенсивные боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании и кашле.

Заболел остро семь дней назад, когда температура тела внезапно повысилась, появились головная боль, сухой кашель. Самостоятельно принимал жаропонижающие (аспирин, парацетамол), без существенного эффекта. На четвертый день заболевания появились насморк, небольшие боли при глотании. Через пять дней болезни температура снизилась до 37,5°C, появились боли в правой половине грудной клетки при дыхании и кашле.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, влажные. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Отеков нет. Отмечается небольшое отставание правой половины грудной клетки при дыхании. В легких жесткое дыхание, над нижними отделами правого легкого выслушивается интенсивный скребущий шум на вдохе и выдохе. ЧДД -16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД -110/80 мм рт. ст. ЧСС - 110 в мин. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, без болезненности при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Симптом покалывания отрицательный с обеих сторон. Дизурических расстройств нет. Стул оформленный, регулярный.

**В общем анализе крови:** эритроциты -  $4,1 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин – 130 г/л, лейкоциты -  $13,5 \times 10^9/л$ , п/я -2%, с/я -48%, л - 53%, э - 2%, б- 0%, м-5%, СОЭ - 28 мм/ч.

При **рентгенографии** органов грудной клетки свежие очаговые и инфильтративные изменения не выявлены.

**Дайте ответы на следующие вопросы.**

1. Проведите диагностический поиск.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
4. Назовите возможные осложнения данного заболевания.

### **Задача № 6**

Пациентка М., 28 лет, поступила в клинику с жалобами сильная слабость, потливость, повышение температуры тела  $38,0^{\circ}\text{C}$ , боли в грудной клетке слева, усиливающиеся при дыхании, кашле.

Из анамнеза известно, что 2 недели назад у больной появилась слабость, потливость, повысилась температуры тела до  $38,8^{\circ}\text{C}$ , больная обратилась за медицинской помощью. После осмотра был выставлен диагноз ОРВИ. Однако состояние ухудшалось, появились резкие боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком вдохе, температуры тела повышалась до  $39^{\circ}\text{C}$ .

При осмотре состояние средней степени тяжести. Кожные покровы влажные, чистые. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Отеков нет. Дыхание поверхностное, обращает на себя внимание отставание левой половины грудной клетки при дыхании, левая половина увеличена в объеме, межреберные промежутки сглажены, дыхательная экскурсия ограничена. В нижних отделах грудной клетки слева голосовое дрожание резко ослаблено, при перкуссии слева ниже IV ребра определяется тупой перкуторный звук. Дыхание над областью и бронхофония не выслушиваются. ЧДД – 26 в мин. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. АД - 110/70 мм рт. ст. ЧСС - 95 в мин. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, без болезненности при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Симптом покалачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурических расстройств нет. Стул оформленный, регулярный.

**В общем анализе крови:** эритроциты -  $4,1 \times 10^{12}/\text{л}$ , гемоглобин – 120 г/л, лейкоциты —  $12,0 \times 10^9/\text{л}$ , п/я - 2%, с/я - 74%, л-12%, э - 2%, б- 0%, м-2%, СОЭ - 38 мм/ч.

**В общем анализе мокроты:** обнаружены – МБТ.

**Дайте ответы на следующие вопросы.**

1. Проведите диагностический поиск.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
4. Назовите возможные осложнения данного заболевания.

## ТЕМА №3. НАГНОИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА.

### Задача № 7

40-летний больной К., обратился с жалобами на кашель с мокротой 50—60 мл/сут, одышку при нагрузке. В 16-летнем возрасте диагностирован хронический бронхит, протекающий с частыми обострениями в виде повышения температуры, выделения желтозеленоватой мокроты, эпизодов кровохарканья. Обострения купировались антибиотиками. За последнее время количество выделяемой мокроты увеличилось, появилась одышка при незначительной нагрузке. Со слов больного, его сестра умерла в детском возрасте от пневмонии.

Объективно: состояние больного тяжелое. Отмечается снижение массы тела. Температура тела 37,5°C. Кожные покровы бледные, влажные, акроцианоз губ. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Отеков нет. Концевых фаланг пальцев рук утолщены. Грудная клетка бочкообразной формы, при пальпации безболезненная. Голосовое дыхание снижено с обеих сторон. Перкуторно коробочный звук, экскурсия легких снижена. Дыхание ослабленное везикулярное, единичные сухие хрипы, в нижних отделах справа влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧДД 23 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 92 в мин., АД — 100/70 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Симптом покалывания отрицательный с обеих сторон. Дизурических расстройств нет. Стул оформленный, регулярный.

**Анализ крови:** гемоглобин — 110 г/л, эритроциты—  $3,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты  $10 \times 10^9$ /л, э-2, п/я-8, с/я-68, л-15, м-7, СОЭ — 20 мм/час.

**Анализ мочи:** относительная плотность — 1016, белок — 1,6‰, лейкоциты — 2-3 в п/зр., эритроциты — 2-3 в п/зр., цилиндры гиалиновые — 2-4 в п/зр.

**Мокрота:** зеленоватого цвета, Л — 20-30 в п/зр., Эр. — 4-5 в п/зр.

**Дайте ответы на следующие вопросы.**

1. Проведите диагностический поиск.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
4. Назовите возможные осложнения данного заболевания.

### Задача № 8

Больной З., 35-х лет жалуется на сильный кашель с выделением большого количества гнойной мокроты с неприятным зловонным запахом, на повышенную температуру, недомогание,

одышку, боль в правой половине грудной клетки. Заболел неделю назад после переохлаждения. За медицинской помощью не обращался, принимал аспирин. Вчера состояние резко ухудшилось, усилился кашель, появилось большое количество гнойной мокроты с неприятным запахом.

Объективно: температура тела 39<sup>0</sup> С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая, влажная, отмечается гиперемия лица. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Отеков нет. Грудная клетка нормостенической формы, при пальпации безболезненная. При перкуссии грудной клетки справа под лопаткой в области 7-8 межреберья притупление перкуторного звука. На остальном протяжении легочный звук. При аускультации в области притупления дыхание амфорическое, выслушиваются крупно и среднепузырчатые влажные хрипы. На остальном протяжении дыхание везикулярное. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС 102 в мин. АД 100/70 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, без болезненности при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Симптом покалывания отрицательный с обеих сторон. Дизурических расстройств нет. Стул оформленный, регулярный.

**Дайте ответы на следующие вопросы.**

1. Проведите диагностический поиск.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
4. Назовите возможные осложнения данного заболевания.

### **Задача № 9**

Пациент К., 27 лет, маляр. Поступил в клинику с жалобами на резкое затруднение дыхания, преимущественно выдоха, кашель с отделением вязкой стекловидной мокроты, чаще в ранние утренние часы.

Известно, что у сестры больного имеется аллергический дерматит. Трехлетний сын больного страдает экссудативным диатезом. Пациент в течение 10 лет курит по пачке сигарет в день. В анамнезе отмечены аллергическая реакция в виде отека Квинке на новокаин, пищевая аллергия - крапивница при употреблении морепродуктов. Ухудшение состояния в течение недели, когда после ОРВИ появился кашель с трудно отделяемой вязкой мокротой. Больной самостоятельно начал принимать ампициллин. На второй день приема препарата ночью развился приступ удушья, купированный преднизолоном и эуфиллином внутривенно бригадой СМП. С этого времени беспокоит резкое затруднение дыхания, преимущественно выдоха, сохраняется приступообразный кашель.

При поступлении состояние средней степени тяжести. Температура тела  $36,7^{\circ}\text{C}$  Кожные покровы чистые, влажные. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Отеков нет. Дистанционные свистящие хрипы. Грудная клетка бочкообразной формы, при пальпации безболезненная. Перкуторный звук над легочными полями коробочный. В легких дыхание резко ослаблено, выслушивается большое количество сухих свистящих хрипов над всей поверхностью легких. ЧД 24 в мин. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС - 100 в мин. АД - 120/80 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, без болезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Симптом покалывания отрицательный с обеих сторон.

Дизурических расстройств нет. Стул оформленный, регулярный.

**В общем анализе крови:** гемоглобин - 120 г/л, эритроциты  $-4,3 \times 10^{12}/\text{л}$ , лейкоциты -  $4,5 \times 10^9/$ , п/я - 3%, с/я - 64%, э - 13%, л - 20%, м - 2%, СОЭ - 10 мм/ч.

**В анализе мокроты:** характер слизистый, консистенция вязкая, лейкоциты - 5-10 в поле зрения, эозинофилы - 50-60 в препарате. Спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена - единичные в препарате. Эластичные волокна, атипичные клетки, БК не найдены.

**При рентгенологическом исследовании легких:** свежие очаговые и инфильтративные изменения не обнаружены. Отмечается уплощение купола диафрагмы, повышение воздушности легочной ткани.

**ФВД:** ЖЕЛ - 87%, ОФВ<sub>1</sub>- 53%, ОФВ/ФЖЕЛ - 82%.

**Дайте ответы на следующие вопросы.**

1. Проведите диагностический поиск.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
4. Назовите возможные осложнения данного заболевания.

**ТЕМА №4. ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА. ПОВТОРНАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА. ХРОНИЧЕСКАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ. ПРИОБРЕТЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА.**

**Задача № 10**

Пациентка С, 20 лет, поступила в стационар с жалобами на боли в коленных суставах при ходьбе, повышение температуры тела до  $37,3^{\circ}\text{C}$ , общую слабость, повышенную утомляемость.

Из анамнеза известно, что пациентка росла и развивалась нормально. Окончила среднюю школу и училище. Работает на складе в холодном помещении. Из перенесенных болезней отмечает частые простудные заболевания в последнее время. Наследственность не отягощена:

отцу 45 лет, матери 43 года, практически здоровы, братьев и сестер нет. Отмечается аллергическая реакция на пенициллин в виде крапивницы.

Три недели назад перенесла ангину, протекавшую с повышением температуры до 38,5°C, болями в горле. Начатое лечение бензилпенициллином было прекращено из-за появления крапивницы. Препарат заменен на азитромицин, на фоне чего боли в горле прошли, температура тела нормализовалась. Однако в течение последней недели пациентка вновь отметила повышение температуры до субфебрильных цифр в вечернее время, общую слабость. Три дня назад появились боли в правом коленном суставе при ходьбе. В настоящее время эти боли несколько уменьшились, однако «заболел» левый коленный сустав.

При осмотре состояние удовлетворительное. Температура тела 37,0°C. Кожные покровы и видимы слизистые розовой окраски, чистые, влажные. Периферические лимфатические поднижнечелюстные и околоушные увеличены в размере (до 1 см), не спаяны с кожей и окружающими тканями, при пальпации безболезненные, другие группы лимфатических узлов не пальпируются. Отеков нет. Суставы визуально не изменены. Отмечается небольшая болезненность при выполнении активных и пассивных движений в коленных суставах, больше левом. При перкуссии легких звук ясный легочный, хрипы не выслушиваются. ЧДД 14 в мин. Границы относительной и абсолютной тупости сердца не расширены. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные. ЧСС - 96 в мин. АД - 120/80 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Дизурических расстройств нет. Стул регулярный, оформленный.

**В общем анализе крови:** гемоглобин - 120 г/л, эритроциты -  $4,310 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты -  $10 \times 10^9/л$ , п/я - 2%, с/я - 65%, э - 13%, л - 30%, м - 2%, СОЭ - 20 мм/ч.

**Биохимическое исследование крови:** СРВ ++.

**Серологическое исследование крови:** титр антител к анти-О-стрептолизину 1:350.

На ЭКГ ритм синусовый, нормальное положение ЭОС. Нарушения ритма не зафиксированы.

При **рентгенографии** легких очаговые и инфильтративные изменения не выявлены.

**Дайте ответы на следующие вопросы.**

1. Проведите диагностический поиск.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
4. Назовите возможные осложнения данного заболевания.

## Задача № 11

Больная К., 25 лет, обратилась с жалобами на одышку, усиливающуюся при физической нагрузке, сухой кашель. Накануне было кровохарканье. Ухудшение состояния отмечает в течение месяца. Два года назад перенесла ОРЛ.

Объективно: температура  $37,2^{\circ}\text{C}$ . Общее состояние средней степени тяжести. Определяется синюшно-розовый румянец на щеках, видимые слизистые оболочки цианотичны. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Отеков нет. Дыхание в легких везикулярное, в нижних отделах выслушиваются незвучные влажные хрипы. ЧДД 20 в мин. При пальпации в области верхушки сердца определяется симптом «кошачьего мурлыканья».

Верхняя граница относительной сердечной тупости определяется во втором межреберье слева, другие границы относительной тупости в пределах нормы. При аускультации на верхушке сердца определяется хлопающий 1-й тон, выслушивается убывающий, низкого рожущего тембра диастолический шум на верхушке сердца, ограниченном пространстве, лучше после физической нагрузки, на левом боку, на выдохе, не проводится. ЧСС 110 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Абдоминальной патологии не выявлено. Симптом поколачивания по костовертбральным углам отрицательный с обеих сторон. Дизурических расстройств нет.

Стул регулярный, оформленный.

**Дайте ответы на следующие вопросы.**

1. Проведите диагностический поиск.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
4. Назовите возможные осложнения данного заболевания.

## Задача № 12

Больная Г., 20 лет, обратился за медицинской помощью с жалобами на выраженную одышку, сердцебиение, усиливающиеся при малейшем движении. Больная перенесла ОРЛ в 10летнем возрасте, через год у больной была повторная ревматическая лихорадка, состоит на диспансерном учете. В настоящее время в течение 3 дней, после переохлаждения, отмечает ухудшение состояния.

При осмотре температура  $37,2^{\circ}\text{C}$ . Общее состояние средней степени тяжести. Кожа и видимы слизистые чистые, влажные. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Отеков нет. При аускультации легких дыхание ослабленное, выслушиваются единичные влажные хрипы. ЧДД 24 в мин. Верхушечный толчок смещен влево и вниз, разлитой, усиленный в 5 межреберья кнаружи от срединно-ключичной линии. Левая граница относительной тупости

сердца определяется по левой средне-ключичной линии, в 5-ом межреберье; верхняя граница относительной тупости определяется во 2 межреберье слева. При аускультации сердца 1 тон ослаблен в области верхушечного толчка, выслушивается систолический шум, голосистый, в положении лежа на левом боку после физической нагрузке, проводится в подмышечную область. ЧСС 78 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по костовертбральным углам отрицательный с обеих сторон.

Дизурических расстройств нет. Стул регулярный, оформленный.

**Дайте ответы на следующие вопросы.**

1. Проведите диагностический поиск.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
4. Назовите возможные осложнения данного заболевания.

### **Задача № 13**

За медицинской помощью обратился мужчина В., 23 лет с жалобами на пульсирующую боль в голове, быструю утомляемость, одышку и сердцебиение при выполнении физической работы. Подобные симптомы возникли 2 месяца назад. В прошлом году лечился в стационаре по поводу инфекционного эндокардита, был выписан в удовлетворительном состоянии.

При осмотре состояние удовлетворительное, температура 36,8<sup>0</sup>С. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, влажные. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Отеков нет. При осмотре больного отмечается ритмичное покачивание головы, пульсация сонных артерий, определяется капиллярный пульс. Дыхание в легких жесткое, выслушиваются единичные сухие хрипы. ЧДД 22 в мин. Верхушечный толчок пальпируется по левой среднеключичной линии в 5-ом межреберье, разлитой. Левая граница относительной тупости сердца определяется по левой среднеключичной линии в 5-ом межреберье, остальные границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца при аускультации: I тон на верхушке тихий, II тона на аорте ослаблен. Определяется диастолический шум во втором межреберье справа от грудины и в точке Боткина. ЧСС 88 в мин. АД 160/50 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено. Симптом поколачивания по костовертбральным углам отрицательный.

Дизурических расстройств нет. Стул оформленный, регулярный.

**Дайте ответы на следующие вопросы.**

1. Проведите диагностический поиск.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.

3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.

4. Назовите возможные осложнения данного заболевания.

### **Задача № 14**

Женщина П., 32 лет, обратилась за медицинской помощью с жалобами на быструю утомляемость, одышку и сердцебиение, возникающие при выполнении домашней работы, была кратковременная потеря сознания. Ухудшение состояния отмечает в последние 4 месяца. Из перенесенных заболеваний отмечает ОРЗ, ангины, инфекционный эндокардит.

При осмотре состояние удовлетворительное, температура 36,7<sup>0</sup>С. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, влажные, бледные. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Отеков нет. При пальпации в области основания сердца определяется систолическое дрожание, верхушечный толчок определяется в 6-м межреберье по левой среднеключичной линии. Левая граница относительной тупости сердца смещена наружи от среднеключичной линии, на уровне 6 межреберья. При аускультации сердца: 1 тон ослаблен на верхушке сердца, 2 тон ослаблен на аорте; выслушивается систолический шум во втором межреберье справа от грудины и в точке Боткина. ЧСС 92 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено. Симптом поколачивания по косточкам ребер отрицательный с обеих сторон. Дизурических расстройств нет. Стул регулярный, оформленный.

**Дайте ответы на следующие вопросы.**

1. Проведите диагностический поиск.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
4. Назовите возможные осложнения данного заболевания.

### **ТЕМА №6. ИБС. ИНФАРКТ МИОКАРДА.**

### **Задача № 15**

Пациент Н., 64 года, обратился за медицинской помощью в связи с увеличением частоты и продолжительности эпизодов загрудинной боли, иррадиирующей в левую руку. Восемь лет назад у пациента диагностирована стенокардия напряжения II ФК. Постоянно принимает ангинозные препараты. Около четырех месяцев назад вновь отметил возникновение ангинозных приступов. В поликлинике по месту жительства назначили новую схему лечения, которая дала положительный эффект, однако в течение последнего месяца пациент отмечает увеличение частоты и продолжительности приступов стенокардии, которые стали возникать при меньшем

пороге нагрузки (ходьба в умеренном темпе до 150-200 м, подъем на один лестничный пролет), длительность боли от 5 до 10 мин., возросла потребность в дополнительном приеме нитропрепаратов. Курил по 20 сигарет в день в течение 35 лет, последние восемь лет не курит. Отец пациента страдал артериальной гипертонией, умер в возрасте 66 лет от онкологического заболевания, мать страдала артериальной гипертонией, ИБС, умерла в возрасте 76 лет от инфаркта миокарда, брат перенес инфаркт миокарда в возрасте 48 лет.

При осмотре пациент тревожен. Состояние удовлетворительное, температура тела 37,1 °С. Кожные покровы бледные, чистые, влажные. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Отеков нет. ИМТ - 29,4 кг/м<sup>2</sup>. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 24 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент второго тона над проекцией аорты. ЧСС - 90 в мин. АД - 155/85 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, доступный пальпации во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по косточкам отрицательный с обеих сторон. Дизурических расстройств нет. Стул не регулярный.

**В общем анализе крови:** гемоглобин - 15,2 г/л, эритроциты -  $3,9 \times 10^{12}$ /л, гематокрит - 34%, лейкоциты -  $12,4 \times 10^9$ /л, п/я - 2%, с/я - 78%, л - 24%, э - 4%, м - 2%, СОЭ - 22 мм/ч.

**В биохимическом анализе крови:** глюкоза - 5,2 мм/л, креатинин - 57 мкм/л (44-97 мкм/л), общий билирубин - 10,5 мкм/л (8,49-20,58 мкмоль/л), общий холестерин - 7,8 мм/л (3,3-5,8 ммоль/л), триглицериды - 3,7 мм/л (меньше 1,7 ммоль/л).

ЭКГ - патология не выявлена.

**Дайте ответы на следующие вопросы.**

1. Проведите диагностический поиск.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
4. Назовите возможные осложнения данного заболевания.

## **Задача № 16**

46-летний больной доставлен в стационар с жалобами на боли за грудиной с иррадиацией в шею, длительностью 25 мин, не купирующиеся приемом нитроглицерина. В течение нескольких лет отмечает повышенные цифры АД—до 160/100 мм рт.ст. Принимает антигипертензивные препараты, достигая целевых показателей АД. На протяжении месяца отмечает боли за грудиной при физических нагрузках, купирующиеся приемом 1 таблетки нитроглицерина. За последнее время боли стали возникать при меньших нагрузках чаще, увеличилась их продолжительность.

При осмотре состояние средней степени тяжести, температура тела 36,6°C. Кожные покровы и видимы слизистые розовой окраски, чистые, влажные. Больной избыточного питания. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД — 20 в мин Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС — 88 в мин, АД — 130/80 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по costoвертебральным углам отрицательный с обеих сторон. Дизурических расстройств нет. Стул не регулярный.

**ЭКГ:** патология не выявлена..

**Экспресс методом определены сердечные тропонины I и T** – норма.

**Дайте ответы на следующие вопросы.**

1. Проведите диагностический поиск.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
4. Назовите возможные осложнения данного заболевания.

## **ТЕМА №7. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ. ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ**

### **Задача № 17**

Пациент С., 58 лет, госпитализирован в клинику с жалобами на шума в ушах на фоне подъема АД до 175/110 мм рт. ст., одышку при умеренной физической нагрузке (ходьба на 3000-4000 м), отеки голеней и стоп, появляющиеся в вечернее время.

Мать пациента, страдает ИБС, гипертонической болезнью, отец в возрасте 50 лет перенес инфаркт миокарда. Образование у пациента высшее, более 20 лет работает инженером. Курит 10-15 сигарет в день. Алкоголь практически не употребляет.

5 лет как у больного появились головные боли, в затылочной области, распирающего характера, в вечерние время, эпизоды повышения АД до 150/100 мм рт. ст.. Головные боли и повышение артериального давления больной связывал с переутомлением. В течение последнего двух лет стал отмечать учащенное сердцебиение, одышку при физической нагрузке, отеки голеней и стоп.

При осмотре состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и видимы слизистые розовой окраски, чистые, влажные. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Отмечается пастозность голеней и стоп. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах выслушиваются небольшое число влажных, незвонких мелкопузырчатых хрипов. Тоны сердца приглушены, акцент второго тона над аортой, шумов нет. АД -170/95 мм рт. ст. ЧСС - 100 в мин.

Язык чистый, влажный. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурических расстройств нет. Стул не регулярный.

**В общем анализе крови:** гемоглобин - 140,3 г/л, эритроциты -  $5,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты -  $4,59 \times 10^9$ /л, п/я - 2%, с/я - 78%, л - 24%, э- 4%, м - 2%, тромбоциты -  $197,5 \times 10^9$ /л, СОЭ - 5 мм/ч.

**В биохимическом анализе крови:** общий белок - 61 г/л (63-87 г/л), креатинин - 134 мкм/л (62-124 мкм/л), глюкоза - 6,2 ммоль, мочевиная кислота - 0,40 ммоль/л (0,12-0,43 ммоль/л), общий билирубин - 18,0 мкмоль/л (8,49-20,58 мкмоль/л), натрий - 140,0 ммоль/л 130-155 ммоль/л, калий - 5,8 ммоль/л (3,35-5,35 ммоль/л), триглицериды - 3,0 ммоль/л (меньше 1,7 ммоль/литр), общий холестерин - 7,0 ммоль/л (3,3-5,8 ммоль/л).

**В общем анализе мочи:** относительная плотность 1012, рН - 5,0, белок - 0,8, сахар, ацетон - нет, лейкоциты - 2-3 в поле зрения, эритроциты - 4-6 в поле зрения.

**На ЭКГ:** ритм синусовый, ЧСС - 98 в минуту. Горизонтальное положение ЭОС. Признаки гипертрофии и перегрузки левого желудочка. Одиночные желудочковые экстрасистолы.

**На рентгенограмме грудной клетки:** легкие без свежих очаговых и инфильтративных изменений. Сосудистый рисунок усилен. Корни легких структурны. Диафрагма расположена обычно. Плевральные синусы свободны. Сердце расположено горизонтально, расширено влево. Аорта обызвествлена.

При **ЭхоКГ:** определяется гипертрофия левого желудочка.

При **осмотре глазного дна:** ангиосклероз сетчатки.

**Дайте ответы на следующие вопросы.**

1. Проведите диагностический поиск.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
4. Назовите возможные осложнения данного заболевания.

## **ТЕМА №8. ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ. ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ.**

### **Задача № 18**

Пациент Л., 33 года, поступил в клинику с жалобами на голодные боли в эпигастриальной области через 2 часа после еды, ночные боли, заставляющие проснуться. Больного, беспокоят постоянная изжога, тошнота, рвота на высоте болей кислым желудочным содержимым, приносящая облегчение.

По профессии пациент шофер. Начиная с 20 лет больного беспокоят боли подобного характера. Боли возникали ежегодно в весенне-осенний период, затем присоединились ночные боли, заставляющие просыпаться среди ночи. Из анамнеза выяснилось, что больной много курит, злоупотребляет алкоголем.

При осмотре состояние удовлетворительное. Температуры тела 36,5°C. Кожные покровы бледно-розовой окраски, влажные. Подкожно-жировая клетчатка развита. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 15 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, АД - 110/70 мм рт. ст., ЧСС - 64 в мин.. Язык обложен бело-желтым налетом. Живот равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации умеренное локальное напряжение мышц в эпигастрии, болезненность в пилородуоденальной зоне, умеренная разлитая болезненность в эпигастральной области. Печень, селезенка не увеличены. Перистальтика выслушивается. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурических расстройств нет. Стул регулярный, оформленный.

**В общем анализе крови:** гемоглобин -135 г/л, эритроциты -  $6,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты –  $7,0 \times 10^9$ /л, в остальном формула без особенностей.

**Анализ кала** на скрытую кровь отрицательный.

**Уреазный экспресс-метод** на *Helicobacter pylori* выявил инфицированность слизистой (+++).

**При гастродуоденоскопии:** желудок содержит значительное количество жидкости и слизи, слизистая гиперемирована, складки слизистой антрального отдела гиперемированы, извиты, наблюдается выраженный рефлюкс желчи. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке определяется хроническая язва размерами 3x4 мм, края ее возвышаются, отечны.

**рН-метрии** отмечается гиперсекреция натошак и после стимуляции желудочного содержимого.

**Дайте ответы на следующие вопросы.**

1. Проведите диагностический поиск.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
4. Назовите возможные осложнения данного заболевания.

## **Задача № 19**

Пациент Б., 36 года, поступил в клинику с жалобами на боли в подложечной области, возникающие через 20-30 минут после приема пищи, рвоту на высоте боли, приносящую облегчение. Иногда больной сам вызывает рвоту после еды для уменьшения боли. Отрыжку

воздухом, снижение массы тела на 3 кг за последний месяц. Первые признаки заболевания появились осенью три года назад (стали возникать боли в эпигастральной области через 30—40 минут после приема пищи, самостоятельно принимал но-шпу и альмагель, с кратковременным эффектом), не обследовался, обратил внимание на сезонность появления болей (весной и осенью). Больной курит в течение 20 лет по 1 пачке сигарет в день.

Настоящее ухудшение самочувствия в течение последнего месяца, боли прежнего характера, на высоте болей наблюдалась иррадиация в спину. Появилась отрыжка воздухом. Поступил в клинику для уточнения диагноза и лечения.

При осмотре общее состояние удовлетворительное. Температуры тела 36,5°C. Кожные покровы и видимые слизистые слегка бледноваты, влажные. Подкожно-жировая клетчатка развита. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 15 в мин.. Тоны сердца ритмичные, ясные, АД - 130/80 мм рт. ст. Пульс - 80 в минуту. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, отмечается умеренное напряжение мышц в эпигастрии, локальная болезненность в эпигастральной области. Печень, селезенка не увеличены. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурических расстройств нет. Стул регулярный, оформленный.

**В общем анализе крови:** гемоглобин - 90 г/л, эритроциты -  $3,7 \times 10^{12}$ /л, цветной показатель - 0,9, лейкоциты –  $7,0 \times 10^9$ /л, СОЭ - 10 мм/ч.

При **ФЭГДС:** пищевод не изменен, кардия смыкается полностью. Желудок хорошо расправляется воздухом. На малой кривизне, в средней ее трети, имеется звездчатый белесый рубец с отчетливой конвергенцией складок. Там же свежая язва с отечными, воспалительно измененными краями, размерами 6x8 мм. В глубине язвы имеется сгусток крови. Луковица 12перстной кишки не изменена. Произведена биопсия слизистой из краев язвы.

**Гистологическое исследование:** картина атрофического гастрита с явлениями кишечной метаплазии эпителия. Край язвы, попавший в срез, с признаками хронического воспаления. *Helicobacter pylori* выявлен в небольшом количестве. рН-метрию не проводили в связи с характером локализации язвы.

**Дайте ответы на следующие вопросы.**

1. Проведите диагностический поиск.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
4. Назовите возможные осложнения данного заболевания.

## Задача № 20

Пациентка Д., 32 года, врач-стоматолог, жалуется на выраженную слабость, быструю утомляемость, снижение работоспособности. Указанные жалобы беспокоят в течение полутора лет, появились без видимой причины и постепенно нарастают.

Анамнестических данных об употреблении алкоголя и перенесенном вирусном гепатите не получено.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела 36,8 °С. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, иктеричные, сухие. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Отеков нет. Перкуторно границы легких в пределах нормы. При аускультации легких дыхание везикулярное. ЧД - 16 в мин. Область сердца и крупных сосудов не изменена. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации тоны сердца ясные, шумов нет. ЧСС - 80 в минуту, ритмичный, АД 120/60 мм рт.ст. Живот округлой формы, при пальпации - мягкий, чувствительный в правом подреберье. Размеры печени по Курлову: 10x9x8 см. Нижний край печени несколько закруглен, гладкий, мягкий, чувствительный.

Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет. Дизурических расстройств нет. Стул регулярный, оформленный.

**Общий анализ крови:** уровень гемоглобина - 115 г/л, эритроциты -  $3,9 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель - 0,88, лейкоциты -  $8,8 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы - 1%, сегментоядерные нейтрофилы - 74 %, эозинофилы - 2 %, моноциты - 4 %, лимфоциты - 19 %, СОЭ - 30 мм/ч.

**Общий анализ мочи:** без патологических изменений.

**Биохимический анализ крови:** общий билирубин - 46 ммоль/л (норма 8,49-20,58 мкмоль/л), прямой билирубин - 25 ммоль/л (норма 2,2-5,1 мкмоль/л), АСТ - 62 ЕД/л (норма до 38 ед/л), АЛТ - 84 ЕД/л (норма до 48 ед/л), холестерин - 2,8 ммоль/л (3,3-5,8 ммоль/л).

По данным **сцинтиграфии и УЗИ печени** патологии не выявлено.

**Дайте ответы на следующие вопросы:**

1. Проведите диагностический поиск.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
4. Назовите возможные осложнения данного заболевания.

## Задача № 21

Больной П., 46 лет, обратился с жалобами на схваткообразные, кратковременные боли в правом подреберье, горечь во рту, тошноту, рвоту с примесью желчи, возникающие после погрешностей в диете (употребление жирных, острых, холодных блюд, алкоголя).

Из анамнеза заболевания известно, что в течение последних 3 лет отмечает частые приступы схваткообразных болей в правом подреберье, сопровождающиеся горечью во рту, тошнотой, рвотой с примесью желчи, не приносящей облегчения, иногда запорами и желтухой. Обострения сопровождаются сердцебиениями, повышенной раздражительностью, нарушениями сна, головными болями. Настоящее ухудшение в течение последних 2 дней, когда после приема острой пищи и алкоголя возникли вышеуказанные жалобы.

В анамнезе: вредные привычки в течение 15 лет 2-3 раза в неделю принимает крепкие спиртные напитки (водку) в количестве 50-100 мл чистого этанола в сутки. Работает водителем.

При осмотре: состояние больного средней тяжести. Рост - 176 см, вес - 77 кг, ИМТ - 24,86 кг/м<sup>2</sup>. Отмечается повышенная раздражительность. Температура тела 37,2 °С. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, повышенной влажности. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Отеков нет. Перкуторно границы легких в пределах нормы. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. Тоны сердца нормальной звучности, шумы не выслушиваются. ЧСС - 102 уд/мин. АД 90/55 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье и в точке желчного пузыря. Отмечается положительные симптомы Ортнена, Мерфи, Мюсси-Георгиевского. Размеры печени по Курлову: 10х9х7 см. Размеры селезенки не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурических расстройств нет. Стул регулярный, оформленный.

**Общий анализ крови:** гемоглобин - 128г/л, эритроциты  $4,7 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты -  $10 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы - 4%, сегментоядерные нейтрофилы - 68%, эозинофилы - 0%, лимфоциты - 18%, моноциты - 10 %. СОЭ - 18 мм/ч.

**Биохимический анализ крови:** общий билирубин - 14 ммоль/л (норма 8,49-20,58 мкмоль/л), прямой билирубин - 3 ммоль/л (норма 2,2-5,1 мкмоль/л), АСТ - 32 ЕД/л (норма до 38 ед/л), АЛТ - 28 ЕД/л (норма до 48 ед/л), холестерин - 4,7 ммоль/л (3,3-5, 8 ммоль/л), амилаза - 87 ЕД/л (до 110 ЕД/л), ЩФ - 56 ЕД/л (норма до 260 Ед/л), глюкоза - 5,1 ммоль/л, СРБ положительный.

**УЗИ печени, желчного пузыря и желчевыводящих путей:** размеры печени не увеличены, контуры ровные, паренхима ее имеет однородную малоэхогенную структуру. Общий желчный проток не визуализируется. Желчный пузырь округлой формы, тонус его повышен, размеры несколько увеличены, стенка желчного пузыря утолщена (6 мм), конкрементов нет. Больному был назначен желчегонный завтрак (2 сырых яичных желтка).

Опорожнение желчного пузыря в течение 20 мин, объем его сократился более чем на 50 %.

**Дайте ответы на следующие вопросы:**

1. Проведите диагностический поиск.

2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
4. Назовите возможные осложнения данного заболевания.

## Задача № 22

Пациентка К., 52 года, поступила в стационар с жалобами на желтушность кожных покровов, кожный зуд, кровоточивость десен, тяжесть в правом подреберье, вздутие живота, общую слабость. Алкоголь не употребляет. Профессиональных вредностей не было.

Из анамнеза известно, что в течение 2 лет стали отмечаться эпизоды повышения температуры до 37,4°C-37,6° С, желтушность кожных покровов, кожный зуд, тупые боли в правом подреберье. При обследовании в стационаре по месту жительства выявлена гепатоспленомегалия. Маркеры вирусных гепатитов были отрицательными. При комплексном обследовании данных за механическую желтуху не получено. После выписки принимала спазмолитики, антигистаминные препараты и НПВС, с временным эффектом. Желтушность кожи продолжала сохраняться. Постепенно нарастала общая слабость, стало беспокоить вздутие живота. В последний месяц отмечает повышенную кровоточивость десен.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые желтушные, на коже рук, ног - следы расчесов, единичные петехии. Ериферические лимфатические узлы не пальпируются. Отеков нет. Болезненность при поколачивании по костям. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 76 в минуту. АД - 105/70 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме, пупок выбухает. Притупление перкуторного звука в боковых отделах живота. Печень и селезенку пропальпировать не удается. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурических расстройств нет. Стул нерегулярный.

**В общем анализе крови:** гемоглобин - 99 г/л, эритроциты -  $3,1 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты -  $2,76 \times 10^9/л$  (п/я - 3%, с/я - 53%), моноциты - 7%, лимфоциты - 35 %, эозинофилы - 1 %, базофилы - 1 %, тромбоциты -  $100,8 \times 10^9/л$ , СОЭ - 50 мм/ч.

**В биохимическом анализе крови:** общий белок - 37,8 г/л (норма 63-87 г/л), общий билирубин - 38,4 мкмоль/л (норма 8,49-20,58 мкмоль/л), триглицериды - 5,4 ммоль/л (норма меньше 1,7 ммоль/л), общий холестерин - 7,0 ммоль/л (норма 3,3-5, 8 ммоль/л), АСТ- 102 ед/л (норма 42 ед/л), АЛТ - 98 ед/л (норма до 38 Ед/л), ЩФ - 460 ед/л (норма до 260 Ед/л).

**Коагулограмма:** протромбиновый индекс - снижен.

**В анализе мочи:** уробилин выше нормы, выявлены желчные пигменты и кристаллы билирубина.

**УЗИ брюшной полости:** печень увеличена в размерах за счет обеих долей, контуры ровные, паренхима диффузно изменена. Желчевыводящая система без особенностей. Портальная вена 16,6 мм (до 13 мм). Поджелудочная железа нормальных размеров и структуры. Селезенка увеличена до 200 x 100 мм, селезеночная вена 14 мм (до 10 мм). Свободная жидкость в брюшной полости.

При ЭГДС выявлено варикозное расширение вен пищевода.

**Биопсия печени:** отмечаются участки нарушение дольковой структуры печени, отмечаются пролиферация, фиброз печеночной ткани. Портальные поля расширены, фиброзированы. Инфильтрация и фиброз в портальных полях ориентированы на пораженные желчные ходы. Отмечаются признаки холестаза (пигментация, желчные тромбы), более выраженного на периферии дольки.

**Дайте ответы на следующие вопросы:**

1. Проведите диагностический поиск.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
4. Назовите возможные осложнения данного заболевания.

### **Задача № 23**

Больная К., 27 лет, обратилась с жалобами на тупые, распирающие боли вокруг пупка, возникающие через 3-4 часа после еды, вздутие живота, сильное урчание в животе, обильный жидкий стул 4-6 раза в день, слабость, быструю утомляемость, похудание. Отмечается непереносимость молока. Эти симптомы беспокоят в течение 2-х лет, ухудшение состояния провоцируется приемом острой пищи.

Объективно: температура 36,9<sup>0</sup>С. Состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые оболочки чистые, бледные, сухие. В углах рта определяются “заеды”. Подкожножировой слой развит недостаточно. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 66 в мин. АД -100/70 мм рт. ст. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот вздут, преимущественно в центральных отделах, мягкий. При пальпации отмечается болезненность в околопупочной области, громкое урчание слепой кишки. При перкуссии живота отмечается распространенный тимпанит. Размеры печени по Курлову: 9x8x7 см. Нижний край печени несколько закруглен, гладкий. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурических расстройств нет. Стул жидкий от 4 до 6 - 8 раз в день.

**В общем анализе крови:** гемоглобин - 90г/л, эритроциты -  $3,7 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты -  $10 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы - 4%, сегментоядерные нейтрофилы - 68%, эозинофилы - 0%, лимфоциты - 18%, моноциты - 10 %. СОЭ - 18 мм/ч.

**Микроскопическое исследование кала:** количество кала 300 мл., испражнения обильные, водянистые, светло-желтого цвета, с пищевыми остатками (капли жира, мышечных волокон).

**Дайте ответы на следующие вопросы:**

1. Проведите диагностический поиск.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
4. Назовите возможные осложнения данного заболевания.

### **Задача № 24**

Больной Е., 42 лет предъявляет жалобы на боли спастического характера внизу живота и в левой половине, не связанные с приемом пищи, не исчезают после дефекации; вздутие, урчание, переливания в животе; чередование поносов (стул в небольшом количестве, жидкий) и запоров; болезненные позывы к дефекации. Беспокоит слабость, повышенная утомляемость. Болен в течение нескольких лет. Анамнез неотягощен, аллергических реакции на пищевые продукты нет, паразитарными заболеваниями не болел.

Объективно: температура тела  $37,1^{\circ}\text{C}$ . Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, влажные. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 14 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 76 в мин. АД - 120/90 мм рт. ст. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный по ходу толстого кишечника. Размеры печени по Курлову: 9x8x7 см. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурических расстройств нет. Поносы чередуются с запорами.

**В общем анализе крови:** гемоглобин - 120г/л, эритроциты -  $3,7 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты -  $8,5 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы - 4%, сегментоядерные нейтрофилы - 68%, эозинофилы - 0%, лимфоциты - 18%, моноциты - 10 %. СОЭ - 18 мм/ч.

**Биохимический общетерапевтический анализ крови:** все показатели крови в пределах нормы.

**Микроскопическое исследование кала:** кал плотной консистенции в виде «крупных комков», большое количество слизи.

**Исследование кала на бактериальную микрофлору:** дисбактериоз.

**Ирригоскопия:** нарушение моторики, смазывание рисунка слизистой оболочки по ходу всего толстого кишечника.

**Колоноскопия:** воспалительные изменения, участки атрофии на всем протяжении ободочной и прямой кишки.

**Дайте ответы на следующие вопросы:**

1. Проведите диагностический поиск.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
4. Назовите возможные осложнения данного заболевания.

### **Задача № 25**

Больная А., 43 лет, обратилась с жалобами на продолжительные ноющие боли слева от пупка, иррадирующие в спину, под левую лопатку, жидкий стул, которые возникают после употребления жирных блюд. Отмечает снижение аппетита, тошноту, чувство тяжести после еды в эпигастральной области, рвоту не приносящую облегчения. Эти симптомы беспокоят в течение 4-х месяцев. Много лет страдает хроническим холециститом.

Объективно: температура  $37,2^{\circ}\text{C}$ . Состояние средней степени тяжести. Кожа сухая, в эпигастральной области, подреберьях и околопупочной области мелкие, единичные гемангиомы. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 14 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 72 в мин. АД - 130/90 мм рт. ст. Язык обложен беловатым налетом. При пальпации живота отмечается болезненность в зоне Шоффара и точке Дежардена. Размеры печени по Курлову: 10x9x8 см. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурических расстройств нет. Жидкий, кашецеобразный стул до 2-3 раз в день.

**Общий анализ крови:** : гемоглобин – 110 г/л, эритроциты -  $4,7 \times 10^{12}/\text{л}$ , лейкоциты –  $10,5 \times 10^9/\text{л}$ , палочкоядерные нейтрофилы - 4%, сегментоядерные нейтрофилы - 68%, эозинофилы - 0%, лимфоциты - 18%, моноциты - 10 %. СОЭ - 23 мм/ч.

**Биохимический анализ крови:** амилаза 160 ЕД/л, (норма до 110 ЕД/л), липазы 210 ЕД/л (норма 190 ЕД/мл).

**Анализ мочи:** уд. вес 1018, белок – 0,01 мг/л, эритроциты 1-2 в поле зрения, лейкоциты — 2-3 в поле зрения, цилиндры гиалиновые — 2-4 в поле зрения, амилаза 20 ЕД/л (норма 10 ЕД/л).

**Копрограмма:** характерна мазеподобная консистенция, наличие непереваренной клетчатки, капель нейтрального жира, непереваренных зерен крахмала, большого количества непереваренных мышечных волокон, сохранивших поперечную исчерченность.

**Дайте ответы на следующие вопросы:**

1. Проведите диагностический поиск.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
4. Назовите возможные осложнения данного заболевания.

## **ТЕМА №9. ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ.**

### **Задача № 26**

Больной М. 23 лет, заболел остро. После ангины через 3 недели появились тупые боли в пояснице, отеки на лице, больше утром, головные боли, уменьшилось количество мочи.

При осмотре: состояние средней степени тяжести, температура 37,5<sup>0</sup>С. Кожные покровы бледны, чистые, влажные. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Отмечаются отеки на лице, бедрах, голенях. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 14 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 68 в мин. АД 170/110 мм./рт.ст. Язык обложен беловатым налетом, сухой. При пальпации живот безболезненный.

Печень по краю реберной дуги. Селезенка, почки не пальпируются. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. Суточный диурез 800 мл, выпито 1200 мл жидкости. Моча цвета «мясных помоев». Стул регулярный, оформленный.

**Анализ мочи:** уд. вес 1018, реакция щелочная, белок – 3 г/л, эритроциты свежие, выщелоченные, 10-12 в поле зрения, лейкоциты 3-5 в поле зрения.

**Анализ крови:** гемоглобин – 130 г/л, эритроциты  $4,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты –  $7,0 \times 10^9$ /л, СОЭ – 18 мм в час.

**Биохимическое исследование крови:** общий белок – 68 г/л (63-87 г/л), альбумины – 58 г/л (35-45 г/л).

**Дайте ответы на следующие вопросы:**

1. Проведите диагностический поиск.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
4. Назовите возможные осложнения данного заболевания.

## Задача №27

Больной М., 35 лет, обратился с жалобами на общее недомогание, слабость, утомляемость, снижение работоспособности; тошноту, рвоту, отсутствие аппетита; отеки век, лица, голеней и стоп; тупые, ноющие, продолжительные боли слабой интенсивности в поясничной области; изменение цвета мочи («мясных помоев»), уменьшение количества мочи, почти постоянную головную боль в затылочной области, мушки перед глазами.

Впервые на изменения цвета мочи, пастозность лица, а затем и стоп обратил 3 года назад. Так как отеки проходили самостоятельно, моча становилась желтого цвета он за медицинской помощью не обращался. В настоящий момент причиной обращения за медицинской помощью послужили часты головные боли на протяжении 4 месяцев, ухудшение общего самочувствия.

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

При осмотре: состояние тяжелое. Температура тела 37,8 °С. Лицо бледное, одутловатое, веки отечны, глаза сужены, отеки голеней и стоп. Кожные покровы и слизистые бледные, чистые, влажные. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. В легких дыхание ослабленное везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧД - 18 в мин. Тоны сердца приглушены, шумов нет, ритм сердца правильный. ЧСС - 78 в минуту. АД - 200/120 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания слабopоложительный с обеих сторон. Диурез снижен. Стул нерегулярный.

**Общий анализ крови:** гемоглобин - 102 г/л, эритроциты -  $3,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты -  $7,6 \times 10^9$ /л, с - 70 %, п/я - 2 %, э - 2 %, м - 4 %, л - 22 %. СОЭ - 32 мм/ч.

**Общий анализ мочи:** относительная плотность - 1018, белок - 2,066 г/л, эритроциты - 1012 в поле зрения, лейкоциты - 2-3 в поле зрения.

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

**Биохимический анализ крови:** общий белок - 68 г/л (63-87 г/л), альбумин - 30 г/л (35-45 г/л), холестерин - 5,2 ммоль/л (3,3-5,8 ммоль/л), мочеви́на - 10,9 ммоль/л (2,5-8,3 ммоль/л), креатинин - 402 мкмоль/л (62-124 мкмоль/л). Скорость клубочковой фильтрации - 50 мл/мин (более 90 мл/мин).

**Дайте ответы на следующие вопросы:**

1. Проведите диагностический поиск.

2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
4. Назовите возможные осложнения данного заболевания.

### Задача № 28

Больная, 35 лет, поступила в клинику с жалобами на боли в поясничной области слева, повышение температуры тела до 39°C, озноб.

В анамнезе: в течении 3 лет страдает МКБ, у больной приступы почечной колики от 2 до 3 раз в год. Больная состоит на диспансерном учете у уролога.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Температура тела 39°C. Кожные покровы бледные, влажные. Лицо одутловатое. Отеков нижних конечностей нет. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. В легких дыхание везикулярное. ЧД - 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 84 в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Область почек не изменена, Симптом Пастернацкого положителен с обеих сторон. Пальпация левой почки (ее области) резко болезненная. Частое, болезненное мочеиспускание. Стул регулярный.

**Общий анализ крови:** гемоглобин - 120 г/л, эритроциты -  $3,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты -  $11,0 \times 10^9$ /л, с - 70 %, п/я - 2 %, э - 2 %, м - 4 %, л - 22 %. СОЭ - 20 мм/ч.

**Общий анализ мочи:** относительная плотность - 1018, белок - 0,05 г/л, эритроциты - 6-8 в поле зрения, лейкоциты - 25-30 в поле зрения.

По данным **УЗИ** левая, правая почки увеличены в размерах, полостная система расширена, паренхима диффузно утолщена (до 25 мм), однородной плотности.

**На обзорном снимке** мочевой системы слева, на уровне поперечного отростка III поясничного позвонка тень (конкремент размерами 4 x 4 мм).

На **экскреторных урограммах** отмечаются патологические изменения в чашечнолоханочной системе правой почки. Пассаж контрастного вещества по мочеточнику нарушен.

Слева умеренная пиелэктазия. Расширение мочеточника выше тени конкремента.

**Дайте ответы на следующие вопросы:**

1. Проведите диагностический поиск.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.

4. Назовите возможные осложнения данного заболевания.

## ТЕМА №10. ЗАБОЛЕВАНИЯ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ.

### Задача № 29

Женщина Н, 62 лет, доставлена в приемное отделение стационара. Со слов дочери шесть дней назад у больной был контакт с больным (внучкой) ОРВИ, после это на 2-ой день у больной повысилась температура до 39,0°C. стала нарастать слабость, головные боли, появилась сильная жажда, частое мочеиспускание.

Со слов родственников, больная в течении 2 лет отмечает сильную жажду (выпивает за день до 3-4 литров воды).

При осмотре: состояние тяжелое, больная заторможена, температура тела 37,5°C. Кожные покровы и видимы слизистые сухие, бледные. Отмечается резкое снижение тургора кожи. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Глазные яблоки при пальпации мягкие. ЧДД 18 в мин. Дыхание в легких ослабленное везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушенные, аритмичны. АД 100/75 мм рт ст. ЧСС 100 в мин.. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

**Общий анализ крови:** гемоглобин - 110 г/л, эритроциты -  $3,1 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты -  $7,6 \times 10^9/л$ , с - 70 %, п/я - 2 %, э - 2 %, м - 14 %, л - 12 %. СОЭ - 18 мм/ч

**Общий анализ мочи:** относительная плотность - 1008, белок – 1,0 г/л, эритроциты - 1-2 в поле зрения, лейкоциты - 1-3 в поле зрения. Глюкозурия 3, 8 ммоль/л., ацетон (-).

**Биохимия крови:** общий белок - 68 г/л (63-87 г/л), альбумин - 30 г/л (35-45 г/л), холестерин - 6,2 ммоль/л, (3,3-5,8 ммоль/л), мочевины - 9,1 ммоль/л (2,5-8,3 ммоль/л), креатинин - 130 мкмоль/л (62-124 мкмоль/л), глюкоза в крови 53 ммоль/л.

**Дайте ответы на следующие вопросы:**

1. Проведите диагностический поиск.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
4. Назовите возможные осложнения данного заболевания.

### Задача № 30

Больная М, 25 лет, жалуется на раздражительность, плаксивость, чувство жара, похудание, сердцебиение, пучеглазие. Больна в течение 1 месяца. Вся картина заболевания развилась после

родов. Живет в местности, где у многих зоб, с детства отмечала увеличение железы, наблюдалась у эндокринолога.

При осмотре: больная очень подвижна, суежлива. Кожные покровы чистые, влажные, горячий на ощупь. Перефизические лимфатические узлы не пальпируются. Щитовидная железа видна, при пальпации бугристая. У больной отмечается экзофтальм; положительные симптомы Мебиуса, Грефе, Штальвага, Мари; тремор пальцев рук. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ясные, мягкий систолический шум на верхушке. ЧСС 110 уд в мин., АД 150/60 мм рт ст. Язык чистый, влажный. Живот при пальпации безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Селезенка, почки не пальпируются. Симптом поколачивания по костовебральным углам отрицательный с обеих сторон. Дизурических расстройств нет. Стул регулярный, оформленный.

**Дайте ответы на следующие вопросы:**

1. Проведите диагностический поиск.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
4. Назовите возможные осложнения данного заболевания.

## **ТЕМА № 11. ЗАБОЛЕВАНИЯ КРОВИ.**

### **Задача № 31**

Пациент К., 30 лет, предъявляет жалобы на головокружение, слабость, учащенное сердцебиение, на изменения вкусовых ощущений, обоняния, затруднения при глотании, появившиеся около двух недель назад.

Из анамнеза известно, что больной страдает язвенной болезнью желудка, обострения бывают 1-2 раза в год.

При осмотре: состояние удовлетворительное, температура тела 37,2°C. Кожные покровы, конъюнктивы бледные. Отмечается сухость и шелушение кожных покровов верхних и нижних конечностей. Перефизические лимфатические узлы не пальпируются. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД -16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, выслушивается систолический шум на верхушке сердца. ЧСС - 102 в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. При осмотре ротовой полости выявлен ангулярный стоматит, “лакированный язык”. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, не вздут, не напряжен, при глубокой пальпации определяется умеренная болезненность в эпигастрии. Печень по краю реберной дуги. При пальпации край печени ровный, эластичный, безболезненный. Селезенка не пальпируется.

Симптом поколачивания по костовертебральным углам отрицательный с обеих сторон. Дизурических расстройств нет. Стул не регулярный.

**В анализах крови:** гемоглобин - 75,3 г/л, эритроциты -  $3,7 \times 10^{12}$ /л, ЦП - 0,6, лейкоциты -  $4,1 \times 10^9$ /л, ретикулоциты - 12 %, выраженный анизоцитоз, пойкилоцитоз эритроцитов, СОЭ - 7 мм/ч;

**Дайте ответы на следующие вопросы:**

1. Проведите диагностический поиск.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
4. Назовите возможные осложнения данного заболевания.

### **Задача № 32**

Больной М., 25 лет, поступил с жалобами на выраженную слабость, повышение температуры тела до  $38,0^{\circ}\text{C}$ , головокружение. Данное состояние отмечает в течение 2 недель, связывает с переохлаждением. Неделю назад обратился за медицинской помощью, был выставлен Ds: ОРВИ, ср.тяж.течение, назначено лечение. Однако состояние больного продолжало ухудшаться, несмотря на проводимую терапию, появились боли в костях и он повторно обратился за медицинской помощью.

При осмотре: состояние больного средней степени тяжести, кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые. В ходе осмотра выявлено увеличение подчелюстных шейных лимфоузлов, округлой формы, размером до 1 см в диаметре, плотные, не спаенных с окружающей тканью, при пальпации безболезненные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, выслушивается систолический шум во всех точках аускультации. ЧСС - 100 в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10х9х9 см. Печень при пальпации безболезненная. Селезенка выступает на 2 см из под края реберной дуги, при пальпации плотная, безболезненная. Симптом поколачивания по костовертебральным углам отрицательный с обеих сторон. Дизурических расстройств нет. Стул регулярный, оформленный.

**В общем анализе крови:** Hb-79 г/л, эритроциты -  $2,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты- $6,1 \times 10^9$ /л, лимфоциты -10%, с/я-5%, тромбоциты- $100 \times 10^9$ /л, бласты-85%.

**Дайте ответы на следующие вопросы:**

1. Проведите диагностический поиск.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.

3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.

4. Назовите возможные осложнения данного заболевания.

## ТЕМА №12. ЗАБОЛЕВАНИЯ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ

### Задача № 33

Пациентка Е., 31 год, жалуется на выраженные боли и припухание суставов кистей, боли в лучезапястных, локтевых, плечевых и коленных суставах, боли при жевании, утреннюю скованность в пораженных суставах, длящуюся до 14-15 часов дня, субфебрилитет, потерю веса на 6 кг за последние четыре месяца, выраженную общую слабость.

Работает почтальоном. Около семи месяцев 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 анальгин, без существенного эффекта. Ухудшение состояния в последние четыре месяца, когда значительно усилились боли в суставах, в процесс вовлеклись локтевые, плечевые и височнонижнечелюстные суставы, развились скованность, субфебрилитет, похудание.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела 37,4°C. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Кожные покровы и видимые слизистые розовой окраски, чистые, влажные, в области левого локтевого сустава два подкожных плотных узелковых образования размером 0,5 x 0,5 см. Отмечаются припухлость и гиперемия в пястнофаланговых, лучезапястных и локтевых суставах, ограничение объема активных и пассивных движений в суставах кистей, локтевых, плечевых суставах из-за болей. Определяется западение межкостных промежутков на обеих кистях. Коленные суставы деформированы, увеличены в объеме, определяются гипертермия кожи при пальпации. В легких дыхание с жестким оттенком, хрипов нет. ЧДД - 17 в мин. Тоны сердца несколько приглушены, шумов нет, ритм правильный. ЧСС - 78 в минуту. АД - 130/80 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот при пальпации мягкий, без болезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по костовертебральным углам отрицательный с обеих сторон. Дизурических расстройств нет. Стул регулярный, оформленный.

**В анализах крови:** гемоглобин - 99,4 г/л, эритроциты  $3,0 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты -  $9,1 \times 10^9/л$ , тыс., тромбоциты -  $519 \times 10^9/л$ , СОЭ - 46 мм/ч., СРБ (+++).

**Дайте ответы на следующие вопросы:**

1. Проведите диагностический поиск.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.

3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.

4. Назовите возможные осложнения данного заболевания.

### **ТЕМА №13. АЛЛЕРГОЗЫ.**

#### **Задача № 34**

Больная А. 22 лет предъявляет жалобы на отёчность в области век, кистей рук и стоп, сыпь в виде отечных, красных, зудящих образований по туловищу и на конечностях.

Из анамнеза заболевания: сыпь появилась внезапно, предварительно беспокоил выраженный зуд кожи, затем появились отёки. Появление отёков и сыпи связывает с употреблением цитрусовых.

Из анамнеза жизни известно, что неоднократно были проявления крапивницы на шоколад, лекарственные препараты - Нурофен, Амоксициллин. Наследственность: у мамы – аллергический ринит, экзема на стиральный порошок.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Температуры тела 36,5°C. Кожные покровы бледные. Отмечается отечность век, отёки кистей и стоп. На коже туловища, верхних и нижних конечностях – сыпь по типу эритематозных волдырей красного цвета размером от нескольких 5 до 10 сантиметров в диаметре, имеющие тенденцию к слиянию, чётко ограниченные и возвышающиеся над поверхностью кожи. Подкожно-жировой слой выражен слабо. Слизистые сухие. Лимфатические узлы не пальпируются. В зеве умеренная гиперемия. Носовое дыхание отсутствует. Отмечается осиплость голоса. Одышки нет. ЧД - 18 в минуту. Перкуторно по всем полям определяется легочный звук. При аускультации легких - хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 90 в минуту. АД - 130/80 мм рт. Живот безболезненный, пальпации доступен. Печень и селезёнка не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены.

**Дайте ответы на следующие вопросы.**

1. Проведите диагностический поиск.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.

## ОТВЕТЫ К СИТУАЦИОННЫМ ЗАДАЧАМ

### ТЕМА № 1. БРОНХИТ. ХОБЛ.

#### Задача №1

**Эталон ответа.**

#### **1. Проведение диагностического поиска.**

**На 1-м этапе** диагностического поиска необходимо выделить основной клинический синдром - **бронхитический (кашель с отделением небольшого количества светлой мокроты).**

Из анамнеза известно, что заболевание носит хронический характер, имеет ежегодные

обострения. К факторам риска развития болезни необходимо отнести профессиональную деятельность больной - работа в детском коллективе, частые ОРВИ. Имеющийся длительный «кашлевой» анамнез (более двух лет), ежегодные обострения болезни делают наиболее вероятным наличие у пациентки хронического бронхолегочного заболевания, в частности хронического бронхита, однако исключить другие заболевания, имеющие схожую клиническую симптоматику (пневмония, бронхоэктатическая болезнь, туберкулез органов дыхания и т.д.), позволит лишь последующее обследование.

**На 2-м этапе** диагностического поиска выявляются скудные патологические изменения: *жесткое дыхание и разнокалиберные влажные хрипы, исчезающие при откашливании, свидетельствуют о воспалительном процессе в бронхах, сопровождающемся гиперсекрецией мокроты.* Данная аускультативная симптоматика также может встречаться при различных заболеваниях бронхолегочной системы. В связи с этим для того, чтобы поставить окончательный диагноз, необходимо провести дополнительное лабораторноинструментальное обследование.

**3-й этап** диагностического поиска выявляет **признаки острого воспаления (повышено содержание лейкоцитов в мокроте до 20-30 в поле зрения (катаральное воспаление))**, другие патологические изменения не обнаружены. При **рентгенографии легких**, а также при исследовании **ФВД** изменения, характерные для других заболеваний дыхательной системы, не выявлены. Таким образом, имеются следующие диагностические критерии:

1. «Кашлевой» анамнез более двух лет по три месяца подряд, кашель с отделением небольшого количества мокроты;
2. Отсутствие других заболеваний дыхательной системы, имеющих сходную клиническую симптоматику;
3. Воспалительные изменения в бронхах - по данным исследования мокроты.

**2. Предварительный диагноз:** Хронический бронхит в стадии обострения.

**3. Проведение дополнительных исследований:** *биохимический общетерапевтический анализ крови* (общий белок, мочевины, креатинин, общий билирубин, трансаминазы (АЛТ, АСТ), глюкоза, липидный профиль, повышение уровня СРБ); *общий анализ мочи* (диагностической значимости не имеет, входит в стандарт лабораторных исследований); *исследование мокроты:* бактериологическое (выявление возбудителя) и определение чувствительности к антибиотикам; *пульсоксиметрия* (по показаниям, для оценки насыщения артериальной крови кислородом (в норме до 95%)); *ЭКГ* (входит в стандарт инструментальной диагностики).

**4. Возможное развитие осложнений:**

- бронхоэктатическая болезнь;
- пневмония; - эмфизема легких; - ДН.

## Задача № 2

Эталон ответа.

### 1. Проведение диагностического поиска.

На 1-м этапе диагностического поиска выявляется ведущий клинический синдром - **бронхитический (кашель с отделением значительного количества зеленоватой мокроты)**. Из анамнеза известно, что пациент имеет факторы риска для развития заболеваний дыхательной системы - **длительный стаж курения, частые переохлаждения**. Заболевание несомненно носит хронический прогрессирующий характер, причем **протекает с ежегодными обострениями, требующими назначения антибиотиков**. Проводимая терапия антибактериальными препаратами является эффективной при обострении болезни. Таким образом, после 1-го этапа диагностического поиска наиболее вероятно предположить наличие у больного хронического бронхолегочного заболевания, возможно хронического гнойного бронхита, однако нельзя исключить и другие болезни, имеющие сходную клиническую симптоматику (бронхоэктатическая болезнь, туберкулез органов дыхания, пневмония и т.д.).

На 2-м этапе диагностического поиска **выявлены признаки воспаления (температура тела 37,7°C)**; изменения при аускультации легких: **наличие сухих жужжащих хрипов над всей поверхностью легких характеризует воспалительный процесс в крупных и средних бронхах (бронхитический синдром)**. Появление **коробочного звука** при перкуссии свидетельствует о развитии легочной гиперинфляции, как следствие **эмфиземы легких**. При объективном обследовании больного изменения со стороны иных органов и систем не найдены, что делает маловероятным другие заболевания.

Окончательный диагноз можно установить лишь после **3-го этапа** диагностического поиска - получения результатов лабораторно-инструментального обследования. Обнаруживаются лабораторные признаки **синдрома системного воспалительного ответа** - появление «острофазовых показателей» - **лейкоцитоз со сдвигом формулы влево (лейкоциты -  $12,0 \cdot 10^9/\text{л}$ ), СОЭ - 27 мм/ч**.

Исследование мокроты обнаруживает резко выраженную местную воспалительную реакцию - **характер мокроты гнойный, большое количество лейкоцитов и макрофагов**.

Рентгенологическое исследование легких выявило неспецифические **изменения в виде уплотнения стенок бронхов, характеризующие наличие хронического воспалительного процесса в бронхах**. Исследование ФВД обнаруживает незначительное **снижение ЖЕЛ**, что характеризует **хроническое течение заболевания, снижение ОФВ<sub>1</sub> - 77%** свидетельствует о наличии бронхообструктивного синдрома.

Проведенное лабораторно-инструментальное обследование позволило достоверно исключить другие заболевания, имеющие схожую клиническую симптоматику (пневмония, бронхоэктатическая болезнь, рак и т.д.).

**2. Предварительный диагноз:** «ХОБЛ, фенотип (с частыми обострениями и хроническим бронхитом), средне-тяжелое течение (по данным спирометрии ОФВ1 -77%), с частыми обострениями».

**3. Больному необходимо провести следующие исследования:** биохимический общетерапевтический анализ крови (общий белок, мочеви́на, креатинин, общий билирубин, трансаминазы (АЛТ, АСТ), глюкоза, липидный профиль, *повышение уровня СРБ*); общий анализ мочи (диагностической значимости не имеет, входит в стандарт лабораторных исследований); исследование мокроты (цитологическое (скрининговое исследование на определение атипичных клеток, дифференциальная диагностика онкологических заболеваний), бактериологическое (выявление возбудителя и определение чувствительности к антибиотикам) исследование); пульсоксиметрия (по показаниям, для оценки насыщения артериальной крови кислородом (в норме до 95%) для оценки тяжести ДН); ЭКГ (выявление признаков гипертрофии правого желудочка).

**4. Возможное развитие осложнений:**

- пневмония;
- эмфизема легких;
- легочное кровотечение;
- ДН;
- ССС.

## ТЕМА №2. ПНЕВМОНИЯ. ПЛЕВРИТ.

### Задача № 3

Эталон ответа.

#### 1. Проведение диагностического поиска.

На 1 этапе диагностического поиска на основании жалоб у больного можно выделить **интоксикационный синдром** (общая слабость, разбитость, головные и мышечные боли, одышка, сердцебиение, снижение аппетита); **синдром поражения бронхиального дерева** (кашель с выделением мокроты желто-коричневого цвета, боли в правой половине грудной клетки при дыхании, кашле, на одышка при умеренной физической нагрузке); **синдром интоксикации** (общая слабость, головная боль, «ломоту» в мышцах, сердцебиение, снижение аппетита); повышение температуры тела до 39,4 °С, как один из критериев синдрома системного воспалительного ответа.

Из анамнеза: заболел остро, после переохлаждения.

На 2 этапе диагностического поиска в ходе осмотра у больного выявлено: состояние *средней тяжести*; температура тела *39,0 °С*; *цианоз губ*; *правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании*; ЧД - *до 30 в мин.*; при пальпации правая половина грудной клетки *болезненна*, в нижних ее отделах - *умеренное усиление голосового дрожания*; при перкуссии: *справа - ниже угла лопатки, по средней и задней подмышечным линиям выявлено притупление перкуторного звука*; при аускультации легких: *над участком укорочения перкуторного звука - бронхиальное дыхание, звонкие мелкопузырчатые хрипы*; бронхофония *усиlena справа в зоне укорочения перкуторного звука*. Все выше перечисленное свидетельствует в пользу заболевания легких – **правосторонней пневмонии**.

На 3 этапе диагностического поиска данные лабораторной и инструментальной диагностики (изменение острофазовых показателей крови: лейкоцитоз, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, увеличение СОЭ; на рентгенограмме: справа, в области проекции нижней доли, участки затемнения разного размера, умеренной интенсивности), также свидетельствуют в пользу заболевания легких – **очаговая (полисегментарная) пневмония**.

**2. На основании: синдрома общих воспалительных изменений или острой фазы воспаления** (чувство жара, озноб, повышение температуры тела, изменение острофазовых показателей крови: лейкоцитоз, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, увеличение СОЭ). **Синдром воспалительной инфильтрации легочной ткани (очагового уплотнения легочной ткани)**: физикальный синдром уплотнения легочной ткани (бронхиальное дыхание, укорочение легочного звука при перкуссии, усиление голосового дрожания и бронхофонии, характерные рентгенологические изменения). **Синдром раздражения плевры** (левой синдром). **Синдром дыхательной недостаточности** (одышка при умеренной физической нагрузке; цианоз губ, ЧД - до 30 в мин.), можно выставить **предварительный диагноз: Внебольничная очаговая сливная (полисегментарная) пневмония правого легкого, (кокковой этиологии ?), средней степени тяжести. ДН I ст (по клинической картине)**.

**3.** Больному для подтверждения диагноза необходимо провести: **биохимический общетерапевтический анализ крови** (общий белок, мочевины, креатинин, общий билирубин, трансаминазы (АЛТ, АСТ), глюкоза, липидный профиль, **СРБ – показатель биохимического воспаления**); **общий анализ мочи** (диагностического значения не имеет, определено проведение согласно стандартам); **бактериологический посев мокроты** (для определения этиологии заболевания) с определением чувствительности к антибиотикам; **пульсоксиметрию** (для определения насыщения артериальной крови кислородом и определения тяжести ДН).

**4. Возможное развитие осложнений:**

-нижнедолевая пневмония; -

ДН.

## Задача № 4

Эталон ответа.

### 1. Проведение диагностического поиска.

На 1-м этапе диагностического поиска *анализ жалоб* (повышение температуры тела до 38,6°C, озноб, слабость, влажный кашель, одышку, учащенное сердцебиение, дискомфорт в правой половине грудной клетки) позволяет заподозрить *острое воспалительное* (с учетом остроты развития, вероятнее всего, инфекционное) заболевание нижних дыхательных путей. Данные *анамнеза (длительное курение)* предполагают наличие у пациента недиагностированного хронического заболевания легких - ХОБЛ, что наряду с возрастом (69 лет), может быть фактором риска развития пневмонии. *В конкретном случае провоцирующим фактором является переохлаждение.*

Данные непосредственного исследования на 2-м этапе диагностического поиска предполагает наличие у пациента *бронхитического синдрома* (жесткого дыхания и сухих рассеянных жужжащих хрипов справа до уровня угла лопатки определяются участок бронхиального дыхания и звонкие влажные мелкопузырчатые хрипы); *синдрома воспалительной инфильтрации легочной ткани (отставание половины грудной клетки при дыхании, укорочение перкуторного звука, усиление голосового дрожания, крепитация).* Одышка и периферический цианоз могут указывать на развитие у больного пожилого возраста с вероятной ХОБЛ дыхательной недостаточности. Лихорадка, крепитация, изменение дыхательных шумов, тахикардия при отсутствии анамнестических указаний на наличие бронхиальной астмы с высокой долей вероятности позволяют заподозрить внебольничную пневмонию.

На 3-м этапе диагностического поиска результаты лабораторных исследований также свидетельствуют в пользу наличия *синдрома острого воспаления (лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, увеличение СОЭ, слизистогнойная мокрота с большим содержанием лейкоцитов и кокков).* Обнаружение в мокроте грамположительных диплококков позволяет предположить *стрептококковую (пневмококковую) этиологию* заболевания. Диагноз пневмонии подтверждает *рентгенологическое исследование органов грудной клетки (наличие инфильтрации легочной ткани в области нижней доли правого легкого).*

Снижение парциального напряжения кислорода в капиллярной крови *свидетельствует о гипоксемии на фоне дыхательной недостаточности.*

2. **Предварительный диагноз:** Внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония, (пневмококковой этиологии ?), тяжелой степени тяжести. ДН II ст. (по клинической картине).

3. В плане дополнительных исследований необходимо предусмотреть проведение **ФВД** для оценки бронхиальной проходимости (дифференциальная диагностика ХОБЛ с учетом амнестических данных); **биохимическое исследование крови; пульсоксиметрия** (определение степени насыщения артериальной крови кислородом, для оценки тяжести ДН).

**4. Возможные осложнения заболевания:**

**легочные:**

- плевральный выпот;
- абсцедирование легочной ткани;

- ОДН. **внелегочные:**

- септический шок; -
- перикардит, миокардит; -
- нефрит и др.

## Задача № 5

**Эталон ответа.**

**1. Проведение диагностического поиска.**

На 1-м этапе диагностического поиска у больного выявляются *общевоспалительный синдром* (лихорадка, признаки интоксикации), а также *признаки поражения органов дыхания* (кашель, боли в грудной клетке, связанные с кашлем и дыханием). Острый дебют болезни с высокой лихорадки, интоксикации, сезонность заболевания, плохой эффект жаропонижающих средств характерны для гриппа. Болевой синдром, четко связанный с дыханием, вероятнее всего, свидетельствует о развитии сухого плеврита.

На 2-м этапе диагностического поиска выявляется кардинальный *аускультативный признак сухого плеврита* - шум трения плевры. *Отставание половины грудной клетки* при дыхании может быть связано с тем, что пациент из-за болей «щадит» пораженную сторону.

На 3-м этапе диагностического поиска выявляются *острофазовые показатели* - лейкоцитоз, увеличение СОЭ. Относительный и абсолютный *лимфоцитоз* в гемограмме (выпот вероятно вирусной этиологии). Отсутствие свежих очаговых и инфильтративных изменений, а также экссудата в плевральных полостях при рентгенологическом исследовании органов грудной клетки делают маловероятным наличие других легочных заболеваний и позволяют расценить состояние как сухой плеврит вирусной этиологии.

**2. Предварительный диагноз:** Правосторонний сухой плеврит (вирусной этиологии ?). ДН I ст. (по клинической картине).

**3. Больному необходимо провести:** биохимическое исследование крови (характерно повышение биохимических показателей воспаления - СР-белок); **общий анализ**

**мочи; КТ, УЗИ легких** (для достоверности поставленного диагноза); **пульсоксиметрия** (определение степени насыщения артериальной крови кислородом, для оценки тяжести ДН).

**4. Возможные осложнения заболевания:**

- шварты;
- экссудативный плеврит.

## **Задача № 6**

**Эталон ответа.**

**1. Проведение диагностического поиска.**

**На 1-м этапе** диагностического поиска у больной выявляются признаки плеврального выпота (боль в грудной клетки, непродуктивный кашель, одышка), а также **общевоспалительный синдром** (лихорадка, признаки интоксикации). **Боли в грудной клетке**, связанные с дыханием, характерны для сухого плеврита.

**На 2-м этапе** диагностического поиска при физическом исследовании **определяется синдром скопления жидкости в левой плевральной полости**: поверхностное дыхание, отставание левой половины грудной клетки при дыхании, ЧДД – 26 в мин., увеличение левой половины грудной клетки в объеме, сглаженность межреберных промежутков, дыхательная экскурсия ограничена. В нижних отделах грудной клетки слева голосовое дрожание резко ослаблено, при перкуссии слева ниже IV ребра определяется тупой перкуторный звук. Дыхание над областью и бронхофония не выслушиваются.

**На 3-й этапе** диагностического поиска в клиническом анализе крови определяются неспецифические **острофазовые показатели** (**выраженный нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ, относительный лимфоцитоз**), что также соответствует картине острого воспалительного заболевания.

**2. Предварительный диагноз:** Левосторонний экссудативный плеврит, туберкулезной этиологии.

**3.** Больному необходимо провести: **биохимическое исследование крови** (характерно повышение биохимических показателей воспаления - СР-белок); **общий анализ мочи; проведение плевральной пункции** (для достоверности оценки выпота, проведения бактериологического исследования плевральной жидкости и определение чувствительности к антибиотиками); **рентгенография ОГК, КТ, УЗИ легких** (для достоверности поставленного диагноза); **пульсоксиметрия** (определение степени насыщения артериальной крови кислородом, для оценки тяжести ДН).

**4. Возможные осложнения заболевания:** - острая легочно-сердечная недостаточность; - спаечный процесс.

## ТЕМА № 3. НАГНОИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА.

### Задача № 7

Эталон ответа.

#### 1. Проведение диагностического поиска.

На 1-ом этапе диагностического поиска *кашель с выделением мокроты* в количестве 50—60 мл/сут и *одышка* при незначительной физической нагрузке могут говорить о таких заболеваниях, как обострение хронического бронхита, БЭ, абсцесс легкого. В анамнезе заболевания больного длительный период заболевания *хроническим бронхитом с частыми обострениями*. Также со слов больного, его сестра умерла в детском возрасте от пневмонии.

В ходе объективного осмотра на 2-ом этапе диагностического поиска у больного выявлено: состояние тяжелое, *снижение массы тела, акроцианоз, утолщение концевых фаланг пальцев* (признак характерный для БЭ болезни); грудная клетка *бочкообразной формы, голосовое дрожание снижено*, перкуторно *коробочный звук, экскурсия легких снижена* (наличие эмфиземы легких); дыхание *ослабленное везикулярное, единичные сухие хрипы, в нижних отделах справа влажные мелкопузырчатые хрипы*, ЧДД 23 в мин. Все выявленные признаки при объективном осмотре в большей степени в пользу БЭ болезни.

После оценки данных лабораторной диагностики на 3 этапе диагностического поиска отмечаются *признаки общего воспаления* в общем анализе крови (лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, повышенное СОЭ); в общем анализе мочи (повышенное количество лейкоцитов). В общем анализе мочи отмечается протенурия, гиалиновые цилиндры.

2. **Предварительный диагноз:** Бронхоэктатическая болезнь, в стадии обострения. Эмфизема легких. ДН II ст. (по клинической картине).

3. Для подтверждения диагноза больному необходимо провести: **РОКГ, КТ легких** (выявления бронхоэктаз, эмфиземы), **пикфлоуметрия** (определения пиковой скорости выдоха, для оценки обструктивного синдрома), **пульсоксиметрия** (определение степени насыщения артериальной крови кислородом, для оценки тяжести ДН), **биохимическое исследование крови**.

#### 4. Возможные осложнения заболевания:

- легочное кровотечение; -ДН.

### Задача № 8

Эталон ответа.

#### 1. Проведение диагностического поиска.

На 1-ом этапе диагностического поиска в пользу данного заболевания говоря жалобы на *сильный кашель с выделением большого количества гнойной мокроты с неприятным*

*зловонным запахом, на повышенную температуру, недомогание, одышку, боль в правой половине грудной клетки.*

В ходе объективные осмотра на 2-ом этапе диагностического поиска, следует выделить: симптом интоксикации (*высокая температура 39<sup>0</sup>C*); при перкуссии: *локальное притупление перкуторного звука*; при аускультации: в области притупления *амфорическое дыхание, влажные хрипы.*

**2. Предварительный диагноз:** Абсцесс правого легкого. ДН I ст. (по клинической картине).

**3. Больному для подтверждения диагноза необходимо провести общий анализе крови:**

(будет отмечаться нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево, увеличение СОЭ); **биохимическое исследование крови** (признаки биохимического воспаления – повышение уровня СР-белка); **микроскопическое и бактериологическое исследование мокроты с определением чувствительности к антибиотикам** (микроскопия мокроты - сплошь лейкоциты, наличие эластических волокон; бактериологическое исследование позволяет судить об этиологии деструкции); **рентгенография органов грудной клетки, КТ легких** (до прорыва абсцесса в бронх - округлое затенение, после прорыва - округлая полость с горизонтальным уровнем жидкости); **пикфлоуметрия** (определение содержания кислорода в артериальной крови, для оценки тяжести ДН).

**4. Возможные осложнения заболевания:**

- плеврит;
- перикардит;
- сепсис; - ДН.

## **Задача № 9**

**Эталон ответа.**

### **1. Проведение диагностического поиска.**

На 1-м этапе диагностического поиска, анализируя жалобы пациента на резкое затруднение дыхания, преимущественно выдоха, приступообразный кашель с трудноотделяемой мокротой, можно выделить основной клинический синдром - **бронхообструктивный**. У больного имеются также **факторы риска - профессиональная деятельность**, связанная с вдыханием раздражающих веществ, **курение в течение многих лет**, отягощенная **наследственность по аллергическим заболеваниям**, наличие **аллергических реакций на пищевые продукты и анестетики**. Ухудшение состояния отмечено на фоне респираторной инфекции, а развитие тяжелого бронхообструктивного синдрома связано, вероятно, с аллергической реакцией на ампициллин. Следует отметить, что некоторое улучшение состояния больного отмечено после применения бронхолитиков и ГКГ (преднизолона). Таким образом, после 1-го этапа

диагностического поиска наиболее вероятной причиной развития бронхообструктивного синдрома является **обострение бронхиальной астмы** у пациента, имеющего как внутренние (генетическая предрасположенность), так и внешние (ОРВИ, воздействие аллергенов) факторы для возникновения заболевания. Вместе с тем после 1-го этапа диагностического поиска нельзя исключить и другие заболевания, имеющие схожую клиническую симптоматику (**хронический обструктивный бронхит и т.д.**).

На 2-м этапе диагностического поиска выявляются отчетливо выраженные признаки **бронхообструктивного синдрома** - *дистанционные свистящие хрипы, резкое ослабление дыхания, большое количество сухих свистящих хрипов* при аускультации. *Бочкообразная грудная клетка, а также коробочный звук* при перкуссии легких выявляют наличие **эмфиземы легких** как осложнения заболевания. Отмечена реакция на бронхиальную обструкцию со стороны сердечно-сосудистой системы - тахикардия до 100 в минуту.

3-й этап диагностического поиска в полной мере позволяет подтвердить предполагаемый диагноз бронхиальной астмы. Наличие *эозинофилии крови* (13%) является проявлением общей аллергической реакции организма, *эозинофилы в мокроте, кристаллы Шарко-Лейдена* подтверждают аллергическое поражение бронхов. **Рентгенологическое исследование** выявляет признаки **эмфиземы легких** (*уплощение купола диафрагмы и повышение воздушности легочной ткани*) - легочного осложнения бронхиальной астмы. Проведенная **ФВД** выявляет признаки **выраженной бронхиальной обструкции (ОФВ<sub>1</sub>- 53%, что подтверждает наличие тяжелой бронхиальной астмы)**, а изменения показателей **ОФВ<sub>1</sub> после ингаляции бронхолитика (>12%) - обратимость бронхиальной обструкции**. Таким образом, для постановки диагноза имеются следующие основные диагностические критерии: *наличие приступов удушья, сопровождающихся появлением свистящих хрипов, генерализованная обратимая бронхиальная обструкция (по данным ФВД), наличие эозинофилов в мокроте*, а также отсутствие других заболеваний, имеющих схожую клиническую симптоматику. Есть и дополнительные критерии заболевания: *клиникоаллергологический анамнез,отягощенная наследственность, эозинофилия крови*.

**2. Предварительный диагноз:** Бронхиальная астма, аллергическая, тяжесть течения (определяется после 3 месячного курса лечения), контролируемая или нет (определяется по частоте обострений в течении года). Эмфизема легких. ДН I ст. (по клинической картине).

**3. Больному необходимо проведение: биохимическое исследование**

**крови; пикфлоуметрия** (мониторирование пиковой скорости выдоха – показатель проходимости бронхиального дерева; **ЭКГ** (выявление признаков гипертрофии правого желудочка (легочное сердце), нарушения ритма); **пульсоксиметрия** — определения количества кислорода, связанного с гемоглобином, в артериальной крови (показатели

нормы 96-99%); **определение аллергического статуса:** скарификационные, внутрикожные и уколочные («прик-тест») **провокационные тесты** с предполагаемыми аллергенами, обнаружение **специфических JgE в сыворотке крови.**

#### **4. Возможные осложнения заболевания:**

- астматического статуса;
- ДН;
- СН.

### **ТЕМА № 4. ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА. ПОВТОРНАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА. ХРОНИЧЕСКАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПРИОБРЕТЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА.**

#### **Задача № 10**

**Эталон ответа.**

##### **1. Проведение диагностического поиска.**

На 1-м этапе диагностического поиска у пациентки можно выделить жалобы обусловленные **общевоспалительным синдромом** (субфебрилитет, общая слабость, повышенная утомляемость) и **суставным синдромом** (артралгии коленных суставов). Обращают на себя внимание связь появления данных жалоб с **ангиной (стрептококковая инфекция)** и «летучий» характер артралгии. Возможным предрасполагающим фактором является работа в холодном помещении. На этом этапе диагностического поиска однозначно сформулировать диагностическую концепцию не представляется возможным. Среди обсуждаемых вариантов необходимо учитывать дебют одного из системных заболеваний соединительной ткани, ревматоидный или реактивный артрит, однако характер суставного синдрома, связь со стрептококковой инфекцией прежде всего заставляют исключать **острую ревматическую лихорадку**. В настоящий момент мы имеем лишь **два признака, один большой и один малый** (артралгия и лихорадка), поэтому при осмотре особое внимание следует уделить исследованию сердечно-сосудистой системы с целью выявления признаков **кардита** (большой признак).

На 2-м этапе диагностического поиска отмечаются **приглушение сердечных тонов**, выявленное при аускультации, **тахикардия**.

На 3-м этапе диагностического поиска в общем анализе крови обращают на себя внимание неспецифические острофазовые изменения (**небольшой лейкоцитоз, увеличение СОЭ, повышение СРВ**). Существенным является обнаружение **повышенного титра антител к стрептококку** (дополнительный признак **острой ревматической лихорадки**). На ЭКГ (за исключением тахикардии). **РОГК** существенных изменений не выявлены.

**2. Предварительный диагноз:** Острая ревматическая лихорадка (кардит, артралгии, лихорадка).

**3. Больному необходимо провести лабораторные и инструментальные исследования:**

- **общий анализ крови:** обычно не изменен, при тяжелом течении (микрогематурия, протеинурия).

- **Эхокардиография:** необходима для диагностики клапанной патологии сердца и выявления перикардита, размерах предсердия и желудочков.

- **Рентгенография суставов.**

**4. Возможные осложнения заболевания:**

- ХРЛ (с развитием порока/без порока и недостаточности кровообращения).

## Задача № 11

**Эталон ответа.**

### 1. Проведение диагностического поиска.

На 1-м этапе диагностического поиска среди *жалоб* пациентки можно выделить: одышку, усиливающаяся при физической нагрузке, сухой кашель, кровохарканье; *в анамнезе заболевания 2 года назад перенесла ОРЛ*. На основании этого можно предположить, что ОРЛ осложнилась развитием у больной ХРБС.

**Объективные данные выявленные в ходе осмотра на 2 этапе диагностического поиска** (при пальпации области сердца: симптом «кошачьего мурлыканья» в области верхушки сердца; при перкуссии сердца: расширение верхних границ сердца слева; при аускультации сердца: на верхушке сердца хлопающий 1-й тон и диастолический шум, акцент второго тона на аорте) свидетельствуют о том, что у больной сформировался порок митрального клапана (стеноз). Цианоз и нарастающая одышка, ЧДД 20 в мин., влажные хрипы в легких говорят о том, что у больной застой по малому кругу кровообращения, значит есть ХСН II А ст., II Ф., в стадии декомпенсации.

**2. Предварительный диагноз:** ХРБС. Стеноз митрального клапана в стадии декомпенсации. ХСН. II А ст., II Ф.

### 3. Больной необходимо для подтверждения диагноза провести:

- общий анализ крови: (могут быть выявлены острофазовые показатели крови: лейкоцитоз, увеличение СОЭ);

- биохимический анализ крови: признаки биохимического воспаления (увеличение фибриногена, СРБ);

- УЗИ сердца, рентгенологическое исследование сердца, ЭКГ, ЭхоКГ (диагностика порока сердца и сердечной недостаточности).

### 4. Возможное развитие осложнений :

- острая сердечная недостаточность;

- формирование комбинированных и сочетанных пороков сердца.

## Задача № 12

### Эталон ответа.

#### 1. Проведение диагностического поиска.

На 1-м этапе диагностического поиска среди *жалоб* пациентки можно выделить: одышку, сердцебиение в состоянии покоя; *в анамнезе заболевания - 10 лет назад перенесла ОРЛ, через 2 года повторная ревматическая атака.* На основании этого можно предположить, что у больной ХРБС.

**Объективные данные выявленные в ходе осмотра на 2 этапе диагностического поиска** (при пальпации области сердца: верхушечный толчок смещен влево и вниз, разлитой, усиленный в 5 межреберья кнаружи от срединно-ключичной линии; при перкуссии сердца: левая граница относительной тупости сердца определяется по левой средне-ключичной линии, в 5-ом межреберье; верхняя граница определяется во 2 межреберье слева; при аускультации сердца: 1 тон ослаблен в области верхушечного толчка, выслушивается систолический шум, голосистый, в положении лежа на левом боку после физической нагрузки, проводится в подмышечную область) свидетельствуют о том, что у больной сформировался порок митрального клапана (регургитация). Нарастающая одышка ЧДД 24 в мин, влажные хрипы в легких говорят о том, что у больной застой по малому кругу кровообращения, значит есть ХСН II А ст., II Ф., в стадии декомпенсации.

**2. Предварительный диагноз:** ХРБС. Недостаточность митрального клапана в стадии декомпенсации. ХСН II А ст., II Ф.

#### 3. Больной необходимо для подтверждения диагноза провести:

- общий анализ крови: (могут быть выявлены острофазовые показатели крови: лейкоцитоз, увеличение СОЭ);
- биохимический анализ крови: признаки биохимического воспаления (увеличение фибриногена, СРБ);
- УЗИ сердца, рентгенологическое исследование сердца, ЭКГ, ЭхоКГ (диагностика порока сердца и сердечной недостаточности).

#### 4. Возможное развитие осложнений :

- острая сердечная недостаточность;
- формирование комбинированных и сочетанных пороков сердца.

## Задача № 13

### Эталон ответа.

## 1. Проведение диагностического поиска.

На 1-м этапе диагностического поиска среди *жалоб* пациента можно выделить: пульсирующая боль в голове, утомляемость, одышка, сердцебиение при выполнении физической работы. В *анамнезе* больной 2 года назад перенес инфекционный эндокардит. На основании этого можно предположить, что у больной после перенесенного инфекционного эндокардита развился порок сердца, аортальная недостаточность (учитывая, что у больного есть симптом пульсирующая боль в голове).

Объективные данные выявленные в ходе осмотра на 2 этапе диагностического поиска (при осмотре больного симптом Мюссе, “пляска каротид”, капиллярный пульс; при пальпации области сердца: верхушечный толчок пальпируется по левой среднеключичной линии в 5-ом межреберье, разлитой; расширение левых граница относительной тупости сердца; при аускультации сердца: I тон на верхушке тихий, II тона на аорте ослаблен, диастолический шум во втором межреберье справа от грудины и в точке Боткина. АД 160/50 мм рт. ст. (повышение систолического АД и понижение диастолического АД)), свидетельствуют о том, что у больного сформировался порок сердца – аортальная недостаточность.

2. **Предварительный диагноз:** Инфекционный эндокардит, недостаточность аортального клапана, в стадии компенсации.

## 3. Больной необходимо для подтверждения диагноза провести:

- общий анализ крови: (могут быть выявлены острофазовые показатели крови: лейкоцитоз, увеличение СОЭ);
- биохимический анализ крови: признаки биохимического воспаления (увеличение фибриногена, СРБ);
- УЗИ сердца, рентгенологическое исследование сердца, ЭКГ, ЭхоКГ (диагностика порока сердца и сердечной недостаточности).

## 4. Возможное развитие осложнений:

- острая сердечная недостаточность;
- формирование комбинированных и сочетанных пороков сердца.

## Задача № 14

### Эталон ответа.

#### 1. Проведение диагностического поиска.

На 1-м этапе диагностического поиска среди *жалоб* пациентки можно выделить: быстрая утомляемость, одышка и сердцебиение при физической нагрузке, обморок. В *анамнезе* больная перенесла инфекционный эндокардит. На основании этого можно предположить, что у больной после перенесенного инфекционного эндокардита развился порок сердца.

Объективные данные выявленные в ходе осмотра **на 2 этапе диагностического поиска** (при осмотре: бледность кожи; при пальпации: дрожание над основанием сердца, смещение верхушечного толчка вниз и влево; при перкуссии: расширение границы сердца влево; при аускультации: систолический шум в точках аускультации аортального клапана, тахикардия) свидетельствуют о том, что у больной сформировался порок сердца – аортальный стеноз. **2. Предварительный диагноз: Инфекционный эндокардит, аортальный стеноз, в стадии компенсации.**

**3. Больной необходимо для подтверждения диагноза провести:**

- общий анализ крови: (могут быть выявлены острофазовые показатели крови: лейкоцитоз, увеличение СОЭ);
- биохимический анализ крови: признаки биохимического воспаления (увеличение фибриногена, СРБ);
- УЗИ сердца, рентгенологическое исследование сердца, ЭКГ, ЭхоКГ (диагностика порока сердца и сердечной недостаточности).

**4. Возможное развитие осложнений:**

- острая сердечная недостаточность;
- формирование комбинированных и сочетанных пороков сердца.

**ТЕМА № 6. ИБС. ИНФАРКТ МИОКАРДА.**

**Задача № 15**

**Эталон ответа.**

**1. Проведение диагностического поиска.**

**На 1-м этапе диагностического поиска** анализ жалоб пациента позволяет заподозрить наличие типичной **стенокардии напряжения** - эпизоды загрудинной боли, иррадиирующие в левую руку, возникающие при небольшой физической нагрузке, и проходящих после ее прекращения или приема нитратов, длительность от 5 до 10 мин. Стенокардия соответствует **3 ФК** (приступы стенокардии резко ограничивают физическую активность — возникают при незначительной нагрузке: ходьбе в среднем темпе < 500 м, при подъеме по лестнице на 1— 2 пролета. Изредка приступы возникают в покое). Данное состояние, хотя и прогрессирует в течение последних 4 месяцев, сохраняется без существенных изменений 6 недель, поэтому **стенокардия** должна рассматриваться как **стабильная**.

Анализ данных анамнеза позволяет выявить наличие у пациента следующих **факторов риска атеросклероза** как основного этиологического фактора ИБС: **мужской пол, возраст, курение** (несмотря на то, что больной бросил курить пять лет назад, предшествующий стаж курения играет существенную роль), **семейный анамнез** (ОИМ у брата в возрасте 48 лет).

**2-й этап диагностического поиска** при стенокардии малоинформативен. Тоны сердца приглушены, ритмичные, *акцент второго тона над проекцией аорты. АД - 155/85 мм рт. ст.* (акцент II тона на аорте наблюдается при артериальной гипертензии, а так же у больных без артериальной гипертензии может свидетельствовать об атеросклерозе аорты, когда расширенная аорта и уплотненная ее стенка лучше проводят звуки к точке аускультации. У данного больного есть атеросклероз коронарных сосудов (гиперлипидемия) и артериальная гипертензия).

**На 3-м этапе диагностического поиска** результаты лабораторных методов исследования демонстрируют наличие *гиперлипидемии*, (общий холестерин - 7,8 мм/л (3,3-5, 8 ммоль/л), триглицериды – 3,7 мм/л (меньше 1,7 ммол/л)).

### **2. Предварительный диагноз: ИБС. Стенокардия напряжения 3 ФК.**

Функциональный класс стенокардии установлен на основании толерантности к физической нагрузке. Атеросклероз является фоновым заболеванием для ИБС. Гиперлипидемия - тяжелое нарушение липидного обмена (фактора риска атеросклероза).

### **3. Больному необходимо провести.**

#### **Лабораторные исследования.**

- **биохимическое исследование крови: (расширенный липидный профиль: общий холестерин (ОХ), холестерин липопротеинов высокой плотности (ХС-ЛВП), холестерин липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛНП), холестерин липопротеиды очень низкой плотности (ХС-ЛОНП), триглицериды (ТГ))** для решения вопроса о необходимости назначения статинов.

- **общий анализ мочи** позволяет выявить ранние, скрытые сопутствующие заболевания и синдромы (СД, сердечная недостаточность, анемия, эритропения и другие болезни крови), которые ухудшают прогноз ИБС.

- **гормоны щитовидной железы** (исключить заболевание щитовидной железы).

#### **Инструментальные методы исследования:**

- при ЭКГ, снятой вне приступа, патология не выявлена, поэтому для подтверждения ишемии у данного пациента следует **провести нагрузочный ЭКГ-тест** (как альтернатива, возможно проведение **стресс-эхокардиографии** или **сцинтиграфии миокарда**).

- **холтеровское мониторирование** позволяет выявить признаки ишемии миокарда в ходе обычной повседневной деятельности, и возможные нарушения ритма, проконтролировать изменения АД в течении суток.

- **РГК** показана больному с целью выявления признаков СН, учитывая его возраст и длительность заболевания (у больных с СН на рентгенограммах можно оценить увеличение отделов сердца и дуги аорты, наличие и выраженность нарушений внутрилегочной гемодинамики (венозный застой, легочная артериальная гипертензия)).

- **коронароангиография** — рентгеноконтрастный метод исследования, который является наиболее точным и достоверным способом диагностики ишемической болезни сердца (ИБС), позволяя точно определить характер, место и степень сужения коронарной артерии.

**4. Возможное развитие осложнений:**

- нестабильная стенокардия;
- ИМ;
- нарушение ритма; - ОСН, ХСН.

**Задача № 16**

**Эталон ответа.**

**1. Проведение диагностического поиска.**

На 1-м этапе диагностического поиска анализ *жалоб* (боли за грудиной с иррадиацией в шею, длительностью 25 мин., не купирующиеся приемом нитроглицерина) пациента, *анамнез заболевания* (в анамнезе длительная артериальная гипертензия) позволяет заподозрить у больного **ОКС. (Нестабильную стенокардию).**

В 2-й этап диагностического поиска при стенокардии малоинформативен, у больного выявлен только один фактор риска ИБС, *избыточная масса тела*.

На 3-м этапе диагностического поиска результаты ЭКГ выявили *подъем сегмента ST* над изолинией в отведениях I, II; данные экспресс метода диагностики показателей некроза миокарда, сердечные тропонины I и T в норме.

**2. Предварительный диагноз:** Нестабильная стенокардия.

3. Для проведения дифференциальной диагностики нестабильной стенокардии и ИМ, больному показано в динамике проведение повторной ЭКГ и определение биомаркеров некроза миокарда.

**4. Возможное развитие осложнений:**

- ИМ;
- нарушение ритма; - ОСН, ХСН.

**ТЕМА №7. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ. ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ**

**Задача № 17**

**Эталон ответа.**

**1. Проведение диагностического поиска.**

На 1-м этапе диагностического поиска доминирующие жалобы связаны с поражением сердечно-сосудистой системы (*одышка при умеренной физической нагрузке, шум в ушах,*

*отеки*). При сборе анамнеза заболевания можно сказать, что головные боли и повышение АД больного беспокоят в течение 5 лет, при этом у больного не было никаких других заболеваний; в анамнезе жизни обращает на себя внимание **отягощенная наследственность по артериальной гипертензии, курение**, что является факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний. Прежде всего следует обсуждать связь доминирующих жалоб с устойчивым повышением АД. В то же время наличие **одышки и отеков голеней** не укладывается только в клиническую картину артериальной гипертензии и заставляет задуматься **о наличии хронической сердечной недостаточности** в рамках «гипертонического сердца» или иных заболеваний миокарда. **Условия возникновения одышки** (ходьба на 300-400 м) позволяют говорить о **хронической сердечной недостаточности II ФК по классификации NYHA**.

На 2-м этапе диагностического поиска объективно выявляются **тахикардия, высокие значения артериального давления (170/95 мм рт. ст.)**, что соответствует 2-й степени повышения АД; при аускультации определяется **акцент второго тона над аортой** - признак повышения артериального давления в большом круге кровообращения. Индекс массы тела составляет **22,8 кг/м<sup>2</sup>**, т.е. у больного нет избыточного веса. **Пастозность голеней и стоп** может указывать **на наличие хронической сердечной недостаточности** с застоем в большом круге кровообращения (**2Б стадия по классификации Стражеско-Василенко**).

Длительное относительно благоприятное течение заболевания, отягощенный анамнез, анамнестическая эффективность монотерапии свидетельствуют, наиболее вероятно, об **эссенциальной артериальной гипертензии (гипертоническая болезнь)**.

На 3-м этапе диагностического поиска выявлен ряд лабораторно-инструментальных признаков поражения органов-мишеней (**левый желудочек, почки, глазное дно**). На ЭКГ и при ЭхоКГ определяется гипертрофия левого желудочка. В анализе мочи **выявлены следы белка и микрогематурия**, а в анализе крови определяются повышение **уровня креатинина и умеренная гиперкалиемия** - признаки ХБП в рамках гипертонического поражения почек. Учитывая прогностическую значимость гипертонической нефропатии, эта лабораторная находка позволяет классифицировать гипертоническую **болезнь III стадии**. Гипертоническое поражение почек является одним из так называемых сопутствующих клинических состояний, которое обуславливает очень высокий сердечно-сосудистый риск. При фундоскопии определяется гипертонический **ангиосклероз сетчатки** - характерное поражение при длительно существующей артериальной гипертензии. Кроме того, у пациента имеются **гиперхолестеринемия и гипертриглицеридемия**, что также является **серьезным фактором риска сердечно-сосудистых осложнений** и требует медикаментозной коррекции.

**2. Предварительный диагноз:** Гипертоническая болезнь III ст., 2-й степени повышения АД, очень высокого риска. ХСН 2Б ст., II ФК.

### 3. В рамках углубленного обследования больному показано:

- определения уровня гормонов щитовидной железы (дифференциальная диагностика заболеваний щитовидной железы), оценка уровня скорости клубочковой фильтрации (дифференциальная диагностика ХБП);
- суточное мониторирование АД;
- холтеровское мониторирование (диагностика заболеваний сердца, выявление нарушения ритма сердца);
- пульсоксиметрия (определение насыщения крови кислородом так как у больного ХСН);
- УЗИ почек (дифференциальная диагностика заболеваний почек и поражение почек при АГ).

### 4. Возможное развитие осложнений :

- ретинопатия;
- стенокардия, нарушение ритма, ИМ;
- ОСН, ХСН;
- нефриты;
- ОПП, ХБП.

## ТЕМА №8. ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ. ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ.

### Задача № 18

Эталон ответа.

#### 1. Проведение диагностического поиска.

На 1-м этапе диагностического поиска анализ жалоб пациента и анамнеза болезни позволяет выделить в качестве ведущего *болевого синдром* в эпигастральной области, имеющий весьма характерные свойства - ночные, голодные боли, поздние боли, а также боли, проходящие после рвоты на высоте состояния. *Боли сезонные* - ухудшение наступает в осенне-весенний период. Учитывая симптомы, указанные выше, с большей долей вероятности можно сделать вывод, что данный болевой синдром характерен для язвенной болезни 12-перстной кишки. Кроме того, следует помнить, что язвенная болезнь 12-перстной кишки наиболее часто бывает у мужчин (причем заболевают они чаще в молодом возрасте). Из анамнеза выяснилось, что больной много *курит, злоупотребляет алкоголем*.

Таким образом, можно сформулировать предварительный диагноз: **«Язвенная болезнь 12-перстной кишки, в фазе обострения».**

На 2-м этапе диагностического поиска обращают на себя внимание: при поверхностной пальпации живота отмечаются *умеренное мышечное напряжение в эпигастральной области, локальная болезненность в пилорoduоденальной области*. То есть анализ данных, полученных

на 2-м этапе диагностического поиска, не только не противоречит первоначальному диагнозу, но и в известной мере подтверждает его (локальная болезненность в пилородуоденальной зоне, напряжение передней брюшной стенки).

**На 3-м этапе** диагностического поиска получены данные, окончательно подтверждающие диагноз: в общем анализе крови патология не выявлена, анализ кала на скрытую кровь отрицательный, что говорит об отсутствии скрытого кровотечения из язвы. **При рН-метрии желудочного содержимого отмечается гиперсекреция натощак и после стимуляции. Уреазный тест** на наличие *Helicobacter pylori* (один из важных этиологических факторов возникновения заболевания) **положительный**. И конечно, наиболее значимая информация получена при **гастродуоденоскопии**, при которой **выявлена язва с локализацией в 12-перстной кишке с признаками воспаления, деформацией луковицы 12-перстной кишки** (указывает на рецидивирующее течение болезни).

**2. Окончательный клинический диагноз:** «Язвенная болезнь 12-перстной кишки в фазе обострения (с локализацией в луковице 12-перстной кишки)».

**3. Больному необходимо назначить:**

- **общетерапевтический биохимический анализ крови, а также: амилаза (повышена** - при заболеваниях поджелудочной железы, пропальной язве желудка); **гастрин (повышение** - свидетельствует о воспалении (гастрит, ЯБ); **паратгормона** - определяется в крови при часто рецидивирующем (чаще двух раз в год) течении язвенной болезни.

- **общий анализ мочи** (диагностической значимости не имеет, входит в стандарт лабораторной диагностики).

- **УЗИ органов брюшной полости** (диагностика абдоминальной боли).

**4. Возможное развитие осложнений:**

- кровотечение,
- перфорация,
- пенетрация язвы,
- формирование рубцово-язвенного стеноза привратника, - малигнизация язвы.

## **Задача № 19**

**Эталон ответа.**

**1. Проведение диагностического поиска.**

**На 1-м этапе** диагностического поиска анализа жалоб пациента и анамнеза болезни позволяет выделить в качестве ведущего **болевой синдром** в эпигастральной области, имеющий весьма характерные особенности - ранние боли 20-30 мин., после приема пищи; на высоте боли, появляется **рвота, приносящую облегчение**. Иногда больной сам вызывает рвоту после еды для уменьшения боли. **Отрыжку воздухом, снижение массы тела на 3 кг** за последний месяц.

**Отмечена сезонность** - ухудшение самочувствия наблюдается в весенне-осенний период. Такой характер болевого синдрома, с большей долей вероятности, характерен для язвенной болезни с локализацией в желудке. Согласно анамнезу, длительность болевого синдрома и диспепсии около трех лет, заболевание носит хронический характер. В настоящее время, учитывая нарастание болевого, диспептического синдромов, похудания, можно говорить об обострении заболевания.

Больной **курит** в течение 20 лет по 1 пачке сигарет в день, это также является провоцирующим фактором обострений.

Таким образом, можно сформулировать предварительный диагноз: **«Язвенная болезнь желудка, в фазе обострения»**.

На 2-м этапе диагностического поиска обращает на себя внимание **бледность кожных покровов и видимых слизистых**, что является косвенным признаком обострения заболевания, возможно анемия, как следствие кровотечения. **Локальная болезненность в подложечной области** делает диагноз наиболее достоверным и характерна для фазы обострения язвенной болезни.

На 3-м этапе диагностического поиска инструментальные исследования позволили уточнить ряд важных особенностей заболевания. В частности, имеет место умеренная **нормохромная анемия**, что находит объяснение при ЭГДС, а именно **наличие язвы по малой кривизне 6x8 мм, в глубине язвы сгусток крови**. Это свидетельствует о состоявшемся умеренном желудочно-кишечном кровотечении. Учитывая локализацию язвы, для исключения малигнизации проведена биопсия из ее краев. Признаки малигнизации при исследовании не выявлены, **обнаружен Helicobacter pylori в небольшом количестве**.

**2. Предварительный диагноз:** «Язвенная болезнь желудка, впервые выявленная, с локализацией на малой кривизне, в фазе обострения».

**3. Больному необходимо назначить:**

- **общетерапевтический биохимический анализ крови, а также: амилаза (повышена** - при заболеваниях поджелудочной железы, пропальной язве желудка); **гастрин (повышение** - свидетельствует о воспалении (гастрит, ЯБ); **паратормона** - определяется в крови при часто рецидивирующем (чаще двух раз в год) течении язвенной болезни.

- **общий анализ мочи** (диагностической значимости не имеет, входит в стандарт лабораторной диагностики).

- **УЗИ органов брюшной полости** (диагностика абдоминальной боли).

- так как **обнаружен Helicobacter pylori в небольшом количестве**, необходимо проведение еще одного или двух диагностических методов исследований на **Helicobacter pylori**.

**4. Возможное развитие осложнений:**

- кровотечение,
- перфорация,
- пенетрация язвы,
- формирование рубцово-язвенного стеноза привратника, - малигнизация язвы.

## Задача № 20

**Эталон ответа.**

### 1. Проведение диагностического поиска.

На 1-м этапе диагностического поиска, у больной выявлены жалобы на *выраженную слабость, быструю утомляемость, снижение работоспособности, в течение полутора лет*. Жалобы появились без видимой причины и *постепенно нарастали*. Анамнестических данных об употреблении алкоголя и перенесенном вирусном гепатите нет, но следует отметить что больная работает врачом-стоматологом и у нее возможен контакт с больными ВГ.

На 2-й этап диагностического поиска выявлено: состояние *средней степени тяжести; кожные покровы и видимые слизистые бледные, иктеричные, сухие*; живот округлой формы, при пальпации - мягкий, *чувствительный в правом подреберье; нижний край печени при пальпации несколько закруглен, гладкий, мягкий, чувствительный*.

На 3-й этап диагностического поиска в лабораторных показателях выявлено: **общий анализ крови** (небольшое снижение уровня гемоглобина - 115 г/л, повышение СОЭ - 30 мм/ч.); **биохимический анализ крови**: повышение общего и прямого билирубина, трансаминаз; снижение холестерина.

2. Данные - амнестические, объективного обследования и показатели биохимического исследования крови позволяют склониться в пользу

**предварительного диагноза:** Хронический вирусный гепатит. Окончательный диагноз может быть выставлен только после исключения вирусов гепатита В и С.

3. Больной необходимо провести **лабораторную диагностику ХВГ (ИФА-** позволит выявить и определить концентрацию **антигенов к ВГВ, ВГС**).

### 4. Возможное развитие осложнений:

- цирроз печени; -
- рак печени.

## Задача № 21

**Эталон ответа.**

### 1. Проведение диагностического поиска.

На 1-м этапе диагностического поиска, у больного выявлены жалобы *на схваткообразные, кратковременные боли в правом подреберье, горечь во рту, тошноту, рвоту с примесью желчи, возникающие после погрешностей в диете* (употребление жирных, острых, холодных блюд, алкоголя).

Из анамнеза известно, что выше перечисленные жалобы больного беспокоят *в течение последних 3 лет*.

В ходе осмотра на 2-м этапе диагностического поиска выявлено: состояние *средней тяжести*, температура тела *37,2 °С*; отмечается *повышенная раздражительность*; язык *сухой, обложен белым налетом*; живот, *болезненный в правом подреберье и в точке желчного пузыря*; *положительные симптомы Ортенна, Мерфи, Мюсси-Георгиевского*.

На 3-й этапе диагностического поиска в лабораторных показателях выявлено: в общем анализе крови *небольшой лейкоцитоз* (лейкоциты -  $10 \times 10^9/\text{л}$  (норма  $4,0-9,0 \times 10^9/\text{л}$ ), *увеличение показателей СОЭ* - 18 мм/ч. (норма 3 - 10 мм/ч); *биохимический анализ крови*: СРБ положительный. Изменения со стороны крови свидетельствуют в пользу воспалительного процесса.

По данным **УЗИ печени, желчного пузыря и желчевыводящих путей**: отмечается повышенный тонус желчного пузыря округлой формы, увеличение его в размере, утолщение (6 мм) стенок желчного пузыря. После желчегонный завтрак объем его сократился более чем на 50 %.

**2.** Амнестические данные, данные объективного обследования, лейкоцитоз, признаки биохимического воспаления, данные УЗИ диагностики позволяют больному поставить **предварительный диагноз**: Хронический некалькулезный холецистит, стадия обострения.

ФБР: ФР ЖП, ФР СО по гипертонически-гипертоническому типу.

**3.** Больному для постановки окончательного диагноза необходимо провести:

- **общий анализ мочи**;

**иммуноферментный анализ на выявление гельминтов**: описторхоз, лямблиоз, токсокароз, аскаридоз;

**кал на я/г** (трижды);

**копрологическое исследование кала**;

- **ФГЭДС с осмотром дуоденального сосочка** (для выявления отека, стеноза, дивертикула);

- **пероральной холецистографии и/или внутривенной холангиографии; компьютерная томография и магнитно-резонансной холангиопанкреатикографии** (для выявления нарушений концентрационной и моторной функции желчного пузыря);

- **дуоденальное зондирование** (наличие **изменений в порции Б** указывает на процесс в самом *пузыре*, а в **порции С** - на процесс в *желчных ходах*).

**4. Возможное развитие осложнений:**

- реактивный панкреатит;

- реактивный гепатит;

- хронический дуоденит; - перидуоденит и др.

## Задача № 22

Эталон ответа.

### 1. Проведение диагностического поиска.

На 1-м этапе диагностического поиска можно выделить следующие синдромы, указывающие на поражение печени: *холестатический* (желтуха, кожный зуд); *иммуновоспалительный* (субфебрилитет); *геморрагический* (кровоточивость десен); *диспептический* (тяжесть в правом подреберье, вздутие живота); *астеновегетативный* (общая слабость). На данном этапе диагностического поиска нельзя с уверенностью говорить об этиологии заболевания печени, так как *маркеры вирусных гепатитов (в анамнезе) отрицательные, нет данных о злоупотреблении алкоголем, контакте с гепатотоксическими агентами.*

На 2-м этапе диагностического поиска, в ходе осмотра обращает на себя внимание наличие *желтухи, следов расчесов, болезненность при поколачивании по костям* (элементы холестатического синдрома), *геморрагических проявлений*. Также определяется *свободная жидкость в брюшной полости* (наличие *портальной гипертензии (асцит)*) свидетельствует в пользу цирроза печени).

На 3-м этапе диагностического поиска можно выделить следующие синдромы: *холестатический (гипербилирубинемия, увеличение ЩФ, общего холестерина; обнаружение желчных пигментов и кристаллов билирубина в моче); цитолитический с печеночноклеточной недостаточностью* (повышение печеночных трансаминаз и общего билирубина, гипоальбуминемия, снижение протромбинового индекса), *иммуновоспалительный* (увеличение СОЭ, сдвиг лейкоцитарной формулы влево), *гиперспленизм* (тромбоцитопения, лейкоцитопения, анемия в сочетании со спленомегалией), *геморрагический* (тромбоцитопения, снижение протромбинового индекса), *портальная гипертензия* (расширение воротной и селезеночной вен, асцит, варикозное расширение вен пищевода). Совокупность перечисленных синдромов подтверждает предположение о **циррозе печени**. Верифицировать цирроз позволяют *данные биопсии*. Выраженность *основных печеночных синдромов отражает активную фазу процесса.*

**2. Предварительный диагноз:** «Цирроз печени, активная фаза. Портальная гипертензия:

асцит, варикозное расширение вен пищевода, гиперспленизм. Синдром холестаза».

**3.** Больному необходимы провести дополнительные исследования для исключения цирроза печени вследствие токсического или аутоиммунного гепатита.

**4. Возможное развитие осложнений:**

- ПЭ;

- асцит;
- портальная гипертензия или кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка;
- гепоторенальный синдром.

## Задача № 23

**Эталон ответа.**

### 1. Проведение диагностического поиска.

На 1-м этапе диагностического поиска можно выделить жалобы и данные анамнеза: *на тупые, распирающие боли вокруг пупка, возникающие через 3-4 ч. после приема пищи, метеоризм, урчание в животе, понос 4-6 раз в день (стул обильный), слабость, утомляемость, похудание; непереносимость молока; обострения в связи с приемом острой пищи; длительность заболевания.* На данном этапе диагностического поиска можно предположить у больной заболевание ЖКТ.

На 2-м этапе диагностического поиска: *бледность и сухость кожи, “заеды” в углах рта, недостаточное развитие подкожно-жировой клетчатки; язык влажный, обложен беловатым налетом; живот вздут*, преимущественно в центральных отделах, мягкий; при пальпации отмечается *болезненность в околопупочной области, громкое урчание слепой кишки* (в норме слепая кишка не урчит); при перкуссии живота отмечается *распростроенный тимпанит* (связан с метеоризмом), свидетельствуют в пользу заболевания тонкого кишечника (энтерита).

На 3-м этапе диагностического поиска в общем анализе крови выявляется *анемия, признаки воспаления* (незначительный лейкоцитоз); в микроскопическом исследовании кала: *признаки недостаточного переваривания пищи* (стеаторея, креаторея) и *ускоренной эвакуации из тонкого кишечника*, а также *увеличенное количество кала, водянистой консистенции*. Все это также свидетельствует в пользу заболевания **тонкого кишечника**.

**2. Предварительный диагноз:** Хронический энтерит в стадии обострения.

**3. Больному для подтверждения диагноза необходимо провести следующий перечень лабораторных и инструментальных исследований:**

- *общетерапевтическое биохимическое исследование крови с определением* (СРБ – признак биохимического воспаления, гипохолестеринемия, гипопроотеинемия);
- *общий анализ мочи* (диагностического значения не имеет, входит в стандарт исследований);
- *кал на скрытую кровь* (диагностика скрытого кровотечения);
- *анализ кала на определения уровень кальпротектина в кале* (является показателем воспаления);

- *бактериологический посев кала на определение бактерий кишечной группы;*  
- *специальные методы исследования всасывательной, двигательной, пищеварительной функции тонкой кишки;*

- *рентгенологическое исследование тонкой кишки* (при энтерите отмечается неравномерный диаметр просвета тонкой кишки, сегментация контрастного вещества, ускоренный его пассаж);

- *УЗИ органов брюшной полости* (диагностика абдоминальной боли).

#### **4. Возможное развитие осложнения:**

- кровотечение;
- анемия;
- трофические нарушения.

### **Задача № 24**

**Эталон ответа.**

#### **1. Проведение диагностического поиска.**

На 1-м этапе диагностического поиска данные анамнеза: *боли по ходу толстого кишечника, неустойчивый стул, признаки толстокишечной диареи, тенезмы, метеоризм; длительность заболевания*, свидетельствуют в пользу заболевания толстого кишечника (колита).

На 2-м этапе диагностического поиска в ходе осмотра выявлено: *недостаточное развитие подкожно-жировой клетчатки, обложенность языка*; при пальпации: *болезненность по ходу толстого кишечника*, также свидетельствуют в пользу воспалительного процесса в толстом кишечнике.

На 3 этапе диагностического поиска при оценке данных лабораторных и инструментальных методов исследования выявлено: в копрограмме (*признаки бродильных или гнилостных процессов, воспаления* (большое количество слизи); при исследовании бактериальной микрофлоры кала: *дисбактериоз*; рентгенологическое исследование толстого кишечника (ирригоскопия): *нарушение моторики, смазывание рисунка слизистой оболочки*; эндоскопическое исследование толстого кишечника (колоноскопия): *воспалительные изменения, участки атрофии на всем протяжении ободочной и прямой кишки*.

**2. Предварительный диагноз:** Хронический колит в стадии обострения.

**3. Больному для подтверждения диагноза необходимо провести следующий перечень лабораторных и инструментальных исследований:**

- *общий анализ мочи* (диагностического значения не имеет, входит в стандарт исследований);
- *кал на скрытую кровь* (диагностика скрытого кровотечения);

- *анализ кала на определения уровень кальпротектина в кале* (является показателем воспаления);

- *УЗИ органов брюшной полости* (диагностика абдоминальной боли).

**4. Возможное развитие осложнений:** -

присоединение поражения тонкого кишечника;

- кровотечение.

## Задача № 25

Эталон ответа.

### 1. Проведение диагностического поиска.

На 1-м этапе диагностического поиска данные анамнеза: на *продолжительные ноющие боли слева от пупка, иррадирующие в спину, под левую лопатку, жидкий стул, после употребления жирных блюд; снижение аппетита, тошноту, чувство тяжести после еды в эпигастральной области; рвоту не приносящую облегчение; длительность заболевания; сопутствующая патология желчного пузыря.*

На 2-м этапе диагностического поиска в ходе осмотра выявлено: *субфебрильная температура; избыточное развитие подкожно-жировой клетчатки; кожа сухая, в эпигастральной области, подреберьях и околопупочной области мелкие, единичные гемангиомы; язык обложен беловатым налетом; при пальпации живота отмечается болезненность в зоне Шоффара и точке Дежардена (проекция головки поджелудочной железы).*

На 3-м этапе диагностического поиска при оценке данных лабораторных и инструментальных методов исследования выявлено: в общем анализе крови: *лейкоцитоз, увеличение СОЭ*; анализ мочи: *повышение амилазы*; биохимический анализ крови: *увеличение амилазы, липазы*; копрограмма: *стеаторея, креаторея, амилорея.*

2. Предварительный диагноз: Хронический панкреатит в стадии обострения.

3. Необходимо проведения **расширенного биохимического исследования крови** с обязательным определением *уровня глюкозы* для исключения СД. Так как **УЗИ** поджелудочной железы не является достоверным методом диагностики хронического панкреатита, больной необходимо проведение **КТ (МРТ)** исследование поджелудочной железы.

4. **Возможное развитие осложнений** - Сахарный диабет.

## ТЕМА № 9. ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ.

## Задача № 26

**Эталон ответа.**

### **1. Проведение диагностического поиска.**

На 1-м этапе диагностического поиска жалобы больного *на тупые боли в пояснице, отеки на лице утром, уменьшение количества мочи* (олигоурия), *цвета «мясных помоев», острое начало* заболевания (после перенесенной ангины) свидетельствуют в пользу заболевания почек.

На 2-м этапе диагностического поиска в ходе осмотра выявлено: состояние *средней степени тяжести, температура 37,5<sup>0</sup>С; бледность кожных покровов; отеки на лице, бедрах, голенях; артериальная гипертензия (АД 170/110 мм./рт.ст.); положительный симптом поколачивания с обеих сторон.*

3-й этап диагностического поиска выявил *изменения в общем анализе мочи* – олигоурия (выделил 800 мл, выпито 1200), гематурия (эритроциты свежие, выщелоченные, 1012 в поле зрения), протеинурия (3 г/л).

2. На основании этого, у больного можно выделить основные синдромы: *отечный, гипертонический, мочевоы.* Связь заболевания с предшествующей ангиной обусловлена сенсibiliзирующим эффектом воздействия □-гемолитического стрептококка группы А, запускающего цепь иммунологических реакций, дает основания выставить **предварительный диагноз больному: Острый гломерулонефрит.**

**3. Больному для подтверждения диагноза необходимость проведения исследований:**

- развернутый биохимический анализ крови для определения состояние азотовыделительной функции (креатинин, мочевины, остаточный азот);
- исследование осадка мочи (анализ мочи по Нечипоренко, методы по Аддису – Каковскому, двухстаканная и трехстаканная проба);
- проба по Зимницкому (методы функционального исследования почек, дает представление о концентрационной функции почек);
- УЗИ почек; рентгенологические методы исследования почек (обзорная рентгенография; внутривенная (экскреторная) урография; ангиография), КТ (дифференциальная диагностика заболеваний почек).

**4. Возможное развитие осложнений:**

- хронический гломерулонефрит; -
- ХБП.

## Задача №27

**Эталон ответа.**

## **1. Проведение диагностического поиска.**

**1. На 1-м этапе диагностического поиска** жалобы больного на отеки век, лица, стоп, голеней; тупые, ноющие боли в поясничной области, уменьшение количества мочи, изменение цвета мочи («мясных помоев»), головная боль, пелькание мушки перед глазами; в анамнезе длительность жалоб, более 3 лет, частые вирусные и бактериальные инфекции, свидетельствуют в пользу заболевания почек гломерулонефрите и симптоматической гипертензии. Жалобы больного на недомогание, слабость, утомляемость, снижение работоспособности, тошноту, рвоту, отсутствие аппетита свидетельствуют о том, что возможно у больного имеет место ХБП.

**На 2 этапе диагностического поиска** в пользу заболеваний почек и наличия у больного осложнений заболевания (ХБП), в ходе осмотра выявлено: тяжелое состояние, повышение температуры тела 37,8 °С., лицо «нефритека», отеки голеней и стоп. Отмечается артериальная гипертензия (200/120 мм рт. ст.), приглушенность сердечных тонов - это проявления симптоматической гипертензии, как следствие основного заболевания.

**На 3 этапе диагностического поиска** результаты проведенных лабораторных исследования свидетельствуют, что у больного **гломерулонефрит** (в моче - макрогематурия, протеинурия 2,8 г/сут, в общем анализе крови увеличение СОЭ (32 мм/ч), как признак воспаления (обострения)); **анемия** (гемоглобин 102 г/л), **ХБП** (в биохим. крови: увеличение мочевины (10,9 ммоль/л), креатинина (402 мкмоль/л), уменьшение альбуминов (30 г/л), СКФ до 50 мл/мин (ХБП 3а стадия)).

**2.Предварительный диагноз:** Хронический гломерулонефрит, быстро прогрессирующие течение. ХБП 3а стадия. Анемия легкой степени тяжести.

**3. Больному для подтверждения диагноза** необходимость проведения исследований:

- развернутый биохимический анализ крови (для дифференциальной диагностики анемии - сывороточное железо, общая железосвязывающая способность сыворотки крови, ферритин);
- проба по Зимницкому (методы функционального исследования почек, дает представление о концентрационной функции почек);
- УЗИ почек; рентгенологические методы исследования почек (обзорная рентгенография; внутривенная (экскреторная) урография; ангиография), КТ (дифференциальная диагностика заболеваний почек).
- исследование глазного дна;
- пункционная биопсия почек (определение морфологического типа гломерулонефрита, дифференциальный диагноз гломерулонефрита и пиелонефрита).

**4. Возможное развитие осложнений:**

- ОПН, ХБП;
- ОСН, ХСН;

- ретинопатия.

## Задача № 28

Эталон ответа.

### 1. Проведение диагностического поиска.

На 1-м этапе диагностического поиска, *жалобы больной* (боли в поясничной области слева, повышение температуры тела до 39°C, озноб) и *данные анамнеза* (МКБ, частые приступы почечной колики) свидетельствуют в пользу того, что у больного МКБ осложнилась развитием пиелонефрита. .

На 2 этапе диагностического поиска в пользу данного заболевания свидетельствует: температура тела 39°C, одутловатость лица, положительный симптом Пастернацкого с обеих сторон, болезненность при пальпация левой почки, дизурия.

Результаты проведенных лабораторных и инструментальных исследования на 3 этапе диагностического поиска, также свидетельствуют, что у больной МКБ осложненная пиелонефритом (**признаки острого воспаления** (в крови-лейкоцитоз, повышение СОЭ; в моче - лейкоциты - 25-30 в поле зрения; по данным УЗИ, на обзорном снимке мочевой системы, экскреторных урограммах выявлены патологические изменения в чашечно-лоханочной системе, слева конкремент размерами 4 x 4 мм).

**2. Предварительный диагноз:** Хронический пиелонефрит, в стадии обострения. МКБ.

**3. Больному для подтверждения диагноза** необходимость проведения исследований:

- исследование осадка мочи (анализ мочи по Нечипоренко, методы по Аддису – Каковскому, двухстаканная и трехстаканная проба);
- проба по Зимницкому (методы функционального исследования почек, дает представление о концентрационной функции почек);
- бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности возбудителя к антимикробным препаратам;
- биохимический анализ крови.

**4. Возможное развитие осложнений:**

- ХБП;
- ОПН.

## ТЕМА 10. ЗАБОЛЕВАНИЯ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ.

## Задача № 29

Эталон ответа.

### 1. Проведение диагностического поиска.

На 1-м этапе диагностического поиска со слов родственников у больной **симптомы интоксикации** (повышение температура до 39,0°C., головная боль, жажда), которые появились на фоне ОРВИ. В анамнезе, со слов родственников, в течении длительного времени у больной **повышенная жажда**, что возможно связано с тем, что у больной СД 2 типа (не диагностированный).

2 этап диагностического поиска выявил у больной: тяжелое состояние, заторможенность, температура тела до 37,5°C.; **симптомы дегидратации** (сухость кожных покровов, резкое снижение тургора кожи, западение глазных яблок). Отмечается нарушения со стороны ССС – тахикардия, артериальная гипотензия. Неврологической симптоматики не выявлено. Отсутствие дыхания Куссмауля, и запаха ацетона дает право подумать, что у больной возможно **гиперосмолярное гипергликемическое состояние**.

На 3 этапе диагностического поиска результаты проведенных лабораторных исследований выявили **гипергликемию** (53 ммоль/л.), **глюкозурию** (3, 8 ммоль/л), **ацетон в моче** (-), дают право выставить диагноз больной: СД, **гиперосмолярное гипергликемическое состояние**. В общем анализе крови лимфоцитоз и повышенное СОЭ, связаны с перенесенной ОРВИ.

1. **Предварительный диагноз:** СД 2 типа, впервые выявленный, гиперосмолярное гипергликемическое состояние.

2. Больной необходимо **проведение исследований**, для диагностики осложнений при СД:

- биохимическое исследование крови (липидный профиль), гликированный гемоглобин, гликемический и глюкозурический профиль;
- ЭКГ;
- консультация окулиста.

**4. Возможно развитие осложнений:**

- диабетический кетоацидоз;
- гиперосмолярное гипергликемическое состояние;
- гипогликемия и гипогликемическая кома;
- молочнокислый ацидоз;
- диабетическая микроангиопатия (ретинопатия, нефропатия);
- диабетическая микроангиопатия (ИБС, цереброваскулярные нарушения);
- хронические облитерирующие заболевания периферических артерий);
- диабетическая нейроостеоартропатия; - синдром диабетической стопы.

## Задача № 30

Эталон ответа.

### 1. Проведение диагностического поиска.

На 1-м этапе диагностического поиска жалобы больной на *раздражительность, плаксивость, чувство жара, похудание, сердцебиение, пучеглазие*, и данные анамнез жизни - проживала в *йод эндемичном районе*, состоит под *диспансерным наблюдении* у врача эндокринолога, дает право предположить, что у больной заболевание щитовидной железы.

На 2 этап диагностического поиска у больной выявлены симптомы характерные для **тиреотоксикоза**: больная очень подвижна, суетлива; кожные покровы горячие на ощупь; экзофтальм, положительные симптомы Мебиуса, Грефе, Штальвага, Мари; тахикардия (ЧСС 110 уд в мин.), артериальная гипертензия (АД 150/60 мм рт ст.). При осмотре выявлена увеличенная щитовидная железа, при пальпации бугристая – признаки характерные для узлового зоба.

### 2. Предварительный диагноз: Диффузный – токсический зоб Пст (ВОЗ).

Эндокринная офтальмопатия.

### 3. Для подтверждения диагноза больной необходимо провести исследований:

- общий анализ крови, мочи (диагностического значения для постановки диагноза не имеют, входят в стандарт мед. обследования);

- биохимия крови: гормоны щитовидной железы (общ. Т<sub>3</sub>; Т<sub>4</sub>, свободный Т<sub>3</sub>, Т<sub>4</sub>; ТТГ; антитела к рецепторам ТТГ; кальцитонин);

- УЗИ щитовидной железы (диагностика изменений в щитовидной железе, наличие узлов, кист, опухолей);

-ЭКГ (диагностика нарушения ритма).

### 4. Возможное развитие осложнений: -

тиреотоксический криз; -кардиопатии.

## ТЕМА №11. ЗАБОЛЕВАНИЯ КРОВИ.

## Задача № 31

Эталон ответа.

### 1. Проведение диагностического поиска.

После проведенного диагностического поиска на 1 и 2 этапах, у больного можно выделить 2 синдрома: *анемический (слабость, сердцебиение, головокружение, бледность кожных покровов и конъюнктив; тахикардией, артериальная гипотензия, при аускультации систолическим шумом на верхушке сердца)* и *сидеропинический (сухость и шелушение кожных покровов конечностей; изменения вкусовых ощущений, обоняния, затруднения при глотании, ангулярный стоматит, “лакированный язык”)*.

Так как эти синдромы развились у больного на фоне в ЯБЖ (данные анамнеза), то можно предположить, что у больного имеет место **железодефицитная анемия**.

**На 3 этапе диагностического поиска** данные *периферической крови* (снижение гемоглобина и увеличение эритроцитов малого диаметра- микроцитоз, гипохромия эритроцитов, снижение ЦП), также свидетельствуют в пользу **железодефицитной анемии**.

**2. Предварительный диагноз:** Железодефицитная анемия, средней степени тяжести. ЯБЖ, обострение. Желудочное кровотечение?

**3. Больному для подтверждения диагноза необходимо проведение исследований:**

- биохимическое исследование крови с определением железа, трансферритина, насыщение трансферрина железом (дифференциальная диагностика анемий);

- кал на скрытую кровь (диагностика кровотечения);

- для установления причины анемии необходимо найти источник кровотечения, для этого больному первоначально показано проведение ФГДЭС, а затем при наличии показаний исследование кишечника (ирригоскопия, колоноскопия).

**4. Железодефицитная анемия редко вызывает тяжелые или хронические осложнения (ОСН, ХСН, ОПН).**

## Задача № 32

Эталон ответа.

**1. Проведение диагностического поиска.**

После проведенного **диагностического поиска на 1 и 2 этапах**, у больного можно выделить **2 синдрома**: *анемический (слабость, сердцебиение, головокружение, бледность кожных покровов и конъюнктив; тахикардией, артериальная гипотензия, при аускультации сердца систолическим шумом во всех точках аускультации)* и гиперластический (*болезненность трубчатых костей, лимфаденопатия, увеличение селезёнки*). Это свидетельствует о том, что у больного возможно заболевание крови.

**На 3 этапе диагностического поиска** данные *периферической крови* (снижение гемоглобина, эритроцитов, лимфоцитов, тромбоцитов, наличие бластных клеток) свидетельствует о том, что у больного заболевание крови – Острый лейкоз.

**1. Предварительный диагноз:** Острый лейкоз.

**2.** Для того чтобы от дифференцировать вариант острого лейкоза необходимо проведение миелограммы (морфологическая оценка состава пунктата костного мозга), для этого больному нужно направить на консультацию к гематологу.

**4. Причины смерти при острых лейкозах:**

- геморрагический синдром, который проявляется кровоизлияниями во внутренних органах, головном мозге;

- тяжелые инфекционные осложнения (пневмонии, сепсис), возникающие в связи с ослаблением иммунной системы;

- язвенно-некротические осложнения; - анемия.

## ТЕМА №12. ЗАБОЛЕВАНИЯ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ **Задача**

### № 33

**Эталон ответа.**

#### **1. Проведение диагностического поиска.**

**На 1-м этапе диагностического поиска** выявляются характерные жалобы, позволяющие предположить наличие **суставного синдрома**. Речь может идти как об артралгиях, так и об артрите. Второе более вероятно, так как суставной синдром представлен не только **болями**, но и припуханием суставов, имеет место **утренняя скованность**. Обращают на себя внимание множественность и **симметричность поражения суставов с вовлечением в процесс суставов кистей**. Кроме того, жалобы на **субфебрилитет, похудание** свидетельствуют в пользу **общевоспалительного синдрома**. Артрит носит хронический и прогрессирующий характер, в процесс **вовлекаются новые суставы**. Локализация и характер поражения суставов вместе с общими симптомами позволяют заподозрить **ревматоидный артрит**.

**На 2-м этапе диагностического поиска** в области левого локтевого сустава выявляются **ревматоидные узелки**. Отчетливо определяется **симметричный артрит** пястно-фаланговых, лучезапястных, локтевых, плечевых и коленных суставов.

**На 3-м этапе диагностического поиска** отмечаются **неспецифические признаки воспаления**: увеличение СОЭ, тромбоцитоз, повышение СРБ, что укладывается в картину ревматоидного артрита.

#### **2. Предварительный диагноз: Ревматоидный артрит.**

#### **3. Для подтверждения диагноза больной необходимо провести:**

- общий анализ крови; биохимический общетерапевтический анализ крови, с определением ревматоидного фактора (повышение РФ свидетельствует в пользу серопозитивного процесса, что также подтверждает диагноз ревматоидного артрита.). Изменения уровни СОЭ и С-реактивного белка с течением времени, позволяют расценить активность процесса.

- при отрицательных показателях РФ, больному проводится ИФА крови на определение антицитруллиновые антитела (АЦЦП – позитивный; АЦЦП – негативный);

- общий анализ мочи (оценка состояния почек и мочевыводящих путей; поражение почек при ревматоидном артрите основная причина смерти больных с ревматоидным артритом);

- УЗИ, рентгенография, МРТ суставов (определить изменения в суставах характерные для ревматоидного артрита; провести дифференциальную диагностику с другими заболеваниями суставов).

**4. Возможное развитие осложнений,** таких как вторичный артроз, остеопороз (системный), остеонекроз, туннельные синдромы, подвывих суставов, что приведет к утяжелению заболевания, потери функциональной функции суставов и снижению качества жизни больного.

## ТЕМА №13. АЛЛЕРГОЗЫ.

### Задача № 34

Эталон ответа.

#### 1. Проведение диагностического поиска.

**1. На 1 этапе** диагностического поиска жалобы больной на *зудящие высыпания по типу крапивницы в области тела, отеки век, кистей рук и стоп*, появившиеся *после употребления в пищу цитрусовых*; данные анамнеза жизни: *проявления крапивницы на шоколад и лекарственные препараты*; данные *семейного анамнеза*: у мамы – аллергический ринит и экзема на стиральные порошки, свидетельствуют в пользу таких заболеваний, как **аллергическая крапивница. Ангиоотек.**

Данные клинического обследования выявленные **на 2-ом этапе** диагностического поиска: *сыпь по типу эритематозных волдырей* красного цвета размером от нескольких 5 до 10 сантиметров в диаметре, чётко ограниченные и возвышающиеся над поверхностью кожи; *отечность век, кистей рук и стоп; отсутствия носового дыхания; осиплость голоса*, подтверждают предварительно выставленный диагноз на 1 этапе диагностического поиска.

**2. Предварительный диагноз:** Острая аллергическая крапивница, на цитрусовые. Ангионевротический отек (отек Квинке).

#### 3. Больной необходимо провести следующие исследования:

- *общий анализ крови* (отмечается повышение **абсолютного и относительного количества эозинофилов, возможно повышение базофилов**);
- *общий анализ мочи*;
- *биохимическое исследование крови* (проводят с целью дифференциальной диагностики заболеваний при которых есть кожные высыпания или гемморагический синдром; при аллергических заболеваниях возможно повышение мочевой кислоты);
- *серологическое исследование крови*, направленное на регистрацию **аллергенспецифических IgE-антител**;
- проведение кожных тестов (*прик-тесты, скарификационные*) с различными группами аллергенов.

**Необходимо постоянно осматривать пациентку, для оценки нарастания степени отека** (детализация особенностей отека (локализация, размер, плотность, цвет, температура отека и

окружающих тканей); **характер дермографизма; осмотр доступных обследованию верхних дыхательных путей** (оценка звучности голоса, возможности глотания для исключения развивающегося и угрожающего жизни отека ротоглоточной области); **тщательный общий осмотр** (для выявления лимфаденопатии, спленомегалии, артропатии и другой патологии, возможно, являющейся причиной АО); **измерение АД, ЧСС, температуры тела.**

У больной необходимо собрать подробный **пищевой, лекарственный и общий медицинский анамнез.**

Больной необходимо **ведение пищевого дневника** (для уточнения *этиологической значимости пищевых продуктов* в развитии аллергических реакций) и **анализ пищевого анамнеза** (позволяет получить *информацию о непереносимости определенных пищевых продуктов, выявить провоцирующие факторы* и механизмы формирования реакций гиперчувствительности к продуктам питания).

Консультация и наблюдение **врача аллерголога-иммунолога.**

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

Интернет – ресурсы:

1. ЭБС «Университетская библиотека online».