

### Задача № 1

Больной 54 лет госпитализирован в стационар с жалобами на повышение температуры тела до 40°, ознобы, сменяющиеся потливостью, кашель с гнойно-кровянистой мокротой, боли в правой половине грудной клетки при кашле, общую слабость.

Из анамнеза известно, что считает себя больным в течение недели, когда стал отмечать повышение температуры, познабливание, головные боли. Через 3 дня появился сухой кашель, умеренная одышка с затруднённым выдохом, а за сутки до поступления температура стала повышаться до 40°, появились ознобы сменяющиеся потливостью, при кашле стала отделяться гнойно-кровянистая мокрота, а также кашель стал сопровождаться болью в правой половине грудной клетки.

Анамнез жизни: курит в течение 20 лет по 1,5 пачки в сутки. Профвредности отрицает. Аллергологический анамнез не отягощён. Лекарственной непереносимости нет. Эпидемиологический анамнез: неделю назад - контакт с гриппозным больным на работе (в регионе проживания объявлен карантин по гриппу)

При поступлении состояние больного тяжелое, температура тела 39,6°, кожный покров цианотичен, горячий на ощупь, сухой. Частота дыхания 32 в минуту. Справа в проекции нижней и средней доли отмечается усиление голосового дрожания, притупление лёгочного звука. При аускультации в той же области дыхание жёсткое с участками бронхиального, выслушиваются звучные мелко- и среднепузырчатые хрипы.

При обследовании:

Общий анализ крови: Эр -  $3,98 \times 10^{12}$  /л, НВ - 120, Л –  $20,1 \times 10^9$  /л (пал - 14%, сегм. – 83%, мон. – 4%, эоз. – 2%, лимф. - 14%), тромб. - 230, СОЭ – 36 мм/час. Токсическая зернистость нейтрофилов.

Б/х. анализ крови: АСТ - 65, АЛТ - 70, креатинин - 113 ммоль/л, мочевины - 8,3 ммоль/л, общий билирубин - 20,9 ммоль/л, СРБ +++.

Общий анализ мочи: 1025, кислая, белок - 0,45 г/л, лейкоциты - 2-3 в поле зрения.

Общий анализ мокроты: гнойно-кровянистая, вязкая; лейкоциты - 25-30 в п/зр., эритроциты - 50-60 в п/зр., эластические волокна +; флора - Гр+ кокки в виде гроздьев винограда в большом количестве.

Рентгенологически в области средней и нижней долей справа на фоне очаговых негетерогенных инфильтративных теней отмечается несколько полостей с уровнем жидкости.

Вопросы к задаче:

1. Перечислите и обоснуйте клинические синдромы, выявленные у больного.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Обоснуйте диагноз.
4. Назначьте лечение с учётом особенностей предполагаемого возбудителя.

## Задача №2

Пациент Н., 62 лет, обратился с жалобами на одышку смешанного характера при умеренной нагрузке (средний темп ходьбы, подъем по лестнице на 2 этаж), умеренный кашель с отхождением небольшого количества мокроты светло-серого цвета по утрам.

Из анамнеза известно, что около 20 лет беспокоит умеренной интенсивности кашель с отхождением небольшого количества сероватой мокроты, преимущественно по утрам. В течение последних 5 лет отмечает возникновение кашля не только по утрам, но и в течение всего дня, также увеличилось количество отделяемой при кашле мокроты. Приблизительно в то же время отметил снижение толерантности к физической нагрузке, возникновение одышки с затруднённым выдохом. В последние 2-3 месяца одышка стала беспокоить при ходьбе средним темпом и при подъеме по лестнице на 2 этаж, также изменился её характер - больной стал отмечать затруднение дыхания, как на выдохе, так и на вдохе.

Анамнез жизни: в детстве часто болел респираторными инфекциями, синуситами. В течение 40 лет работает электросварщиком, с 17-летнего возраста курит 1-1,5 пачки сигарет в сутки.

При осмотре: избыточного питания. Кожный покров обычной окраски и влажности. Грудная клетка - передне-задний размер приближается к боковому. Перкуторный звук - коробочный. В легких дыхание жесткое, равномерно ослаблено, выслушивается небольшое количество сухих свистящих хрипов на форсированном выдохе, единичные сухие базовые хрипы. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС 85 уд/мин, АД 140/85 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются. Отеков нет.

Анализ крови: НВ 170 г/л, эритроциты –  $5,8 \times 10^{12}$  /л; лейкоциты –  $7,2 \times 10^9$  /л (пал. – 4%; сегм. – 62%; эоз. – 2%; лимф. – 30%; мон. – 3%); тромбоциты – 348; СОЭ – 10 мм/час.

ФВД: ЖЕЛ - 77%, ФЖЕЛ - 72%, ОВФ1 - 65%, ОФВ1/ФЖЕЛ - 90%. Нарушение бронхиальной проходимости по обструктивному типу. Проба с бета-агонистом отрицательная (прирост ОВФ1 + 2%).

ЭКГ: ритм синусовый, правильный. Вертикальное положение ЭОС. Зубец Р продолжительностью 0,18 мм в отведениях II, III, aVF;  $R_{V1}=R_{V2}=7$  мм,  $R_{V6} < S_{V6}$ .

Рентгенография грудной клетки: усиление и деформация легочного рисунка за счет перибронхиальных фиброзных изменений. Корни легких несколько уплотнены, тяжисты. Признаки эмфиземы. Диафрагма немного уплощена. Синусы свободны. Сердце и аорта без особенностей.

Вопросы к задаче:

1. Выявите клинико-инструментальные признаки необратимой бронхиальной обструкции у данного больного.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Обоснуйте диагноз.
4. Назначьте лечение.

### Задача № 3

Пациентка, 38 лет доставлена бригадой СМП в приёмное отделение больницы с жалобами на приступы экспираторного удушья, экспираторную одышку, малопродуктивный кашель, заложенность носа.

Из анамнеза известно, что с юности при приёме аспирина, а также некоторых ягод, фруктов отмечала приступы экспираторного диспноэ. В течение последних нескольких лет отмечает постоянную заложенность носа. Не обследовалась, не лечилась. Настоящее ухудшение в течение недели, когда вечером, после возвращения из гостей возник приступ экспираторного удушья, купированный самостоятельно (известно, что в гостях употребляла солёные огурцы). С целью профилактики удушья, по совету подруги приняла теофедрин. Ночью приступ удушья повторился, выросла одышка, усилился кашель в связи с чем, была вызвана бригада СМП. Терапия на догоспитальном этапе: 40 мг преднизолона перорально; сальбутамол, пульмикорт - через небулайзер. Сохраняется выраженная экспираторная одышка. Госпитализирована.

Анамнез жизни: со слов пациентки - непереносимость аспирина, апельсинов, малины, клубники. Профмаршрут не отягощен. Наследственность по аллергии и бронхиальной астме не отягощена. Вредные привычки - отрицает. Наличие хронических заболеваний, в том числе заболеваний органов дыхания отрицает.

Данные объективного осмотра: активность ограничена, вынужденное положение, участие вспомогательной дыхательной мускулатуры в акте дыхания. Акроцианоз. Грудная клетка - передне-задний размер приближается к боковому. Перкуторный звук - коробочный. В легких дыхание равномерно ослаблено, выслушиваются многочисленные рассеянные сухие свистящие хрипы в обе фазы дыхания. ЧДД 36 в минуту. St O<sub>2</sub> - 85%. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС 135 уд/мин, АД 140/85 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются. Отеков нет.

Анализ крови: НВ 130 г/л, эритроциты –  $4,2 \times 10^{12}$  /л; лейкоциты –  $7,2 \times 10^9$  /л (пал. – 4%; сегм. – 62%; эоз. – 2%; лимф. – 20%; мон. – 3%); тромбоциты – 230; СОЭ – 8 мм/час.

Общий и специфические IgE - норма.

ФВД: исследование не проведено вследствие невозможности пациенткой правильного выполнения дыхательного манёвра.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный. ЧСС 130-135 в мин. Вертикальное положение ЭОС. Выраженная нагрузка на правые отделы сердца.

Рентгенография грудной клетки: инфильтрации нет. Корни структурные. Лёгочный рисунок диффузно усилен. Признаки эмфиземы. Синусы свободные. Сердце и аорта - без патологии.

Вопросы к задаче:

1. Предположительный диагноз, его обоснование.
2. Какие методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза после стабилизации состояния пациентки?
3. Опишите патогенез бронхоспазма при данном варианте заболевания.
4. Тактика ведения пациентки.

#### Задача № 4

Больная 37 лет, обратилась к участковому врачу с жалобами на инспираторную одышку при физической нагрузке, сердцебиение, перебои в области сердца, отёки нижних конечностей.

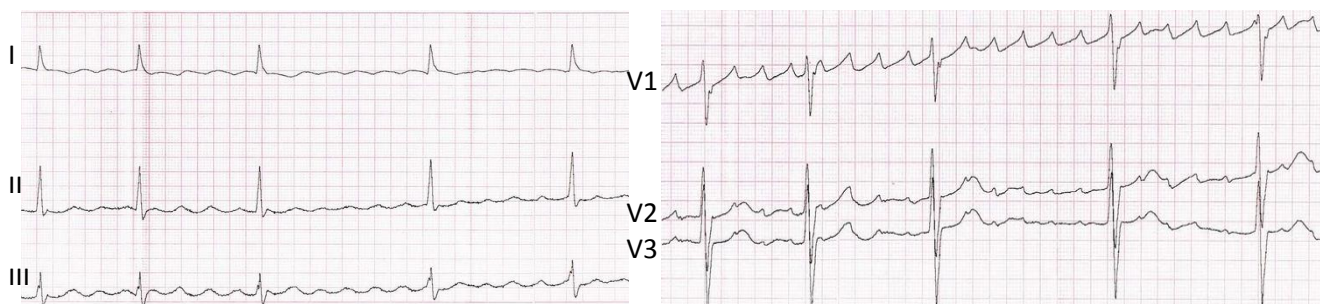
Из анамнеза известно: в детстве частые ангины, во время учёбы в школе при прохождении медицинского осмотра выявлялся «шум в сердце», по поводу чего была обследована, выявлен порок сердца. Была поставлена на учёт к ревматологу, однако в связи с хорошим самочувствием от наблюдения специалиста отказалась. В течение последних 5 лет стала отмечать появление и постепенное прогрессирование вышеуказанных жалоб. Неделью назад, после перенесённого тонзиллита усилилась одышка, появились отёки на ногах.

При объективном обследовании: рост - 160 см, вес - 48 кг. Цианотичный румянец на щеках. ЧДД 22 в мин. В лёгких дыхание жёсткое, в нижних отделах с обеих сторон выслушиваются незвонкие влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧСС - 135 в мин. При пальпации области сердца – «кошачье мурлыканье» над областью верхушки. При перкуссии области сердца: расширение границ относительной тупости сердца вправо и вверх; определяется дрожание над областью верхушки. При аускультации над верхушкой громкий I тон, трехчленный ритм, ритм сердечной деятельности неправильный. Определяется пульсация в эпигастральной области под мечевидным отростком. Печень на 3 см ниже рёберной дуги. Пастозность голеней.

Общий анализ крови: лейкоциты -  $11,0 \times 10^9/\text{л}$  (палочкоядерные - 8%, сегментоядерные - 69%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 20%), СОЭ - 32 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общ. белок - 74 г/л: глобулины ( $\alpha_2$  - 10,4%,  $\gamma$  - 23,2%); С-реактивный белок +++, титры АСЛ - О 1:450, АСГ 1:650, АСК 1:300.

ЭКГ:



Рентгенография грудной клетки: митральная конфигурация сердца. В проекции нижних отделов легких и корней отмечаются признаки застойных изменений. Легочные поля без видимых очаговых и инфильтративных теней. Корни тяжисты за счет сосудистых и фиброзных изменений.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз, обоснуйте.
2. Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Какое нарушение ритма имеется у больной?
4. Тактика ведения пациентки.

## Задача № 5

Больную 33 лет беспокоит общая слабость, инспираторная одышка, ноющие боли в правом подреберье, рецидивирующие ознобы, неприятные ощущения в области сердца, сердцебиение при ходьбе, субфебрилитет.

Из анамнеза известно, что в детстве часто болела ангинами, во время учёбы в институте при профилактических осмотрах выявлялся шум в сердце. В 25 лет перенесла тонзилэктомию. 3 месяца назад произведена экстракция зуба, после чего появились вышеперечисленные жалобы.

При объективном обследовании: кожный покров бледный. ЧДД 20 в мин. В лёгких дыхание везикулярное, в нижних отделах с обеих сторон - жесткое, там же выслушивается небольшое количество сухих хрипов на вдохе. Тоны сердца приглушены, аритмичные за счёт экстрасистол. При аускультации сердца у левого края грудины в 3-4 межреберье после ослабленного II тона выслушивается отчётливый шум. АД 180/60 мм рт.ст., пульс 90 в минуту. Размеры печени увеличены - 15/4х11х10 см., селезёнка 11х9 см. Симптомы «жгута» и «щипка» резко положительные, периодически на коже конечностей возникают спонтанные геморрагии.

Общий анализ крови: эритроциты -  $3,8 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты -  $4,2 \times 10^9/л$ , СОЭ - 74 мм/час.

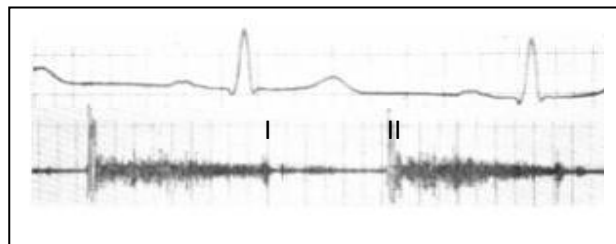
Биохимический анализ крови: общий белок - 68 г/л, альбумины - 40 %, глобулины - 60 % ( $\alpha_1$  - 5%,  $\alpha_2$  - 12%,  $\beta$  - 8%,  $\gamma$  - 35%), С-реактивный белок +++++, титры АСЛ-О и АСГ - 1:200.

Общий анализ мочи: удельный вес 1026, лейкоциты 5-6 в п/з, эритроциты 15-20 в п/з., белок - 2,0, цилиндры - гиалиновые, эритроцитарные ++.

ЭКГ:

ритм синусовый, ЧСС - 90-100 в мин. Снижен вольтаж в отведениях от конечностей, в грудных отведениях. Политопные экстрасистолы. Признаки гипертрофии левых камер сердца.

ФКГ:



Рентгенография грудной клетки: без инфильтрации. В проекции нижних отделов лёгких изменения за счёт сосудистого компонента. Небольшой выпот в синусах. Сердце расширено влево.

Вопросы к задаче:

1. Перечислите синдромы и симптомы, имеющиеся у больного.
2. Сформулируйте диагноз, обоснуйте.
3. Какие методы обследования необходимо провести для уточнения основного диагноза?
4. Тактика ведения пациентки.

### Задача № 6

Больной 58 лет доставлен в стационар с жалобами на нестерпимые жгучие боли в эпигастральной области, с иррадиацией в обе лопатки, сопровождающиеся резкой слабостью, холодным потом, а также тошноту, рвоту не приносящую облегчения, однократный жидкий стул, вздутие живота.

Из анамнеза известно, что около 10 лет назад выявлены повышенные цифры АД, гипотензивная терапия не проводилась. В течение последних 5 лет беспокоили давящие боли под ложечкой, иррадиирующие в левую лопатку и межлопаточное пространство, купирующиеся в покое. Известно, что накануне на фоне физической нагрузки (трудился на даче) вновь возникли боли сжимающего характера под ложечкой. Боли не купировались в покое, в связи с чем, вынужден был попросить у соседа нитроглицерин, после приёма которого, со слов больного «стало легче». Однако ночью интенсивность болей резко возросла, была вызвана бригада СМП.

Доставлен в стационар через 2 часа после начала болевого синдрома.

Из анамнеза известно, что в течение 30 лет курит по 20 сигарет в день. Семейный анамнез: отец перенёс инфаркт миокарда в возрасте 54 лет.

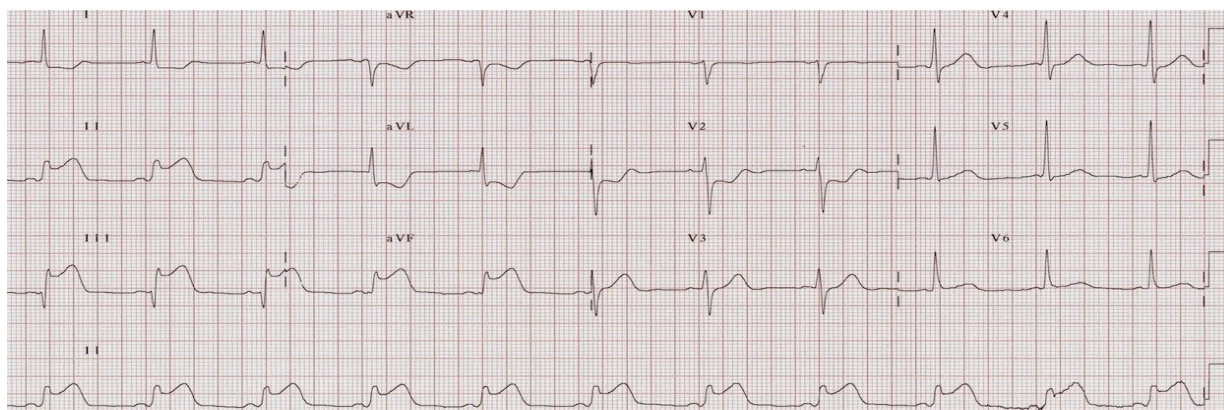
При объективном обследовании: состояние средней тяжести, цианоз губ, кожный покров бледный, влажный. ЧД 24 в минуту, в лёгких хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, выслушивается систолический шум и акцент 2 тона над аортой. АД 110/70 мм рт.ст., ЧСС=PS=120 в минуту, ритмичный. Живот умеренно чувствительный в эпигастральной области, в той же области отмечается небольшое напряжение мышц живота. Симптом Щёткина-Блюмберга - отрицательный.

Общий анализ крови: эритроциты  $4,8 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты  $9,2 \times 10^9/л$ , СОЭ 6 мм/ч.

Биохимический анализ крови: АЛТ - 33, АСТ - 45, креатинин - 115 мкмоль/л, мочевины - 4,7 ммоль/л, тропонин - 3 нг/мл, КФК-МВ - 24 МЕ/л, ЛДГ общ - 260 МЕ/л, ЛДГ<sub>1</sub> - 80 МЕ/л, глюкоза - 7,6 ммоль/л., общий холестерин - 7,6 ммоль/л, ХС ЛПНП - 5,5 ммоль/л.

Общий анализ мочи: 1020, кислая, белок - нет.

ЭКГ:



Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз, обоснуйте.
2. Какая клиническая форма заболевания имеет место у пациента?
3. Перечислите возможные осложнения?
4. Тактика ведения пациента.

### Задача № 7

Больной 48 лет в течение последних 2 лет отмечает периодически возникающие довольно интенсивные давящие боли за грудиной с иррадиацией в левую руку. Боли возникали при умеренной физической нагрузке (подъём на 3-й этаж), отмечал ухудшение самочувствия (учащение болевого синдрома) в холодную, ветреную погоду. 2 недели назад самочувствие ухудшилось, ощущения сдавления за грудиной появились уже при незначительной физической нагрузке, а иногда и в покое.

Из анамнеза: курит 40 сигарет в сутки в течение 25 лет, семейный анамнез по ИБС не отягощён. В течение 10 лет отмечает повышенные цифры артериального давления до максимальных значений 180/110 мм рт.ст., постоянной антигипертензивной терапии не получает.

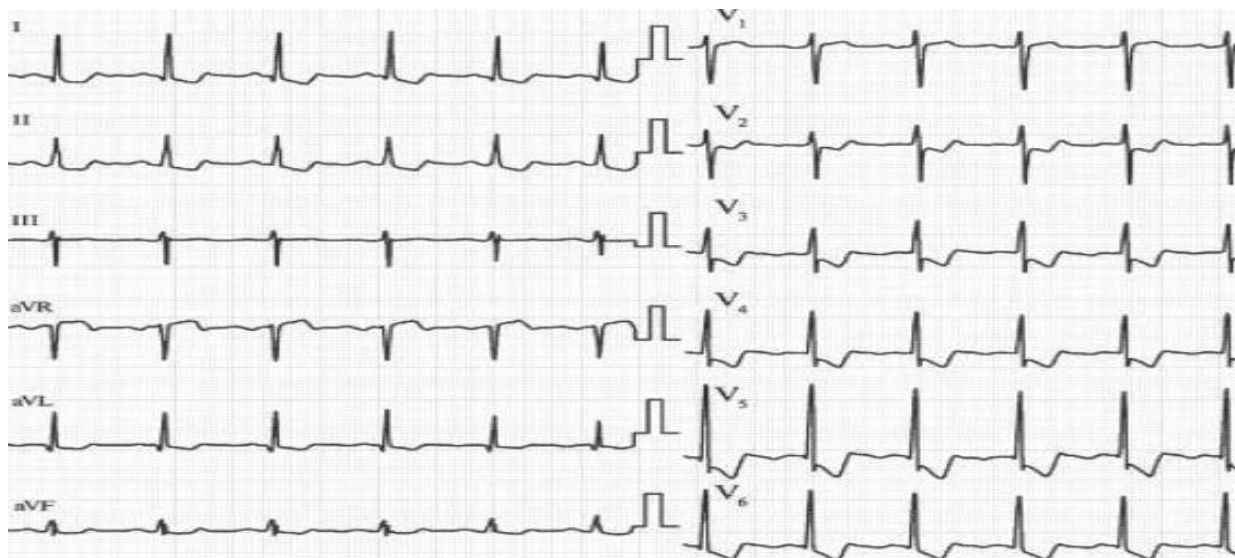
При объективном обследовании: Рост 172 см, вес 96 кг. Кожный покров обычной окраски и влажности. ЧДД в покое - 18 в мин. В лёгких дыхание жёсткое, хрипы не выслушиваются. При перкуссии области сердца: левая граница относительной тупости сердца на 0,5 см. кнаружи от среднеключичной линии. АД 150/100 мм рт.ст. Пульс 78 в минуту, ритмичный.

Общий анализ крови: эритроциты  $5,8 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты  $6,2 \times 10^9/л$ , СОЭ 5 мм/ч.

Биохимический анализ крови: АЛТ - 30, АСТ - 40, креатинин - 110 мкмоль/л, мочевины - 4,7 ммоль/л, глюкоза - 6,8 ммоль/л, общий холестерин - 8,4 ммоль/л, тропонин - 0,03 нг/мл, КФК-МВ - 15 МЕ/л.

Общий анализ мочи: 1018, кислая, белок - 0,4 г/л.

ЭКГ:



Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Возможные исходы заболевания.
4. Тактика ведения больного.

### Задача № 8

На приём к участковому врачу обратилась пациентка 55 лет с жалобами на ощущение дискомфорта за грудиной, сопровождающееся онемением левой руки, возникающее при физической нагрузке (ходьбе на расстояние более 600 метров, подъёме на 2 этаж), проходящее в покое. В последний месяц отмечает появление болей также в ветреную, холодную погоду.

Из анамнеза известно, что считает себя больной в течение 2 лет, когда впервые появилось ощущение дискомфорта за грудиной, к врачу не обращалась.

Анамнез жизни: среди перенесённых заболеваний отмечает - гипертоническую болезнь 2 степени, сахарный диабет в течение 10 лет (постоянно принимает инсулин); вредные привычки отрицает. Семейный анамнез отягощён по гипертонической болезни, сахарному диабету, мать умерла в возрасте 60 лет от инфаркта миокарда.

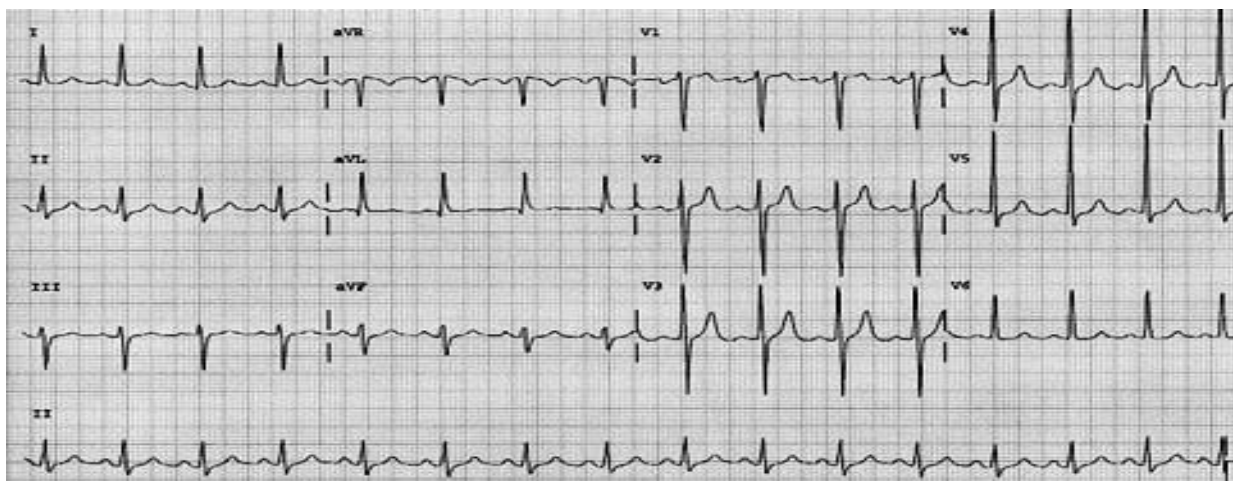
При объективном осмотре: рост 176 см, вес 92 кг. Состояние удовлетворительное, положение активное. ЧДД - 16 в мин., в лёгких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧСС - 88 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 160/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. минуту, ритмичный.

Общий анализ крови: эритроциты  $4,8 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты  $6,2 \times 10^9/л$ , СОЭ 6 мм/ч.

Биохимический анализ крови: глюкоза - 7,21 ммоль/л, общий холестерин - 10,14 ммоль/л, триглицериды - 2,57 ммоль/л, АЛТ - 34, АСТ - 38, креатинин - 120 мкмоль/л.

Общий анализ мочи: 1015, кислая, белок - 0,6 г/л., единичные гиалиновые цилиндры

ЭКГ:



Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Дополнительное обследование для уточнения диагноза.
4. Тактика ведения пациентки.

### Задача № 9

На стационарном обследовании находится мужчина 50-ти лет.

Из анамнеза известно, что с 25-летнего отмечал повышенную тревожность, сопровождающуюся ощущением сдавления в затылке, по поводу чего неоднократно обращался к психологу, по назначению которого принимал успокоительные средства. В течение последних 10 лет периодически отмечает появление сильных головных болей в области затылка, сопровождающихся сердцебиением, потливостью, чувством страха, ощущением внутренней дрожи, учащённым мочеиспусканием. Показатели артериального давления в это время обычно составляли - 220/110 мм рт.ст. Между приступами состояние было удовлетворительным, давление - 135-140/85 мм рт.ст. Первоначально объяснял появление подобных симптомов условиями повышенного нервного напряжения на рабочем месте, однако длительный отдых (в течение 3-х месяцев) облегчения не принёс. В связи с чем, обратился к врачу и был направлен на стационарное обследование.

Анамнез жизни: мать болеет гипертонической болезнью с 47 лет.

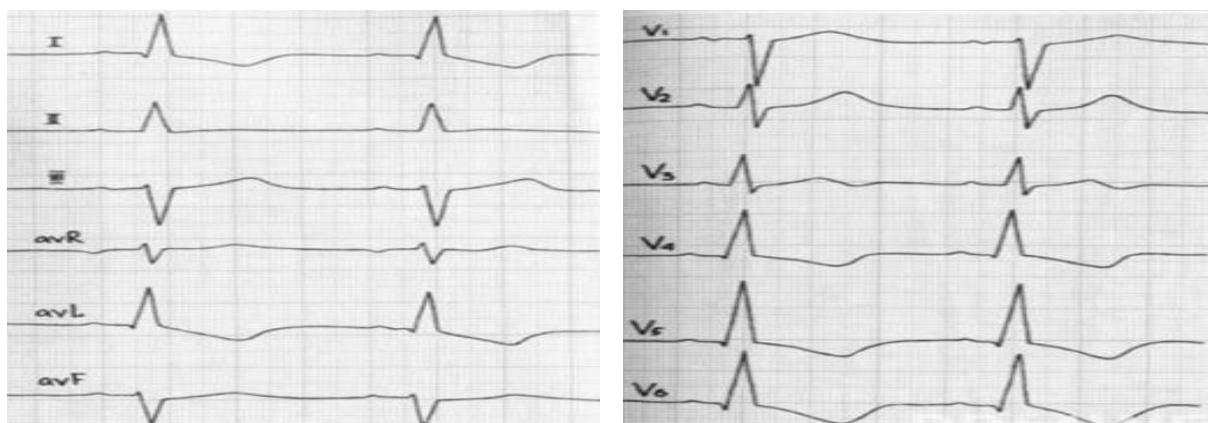
При поступлении в стационар: состояние удовлетворительное, кожный покров гиперемирован, повышенной влажности. ЧДД 20 в мин. В лёгких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧСС - 110 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, на верхушке - дующий систолический шум. АД 180/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный.

Общий анализ крови: гемоглобин - 143 г/л, эритроциты -  $4,65 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты -  $5,6 \times 10^9$ /л, СОЭ - 6 мм/ч.

Биохимический анализ крови: АСТ - 23, АЛТ - 34, креатинин - 98 мкмоль/л, глюкоза крови - 6,1 ммоль/л, общий холестерин - 5,7 ммоль/л.

Общий анализ мочи: 1015, общий белок - 0,078 г/л, сахар - нет, лейкоциты - 0-1 в п/зр.

ЭКГ:



Консультация окулиста: ангиоспастическая ретинопатия 2 ст.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз, обоснуйте.
2. Укажите предполагаемый гуморально-гемодинамический механизм повышения АД, какие исследования могут подтвердить его?
3. Какие методы обследования необходимо провести в стационаре для уточнения диагноза.
4. Тактика ведения пациента.

## Задача № 10

Больная 30 лет, предъявляет жалобы на тяжесть, чувство переполнения под мечевидным отростком после еды, тошноту, отрыжку пищей, похудание, общую слабость, сердцебиение, снижение фона настроения.

Считает себя больной в течение 8 лет, когда возникли и постепенно прогрессировали вышеуказанные симптомы. Также в последние несколько месяцев пациентка стала отмечать головокружение, шум в ушах, мушки перед глазами, нарушение чувствительности в пальцах рук.

Объективно: пониженного питания. Кожа и слизистые бледные с желтоватым оттенком, сухие, тургор кожи снижен. Пастозность голеней и стоп. ЧДД - 20 в мин. Перкуторно - над легкими ясный легочный звук, аускультативно - дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧСС - 110 в мин. Границы сердца - левая по средне-ключичной линии. Тоны приглушены, дующий систолический шум на верхушке. Пульс 110 ударов в мин, ритмичный. Артериальное давление 105/70 мм рт.ст. Язык влажен, несколько обложен белым налетом. Живот обычной конфигурации, мягкий, немного чувствительный при пальпации в эпигастральной области, напряжения мышц передней брюшной стенки нет. Симптом Менделя отрицательный. Печень не увеличена, селезенка при перкуссии - 10х8 см. Стул - неустойчивый со склонностью к поносам. Почки не пальпируются.

Анализ крови: эритроциты -  $3,95 \times 10^{12}/л$ , Нв - 99 г/л, лейкоц. -  $4,0 \times 10^6/л$ , тромбоциты -  $115 \times 10^9/л$ , СОЭ - 10 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок - 59,0 г/л, АЛТ - 34, АСТ - 45, креатинин - 55 мкмоль/л, глюкоза - 4,0 ммоль/л, общий билирубин - 35 мкмоль/л (свободный - 30 мкмоль/л).

Анализ мочи: уд. вес - 1018, белок - нет, уробилин +, лейкоц. - 2-3 в поле зрения.

Анализ кала: реакция на скрытую кровь - отрицательная.

ЭГДС: в желудке натошак - слизь, привратник зияет; слизистая истончена, анемична, бледна, отёчна, складки слизистой оболочки значительно сглажены, перистальтика вялая.

Вопросы к задаче:

1. Перечислите синдромы, имеющиеся у пациентки.
2. Сформулируйте диагноз (диагнозы), обоснуйте.
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести, чтобы подтвердить диагноз (диагнозы).
4. Какое лечение следует назначить больной?

### Задача № 11

Больной 43 лет, поступил в больницу с жалобами на слабость, головокружение, обильный жидкий черный стул.

Из анамнеза известно, что считает себя больным в течение 4 лет, в течение которых периодически отмечал появление изжоги и ноющих болей в подложечной области натошак, через 2-3 часа после приема пищи, а также ночью, которые обычно купировались после приема соды. Боли особенно усиливались в осенне-весенний период. В день поступления в стационар как обычно купировал боль приёмом соды, через 30 минут после прекращения боли почувствовал слабость, головокружение, холодный пот. Через 6-8 часов – обильный дегтеобразный стул.

При объективном обследовании: астенического телосложения, удовлетворительного питания. Кожа и видимые слизистые оболочки бледны, влажные. ЧСС 20 в мин., дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Сердце – тоны приглушены, ЧСС 110 в мин. Артериальное давление 80/60 мм рт.ст., пульс 110 ударов в мин., ритмичный. Язык влажный, обложен. Живот мягкий, болезненный при пальпации в эпигастральной области. При пальцевом исследовании прямой кишки на перчатке следы дегтеобразного кала. Печень и селезенка не пальпируются.

Анализ крови: эр. -  $3,9 \times 10^{12}/л$ , Нв – 125 г/л, лейкоц. –  $11,2 \times 10^6/л$ , СОЭ – 10 мм/ч.

Анализ мочи: цвет светло-желтый, реакция кислая, уд.вес – 1015, белок – нет, сахар – нет, эпителий плоский – немного, лейкоц. 3-5 в поле зрения.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка пищевода гладкая, блестящая. В желудке крови нет. Слизистая желудка в области антрального отдела гиперемирована, отёчна, складки хорошо выражены, продольные, прослеживаются до привратника, перистальтика активная, привратник сомкнут. В луковице двенадцатиперстной кишки кровь, на фоне выраженной гиперемии обнаружен дефект слизистой оболочки округлой формы диаметром до 2 см.

Вопросы к задаче:

1. Перечислите клинические синдромы, имеющиеся у пациента.
2. Сформулируйте клинический диагноз, обоснуйте.
3. Какое осложнение развилось у пациента, какие ещё осложнения могут развиваться при заболевании данной локализации.
4. Какие методы исследования необходимо провести для уточнения этиологии заболевания?
5. Какое лечение следует назначить больному в зависимости от установленного этиологического фактора?

## Задача № 12

Женщина 48 лет, обратилась с жалобами на мучительный кожный зуд, оссалгии, артралгии, выкрашивание зубов, пожелтение кожного покрова и слизистых оболочек.

Из анамнеза известно, что в течение 6 лет периодически после приёма жирной пищи отмечала появление кожного зуда, который объясняла как проявление аллергии на пищу. Принимала антигистаминные препараты с положительным эффектом - кожный зуд через некоторое время проходил. Затем стала отмечать избыточную кровоточивость при ушибах, порезах, при этом ранки долго не заживали, ухудшение зрения в сумеречное время, плохо смыывающийся кал. В последние 1,5 года зуд стал более интенсивным и длительным, антигистаминные препараты перестали помогать, также присоединились боли в костях и суставах, однажды показалось, что кожный покров пожелтел. В течение последних 2 месяцев постоянная желтуха, геморрагии, расчёсы.

При объективном исследовании: кожа сухая, шелушащаяся, кожный покров и слизистые оболочки желтушные, расчёсы, ксантомы под молочными железами, ксантелазмы на нижних веках, единичные сосудистые звёздочки на коже груди. Периферических отёков нет. ЧДД в покое - 18 в мин. В лёгких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧСС - 60 в мин. АД 100/60 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, аритмичны за счёт экстрасистол. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, край закруглён. Селезёнка 9x8 см.

Общий анализ крови: лейкоциты  $6,0 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ - 36 мм/час.

Биохимический анализ крови: АЛТ - 102, связанный билирубин - 88 ммоль/л, свободный - 30 ммоль/л, протромбин - 52%, холестерин - 7,1 ммоль/л, общий белок - 62 г/л (гамма-глобулины - 32%), глюкоза - 7,4 ммоль/л, щелочная фосфатаза - 560 Ед/л.

УЗИ органов брюшной полости: увеличение печени и селезенки, диаметр воротной вены не увеличен, свободной жидкости в брюшной полости нет.

Вопросы к задаче:

1. Перечислите синдромы, имеющиеся у больной
2. Сформулируйте диагноз, обоснуйте.
3. Какое дообследование необходимо выполнить для уточнения диагноза?
4. Назначьте лечение.

### Задача № 13

Больная 56 лет, доставлена в приёмное отделение стационара с жалобами на постоянное чувство тяжести в правом подреберье, не связанное с приемом пищи, вздутие живота, увеличение живота в объеме, отеки и ощущение «мурашек» в голених и стопах, кровоточивость десен, повышение температуры тела, слабость, повышенную утомляемость, отсутствие аппетита, похудание, выпадение волос.

Сбор анамнеза затруднён в связи с нарушением когнитивных функций головного мозга, однако удалось узнать, что в течение 15 лет часто принимает алкоголь (злоупотребление категорически отрицает). Долгое время беспокоят общая слабость, снижение работоспособности, неустойчивый фон настроения, снижение аппетита, тошнота, непереносимость жирной пищи, неустойчивый стул, постепенное снижение массы тела. Несколько раз, после алкогольных эксцессов отмечала появление желтушности кожного покрова и темной мочи, появление тяжести в правом подреберье. Однако больной себя не считала, за медицинской помощью не обращалась. В течение последних двух месяцев, после очередного алкогольного эксцесса, к уже привычным для больной симптомам присоединились: нарастающее ощущение вздутия живота, увеличение живота в объеме, постоянное чувство тяжести в правом подреберье, отёки и парестезии голеней и стоп, подъёмы температуры тела до 37,7-38С. Родственниками вызвана скорая помощь, госпитализирована.

При осмотре: состояние средней тяжести. Пониженного питания (ИМТ - 17). Лицо гиперемировано, отмечается инъецированность склер. Околоушные железы увеличены. Кожа и видимые слизистые желтушны, бледны. Кожа сухая, тургор снижен. На крыльях носа, плечах, груди мелкие телеангиоэктазии в виде звездочек. Гиперемия кистей в области тенара и гипотенара. Контрактура Дюпюитрена больше выражена слева. Выпадение волос на голове, исчезновение волос в подмышечных, лонной областях. Отеки голеней и стоп. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Гипотрофия мышц верхних конечностей. Дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Частота дыхания - 18 в 1 мин. Артериальное давление 130/80 мм рт.ст. Пульс 92 удара в 1 мин. Язык влажный ярко-красного цвета, сосочки сглажены. Живот увеличен в объеме, отмечается расширение подкожных вен в боковых фланках живота. Пупок выпячен, брюшная стенка умеренно напряжена. При пальпации - флюктуация. Перкуторно определяется свободная жидкость в брюшной полости. Печень выступает из-под реберной дуги на 3 см по правой срединно-ключичной линии. Край острый, консистенция твердая, мелкозернистая поверхность, безболезненная. Размеры по Курлову: 13, 12, 11 см. Селезенка выступает на 4см из под края левой реберной дуги, плотная, безболезненная. Стул неустойчивый - запоры, сменяющиеся поносом.

При обследовании:

Анализ крови: эр:  $-2,03 \cdot 10^{12}/л$ , Нв - 68 г/л, тромбоциты -  $105 \cdot 10^9/л$ ,. лейкоц. -  $4,2 \cdot 10^9/л$ , СОЭ - 43 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий билирубин - 33,6 мкмоль/л, прямой - 17,4 мкмоль/л, непрямой - 16,2 мкмоль/л., АСТ - 86 ед/л, АЛТ - 58 ед/л, ГГТП - 192 ед/л, ЩФ - 280 ед/л, общий белок - 50 г/л (альбумины - 39 %); общий холестерин - 3,2 ммоль/л., глюкоза крови - 4,3 ммоль/л.

Протромбиновый индекс - 41 %.

Серологические исследования на маркеры вирусных гепатитов (HBsAg, HCV, HDV) отрицательны.

Общий анализ мочи: прямой билирубин +++, уробилин ++, желчные пигменты ++.

Содержание стеркобилина в кале снижено.

ЭКГ: синусовый ритм, частые предсердные экстрасистолы, ЧСС - 88-92 в минуту, полугоризонтальное положение ЭОС.

Рентгеноскопия желудка: расширение вен средней и нижней трети пищевода и кардиального отдела желудка.

УЗИ органов брюшной полости: увеличение печени и селезенки, V. porta 1,2 см. расширение селезеночной вены, небольшое количество свободной жидкости. Диффузные изменения поджелудочной железы.

ЭГДС: варикозно-расширенные вены пищевода I-II степени. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Выраженный гастрит, дуоденит.

Сцинтиграфия печени и селезенки: (коллоид  $^{198}\text{Au}$ ), увеличение печени, диффузно-неравномерное (по типу «дефектов накопления») накопление препарата в печени, нечеткость контуров органа, увеличение селезенки, значительное накопление в селезенке радиоактивного препарата.

Вопросы к задаче:

1. Перечислите синдромы, имеющиеся у больной
2. Сформулируйте развёрнутый клинический диагноз
3. Обоснуйте диагноз.
4. Какое дообследование необходимо выполнить для уточнения диагноза?
5. Назначьте лечение.

#### Задача № 14

Больная 52 лет, предъявляет жалобы на одышку при ходьбе, головокружение, шум в ушах, «мушки» перед глазами, сердцебиение, плохой аппетит, чувство онемения в конечностях, шаткую походку, общую слабость.

Из анамнеза известно, что 5 лет назад перенесла обширную резекцию желудка по поводу язвенной болезни; считает себя больной в течение последнего года, когда появились и стали постепенно нарастать вышеуказанные жалобы.

При объективном обследовании: кожные покровы и слизистые бледные с желтушным оттенком. Лимфоузлы не увеличены. Отёков нет. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, дующий систолический шум на верхушке, ЧСС 90 ударов в минуту, АД 110/60 мм рт.ст. Язык со сглаженными сосочками, печень и селезенка не пальпируются. При неврологическом обследовании – нарушение глубокой чувствительности.

Общий анализ крови: гемоглобин - 85 г/л, эритроциты -  $2,1 \times 10^{12}/\text{л}$  (MCV- 110 мкм<sup>3</sup>, MCH - 39 пг, RDW - 16,5%), тромбоциты  $60 \times 10^9/\text{л}$ , лейкоциты -  $3,2 \times 10^9/\text{л}$  (базофилы - 0, эозинофилы - 0, палочкоядерные - 6, сегментоядерные - 68, лимфоциты - 20, моноциты - 4), ретикулоциты - 2%, СОЭ 28 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий билирубин - 25 ммоль/л (свободный - 24 мкмоль/л), сывороточное железо - 24 мкмоль/л.

Мазок крови: макроциты, мегалоциты. Гиперсегментация ядер нейтрофилов.

Вопросы к задаче:

1. Перечислите клинические синдромы и симптомы, имеющиеся у больной.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Обоснуйте диагноз.
4. Назовите основной препарат для лечения и способ его введения.
5. Какое исследование необходимо для подтверждения диагноза и адекватности проводимой терапии?

#### Задача № 15

Больная 42 лет, предъявляет жалобы на нарастающую слабость, головокружение, одышку при физической нагрузке, сердцебиение, которые беспокоят больную в течение последних 3-х месяцев.

Из анамнеза известно, что кроме детских и периодически простудных заболеваний ничем не страдала. Менструации с 13 лет установились сразу, в течение 7 дней обильные, иногда со сгустками.

При объективном обследовании: температура тела - 37,3С, бледность кожных покровов и слизистых оболочек. Редкие и седые волосы на голове, тусклые, ломкие ногти с поперечной исчерченностью. Сердце в размерах не увеличено. ЧСС 100 в минуту. Над всеми точками выслушивается нежный систолический шум. Печень, селезёнка и лимфоузлы не увеличены.

Общий анализ крови: Гемоглобин 85 г/л, эритроциты -  $3,1 \times 10^{12}/л$  (MCV- 60 мкм<sup>3</sup>, MCH - 21 пг), тромбоциты  $200 \times 10^9/л$ , лейкоциты -  $6,5 \times 10^9/л$  (палочкоядерные - 3, сегментоядерные - 70, лимфоциты - 25, моноциты - 2, эозинофилы -1), СОЭ – 3 мм/час.

Морфология эритроцитов – микроциты, пойкилоцитоз.

Биохимический анализ крови: сывороточное железо – 8.1 мкмоль/л, ферритин 9 мкг/л.

Вопросы к задаче:

1. Перечислите клинические синдромы и симптомы, имеющиеся у больной.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Обоснуйте диагноз.
4. Назначьте лечение.

#### Задача № 16

Мужчина 33 лет обратился с жалобами на продолжительные тупые ноющие боли в поясничной области, изменение цвета мочи – красно-коричневая. Болей при мочеиспускании нет.

Из анамнеза известно, что подобный эпизод - третий за последние 5 лет, каждый эпизод был связан с перенесённым ОРВИ. У отца похожее заболевание.

При объективном обследовании: состояние удовлетворительное, кожный покров обычной окраски и влажности. Отеков нет. ЧДД 17 в мин. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные. ЧСС 90 в мин. АД 130/85 мм рт.ст.

Общий анализ крови: Нв - 130 г/л, лейкоциты -  $6 \times 10^9$ /л, СОЭ - 20 мм/ч.

Общий анализ мочи: уд.вес 1016, белок - 1,066 г/л, эритроциты - 20-25 в п/зр.(изменённые), лейкоциты - 5-6 в п/зр., единичные гиалиновые цилиндры.

Биохимический анализ крови: креатинин - 70 мкмоль/л.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Назовите исследование, необходимое для уточнения диагноза и его предполагаемый результат.
4. Назначьте лечение.