

## ***Оглавление***

Часть I. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ.....	4
Раздел 1. Кардиология .....	4
Раздел 2. Пульмонология.....	23
Раздел 3. Ревматология.....	32
Раздел 4. Гастроэнтерология.....	48
Раздел 5. Нефрология.....	58
Раздел 6. Эндокринология .....	64
Раздел 7. Гематология.....	79
Часть II. ОТВЕТЫ К СИТУАЦИОННЫМ ЗАДАЧАМ.....	94
Раздел 1. Кардиология .....	94
Раздел 2. Пульмонология.....	113
Раздел 3. Ревматология.....	126
Раздел 4. Гастроэнтерология.....	140
Раздел 5. Нефрология.....	148
Раздел 6. Эндокринология.....	153
Раздел 7. Гематология.....	161

## Часть I. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

### Раздел 1. КАРДИОЛОГИЯ

#### Задача № 1. Раздел 1. Кардиология

Больная С., 59 лет поступила в клинику с жалобами на выраженную общую слабость, ноющие, длительные, временами жгучие боли за грудиной и в области сердца, усиливающиеся при физической нагрузке, одышку при ходьбе до 100 метров, редкие приступы удушья по ночам. Больной себя считает около 12 лет. В анамнезе ревматизм (в детстве болели суставы. Отмечает ухудшение самочувствия в течение последних 2-х лет.

Объективно: кожные покровы бледные, выражена пульсация шейных сосудов. В нижних отделах легких влажные хрипы с обеих сторон. Положительные симптомы Альфреда де Мюссе и Квинке. Верхушечный толчок усилен, приподнимающий, пальпируется в 6 межреберье. Сердце увеличено влево (до передней подмышечной линии) и вниз (6-е межреберье). Ослаблен 1 тон на верхушке сердца, 2 тон в 3-ей точке. На верхушке сердца систолический шум с проведением в подмышечную область, убывающий протодиастолический шум на аорте, который хорошо выслушивается в 5-й точке. Pulsus «celer et altus». ЧСС-80 уд/мин. АД-110/60 мм.рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги. Отеки н/з голеней.

Анализ крови: эритро.-  $4,1 \times 10^{12}/л$ , Hb- 160 г/л, лейкоц. –  $7,2 \times 10^9/л$ , СОЭ – 15 мм/ч;

Биохимический анализ крови: АЛТ-45 Ед/л, АСТ-50 Ед/л, сахар-5,1 ммоль/л, о. Хс – 6,1 ммоль/л, ТГ-1,9 ммоль/л;

Полный анализ мочи: уд.вес -1020, белок-0,033%, лейкоц. -2-3 в п/зр.

RW отрицательно

ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС-100 уд/мин, высокий нарастающий з.Р с V4, по V5, V6; з.Т (-) в V4-V6;

ЭХО-КГ: ТМППЛЖ-11 мм, ТЗСЛЖ-11 мм, КДР- 68 мм, КСР-49 мм, КДО-160 мл, КСО- 50 мл, ФВ-52%, аорта- утолщение створок клапана, регургитация-2-3 ст., МК-регургитация 2 ст.

Рентгенография органов грудной клетки: увеличение ЛЖ. Атеросклероз аорты. Резкое расширение восходящей аорты. Венозный застой в легких.

Вопросы:

- 1) Какие синдромы являются ведущими в клинической картине заболевания?
- 2) Сформулируйте предварительный клинический диагноз?
- 3) Перечислите основные заболевания, при которых могут развиваться подобные состояния?
- 4) Лечебная тактика. Прогноз заболевания.

### **Задача № 2. Раздел 1. Кардиология**

Больной Г., 65 лет, находится в кардиологическом диспансере 3 дня. Поступил планово с диагнозом гипертоническая болезнь с целью коррекции терапии. Максимальное АД- 200/100 мм. рт.ст, адаптирован к АД-140/90 мм.рт.ст., в анамнезе - ИБС (стенокардия напряжения, ПИКС). До госпитализации принимал индапамид, нитраты, тромбоАСС. Ночью состояние резко ухудшилось: жалобы на удушье, головную боль давящего характера в затылочной области, дискомфорт в области сердца.

Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Дыхание клочущее. ЧДД-30 в минуту. ЧСС-100 ударов в минуту, АД-220/110 мм.рт.ст. Пациент задыхается, не может лежать.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС-100 уд/мин, высокий R в V4,V5, V6; з. Q в II, III, AVF, T (-) во II, III, AVF, депрессия ST на 1 мм в I, AVL, V5-V6

Вопросы:

1. Ваш диагноз и его обоснование
2. Оцените состояние больного
3. Лечебная тактика

### **Задача № 3. Раздел 1. Кардиология**

Больная О., 56 лет, доставлена в приемное отделение больницы бригадой СМП. Жалуется на сердцебиение, которое началось внезапно, на «стеснение в груди», головокружение, потливость, нехватку воздуха. Приступ сердцебиения возник впервые, около 20 минут назад, после физической нагрузки. Два года назад перенесла инфаркт миокарда.

Объективно: состояние больной средней степени тяжести. В нижних отделах легких влажные хрипы. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 160 в минуту, ритмичный. АД-100/70. Мочеиспускание частое.

На ЭКГ: ритм правильный, 160 ударов в минуту, зубец Р не определяется. QRS-180 мс., деформирован. Электрическая ось отклонена влево.

Вопросы:

1. С каким неотложным состоянием доставлена больная?
2. Ваш предварительный диагноз?
3. Неотложная терапия.
4. Возможные осложнения? Дальнейшая плановая терапия и тактика ведения. План обследования.
5. Показания к установке имплантируемого кардиовертера-дефибриллятора (ИКД)

### **Задача № 4. Раздел 1. Кардиология**

Больной С., 39 лет, инженер, доставлен в клинику с жалобами на головокружение, обмороки, боли в области сердца, одышку при физической нагрузке. В 10-летнем возрасте болели суставы. В последние 3-4 года стали

беспокоить головокружения при ходьбе, иногда обмороки. В последний год беспокоят загрудинные боли и одышка при быстрой ходьбе. На работе при подъеме по лестнице внезапно появилось головокружение, было кратковременное потемнение в глазах, небольшие боли в сердце, сердцебиение. Доставлен БСМП с подозрением на инфаркт миокарда.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Бледность кожных покровов. Отеков нет. В легких дыхание жесткое. Сердце увеличено влево до передне-подмышечной линии. Верхушечный толчок усилен. При пальпации над грудиной определяется систолическое дрожание. I тон на верхушке ослаблен. Ослаблен II тон на аорте. Грубый систолический шум на аорте, проводится на сосуды шеи и в межлопаточную область. Пульс-52 в минуту, ритмичен. АД-100/85 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный. ЭОС отклонена влево. Высокий R в I, II, V4-V6. Депрессия ST в AVL, V4-V6, двухфазный T в I, II, AVL, V4-V6

ЭХО-КГ :АК- кальциноз 3 ст., ЛП-46 мм, ПП-43 мм, КДР-60 мм, КСР-55 мм, КДО-157 мл, КСО-55 мл, ФВ-52%, ТЗСЛЖ-12 мм., ТМЖПЛЖ-12 мм

Рентгенография органов грудной клетки: увеличение ЛЖ. Атеросклероз стенок аорты. Увеличение ЛП. Венозный застой в легких.

Вопросы:

1. Какой синдром является ведущим в клинической картине, его патогенез?
2. Какие симптомы дополняют картину заболевания? Их патогенез?
3. Поставьте предположительный диагноз
4. Дополнительные методы диагностики
5. В чем заключается профилактика приступов?
6. Неотложная помощь. Определите план лечения
7. Прогноз при отсутствии лечения

### **Задача № 5. Раздел 1. Кардиология**

Больная А, 46 лет, поступила в больницу с жалобами на сильную головную боль, головокружение, шум в ушах, мелькание мушек перед глазами, ощущение дрожи во всем теле, тошноту. Шесть месяцев тому назад появилась сильная головная боль, головокружение, потемнение в глазах после психической травмы. Тогда была доставлена в больницу, где впервые обнаружено высокое давление (180/120 мм. рт. ст.). Находилась на стационарном лечении 8 дней и была выписана в удовлетворительном состоянии. В настоящее время при поступлении общее состояние средней степени тяжести. Лицо гиперемировано. Пульс 98 ударов в минуту, АД-190/120 мм.рт.ст. на обеих руках. Границы сердца смещены влево на 1 см., тоны чистые. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Анализы крови и мочи без патологии. После проведенной терапии в приемном покое через 2 часа самочувствие улучшилось, уменьшилась головная боль. Исчезли мушки перед глазами и дрожь в теле. АД снизилось

до 160/100 мм. рт. ст. Через 8 часов АД стало 140/90 мм. рт.ст. Приступ закончился императивным позывом на мочеиспускание.

Вопросы:

1. Назовите ведущий синдром в клинике данного заболевания.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Какие основные медикаментозные средства применяются для оказания неотложной помощи? Каков механизм действия этих средств?

### **Задача № 6. Раздел 1. Кардиология**

Больной С. 60-ти лет поступил с жалобами на одышку при ходьбе до 150 метров, изредка в состоянии покоя, отеки н/3 голеней. Пять лет назад впервые стали беспокоить боли за грудиной сжимающего характера, возникающие при ходьбе, подъеме, покое, купирующиеся приемом нитроглицерина через 2-3 минуты. Два года назад перенес инфаркт миокарда, после чего стали беспокоить одышка, вначале при ходьбе, а в последнее время и в покое, появились отеки н/конечностей. Периодически принимал мочегонные. Отмечает ухудшение самочувствия в течение последнего года.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Положение ортопное. Цианоз губ. Отеки н/3 голеней. Дыхание везикулярное, влажные хрипы в задне-нижних отделах обоих легких. Сердце увеличено влево. Систолический шум на верхушке, 1 тон на верхушке ослаблен. Акцент 2 тона на аорте. ЧСС-72 удара в минуту. АД- 180/90 мм.рт. ст. Печень на 3 см выступает из-под края правой реберной дуги. Живот мягкий, безболезненный.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС – 72 уд/мин, патологический зубец Q в I, aVL, V2-V5. Подъем сегмента ST в V2-V5 на 3 см. Электрическая ось отклонена влево, зубец R высокий в V6

ЭХО-КГ: аорта-стенки уплотнены, ЛП-45-56 мм, ПП- 43-52 мм, сист. давление ЛА- 42 мм.рт. ст.. ЛЖ КДО- 190 мл, КСО -60 мл, ФВ-47%, ТЗСЛЖ- 10 мм. Гипокинезия передне-перегородочной области, дискинезия верхушечной области ЛЖ.

Вопросы:

1. Ведущий синдром данного заболевания. При каких состояниях он развивается?
2. Ваш клинический диагноз?
3. Дополнительные методы исследования
4. План лечения

### **Задача № 7. Раздел 1. Кардиология**

Больной С, 54 лет, доставлен бригадой СМП в кардиологический диспансер с жалобами на жгучие боли за грудиной с иррадиацией в левую подлопаточную область, чувство нехватки воздуха, потливость. Боли появились 2 часа назад. Из анамнеза известно, что пациент 2 недели назад

выписан из гастроэнтерологического отделения, где проходил лечение по поводу обострения язвенной болезни желудка.

Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, холодные. Дыхание везикулярное, ослабленное в нижних отделах обоих легких. Тоны сердца аритмичные, ЧСС-52 уд/мин. АД-90/60 мм.рт. ст. Печень по краю правой реберной дуги

ЭКГ: подъем ST на 4 мм во II, III, aVF, АВ блокада 3 ст. Высокий z.R в V1-V2. Одиночные выскальзывающие экстрасистолы.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Дополнительные методы исследования
3. Ваша тактика?

### **Задача № 8. Раздел 1. Кардиология**

Больной К., 54 лет вызвал на дом участкового врача. Больной жалуется на сильные пульсирующие боли в голове, особенно в затылочной области, на головокружение, тошноту, рвоту, ухудшение зрения, шум в ушах, онемение и слабость правой руки, давящую боль в области сердца, перебои в работе сердца, одышку при ходьбе до 100 м, подъеме на 2 этаж. Ухудшение связывает с перенесенным острым респираторным заболеванием.

Объективно: больной повышенного питания, заторможен, речь невнятная. Кожные покровы бледные. Частота дыхания-20 в минуту, дыхание везикулярное. Хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. Границы сердца расширены влево на 2 см, акцент 2 тона на аорте, систолический шум на верхушке. АД-250/140 мм.рт.ст. ЧСС-68 уд/мин. Печень по краю правой реберной дуги. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет.

Вопросы:

- 1) Сформулируйте предварительный диагноз
- 2) Неотложная помощь

### **Задача № 9. Раздел 1. Кардиология**

Больная, 70 лет, доставлена в больницу в тяжелом состоянии с жалобами на сильную слабость, одышку, тяжесть за грудиной, сухой кашель.

Из анамнеза известно, что 3 года назад перенесла инфаркт миокарда. Ухудшение состояния наступило 5 дней назад, когда после переохлаждения появился озноб, повысилась температура тела до 39°, возникли боли в грудной клетке справа и редкий сухой кашель. Принимала аспирин. Через 3 дня температура нормализовалась, однако остались боли в грудной клетке при дыхании и боли за грудиной. Нарастала одышка. Появился кашель со скудной мокротой. Врач «скорой помощи» заподозрил повторный инфаркт миокарда и направил больную в стационар.

Объективно: состояние тяжелое, положение ортопное, выраженный акроцианоз. В легких справа почти на всем протяжении укорочение

перкуторного звука. Дыхание справа ослаблено, здесь же выслушивается много мелкопузырчатых хрипов. Слева в нижнем отделе определяются незвучные влажные хрипы. Число дыхательных движений – 32 в минуту. Левая граница сердца на 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии, пальпируется прекардиальная пульсация. Тоны сердца ритмичные. ЧСС - 100 уд/минут. АД- 100/60 мм.рт.ст. Печень выступает на 3 см из-под края правой реберной дуги, незначительно болезненная при пальпации.

Анализ крови: эритро.-  $4,1 \times 10^{12}/л$ , Hb- 140 г/л, лейко.-  $11,2 \times 10^9/л$ , СОЭ – 40 мм/ч; токсическая зернистость нейтрофилов;

ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС -120 уд/мин., патологический зубец Q в V1-V4, депрессия ST в V5-V6, зубец T (-) в V5-V6

Вопросы:

1. Правильны ли диагноз врача «скорой» помощи?
2. О каком заболевании следует думать и каков предполагаемый диагноз?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо сделать для подтверждения диагноза?
4. Назначьте больной лечение. Имеются ли показания для проведения гепаринотерапии?

### **Задача № 10. Раздел 1. Кардиология**

Больной М, 45 лет, обратился с жалобами на длительный малопродуктивный кашель, часто ночью. Противокашлевые препараты мало эффективны. В анамнезе заболеваний легких нет. Страдает артериальной гипертензией, по поводу которой принимает различные гипотензивные препараты. В течение последнего месяца принимает хартил в суточной дозе 10 мг. При предыдущем обращении к врачу в связи с предполагающейся левожелудочковой недостаточностью был назначен фуросемид в суточной дозе 40 мг.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски. Легкий цианоз губ. Дыхание везикулярное, сухие хрипы над всей поверхностью обоих легких. Тоны сердца ритмичные, ЧСС- 72 уд/мин. АД-150/90 мм.рт. ст. Печень по краю правой реберной дуги. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет.

Рентгенография органов грудной клетки: атеросклероз аорты. Гипертрофия левого желудочка.

ЭХО-КГ: ЛП-45×55 мм, ПП - 43×50 мм, КДО – 140 мл, ЗСЛЖ – 11 мм, ФВ – 62%

Спирография: ОФВ1- 80% от должного

Вопросы:

1. Какие рекомендации относительно ведения больного правильны?
  - А) увеличить дозу фуросемида
  - Б) отменить фуросемид
  - В) отменить хартил

2. Чем может быть спровоцировано ухудшение самочувствия больного?  
Объяснить

механизм возникновения сухого кашля

### **Задача № 11. Раздел 1. Кардиология**

Больной М., 45 лет, поступил в клинику с жалобами на давящие боли в области сердца, нехватку воздуха, сердцебиение, головокружение, «мелькание мушек» перед глазами. Заболел остро: за 2 часа до поступления появилось сердцебиение. Вызвал СМП, госпитализирован в кардиологический стационар.

При поступлении состояние тяжелое, больной бледен. Выраженный цианоз губ, конечности холодные. Тоны сердца громкие, ритмичные. Ps-180 уд/мин, слабый, без дефицита. АД – 100/70 мм.рт.ст.

ЭКГ: ЧСС -186 уд/мин., QRS - 180 мс, деформирован по типу БПНПГ, з. Р не виден;

Анализ крови: эритроц.-  $4,2 \times 10^{12}/л$ , Hb- 149 г/л, лейкоц. –  $11,0 \times 10^9/л$ , СОЭ – 19 мм/ч;

Биохимический анализ крови: КФК-МВ – 156 Ед/л, тропонины – положительно, АСТ – 45 Ед/л, АЛТ – 25 Ед/л, глюкоза -6,9 ммоль/л;

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз
2. Оцените ЭКГ, анализ крови
3. Неотложная помощь

### **Задача № 12. Раздел 1. Кардиология**

Больная С, 50 лет отмечает повышение температуры тела до 38-39° в течение 2 месяцев после удаления зуба, снижение аппетита, похудание на 7 кг. Лечение ампициллином внутримышечно дает временный эффект. Два дня назад доставлена в неврологическое отделение по поводу нарушения мозгового кровообращения.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Точечная геморрагическая сыпь на коже н/конечностей. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. Тоны сердца аритмичные (экстрасистолия). I тон ослаблен, систолический шум на верхушке. ЧСС – 98 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Гепатоспленомегалия. Отеков нет.

Анализ крови: эритроц.-  $3,8 \times 10^{12}/л$ , Hb- 98 г/л, лейкоц. –  $15,0 \times 10^9/л$ , нейтрофилы -72%, СОЭ – 27 мм/ч

Вопросы:

1. Вероятный диагноз
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести пациентке для уточнения диагноза?



### **Задача № 13. Раздел 1. Кардиология.**

Больной М., 68 лет доставлен в приемное отделение кардиологического диспансера с жалобами на учащенное хаотичное сердцебиение, чувство «остановки, замирания» сердца, выраженную общую слабость, чувство нехватки воздуха, потливость. Из анамнеза известно, что в течение последнего года ежемесячно беспокоят приступы учащенного хаотичного сердцебиения, продолжительность до 15-20 минут, проходящие спонтанно. Постоянно принимает престанс. АД в пределах 120/80-130/80 мм.рт.ст. Отмечает в межприступный период урежение пульса до 45-50 уд/мин, периодические головокружения, дважды - обморочные состояния. Отмечает ухудшение самочувствия в течение последних 5 часов, когда появились вышеперечисленные жалобы. АД – 170/80 мм.рт.ст.

ЭКГ: ритм несинусовый, неправильный с ЧЖС-115-125 уд/мин, волны F в V1.

После в/в введения новокаинамида самочувствие улучшилось, по ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС – 42 уд/мин, PQ- 0,18 сек, QT – 0,38 сек;

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Определите тактику ведения больного. Показания к установке постоянного ЭКС

### **Задача № 14. Раздел 1. Кардиология**

Мужчина 38 лет предъявляет жалобы на слабость, потливость, повышение температуры тела до 37,7 к вечеру, учащенное сердцебиение. Считает себя больным около месяца. Страдает хроническим гайморитом с частыми обострениями. 2 месяца назад удалил 2 зуба в связи с периодонтитом.

При осмотре состояние относительно удовлетворительное. Телосложение правильное. Кожные покровы бледные влажные. Температура 37.0 С. Увеличены подчелюстные и передние шейные л/у с двух сторон. Отеков нет. ЧДД - 20 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС 110 в мин. АД 150/80 мм рт.ст. Аускультативно: резко ослаблен 2 тон, убывающий протодиастолический шум над аортой. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. , нижний край слегка болезненный, мягко-эластический. Пальпируется нижний край селезенки. В общем ан. крови: эр. –  $3,9 \cdot 10^{12}$  /л. Лейк. –  $15 \cdot 10^9$  /л, Нб - 102 г/л, п/я -8. с/я –67% лим. – 25%. СОЭ -43 мм/ч, СРБ +++-.

ЭКГ: синусовая тахикардия 105 в мин. Отклонение ЭОС влево. Признаки ГЛЖ. Рентгенография органов грудной клетки: расширение тени сердца влево за счет ЛЖ. В легких без патологии.

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз и его обоснование?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза? Определите врачебную тактику.

### **Задача № 15. Раздел 1. Кардиология**

На прием к кардиологу обратился мужчина С., 66 лет с жалобами на повышение АД до 190/110 мм.рт.ст, боли в области сердца давящего характера, одышку, возникающие при ходьбе до 150 м. в умеренном темпе.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски. Объем талии-109 см. ИМТ-30 кг/м<sup>2</sup>. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. Тоны сердца приглушены. Акцент 2 тона на аорте. ЧСС – 90 уд/мин. АД-180/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Анализ крови: эритро.-  $4,2 \times 10^{12}/л$ , Hb- 159 г/л, лейкоц. –  $8,0 \times 10^9/л$ , СОЭ – 15 мм/ч;

Биохимический анализ крови: АСТ – 35 Ед/л, АЛТ – 40 Ед/л, глюкоза -6,9 ммоль/л; О.Хс – 7,0 ммоль/л, ТГ- 3 ммоль/л, ХС ЛПНП – 5,2 ммоль/л, ХС ЛПВП – 1,8 ммоль/л, мочевиная кислота – 420 мкмоль/л;

ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС- 88 уд/мин, Т (-) в V1-V2, электрическая ось отклонена влево, R высокий в V5-V6;

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его
2. Какие метаболические нарушения выявлены у пациента?
3. Определите план лечения. Какие лекарственные препараты предпочтительны для лечения АГ у данного пациента?

### **Задача № 16. Раздел 1. Кардиология**

Больной М., 50 лет, доставлен в блок интенсивной терапии через 3 часа после развития приступа сильных давящих загрудинных болей. Жалуется на жгучие боли за грудиной с иррадиацией в левую руку, чувство нехватки воздуха.

Объективно: больной беспокоен, возбужден. Кожные покровы бледные. Выраженный цианоз губ. Акроцианоз. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС 98 ударов в минуту. АД- 100/70 мм.рт.ст. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, безболезненный.

ЭКГ: подъем ST на 4 мм в I, aVL, V1-V5. ЧСС -90 уд/мин.,

Анализ крови: эритро.-  $4,2 \times 10^{12}/л$ , Hb- 149 г/л, лейкоц. –  $10,1 \times 10^9/л$ , СОЭ – 18 мм/ч;

Биохимический анализ крови: КФК-МВ – 27 Ед/л, тропонины – положительно, АСТ – 45 Ед/л, АЛТ – 38 Ед/л, глюкоза -7,9 ммоль/л;

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз и его обоснование
2. Определите тактику ведения

### **Задача № 17. Раздел 1. Кардиология**

32-летний мужчина госпитализирован с жалобами на боли в области сердца, перебои, периодически отмечает приступы учащенного ритмичного сердцебиения, сопровождающиеся чувством нехватки воздуха, в течение полугода – 2 обморочных состояния. Брат больного умер внезапно в молодом возрасте.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС – 78 ударов в минуту, одиночная желудочк. э/с; снижение сегмента ST в I, II, AVL, V4-V6 отведениях, зубец T (-) в V4-V6

ХМ-ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС мин- 52 уд/мин, макс. ЧСС – 180 уд/мин. Одиночная желудочковая э/ия – 5360, парная жел. э/ия – 55, групповая – 31. Пароксизмы желудочковой тахикардии – 5 с ЧСС до 150 уд/мин.

ЭХО-КГ: ЛП – 40 мм, ПП – 40 мм, КДР ЛЖ – 32 мм, КДО – 108 мл, ФВ – 78%, ТМЖП – 1,8 см, ЗСЛЖ – 1,1 см. Признаки обструкции выходного отдела ЛЖ.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование
2. Какие антиаритмические препараты необходимо назначить больному?
3. Прогноз для жизни больного, возможные осложнения
4. Перечислите факторы риска внезапной смерти

### **Задача № 18. Раздел 1. Кардиология**

Мужчина С., 55 лет, страдающий ИБС, госпитализирован в приемный покой кардиологического диспансера с жалобами на приступ учащенного хаотичного сердцебиения, выраженную общую слабость, головокружение, потливость.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Ортопное. Дыхание везикулярное, влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца аритмичные, ЧСС – 110-130 уд/мин. АД – 80/50 мм.рт.ст.

По ЭКГ: ритм несинусовый, неправильный. ЧЖС – 115 – 130 уд/ми, волны F в V1-V2

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз и его обоснование
2. Определите тактику ведения больного. Рекомендации по дальнейшей профилактике приступов
3. Что такое шкала CHA2DS2-VASc?

### **Задача № 19. Раздел 1. Кардиология**

Больному С., 65 лет, страдающему ИБС, стенокардией (II-III функциональный класс), артериальной гипертонией, атеросклерозом сосудов нижних конечностей, нарушением сна в связи с учащением приступов стенокардии на фоне повышения АД (200/110 мм.рт. ст), амбулаторно были

назначены следующие препараты: а) нитроглицерин сублингвально при приступах стенокардии, б) амлодипин, в) бисопролол, г) тазепам.

На фоне приема данных препаратов приступы стенокардии стали реже, но активность больного оставалась ограниченной из-за усиления болей в нижних конечностях при ходьбе.

Вопросы:

1. Правильна ли тактика подбора препаратов?
2. Какой из лекарственных препаратов может способствовать усилению проявлений перемежающей хромоты?

### **Задача № 20. Раздел 1. Кардиология**

Молодая женщина, 38 лет, обратилась к терапевту с жалобами на головные боли с повышением АД до 180/100 мм.рт.ст. Известно, что отец пациентки умер в возрасте 45 лет от инфаркта миокарда.

Объективно: состояние удовлетворительное. Пациентка повышенного питания. Рост – 166 см, масса тела – 95 кг. ОТ – 105 см. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Акцент 2 тона на аорте. ЧСС – 85 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края правой реберной дуги на 3 см.

Анализ крови: эритроц.-  $4,1 \times 10^{12}/л$ , Hb- 156 г/л, лейкоц. –  $7,0 \times 10^9/л$ , СОЭ – 11 мм/ч;

Биохимический анализ крови: АСТ – 35 Ед/л, АЛТ – 39 Ед/л, глюкоза -6,4 ммоль/л; О.Хс – 6,0 ммоль/л, ТГ- 2,8 ммоль/л, ХС ЛПНП – 4,8 ммоль/л, ХС ЛПВП – 1,7 ммоль/л, мочевиная кислота – 405 мкмоль/л;

ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС- 85 уд/мин, электрическая ось отклонена влево, зубец R высокий в V5-V6 (24 мм);

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз и его обоснование
  2. Какие метаболические нарушения выявлены у данной пациентки?
  3. Каковы патогенетические основы нарушения метаболизма?
- Определите тактику ведения пациентки?

### **Задача № 21. Раздел 1. Кардиология**

У молодого мужчины 35 лет во время профилактического осмотра врачом медсанчасти было обнаружено повышенное артериальное давление – 160/100 мм.рт.ст. При опросе выяснено, что 4 года тому назад при случайном измерении АД, отмечено его повышение. Пациент не обследован, за медицинской помощью не обращался. Семейный анамнез отягощенный (у нескольких родственников из старшего поколения были инфаркты миокарда, нарушения мозгового кровообращения).

Объективно: состояние удовлетворительное. Пациент повышенного питания. Рост – 170 см, масса тела – 90 кг. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. Тоны

сердца ясные, ритмичные. Акцент 2 тона на аорте. ЧСС – 80 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС – 84 ударов в минуту. Признаки ГЛЖ.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дополнительные методы исследования?
3. Предполагаемый план лечения и его обоснование

### **Задача № 22. Раздел 1. Кардиология**

Мужчина, 50 лет перенес крупноочаговый задне-диафрагмальный – базальный инфаркт миокарда, протекавший без осложнений. Перед выпиской из стационара во время пробы с нагрузкой на велоэргометре при частоте сердечного ритма – 100 ударов в минуту зарегистрирована горизонтальная депрессия сегмента ST в V2-V6 на 2 мм. и частая желудочковая экстрасистолия, сохраняющаяся в восстановительном периоде.

Вопросы:

1. Оцените результат велоэргометрической пробы у данного больного?
2. Какой прогноз у данного пациента?
3. Какое дальнейшее лечение должно быть рекомендовано больному?

### **Задача № 23. Раздел 1. Кардиология**

Женщина, 55 лет, страдает сахарным диабетом 2 типа, курит. В связи с предстоящей гинекологической операцией по поводу фибромиомы матки обратилась к терапевту с целью оценки состояния сердца и возможности хирургического вмешательства, а также определения степени риска возникновения сердечно – сосудистых осложнений. При опросе, физикальном обследовании было установлено, что у больной имеется 3 степень артериальной гипертонии (отмечает повышение АД до 180/100 мм.рт.ст); стенокардия, признаки хронической сердечной недостаточности, ФК2. Известно, что отец пациентки умер в 45 лет от инфаркта миокарда. На ЭКГ обнаружена полная блокада левой ножки пучка Гиса, давность которой неизвестна, предшествующих ЭКГ нет.

Вопросы:

1. Какие дополнительные исследования целесообразно провести?
2. Какие рекомендации должны быть даны?

### **Задача № 24. Раздел 1. Кардиология**

Больной, 65 лет, длительно страдающий артериальной гипертонией и лечившийся гидрохлортиазидом в течение 1 года, госпитализирован в кардиологический стационар с явлениями начинающегося отека легких. На догоспитальном этапе ему был введен внутривенно фуросемид и морфина хлорид.

Объективно: состояние больного средней степени тяжести. Больной находится в положении ортопноэ. Выраженный акроцианоз. Частота дыхательных движений – 26 в минуту. Выслушиваются диффузные мелкопузырчатые хрипы на всем протяжении легких. Тоны сердца ритмичные. I тон приглушен. ЧСС – 98 ударов в минуту. АД – 220/120 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС – 100 ударов в минуту. ГЛЖ.

Вопросы:

1. Каковы причины возникновения отека легких?
2. Каков наиболее оптимальный вариант купирования отека легких?

### **Задача № 25. Раздел 1. Кардиология**

У больной 60 лет, страдающей АГ (САД-160-170 мм.рт.ст, ДАД – 100-110 мм.рт.ст) после перенесенного полгода тому назад инфаркта миокарда с зубцом Q передне-боковой локализации постепенно стала нарастать одышка при умеренной физической нагрузке (при ходьбе до 70 м, подъеме на 1 этаж), появилась тяжесть в правом подреберье, ухудшился аппетит, появились отеки на голенях, усиливающиеся к вечеру. Беспокоит постоянное учащенное хаотичное сердцебиение, чувство «остановки, замирания сердца». При опросе у больной не установлено наличия стенокардии напряжения, не было повторного пролонгированного болевого синдрома подобно тому, что имелся в прошлом, когда у больной развился инфаркт миокарда. Больная периодически принимала только валидол, валокордин.

Объективно: состояние больной средней степени тяжести. Выраженный акроцианоз. ЧДД-18 в минуту. Дыхание везикулярное. В нижних отделах обоих легких имеются влажные мелкопузырчатые хрипы. Левая граница сердца расширена до передней подмышечной линии, верхушечный толчок разлитой. АД – 100/80 мм.рт.ст. Тоны сердца ритмичные с ЧСС – 120-130 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени находится на 3 см ниже края правой реберной дуги. Отеки на стопах и голенях.

ЭХО-КГ: АК - кальциноз, регургитация 1 ст. ЛП-52 мм, ПП-45 мм, митральная регургитация- 2-3 ст. КДР-60 мм, КСР-55 мм, КДО-196 мл, КСО-55 мл, ФВ-42%, ТЗСЛЖ-10 мм., ММЛЖ-10 мм, дискинезия передне-верхушечной области ЛЖ.

ЭКГ: ФП с ЧСС 110-117 уд/мин

Вопросы:

1. Какие причины ухудшения самочувствия данной пациентки?
2. Какое лечение следует предпочесть? Обоснуйте свой выбор

### **Задача № 26. Раздел 1. Кардиология**

У молодой женщины 30 лет впервые в жизни возник приступ учащенного ритмичного сердцебиения, сопровождающийся выраженной общей

слабостью, головокружением, потливостью. Пациентка с детства страдает сахарным диабетом 1 типа. В семье были 2 случая внезапной смерти в молодом возрасте.

Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Дыхание везикулярное, ясное. Хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 130-140 уд/мин. АД – 80/50 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет.

ЭКГ: ритм правильный с ЧСС -140-150 в минуту, з. Р расположены позади QRS, хорошо заметны в V1. Комплекс QRS узкий.

Приступ купирован в/в введением 10 мг АТФ.

После оказанной помощи на ЭКГ: ритм синусовый, правильный, дельта волна на восходящем колене комплекса QRS, PQ -0,09 сек, QRS- 0,12 сек.

1. Какое нарушение ритма сердца имеется у данной пациентки? Этиология данного заболевания?
2. Что можно использовать для купирования приступа аритмии.
3. Дальнейшая тактика лечения

### **Задача № 27. Раздел 1. Кардиология**

У больного в возрасте 52 лет при осмотре окулистом выявлена гипертоническая ангиопатия, которая была подтверждена при повторном осмотре. При обследовании установлено, что АД 140/90 мм.рт.ст, повторное измерение через неделю – 145/90 мм.рт.ст. В анализах крови не обнаружено повышение уровня сахара, холестерина, в анализах мочи нет белка; повышен уровень креатинина, мочевины

Вопросы:

1. Каковы ваши дальнейшие действия по обследованию?
2. Имеется ли необходимость медикаментозного лечения?

### **Задача № 28. Раздел 1. Кардиология**

Пациент М, 47 лет жалуется на давящие боли за грудиной во время волнения, психоэмоционального напряжения, купируются спонтанно или приемом нитроглицерина, однако больной может выполнять большую физическую нагрузку без приступа стенокардии или одышки. АД – 150/90 мм.рт.ст.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз. Механизм развития загрудинных болей в данной ситуации?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
3. Какие медикаментозные препараты вы предложите?

### **Задача № 29. Раздел 1. Кардиология**

Мужчина 60 лет, находился на стационарном лечении по поводу трансмурального инфаркта миокарда передней локализации 5-дневной давности. Течение заболевания без осложнений: приступов стенокардии не было, нарушения ритма сердца не регистрировались.

На ЭКГ: патологический зубец Q в V1-V4, элевация сегмента ST в I, AVL, V1-V5 на 2 мм. Проводилась терапия нитроглицерином в/в (первые сутки), гепарином в/в (первые трое суток), далее получал диротон, конкор и аспирин. На 5 сутки у больного развились признаки острого нарушения мозгового кровообращения с правосторонним гемипарезом. ЧСС – 82 уд/мин, АД – 120/70 мм.рт.ст.

Вопросы:

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения причины нарушения мозгового кровообращения?
3. Тактика лечения.

### **Задача № 30. Раздел 1. Кардиология**

Мужчина, 49 лет. Был доставлен в БИТ по поводу острого трансмурального инфаркта миокарда передне-перегородочной локализации.

При поступлении: кожные покровы бледные. ЧСС = 88 уд\мин., АД = 130\80 мм рт ст. Тоны сердца ритмичные, шумы не прослушиваются. В легких дыхание ослаблено в нижних отделах, хрипов нет. ЧДД = 20 в мин. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Периферических отеков нет. На 7 день заболевания, после обеда, состояние больного внезапно резко ухудшилось: появились признаки острой правожелудочковой недостаточности (набухлость шейных вен, АД - 90\50 мм. рт. ст., синусовая тахикардия 125 уд\мин.), при аускультации сердца появился грубый пансистолический шум в III-IV межреберье, протодиастолический ритм галопа. В процессе наблюдения за больным выявлена гепатомегалия, отеки нижних конечностей.

Вопросы:

1. Какова наиболее вероятная причина резкого ухудшения состояния больного?
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?
3. Тактика ведения больного

### **Задача № 31. Раздел 1. Кардиология**

У мужчины, 75 лет, в течение 2 лет появились головокружения, слабость, эпизоды «потемнения в глазах», пошатывание при ходьбе. Ухудшение самочувствия за последние 2 месяца: появились кратковременные обморочные состояния, дважды регистрировались приступы мерцания предсердий, купирующиеся самостоятельно. При осмотре: ЧСС 50 уд\мин., АД 160\70 мм рт ст.

ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС – 50-52 уд/мин., ГЛЖ

Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз



2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?
3. Тактика ведения пациента.

### **Задача № 32. Раздел 1. Кардиология**

Мужчина, 46 лет находится на лечении в кардиологическом отделении по поводу острого инфаркта миокарда. Инфаркт миокарда выявлен случайно. Обратился в поликлинику через 2 дня после приступа загрудинных болей, где после записи ЭКГ диагностирован острый без Q инфаркт миокарда передне-перегородочной области и верхушки. По ЭКГ: ширина комплекса QRS не изменена. На 14-ый день возник интенсивный приступ загрудинных болей с иррадиацией в обе руки, сопровождающийся резкой слабостью, холодным липким потом.

Объективно: кожные покровы холодные, влажные. АД 100/60 мм.рт.ст.

По ЭКГ: Ритм синусовый с ЧСС 98 в минуту. Полная блокада левой ножки пучка Гиса.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз? Какие исследования следует провести в динамике?
2. Какое лечение необходимо назначить данному больному?
3. Тактика ведения данного больного

### **Задача № 33. Раздел 1. Кардиология**

Пациент, 55 лет впервые в жизни после стресса почувствовал разрывающую жгучую боль за грудиной, сопровождающуюся чувством нехватки воздуха, тошнотой. Бригада СМП прибыла через 30 минут после вызова.

По ЭКГ: синусовая брадикардия с частотой 50 в минуту. В отведениях II, III, aVF подъём сегмента ST выше изолинии на 3 мм с зубцом Т (+) в отведениях III, aVF комплекс Qr. В отведениях I, V<sub>1</sub>-V<sub>2</sub> высокий зубец R. Врачом скорой помощи были назначены аспирин 250 мг, морфин 1%-1.0 мл + 9 мл 0,9% NaCl в/в, изокет-спрей 2 дозы сублингвально, изокет 20 мг в/в струйно медленно. При поступлении в стационар - болевой синдром купирован, беспокоит чувство нехватки воздуха, тошнота.

Объективно: набухлость шейных вен. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 32 в минуту. АД 100/70 мм.рт.ст. Тоны сердца ритмичные, ясные.

ЭКГ в стационаре: ритм синусовый, ЧСС 62 в минуту. PQ – 0,28 сек. Сохраняются подъёмы сегмента ST с (+) зубцом Т и комплекс Qr в отведениях II, III, aVF. В грудных отведениях RV<sub>1</sub>-RV<sub>2</sub> сегмента ST ниже изолинии на 3 мм с высоким зубцом Т

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз?
2. Оцените изменения на ЭКГ?
3. Чем обусловлено развитие одышки?
4. Оцените лечение, проведенное на догоспитальном этапе?

#### **Задача № 34. Раздел 1. Кардиология**

Больная Т., 54 лет. В течение 30 лет диагностируется с синдромом WPW с пароксизмами реципрокной ортодромной тахикардии. Раньше приступы были редкие, хорошо купировались вагусными приемами или кордароном. Последние 5 лет приступы участились. Для профилактики приступов тахикардии больной был назначен кордарон, который она принимает постоянно более 4 лет в поддерживающей дозе 200 мг/сутки. В течение 2 месяцев отмечает сердцебиение, короткие приступы учащенного сердцебиения, потливость, тяжесть в правом подреберье, тремор рук, быструю смену настроения, похудела на 5 кг. Кордарон для купирования приступов неэффективен.

Вопросы:

1. Какие осложнения развились у больной?
2. Какие исследования необходимо провести для подтверждения?
3. Назначьте лечение?
4. Методы терапии и ведения больной в данной ситуации?

#### **Задача № 35. Раздел 1. Кардиология**

Больной 69 лет, около 10 лет отмечает редкие боли за грудиной при интенсивной работе на садовом участке, быстро проходящие в покое, иногда перебои в работе сердца. Последние две недели перебои в работе сердца стали постоянными, появилась одышка при ходьбе.

При осмотре кожные покровы без особенностей, в лёгких хрипов нет, ЧДД-17 в минуту, границы относительной тупости сердца расширены влево на 1 см, тоны сердца аритмичны с ЧСС - 94 в минуту, пульс – 80 в минуту, АД – 130/70 мм рт. ст.

По ЭКГ: зубцы Р не регистрируются, вместо них выявляются частые разнокалиберные мелкие волны, интервалы R-R не постоянны, ЧСС – 102-114 в мин.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз?
2. План обследования?
3. План лечения?
4. Показана ли антикоагулянтная терапия после восстановления синусового ритма?

### **Задача № 36. Раздел 1. Кардиология**

У больного, 60 лет с острым инфарктом миокарда и перманентной фибрилляцией предсердий на ЭКГ в отведениях I, III, aVF регистрируется подъем ST с (+) T, интервалы RR равны, частота желудочковых сокращений – 40 в минуту, волны фибрилляции предсердий, выраженные в III, V1-V2 отведениях, QRS – 0,12 секунд.

Вопросы:

1. Укажите локализацию инфаркта миокарда?
2. Какое осложнение инфаркта миокарда возникло у больного?
3. Дальнейшая тактика ведения больного?

### **Задача № 37. Раздел 1. Кардиология**

Пациент В., 45 лет, перенесший геморрагический инсульт, страдающий артериальной гипертензией, поступил в стационар для обследования и дальнейшего лечения. В течение 10 отмечает повышение АД в основном до 170/100 мм.рт.ст. Постоянную антигипертензивную терапию не получал, иногда принимал капотен. Полгода назад внезапно утром появилась нечеткость речи. Спустя несколько часов присоединилась слабость в правой кисти. АД при измерении составило 190/110 мм.рт.ст. Был госпитализирован. После окончания стационарного лечения больной был выписан с улучшением, объем движений в конечностях увеличился, речевые нарушения полностью прошли. Диагноз при выписке: острое нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу в бассейне левой средней мозговой артерии. Было рекомендовано лечение бисопролол 10 мг/сутки и эналаприл 20 мг по 1 таб. 2 раза в день; дважды в год - курсы лечения вазоактивными и нейротрофическими препаратами. АД стабилизировалось на цифрах 130-140/90 мм.рт.ст. Однако стал отмечать урежение частоты сердечных сокращений до 50 ударов в мин., что сопровождалось слабостью. Спустя месяц появился сухой кашель. АД вновь повысилось до 160/95 мм.рт.ст. Для дальнейшего лечения вновь был госпитализирован.

Вопросы:

1. Какой препарат спровоцировал у больного приступы кашля?
2. Методы обследования данного больного?
3. Какие рекомендации по немедикаментозному лечению вы можете предложить?

### **Задача № 38. Раздел 1. Кардиология**

Больной, 60 лет, в течение последних 3 дней отмечает сжимающие, жгучие боли за грудиной при ходьбе, длительностью до 10-15 минут, проходящие в

покое. Сегодня ночью проснулся от сжимающих загрудинных болей с иррадиацией шеи, нижнюю челюсть, левую руку, длительностью около часа. По ЭКГ на дому: ритм синусовый с ЧСС 72 в минуту. В отведениях II, III, aVF, V<sub>5</sub>-V<sub>6</sub> подъем сегмента ST до 5,0 мм., депрессия ST в I, AVL. Доставлен в отделение кардиореанимации через 2 часа от начала симптомов заболевания. Жалобы при поступлении на выраженную слабость. Объективно: заторможен, на вопросы отвечает односложно, медленно. Кожные покровы бледные, холодные, влажные. Дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД 22 в минуту. АД 80/60 мм.рт.ст. ЧСС 116 в минуту. Тоны сердца ритмичные.

Вопросы:

1. Как оценить симптомы, появившиеся неделю назад и ночной приступ болей?
2. Сформулируйте клинический диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Какое лечение необходимо назначить данному больному?
4. Показана ли пациенту анти тромботическая терапия? Определите выбор терапии

### **Задача № 39. Раздел 1. Кардиология**

Вы врач приемного отделения. Вечером вы обратили внимание на звук в коридоре, похожий на падение чего-то тяжелого, вышли посмотреть и увидели лежащего на полу человека. Это мужчина, около 40-45 лет, одет в пальто, шапку, сапоги. Лежит лицом вниз, руки раскинуты в стороны.

Объективно: кожа и слизистые цианотичны. Пульсация на шейных артериях отсутствует. Зрачок слегка расширен, реакция на свет замедлена, АД не определяется. Эскурии грудной клетки нет. Дыхание не выслушивается. Трупных пятен нет. Мышечный тонус отсутствует, непроизвольное мочеиспускание. На болевые раздражители реакции нет. Кожа на ощупь теплая. Признаков внешних повреждений нет.

Позже, рядом с мужчиной найдена сумка с документами. В сумке- выписка из истории болезни, где сказано, что пациент недавно проходил лечение в кардиологическом диспансере с диагнозом: ГБ. Пароксизмальная рецидивирующая форма ФП. Рекомендован прием этацизина, который вероятно мужчина принимал для купирования приступов. Найдена ЭКГ, на которой ПБПНПГ, подъем сегмента ST, Т (-) в V1-V3, PQ – 0,24 сек.

Вопросы:

1. Объясните ситуацию
2. Поставьте диагноз
3. Что могло спровоцировать данное состояние
4. Этиология данного заболевания
5. Неотложная помощь

## **Раздел 2. ПУЛЬМОНОЛОГИЯ**

### **Задача № 1. Раздел 2. Пульмонология**

Больному идиопатическим фиброзирующим альвеолитом (ИФА), доказанным с помощью цитологического анализа бронхоальвеолярной жидкости, назначен преднизолон в суточной дозе 80 мг. Через 3 месяца лечения остается одышка при малейшей физической нагрузке.

1. Какова (каковы) возможная причина отсутствия улучшения состояния больного?

Варианты:

- 1) резистентность заболевания к лечению;
  - 2) недостаточная доза глюкокортикоидов;
  - 3) недостаточная длительность лечения;
  - 4) развитие "стероидной" миопатии.
2. Какие методы повышают активность терапии?

### **Задача № 2. Раздел 2. Пульмонология**

Женщина 30 лет. Жалобы на сухой кашель, слабость, субфебрилитет. Выявлено увеличение шейных и подмышечных лимфатических узлов (ЛУ), а при рентгенологическом исследовании - увеличение бронхопульмональных ЛУ. Анализ крови: Нв -115 г/л, Л- 8,0х10<sup>9</sup>/л, П - 7%, Э -2%, С -75%, Лимф - 10%, М - 6%, СОЭ- 35 мм/ч.

Туберкулиновые пробы (реакции Манту) отрицательные. Для уточнения диагноза проведена биопсия ЛУ.

Наиболее вероятно наличие у больной:

Варианты:

- 1) саркоидоза;
- 2) туберкулеза внутригрудных ЛУ;
- 3) хронического лимфолейкоза;
- 4) лимфогранулематоза.

### **Задача № 3. Раздел 2. Пульмонология**

Рациональная антибактериальная терапия (АТ) должна быть не только эффективной, но и приемлемой с экономической точки зрения.

Каковы пути снижения стоимости АТ при сохранении ее высокой эффективности?

Варианты:

- 1) предпочтителен парентеральный путь введения препаратов с целью сокращения сроков лечения;
- 2) парентеральный путь с последующим переходом на пероральное лечение;
- 3) применение генерических препаратов;
- 4) выбор для лечения относительно дешевого препарата.

#### **Задача № 4 . Раздел 2. Пульмонология**

Мужчина, 55 лет. Доставлен в отделение интенсивной терапии с выраженной одышкой, малопродуктивным кашлем. Длительно страдает хроническим обструктивным бронхитом, эмфиземой легких, хронической дыхательной недостаточностью. Объективно: цианоз, ЧДД – 22/мин в покое, ОФВ1 - 50% от должного, рСО<sub>2</sub> - 55 мм. рт. ст., рО<sub>2</sub> - 50 мм. рт. ст. Начата оксигенотерапия, рСО<sub>2</sub> увеличилось до 60 мм. рт. ст.

В данной ситуации рекомендуется:

Варианты:

- 1) прекратить оксигенотерапию;
- 2) назначить препараты теофиллина внутривенно, глюкокортикоиды;
- 3) бронхоальвеолярный лаваж;
- 4) назначить стимуляторы дыхательного центра.

#### **Задача № 5. Раздел 2. Пульмонология**

У больного, длительно страдающего хроническим обструктивным бронхитом, усилилась одышка, ухудшилось отхождение светлой, густой мокроты.

Рентгенологические признаки эмфиземы легких. ОФВ1 - 60% от должного.

Анализ крови без особенностей.

Какой (какие) метод лечения может быть оправдан в данной ситуации?

Варианты:

- 1) ацетилцистеин внутрь;
- 2) антибиотики макролидной группы;
- 3) ингаляции трипсина;
- 4) ингаляции ипратропиум бромид (атровента).

Раздел 2. Пульмонология

#### **Задача № 6. Раздел 2. Пульмонология**

Какое (какие) утверждение относительно саркоидоза легких неверно?

Варианты:

- 1) всегда сочетается с поражением внутригрудных лимфатических узлов (ЛУ);
- 2) часто осложняется плевритом;
- 3) основными клеточными элементами в бронхоальвеолярной жидкости являются лимфоциты;
- 4) во всех случаях легочного саркоидоза показано раннее назначение глюкокортикоидов, что улучшает прогноз заболевания.

#### **Задача № 7. Раздел 2. Пульмонология**

Мужчина, 40 лет, работник деревообрабатывающего комбината, в течение нескольких месяцев отмечает нарастающую одышку, непродуктивный кашель.

Анамнез без особенностей, не курит. Аускультативно: крепитация в заднебазальных отделах с обеих сторон. Рентгенологически выявлены двусторонние сетчато-нодулярные изменения с обеих сторон, преимущественно в нижних отделах. С диагностической целью предполагается исследование бронхоальвеолярной лаважной жидкости (БАЛЖ).

1. Вероятный диагноз?
2. Наиболее вероятно, что при цитологическом исследовании БАЛЖ будет выявлено увеличение количества:
  - 1) нейтрофилов;
  - 2) эозинофилов;
  - 3) альвеолярных макрофагов;
  - 4) лимфоцитов.

#### **Задача № 8. Раздел 2. Пульмонология**

Женщина, 25 лет. Диагноз: Плевральный выпот неясной этиологии. Произведен торакоцентез с диагностической целью. После исследования плеврального выпота (ПВ) получены следующие результаты: а) содержание белка в ПВ - 3 г/100 мл при уровне белка в сыворотке 7 г/100 мл; б) содержание ЛДГ в ПВ - 286 МЕ/л; в) соотношение ЛДГ ПВ / ЛДГ в сыворотке - 0,5; г) уровень глюкозы в ПВ - 120 мг/100 мл; д) рН ПВ - 7,41. Проведите дифференциальный диагноз жидкости в полости плевры.

#### **Задача № 9. Раздел 2. Пульмонология**

Больной К., 56 лет, каменщик, поступил в клинику с жалобами на кашель и обильное выделение гнойной мокроты по утрам, одышку, учащенное сердцебиение, субфебрильную температуру. Страдает заболеванием легких с 23 лет после перенесенной двусторонней пневмонии. Обострения ежегодно, затяжные, в холодное время года, по поводу которых неоднократно лечился в стационарах. Последнее ухудшение полгода, беспричинное; состояние осложнилось появлением отеков нижних конечностей, головной боли, повышением АД. Много курит, злоупотреблял алкоголем. При осмотре состояние средней тяжести, в положении сидя поза вынужденная, с фиксированным плечевым поясом и опорой на руки. В дыхании участвует вспомогательная дыхательная мускулатура. Лицо одутловатое, кожа серо-землистого цвета, акроцианоз. Выраженные отеки голеней и стоп. Пальцы имеют форму барабанных палочек, ногти - в виде часовых стекол. Грудная клетка бочкообразная, нижнелатеральные ее отделы симметрично отстают при дыхании. Перкуторно над легкими коробочный звук, в нижних отделах - тимпанический. При аускультации - дыхание с удлиненным выдохом, множество рассеянных разнотональных сухих хрипов, нестойких мелкопузырчатых влажных хрипов. В нижнелатеральных отделах с двух сторон выслушиваются стойкие звонкие средне- и крупнопузырчатые

влажные хрипы. Тоны сердца ритмичные, ЧСС - 100 в минуту. I тон над верхушкой сердца ослаблен, акцент II тона над легочным стволом. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. За сутки выделяется до 200 мл трехслойной мокроты с прожилками крови.

Анализ крови: Hb - 100 г/л, эр. -  $3 \times 10^{12}$ /л, л. -  $7,8 \times 10^9$ /л, п. - 3,5%, с. - 46%, э. - 2,5%, лимф. - 34%, мон. - 14%, СОЭ - 54 мм/ч.

Анализ мочи: количество - 150 мл, отн. плотность - 1,008, реакция кислая, белок - 24 г/л, лейкоциты до 20, эритроциты - 0-2-5, цилиндры гиалиновые - единичные в препарате, восковидные - 6-10, зернистые - 2-5 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок - 30 г/л (норма - 60-80 г/л), остаточный азот - 120,12 ммоль/л (норма - 14,28-28,56 ммоль/л), холестерин - 7,8 ммоль/л (норма - 3,9-5,2 ммоль/л), креатинин - 10,6 мкмоль/л (норма - 0,88-1,76 мкмоль/л), клубочковая фильтрация - 26 мл/мин (норма - 65-125 мл/мин).

Рентгенография органов грудной клетки: легочные поля повышенной прозрачности, рисунок деформирован, в области нижних сегментов легких с обеих сторон имеет ячеистое строение. Свежих очаговых и инфильтративных изменений не обнаружено.

На ЭКГ признаки гипертрофии правого предсердия и правого желудочка, синусовая тахикардия.

Выберите 1-3 правильных ответа на вопросы:

1. Каким заболеванием страдает пациент?

а) абсцесс легкого; б) бронхиальная астма; в) бронхоэктатическая болезнь; г) эмфизема легких.

2. Какие исследования позволяют поставить диагноз с большей достоверностью?

а) рентгеновские исследования легких; б) исследование функции внешнего дыхания;

в) бронхоскопия; г) бронхография.

3. Какие осложнения заболевания легких развились у больного?

а) абсцесс легкого; б) легочно-сердечная недостаточность; в) хроническое легочное сердце;

г) амилоидоз почек.

4. Какие профилактические мероприятия могут наиболее эффективно предотвращать развитие осложнений этого заболевания легких?

а) хирургическое лечение;

б) пероральная и парентеральная антимикробная терапия;

в) лечебная бронхоскопия;

г) позиционный дренаж бронхиального дерева.



### **Задача № 10. Раздел 2. Пульмонология**

68-летнему больному стероидзависимой бронхиальной астмой в связи с ухудшением состояния после перенесенной бронхолегочной инфекции назначены ингаляции бекломета с целью снижения дозы пероральных глюкокортикоидов (у больного выявлен желудочно-пищеводный рефлюкс с признаками эрозивного эзофагита). Начальная доза бекломета составила 800 мкг, а в последующем в связи с неэффективностью была увеличена до 1200 мкг в сутки. Однако остается высокая потребность в ингаляциях В2-агонистов.

Какова (каковы) причина неэффективности ингаляционных глюкокортикоидов в данной ситуации?

Варианты:

- 1) перенесенная инфекция дыхательных путей;
- 2) недостаточное поступление препарата в дистальные отделы бронхов;
- 3) недостаточная доза бекломета;
- 4) наличие желудочно-пищеводного рефлюкса.

### **Задача № 11. Раздел 2. Пульмонология**

22-летний мужчина госпитализирован с жалобами на сухой кашель, боли в грудной клетке, повышение температуры тела до 38,2° С. При осмотре обнаружено увеличение шейных, подмышечных и затылочных лимфатических узлов. При рентгенографии выявлено усиление легочного рисунка. В течение 2 недель проводилась терапия ампициллином без существенного эффекта.

Какие положения правильные?

Варианты:

- а) причиной пневмонии, вероятнее всего, является цитомегаловирус;
- б) для установления этиологии пневмонии необходимо исследовать мокроту;
- в) при исследовании крови может быть обнаружено снижение числа Т-хелперов и соотношения Т-хелперы / Т-супрессоры;
- г) пневмония может осложниться абсцедированием;
- д) прогноз неблагоприятный.

### **Задача № 12. Раздел 2. Пульмонология**

Больная М., 26 лет, жалуется на повышение температуры до 38,0°С, непродуктивный кашель, боли при дыхании справа. При рентгенологическом исследовании выявлен плевральный выпот (ПВ). В крови: снижение Hb до 90 г/л, ретикулоцитоз (30%), тромбоцитопения (90x10<sup>9</sup>/л). Лечение антибиотиками (цефуроксим) неэффективно.

Какой из диагностических методов исследования может быть наиболее информативным в данной ситуации?

Варианты:

- а) исследование плеврального выпота;

- б) рентгенотомографическое исследование легких;
- в) исследование в крови антител к микоплазме;
- г) исследование костного мозга;
- д) исследование в крови антинуклеарных антител.

### **Задача № 13. Раздел 2. Пульмонология**

52-летний мужчина в течение 5 лет страдает атопической бронхиальной астмой. Приступы возникают в основном при физической нагрузке. Год назад перенес острый инфаркт миокарда, после которого беспокоят приступы стенокардии напряжения.

Какому препарату следует отдать предпочтение при лечении бронхиальной астмы?

Варианты:

- а) беротек;
- б) атровент;
- в) нифедепин;
- г) теопэк;
- д) эуфиллин.

### **Задача № 14. Раздел 2. Пульмонология**

Больной К., 24 лет, доставлен в клинику с жалобами на резкие боли в правой половине грудной клетки с иррадиацией в подмышечную область, под правую лопатку и в верхнюю часть живота, одышку. Боли появились внезапно во время игры в футбол. При поступлении состояние тяжелое. Диффузный цианоз. Дыхание усиленное, напряженное 30 в мин. Тело покрыто потом, пульс 110 ударов в мин., нитевидный. Шейные вены набухшие. Справа грудная клетка расширена, межреберья сглажены. При перкуссии легкий коробочный звук, дыхание везикулярное, ослаблено. Слева - легочной звук. Печень выходит из-под реберного края на 4 см.

1. Какой диагноз можно поставить?
2. Каковы возможные причины возникновения данного заболевания?
3. Назовите осложнения при этом заболевании.
4. Укажите лечебные мероприятия.

### **Задача № 15. Раздел 2. Пульмонология**

Больная, страдающая хроническим обструктивным бронхитом, получает эритромицин в связи с обострением заболевания, на фоне которого участились пароксизмы наджелудочковой тахикардии, появились признаки сердечной недостаточности.

Назначение какого (каких) препарата может привести к усилению его (их) токсичности?

Варианты:

- 1) антикоагулянт типа варфарина;

- 2) теofilлин;
- 3) дигоксин;
- 4) антиаритмический препарат типа дизопирамида.

### **Задача № 16. Раздел 2. Пульмонология**

Больной, 24 года, ранее считавший себя здоровым, при подъеме тяжести почувствовал резкую боль в левой половине грудной клетки, усиливающуюся при глубоком дыхании. Появились болезненный сухой кашель и одышка.

Объективно: положение ортопное, серый цианоз, ЧДД - 38 в мин. Грудная клетка слева увеличена в объеме, межреберные промежутки расширены. Перкуторно слева тимпанический звук, голосовое дрожание не проводится, дыхание резко ослаблено. Тоны сердца звучные, ритмичные, тахикардия до 100 уд. в мин. АД - 100/60 мм. рт. ст.

1. О каком состоянии идет речь?
2. Какие выделяют варианты описанного состояния и их патогенез?
3. Какие дополнительные методы исследования могут уточнить предположительный диагноз и ожидаемые результаты?
4. Назначьте лечение.

### **Задача № 17. Раздел 2. Пульмонология**

В какой (каких) ситуации наиболее целесообразно назначение цефалоспоринов II поколения для лечения или профилактики инфекций?

Варианты:

- 1) внебольничная пневмония нетяжелого течения у 5-летнего ребенка;
- 2) внебольничная пневмония среднетяжелого течения у пожилого больного, страдающего хроническим обструктивным бронхитом;
- 3) урогенитальная инфекция у беременной, страдающей артритом;
- 4) предстоящая операция гемиколэктомии у больного раком слепой кишки.

### **Задача № 18. Раздел 2. Пульмонология**

К вам в отделение неотложной помощи поступил бездомный алкоголик с жалобами на кашель, озноб, плевральную боль в груди и затруднение дыхания. На рентгенограмме грудной клетки выявлена правосторонняя верхнедолевая пневмония.

1. Выберите наиболее вероятного возбудителя:  
А. *Klebsiella pneumoniae*;  
Б. *Escherichia coli*;  
В. *Haemophilus influenzae*;  
Г. *Pneumococcus*;  
Д. *Parainfluenza*;
2. Назначьте соответствующую антибактериальную терапию.

### **Задача № 19. Раздел 2. Пульмонология**

Курящий молодой человек жалуется на кровохарканье. При лабораторном обследовании выявлены незначительная анемия и микрогематурия.

1. Выберите наиболее вероятный диагноз:

- А. злокачественная опухоль;
- Б. абсцесс легкого;
- В. артериовенозная аномалия;
- Г. туберкулез;
- Д. синдром Гудпасчера;

2. Ваша лечебная тактика.

### **Задача № 20. Раздел 2. Пульмонология**

Ранее ничем не болевший 27-летний мужчина поступил в отделение неотложной помощи с жалобами на сильный озноб, лихорадку и влажный кашель в течение 4 дней. Отмечает быструю утомляемость и одышку при движении. Мокрота вязкая, обильная, имеет ржавую окраску. Рентгенограмма грудной клетки выявила инфильтрацию нижней доли слева.

1. Выберите наиболее вероятного возбудителя в данном случае пневмонии:

- А. *Haemophilus influenzae*;
- Б. *Klebsiella pneumoniae*;
- В. *Staphylococcus aureus*;
- Г. *Streptococcus pneumoniae*;
- Д. *Streptococcus viridans*.

2. Назначьте антибактериальную терапию.

### **Задача № 21. Раздел 2. Пульмонология**

68-летний мужчина предъявляет жалобы на кашель, лихорадку, слабость и плевральную боль в груди. На рентгенограмме выявлена инфильтрация правой верхней доли с правосторонним выпотом в плевральную полость. Пациент страдает алкоголизмом, в анамнезе хроническое обструктивное заболевание легких.

1. Выберите наиболее вероятного возбудителя в данном случае:

- А. *Haemophilus influenzae*;
- Б. *Klebsiella pneumoniae*;
- В. *Staphylococcus aureus*;
- Г. *Streptococcus pneumoniae*;
- Д. *Streptococcus viridans*.

2. Определите лечебную тактику.

### **Задача № 22. Раздел 2. Пульмонология**

74-летняя женщина с гипертонзией в анамнезе жалуется на лихорадку, выраженную слабость, нарушения психического состояния. Ее муж рассказал, что у нее снижение аппетита, головная боль, непродуктивный

сухой кашель и диарея. При объективном осмотре выявлена температура тела – до 39,6оС, пульс – 126 ударов в минуту, частота дыхания – 34 в минуту, АД – 130/84 мм рт.ст. Больная заторможена и сонлива. При auscultation выявлены рассеянные хрипы в легких. Лейкоцитоз – 11,2x10<sup>9</sup>/л. При окрашивании по Грамму в мокроте выявлена смешанная флора. На рентгенограмме грудной клетки – двусторонняя пятнистая несегментарная петехиальная инфильтрация.

1. Укажите наиболее вероятного возбудителя.

- А. *Pneumocystis carinii*;
- Б. *Legionella pneumophila*;
- В. *Mycobacterium tuberculosis*;
- Г. *Mycoplasma pneumoniae*;
- Д. *Streptococcus pneumoniae*.

2. Какой внутривенный антибиотик следует назначить в начале лечения?

- А. азтреонам;
- Б. эритромицин;
- В. цефтриаксон;
- Г. аминогликозид;
- Д. пенициллин.

### **Задача № 23. Раздел 2. Пульмонология**

В приемное отделение поступила 38-летняя женщина с жалобами на внезапное появление острой плевральной боли 6 часов назад. Лихорадку, озноб, кашель, одышку пациентка отрицает. В анамнезе перелом левого надколенника и недавно проведенная по этому поводу операция. Нога пациентки до сих пор в гипсовой повязке. Единственный препарат, который она принимает, это оральные контрацептивы. При объективном осмотре выраженной слабости нет. АД – 118/72 мм рт.ст., пульс – 100 ударов в минуту, ЧД – 18 в минуту, температура тела – 38,0оС. За исключением гипсовой повязки, объективные данные без особенностей. Рентгенограмма грудной клетки и ЭКГ нормальные, кроме умеренной тахикардии. Результат вентиляционно-перфузионного исследования легких – в пределах нормы.

Ваши дальнейшие действия?

- А. никаких действий; выписка пациентки с последующим контролем состояния;
- Б. доплерография периферических вен;
- В. комплексная плетизмография;
- Г. ангиография легочных сосудов;
- Д. никаких действий; введение гепарина и госпитализация.

## Раздел 3. РЕВМАТОЛОГИЯ

### Задача № 1. Раздел 3. Ревматология

Больная Ж., 62 лет, предъявляет жалобы на постоянные боли в коленных суставах, голеностопных, суставах стоп, усиливающиеся при физических нагрузках, утреннюю скованность в течение 20 минут, узловатую деформацию суставов кистей.

Больна с 52 лет, когда впервые появились боли в суставах во второй половине дня после физической нагрузки. Лечилась ежегодно с клиническим эффектом. Ухудшение в течение последнего года, связывает с повышением массы тела.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Походка шатающаяся. Ходит с тростью. Сознание ясное. Повышенного питания (индекс Кетле – 37 кг/м<sup>2</sup>). Кожные покровы физиологической окраски. Высыпаний нет. Щитовидная железа не пальпируется. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 80 в мин. АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, участвует в акте дыхания, безболезненный. Печень не выступает из под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом сотрясения отрицательный. Отеков нет. Варикозное расширение вен нижних конечностей.

Локальный статус: Амиотрофия. Ограничение движений в мелких суставах кисти (не может свести кисть в кулак), в лучезапястных суставах (сгибание, разгибание резко ограничены, болезненные), локтевых суставах (угол сгибания 60°, угол разгибания 170°), шейном отделе позвоночника (наклоны в бок, повороты в стороны), в тазобедренных суставах (внутренняя ротация < 15°), коленных суставах (угол сгибания 60°, угол разгибания 170°), голеностопных суставов (объем активных и пассивных движений резко ограничен). Деформация и дефигурация коленных и голеностопных суставов (genu valgum, hallux valgus), болезненность и крепитация при движении в коленных суставах. Узелки Гебердена, Бушара. «Возрастная кисть».

Анализ крови: Нв - 130 г/л, лейкоц. - 8,0\*10<sup>9</sup>/л, СОЭ - 15 мм/час, РФ-отр фибриноген - 4,5 г/л, СРБ-1 (+).

На R-грамме коленных суставов - околосуставной остеопороз, субхондриальный остеосклероз, умеренное сужение суставной щели преимущественно с медиальной стороны на 2/3, множественные краевые остеофиты.

Клинический диагноз.

Какие необходимы для уточнения дополнительные методы исследования.

Лечение данного заболевания.

### **Задача № 2. Раздел 3. Ревматология**

При проведении профилактического осмотра у юноши 15 лет был обнаружен систолический шум, выслушиваемый на верхушке сердца с иррадиацией вдоль грудины при отсутствии цианоза, деформации грудной клетки и каких-либо жалоб со стороны пациента. Юноша был направлен на обследование в кардиологический диспансер с диагнозом «врожденный порок сердца»? При расспросе больного было выявлено, что у него при физических нагрузках (бег, подъем тяжестей) возникали потемнение в глазах и головокружение, кратковременная потеря сознания, к которым молодой человек старался не привлекать внимания родителей и сверстников. Близкие родственники больного (мать, отец, брат) здоровы, но по материнской линии имелись случаи внезапной смерти в молодом возрасте среди родственников. Объективное обследование: физически развит хорошо, деформации грудной клетки нет. Кожные покровы обычной окраски. При аускультации выслушиваются грубый систолический шум вдоль левого края грудины с максимумом на верхушке сердца, акцент 2 тона над легочной артерией. АД 90/70 мм.рт.ст. ЧСС 76 в минуту.

Инструментальные методы исследования:

1. На ЭКГ определяются патологические зубцы Q в отведениях 1, AVL, V5-V6, особенность которых – большая глубина (до 8 мм) при малой ширине (не более 0,03 с.), подъем сегмента ST выше изолинии на 2мм в V1-V3.
2. На эхокардиограмме в одномерном режиме определяются резко выраженная гипертрофия межжелудочковой перегородки (до 35 мм), гипертрофия задней стенки левого желудочка (до 16 мм), резко уменьшенные размеры полости левого желудочка (конечный диастолический размер 29 мм, конечный систолический размер 14 мм), передняя створка митрального клапана касается межжелудочковой перегородки. В двухмерном режиме выявлены обструкция выносящего тракта левого желудочка, увеличение левого предсердия. В доплеровском режиме определяются струя регургитации в левое предсердие (недостаточность митрального клапана 3 степени), турбулентный систолический поток в проекции аортального клапана. Имеются признаки легочной гипертензии средней степени.
1. Ваше обоснование диагноза. Какие нарушения ритма выявляются при этой патологии.
2. Какие дополнительные обследования необходимо провести?
3. Ваши рекомендации по лечению больного.

### **Задача № 3. Раздел 3. Ревматология**

Больная Н., 35 лет, заболела 2 года назад после родов. Заболевание развивалось постепенно: в начальный период эпизодически после переохлаждения (полоскала белье в холодной воде) стали появляться боли в пальцах рук, их побеление или цианоз. В дальнейшем подобное явление стало повторяться и в связи с отрицательными эмоциями, переутомлением.

Кроме того, появилось затруднение при глотании сухой пищи, необходимость запивать водой сухую еду, небольшая одышка при физической нагрузке, легкий сухой кашель. Поступила в стационар с целью обследования и установления диагноза.

При осмотре: лицо амимичное, при пальпации плотный отек кожи лица, рук, ног, передней брюшной стенки. Пальцы кистей (дистальные фаланги) резко цианотичны, деформация ногтевых фаланг 2 и 3 пальцев левой кисти. В нижних отделах легких при

аускультации выслушиваются сухие хрипы. Со стороны системы кровообращения и желудочно-кишечного тракта патологии не выявлено.

Рентгенография грудной клетки: усиление и деформация легочного рисунка в нижних отделах (диффузный пневмосклероз).

Рентгенография кистей в прямой проекции: акроостеолитиз ногтевых фаланг 2 и 3 дистальных фаланг пальцев левой кисти.

9 12

Анализ крови: гемоглобин 120 г/л. Лейкоциты  $6,0 \cdot 10^9$  /л, эритроциты  $5,1 \cdot 10^{12}$  /л, скорость оседания эритроцитов 38 мм/час, фибриноген 6,0 г/л, общий белок 75 г/л, альбумины 64%,  $\alpha_1$ -глобулины 4,2%,  $\alpha_2$ -глобулины 13%,  $\gamma$ -глобулины 7,0%, гамма-глобулины 26%.

Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз (клинические критерии).

Составьте план обследования больной.

С учетом патогенеза и клинических проявлений назначьте лечение.

#### **Задача № 4. Раздел 3. Ревматология**

Больная А 22 года. Обратилась к врачу-терапевту с жалобами на усиление одышки при ходьбе, а также на ее появление по ночам во время сна. Ухудшение самочувствия наступало постепенно, связать его ни с чем не может. Из анамнеза: многократно болела ангиной. 10 лет назад после перенесенной ангины лечилась в детском отделении стационара, после этого находилась под наблюдением детского ревматолога.

Объективно: кожа бледная, выраженный акроцианоз, частота дыхательных движений 20-21 в мин., дыхание жесткое, хрипов нет. Артериальное давление 115/75 мм. рт. ст., частота сердечных сокращений 82 ударов в минуту. При пальпации на верхушке сердца определяется диастолическое «кошачье мурлыканье», выявлен симптом Попова. При перкуссии: правая граница сердца определяется на 1-1,5 см. снаружи от правого края грудины, левая – на 0,5 см кнутри от срединно-ключичной линии, верхняя – верхний край третьего ребра. Аускультация сердца: тоны сердца ритмичные. Первый тон усилен с хлопающим оттенком, ритм «перепела», пресистолический шум, акцент II тона над легочной артерией. Печень не увеличена, отеков нет. Лабораторно-биохимические данные: анализ крови : лейкоциты  $5,0 \cdot 10^9$ /л, скорость оседания эритроцитов 7 мм/час, СРБ 0, фибриноген 2,5 г/л, общий



белок 75 г/л, фракции: альбумины 61%,  $\alpha_1$ -глобулины – 4%,  $\alpha_2$ -глобулины – 7%,  $\beta$  –глобулины 12%,  $\gamma$  – глобулины - 16%, антистрептолизин 0 – отрицательно.

ЭКГ: ритм синусовый, вертикальное положение электрической оси, зубец Р – 0,13 сек., в отведениях I и AVL его вершина расщеплена, желудочковый комплекс в отведениях V 1,2 – деформирован по типу rSr.

ЭХО-КГ: левое предсердие – 4,3 см., митральный клапан – площадь отверстия – 1,7 см<sup>2</sup>. Аорта – 1,8 см<sup>2</sup>, легочная артерия – 2 см, фракция выброса – 63%. Рентгенография органов грудной клетки: в прямой проекции: КТИ 47%, индекс Мура – 37%. В левой боковой проекции тень левого предсердия доходит до тени позвоночника.

Сформулируйте клинический диагноз и опишите возможные осложнения.

Укажите особенности гемодинамики при данном заболевании.

Предложите лечение данного заболевания, определите тактику ведения.

### **Задача № 5. Раздел 3. Ревматология**

Больная Ж., 42 года. Госпитализирована с жалобами на утреннюю скованность в суставах в течение 4 часов, боли и отечность суставов кистей (проксимальные межфаланговые, пястнофаланговые), лучезапястных суставов, суставов стоп (плюснефаланговых) и коленных суставов, общую слабость, субфебрильную температуру. Больна с 18 лет, когда впервые появились боли и отечность проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей. После проведенного лечения – стойкая ремиссия в течение 12 лет. С 30 лет после искусственного прерывания беременности обострения возникают ежегодно. Постепенно в процесс вовлекаются новые суставы, усиливается утренняя скованность. В течение 5 лет после лечения полная ремиссия не наступает, появилась стойкая деформация суставов.

Объективно: бледность кожных покровов, кожа в области кистей истончена. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. При аускультации сердца тоны ритмичные, шумов нет. АД-120/80 мм. рт. ст., пульс – 82 в мин. Живот мягкий, б/болезненный, печень не увеличена.

Локальный статус: Деформация пястнофаланговых и проксимальных межфаланговых суставов кистей, плюснефаланговых суставов стоп, болезненные при пальпации. Деформация и дефигурация коленных суставов, болезненность при пальпации, кожа над ними гиперемирована, повышена локальная температура. Ограничение движение в коленных суставах. Не сводит кисть в кулак.

Анализ крови - НЬ - 110 г/л, Le - 12x10<sup>9</sup>/л, СОЭ - 41 мм/ час, РФ -1:32, фибриноген - 6,0 г/л, СРБ -3,5 мг/дл, повышенный уровень Ig M.

На рентгенограмме кистей - диффузный остеопороз, уплотнены и утолщены мягкие периартикулярные ткани, сужены суставные щели, множественные эрозии (более 5) на суставных поверхностях пястных костей.

1. Клинический диагноз. 2. Какие характерные R-изменения суставов для данного заболевания выявлены у больной? 3. Назначьте лечение с учетом клинических проявлений.

### **Задача № 6. Раздел 3. Ревматология**

Больная Д., 50 лет, работник молочной фермы, обратилась в поликлинику с жалобами на боли в крупных суставах рук, ног, слабость, потливость, раздражительность. Считает себя больной около 2 лет, когда после перенесенного «гриппа» (протекавшего в течение 2-3 недель в виде лихорадки с ознобами и выраженной потливостью) впервые стали беспокоить боли в суставах, временами повышалась температура тела до 37,5°. Ухудшение состояния наступило месяц назад: усилилась слабость, потливость, обострилась боль в суставах, появилась раздражительность. При осмотре состояние удовлетворительное. Больная эмоционально неустойчива, плаксива.

Кожа повышенной влажности, пальпируются безболезненные подмышечные и паховые л/у с величиной с боб. В подкожной клетчатке пояснично-крестцовой области определяются единичные безболезненные уплотнения размером с фасоль. Суставы внешне не изменены, но движения в голеностопных, коленных, локтевых, лучезапястных суставах ограничены из-за болезненности.

Предполагаемый диагноз.

Необходимые терапевтические воздействия.

Какие системы организма наиболее часто поражаются при данной нозологии?

### **Задача № 7. Раздел 3. Ревматология**

Больная, 20 лет, студентка географического факультета. 1,5 года назад после турпохода во время летней практики появилась длительная лихорадка, ноющие боли в лучезапястных и голеностопных суставах, быстрая утомляемость, раздражительность, стала беспокоить бессонница, повышенная потливость. Лечилась самостоятельно. Связала свое состояние с простудным заболеванием. Принимала а/гриппин, после чего все жалобы исчезли. Через 1,5 года вновь появилась лихорадка до 38°C, полиартралгия, эритематозные высыпания на коже рук, грудной клетки (по типу «декольте»). Потеря веса на 10 кг в течение года, ломкость ногтей, выпадение волос.

На момент осмотра: кожные покровы бледные, эритематозная сыпь на коже рук и груди, отечность и гиперемия красной каймы губ, волосы на голове редкие, истонченные. Больная пониженного питания. Со стороны легких, сердца, органов брюшной полости - без видимой патологии. Анализ крови: Нв = 90 г/л, эр =  $2,5 \times 10^7$  /л, л =  $3,2 \times 10^9$  /л, Тр =  $120 \times 10^9$  /л, СОЭ = 50 мм/ч, общ. белок = 85 г/л, альб. = 56,6 % , глоб.-α1 = 4,2 % , α2 = 13%, β = 7,3%, γ = 26%.

Ваш предположительный диагноз. Какие симптомы, кроме указанных в задаче, могут встречаться при этом заболевании?

Какие лабораторные исследования необходимо провести дополнительно для подтверждения диагноза?

Перечислите наиболее тяжёлые поражения внутренних органов, осложняющие течение и прогноз заболевания.

Назовите средства патогенетической терапии этого заболевания.

### **Задача № 8. Раздел 3. Ревматология**

Больная системной красной волчанкой с наличием волчаночного нефрита с клинико-лабораторными признаками активности III степени получает преднизолон внутрь в суточной дозе 60 мг. На фоне лечения остаются признаки активности, отмечено повышение уровня креатинина, артериального давления и уровня глюкозы в крови. При обсуждении программы дальнейшего ведения больной выберете из представленных рекомендаций правильную тактику и обоснуйте ее.

Пульс-терапия метилпреднизолоном

Продолжить лечение преднизолоном внутрь до 3-х месяцев

Переход на альтернирующий режим лечения из-за развития побочных эффектов

Назначение циклофосфида

### **Задача № 9. Раздел 3. Ревматология.**

Больная К. 38 лет поступила в стационар с жалобами на утреннюю скованность в течение 3-4 часов, боли и отечность проксимальных межфаланговых суставов кистей и стоп, пястнофаланговых, плюснефаланговых, лучезапястных и коленных суставов обеих рук и ног, слабость, субфебрильную температуру.

Больна с 20 лет. Во время первой атаки болели проксимальные межфаланговые суставы обеих рук и ног. После проведенного лечения наступила стойкая ремиссия, продолжавшаяся 12 лет. С 32 лет, после искусственного прерывания беременности, обострения заболевания возникают ежегодно. Постепенно в процесс вовлекаются новые суставы, усиливается утренняя скованность. В последние 5 лет после лечения полная ремиссия не наступает, появилась стойкая деформация суставов.

При объективном обследовании отмечается бледность кожных покровов. Кожа на кистях истончена. Деформированы проксимальные межфаланговые суставы на правых и левых кистях и стопах, пястнофаланговые и плюснефаланговые суставы, правый и левый коленные суставы. Кожа над этими суставами теплая, гиперемирована. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. При аускультации сердца: тоны ритмичные, выслушивается два тона, на верхушке первый тон приглушен, шумов и акцентов нет. Артериальное давление 120/70 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

Печень не пальпируется. Анализ крови: гемоглобин 110 г/л; лейкоциты  $10 \times 10^9$ /л; СОЭ - 60 мм/час; ревматоидный фактор положительный (титр 1/32), фибриноген 6 г/л, реакция на С-реактивный протеин положительная (+++), повышен уровень Jg M.

На рентгенограмме кистей - диффузный остеопороз, уплотнены и утолщены мягкие периартикулярные ткани, сужены суставные щели, эрозии на суставных поверхностях фаланг и головках пястных костей.

Оформить клинический диагноз соответственно международной классификации заболевания.

Перечислить возможные внесуставные поражения.

Отметить характерные рентгенологические изменения суставов.

Назначить лечение данной больной.

### **Задача № 10. Раздел 3. Ревматология.**

В поликлинику обратился мужчина 67 лет с жалобами на повышение температуры тела по вечерам до  $37,5^\circ$ , боли в коленных и голеностопных суставах, кожный зуд нижних конечностей, похудание на 3 кг в течение последнего месяца. Впервые повышение температуры и боли в суставах отметил 3 мес назад. К врачу не обращался, принимал парацетамол, найз. 1 мес назад появилась крапивница, сильный зуд, в связи с чем приём лекарств был прекращён.

Перенесённые заболевания: АГ с 54 лет, хронический некалькулёзный холецистит с 41 года.

Наследственность: не помнит.

Ранее аллергических реакций не отмечал.

Объективно: Состояние удовлетворительное, кожные покровы физиологической окраски. Слизистая ротоглотки не гиперемирована, миндалины не увеличены. Лимфоузлы не пальпируются. Пальцы в виде барабанных палочек. Отёков нет. Дыхание в лёгких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ЧСС=69 в мин, АД= 140/90 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон.

Полный анализ крови: НЬ - 105г/л, Эр-  $4,2 \times 10^9$  /л, Le -  $14 \times 10^9$  /л, п/я- 5%, с/я - 60%, эоз. - 12%, лимф- 18%, мон. -5%,Тц -  $400 \times 10^9$  /л, СОЭ- 48 мм/ч Полный анализ мочи - без патологии.

Биохимический анализ крови: АЛТ- 32 Ед/л, АСТ – 27 Ед/л, фибриноген - 5,0 г/л, общий белок - 87 г/л, альбумины – 30 г/л, глобулины - 57 г/л;  $\alpha_1$  - 2,5%,  $\alpha_2$  -17,5%,  $\beta$ - 17,5%,  $\gamma$ -28%. ЭКГ -без патологии.

Какие группы синдромов можно выделить в описанной клинической ситуации?

С какими группами заболеваний следует проводить дифференциальный диагноз? Ваше обоснование.

К каким специалистам требуется направить больного для постановки диагноза?

Какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза?

Дайте определение паранеопластическому синдрому, каков механизм его развития?

Какие проявления, кроме описанных, могут при этом наблюдаться?

### **Задача № 11. Раздел 3. Ревматология.**

Больной Е, 37 лет, поступил в терапевтическое отделение. Основными жалобами при поступлении были слабость, головокружение, ознобы, повышение температуры до 39 °С. Больной страдает хроническим алкоголизмом, после 4-месячного запоя обратился в наркологическую больницу г. Москвы и врачом приемного отделения направлен в стационар. Общая слабость и слабость в нижних конечностях беспокоят достаточно давно, усилились на момент выхода из последнего запоя, т.е. когда больной критически оценивал свое состояние. Снижение уровня НЬ отмечалось, со слов больного, при обследовании 1,5 года назад (были диагностированы ЖДА, хронический геморрой), в последующем не лечился. Повышение температуры тела с ознобами отмечает в течение 1,5 недель.

Состояние при осмотре расценивается как тяжелое. Температура тела 39,4 °С, озноб, резкая слабость, кожные покровы бледные, субэритематозность склер, периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, короткий мезосистолический шум на верхушке. В динамике через 4 недели после поступления отмечено появление протодиастолического шума над аортой и в точке Боткина. ЧСС 100 в минуту, ритм правильный, АД 120/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в правом подреберье. Печень на 2 см выступает из-под края правой реберной дуги по срединно-ключичной линии, пальпируется плотноватая безболезненная селезенка (при глубокой пальпации). В неврологическом статусе (конс. невролога) – полинейропатия алкогольного генеза.

В анализе крови : НЬ – 67 г/л, Эр –  $2,1 \cdot 10^{12}/л$  , Л. –  $17,7 \cdot 10^9/л$ , СОЭ 68 мм/ч. В биохимических анализах крови – общего белка 68 г/л, альбумин крови 32 г/л, сахар крови 6,8 ммоль/л, общий билирубин 38 ммоль/л, СРБ (++++). Повторные посевы крови на фоне антибиотикотерапии не дали результата. В анализах мочи: белок – 0,33 г/л, эритроцитов – 30-40 в поле зрения, гиалиновые цилиндры 2-3. На ЭКГ – синусовая тахикардия, промежуточное положение ЭОС, гипертрофия левого желудочка. При УЗИ органов брюшной полости: умеренная гепатомегалия, спленомегалия, признаки хронического панкреатита, почки не изменены. Сцинтиграфия почек: умеренное снижение выделительной функции обеих почек. Рентгенологически (обзорный снимок + прямые томограммы) органы

грудной клетки без патологии, имеется увеличение паратрахеальных лимфатических узлов.

КТ органов грудной клетки и брюшной полости : с учетом клинικο-лабораторных изменений КТ-картина может соответствовать цирротическим изменениям печени с развитием портальной гипертензии, гепатоспленомегалия, признаки хронического панкреатита. Органических изменений легких не выявлено, максимальные размеры внутригрудных лимфатических узлов – до 10 мм (данные за лимфопролиферативный процесс не получено). Сердце аортальной конфигурации, умеренно увеличено за счет левых отделов, перикард не утолщен, в полости его жидкости не отмечено.

Данные трансторакальной ЭХОКГ в динамике: на 5 день поступления – тахикардия, пролапс митрального клапана I степени; дистопированная хорда в полости левого желудочка; фракция выброса – 64%; митральная и трикуспидальная недостаточность I степени. На 10-й день поступления (более чем через месяц от начала заболевания): на задней створке аортального клапана визуализируется мелкие вегетации; полость левого желудочка расширена; признаки его объемной перегрузки; аортальная регургитация II степени.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие клинические симптомы позволяют заподозрить ИЭ ?
3. Какой метод исследования является определяющим для дифференциальной диагностики ИЭ?
4. Каковы предрасполагающие факторы к развитию ИЭ?
5. Какие внесердечные проявления возможны при ИЭ?
6. С какими заболеваниями наиболее часто приходится дифференцировать?

### **Задача № 12. Раздел 3. Ревматология.**

Больной Я., 67 лет, преподаватель. С 30 летнего возраста стал отмечать сильную головную боль, возникающую преимущественно после эмоционального перенапряжения и локализовавшуюся в левой половине головы. Во время приступов головной боли АД оставалось нормальным. Пациент не обследовался, принимал анальгин, различные анальгетические смеси с хорошим эффектом. Работоспособность оставалась удовлетворительной.

Спустя 10 лет стали регистрироваться повышения АД до 150/90 мм.рт.ст. В возрасте 42 лет перенес острый инфаркт миокарда с зубцом Q, в тот же период впервые однократно отмечено появление «бурой » мочи. Не обследовался; приступы головной боли сохранялись, продолжал принимать большое количество анальгина. В середине 1980-х годов – рецидив стенокардии напряжения, приступы ее купировал короткодействующими нитратами. Сохранялась АГ; регулярной антигипертензивной терапии не получал. С 1992 года появилась перемежающаяся хромота; в 1994 г. –

повторный ОИМ без зубца Q, с того времени - постоянная форма фибрилляция предсердий. Зависимость от неопиоидных анальгетиков сохранялась. В 2002 году повторно отмечено появление «бурой» мочи. Госпитализирован в клинику нефрологии, внутренних и профессиональных болезней им. Е.М. Тареева ММА им. И.М. Сеченова. При поступлении – умеренный дефицит массы тела: ИМТ 17,0 кг\м<sup>2</sup> , признаки синдрома перемежающейся хромоты, более выражены в правой ноге. Пастозность голеней. Дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, аритмичные (мерцательная аритмия). АД 150/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, симптом поколачивания по поясничной области отрицателен с обеих сторон. В моче – следы белка, эритроциты (до 70 в поле зрения). Относительная плотность мочи – 1007.

Констатированы умеренное повышение уровня креатинина в сыворотке крови (1,6 – 2,1 мг/дл), гиперкалиемия (максимально до 62 мэкв/л).

Микрогематурия, умеренная гиперкреатининемия и снижение относительной плотности мочи были расценены как проявление поражения почечного тубулоинтерстиция, что подтверждали результаты пробы Зимницкого (никтурия и изостенурия). Не противоречила предложению о преимущественно тубулоинтерстициальной нефропатии и гиперкалиемия, выраженность которой не вполне соответствовала степени почечной недостаточности.

При УЗИ и КТ почек отмечены уменьшение обеих почек, неровность их контуров, кальцинаты, кисты. Выявлена также аневризма брюшной аорты с переходом на бифуркацию; стеноз почечных артерий отсутствовал.

Этиология поражения требовала уточнения. При детальном рассмотрении анамнеза выявлен длительный стаж (30 лет) бесконтрольного приема неопиоидных анальгетиков; суммарная их доза составила около 30 кг. За время пребывания в клинике на фоне полной отмены этих препаратов удалось добиться нормализации сывороточной концентрации калия, уровень креатинина не нарастал.

Каков предварительный диагноз? Что относится к критериям «большого» анальгетического синдрома?

Каков механизм поражения почечного тубулоинтерстиция при воздействии неопиоидными анальгетиками и НПВП?

Каковы предрасполагающие факторы к ухудшению функции почек под действием неопиоидных анальгетиков?

Какие данные подтверждают предположение об анальгетической нефропатии?

Какова тактика лечения анальгетической нефропатии?

### **Задача № 13. Раздел 3. Ревматология**

У больного П., 55 лет, длительно страдающего болезнью Бехтерева в последний месяц резко ухудшилось общее самочувствие, усилилась общая

слабость, появились отеки на нижних конечностях. Ухудшился аппетит, сон, усилились головные боли.

Объективно: кожа бледная, пастозность лица, отеки на ногах, бедрах. Дыхание в легких везикулярное, ослабленное с обеих сторон. Тоны сердца ритмичные 1 тон = 2 тон, акцент 2 тона над аортой. АД 170/100 мм рт.ст. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см.

Анализ мочи: удельный вес - 1020, белок 15 г/л, лейкоциты 2-3 в поле зрения, эритроциты - 3-4 в поле зрения, гиалиновые цилиндры 4-5 в поле зрения, восковидные цилиндры - 2-3 в поле зрения.

1. Какое осложнение предполагается у больного?

2. Что послужило причиной развития данного синдрома.

Какие методы обследования явились наиболее информативными при постановке окончательного диагноза?

Какие дополнительные методы исследования необходимо провести.

Предложите терапию данного больного.

#### **Задача № 14. Раздел 3. Ревматология**

Больная П., 54 года, продавщица в плановом порядке поступила в терапевтическое отделение дневного стационара с жалобами на боли в плечевых, локтевых, коленных, голеностопных суставах. Боли по характеру ломящие, тупые, умеренные, имеется небольшая отечность. При ходьбе иногда имеется ощущение инородного тела в суставе, хруст. Так же присутствуют боли в поясничном отделе позвоночника при нагрузках, без иррадиации, ломящие, тупые. Периодические головные боли в затылочной области при повышении АД.

По данным анамнеза, болеет около 5 лет, заболевание началось с появлением болей в коленных суставах, затем присоединились боли в голеностопных, плечевых, локтевых, а потом и в мелких суставах кистей рук. Лечится регулярно с эффектом. Ухудшение в течение 1 месяца. АД повышается до 160-170/110 мм рт.ст., гипотензивные препараты принимает нерегулярно. Была в контакте с больным туберкулезом на работе.

При физикальном обследовании выявлено: больная избыточного питания, болезненность при пальпации крупных суставов верхних и нижних конечностей, деформация, небольшая отечность, цвет кожных покровов в области суставов обычный. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца в норме. Тоны сердца ритмичные приглушены 1 тон, акцент II тона на аорте, АД = 160/100 мм рт.ст., ЧСС = 86 в мин. Анализы крови и мочи без патологии, на ЭКГ - гипертрофия левого желудочка. По данным рентгенографии признаки остеоартроза коленных, голеностопных суставов I ст.

За время лечения появились боли в эпигастрии через 30 мин после еды, ощущение тяжести в желудке.

Предварительный диагноз



Назначьте лечение

Какие дополнительные обследования необходимо провести.

### **Задача № 15. Раздел 3. Ревматология.**

На приеме у участкового терапевта больной Б., 57 лет, с жалобами на общую слабость, головокружение, ноющие боли в левом коленном суставе, усиливающиеся при физической нагрузке, дискомфорт в области желудка.

Известно, что 5 дней назад была тошнота, кал черного цвета трехкратно. Ноющие боли в суставе беспокоят в течение 10 дней. Самостоятельно принимал анальгин, найз многократно. Находится на диспансерном учете по поводу язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.

Объективно: Повышенного питания. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ритмичные, слабый систолический шум в I точке, АД-110/70 мм. рт.ст, ЧСС 86 в 1 минуту. Живот мягкий, чувствительный в эпигастрии.

St. lokalis: левый коленный сустав увеличен в объеме, гиперемизированы кожные покровы над ним, горячий, болезненный при пальпации.

Анализ крови: Нв-86 г/л, лейкоциты -  $9,4 \times 10^9$ /л, СРБ-0, мочевиная кислота - 0,8 ммоль/л.

Предварительный диагноз

Перечень необходимых исследований

Лечение

### **Задача № 17. Раздел 3. Ревматология.**

Больная У., 65 лет, поступила в клинику с жалобами на боли в мелких суставах кистей и стоп, боли в области правой лопатки при движениях и в покое, утреннюю скованность до 40 -60 мин., онемение кончиков пальцев. Зябкость кистей, периодическое повышение температуры тела до 37,5 °С, общую слабость, недомогание. Диагноз был установлен более 6 лет тому назад, терапия включала прием нестероидного противовоспалительного препарата (НПВП) и далагила. В последние 1,5 года перед госпитализацией в анализах крови постоянно выявлялась высокая скорость оседания эритроцитов (СОЭ – 50 -70 мм/час. Госпитализирована в связи с ухудшением общего состояния, в ходе обследования впервые в сыворотке крови обнаружены парапротеины. При объективном осмотре в клинике отмечались: отечность и болезненность при пальпации мелких суставов кистей и плюснефаланговых суставов стоп, ульнарная девиация, а также болезненность при сдавливании грудной клетки в передне-заднем направлении.

При исследовании периферической крови отмечались: умеренная нормохромная анемия, лимфоцитоз (56,5%), повышение СОЭ (68 мм/час). В

моче был выявлен белок Бенс-Джонса. В биохимическом анализе крови – увеличение содержания креатинина (0,14 ммоль/л), снижение концентрации сывороточного железа (8,8 ммоль/л), общий белок -73 г/л. Уровень сиаловых кислот составлял 2,7 ммоль/л, СРБ (+++). ЦИК – 51 ед., ревматоидный фактор отриц., IgA – 2,5 г/л, IgG 58,0 г/л, IgM -1,2 г/л. В протеинограмме был обнаружен парапротеин на фоне значительного увеличения содержания гаммаглобулинов (49,8%). При типировании парапротеина методом иммуноэлектрофореза был выявлен парапротеин IgG тип К (каппа).

В миелограмме отмечалось сужение миелоидного и эритроидного ростков гемопоэза на фоне значительного увеличения количества плазматических клеток (56,4%) с выраженным морфологическим атипизмом. Гистологическое исследование трепаната костной ткани из гребня подвздошной кости показало плазмноклеточный вариант миеломы. На рентгенограммах кистей и стоп: изменения, характерные для IV стадии ревматоидного артрита. На рентгенограммах черепа – остеопороз, участки деструкции костной ткани различных размеров (от 8 до 15 мм), мелкие очаги деструкции в костях лицевого черепа. При рентгенографии грудной клетки определялись – выраженный остеопороз ребер мелкими очагами деструкции и поперечный патологический перелом заднего отдела IV ребра слева.

Сформулируйте диагноз.

Какое исследование является наиболее информативным для постановки диагноза?

Какие изменения характерны для IV рентгенологической стадии ревматоидного артрита? Лечение.

### **Задача № 18. Раздел 3. Ревматология**

Больная О., 31 года, поступила в стационар по поводу желтухи. Жалоб: беспокоят «летучие» боли в суставах верхних конечностей, одышка при ходьбе. Появление желтухи связывает с длительным пребыванием на солнце. Раньше также отмечала плохую переносимость инсоляции, на лице появлялся стойкий румянец. Похудела на 10 кг за последний год.

Объективно: состояние средней степени тяжести, температура тела 38°C. Астеническая конституция. Кожные покровы и слизистые оболочки иктеричны. Пальпируются подчелюстные, подмышечные лимфоузлы диаметром 1-1,5 см, подвижные безболезненные. Суставы внешне не изменены. В легких дыхание жесткое, в правой подлопаточной области несколько ослаблено. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 102 уд/мин. АД 140/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, слегка болезненный при пальпации левого подреберья. Печень не выступает из-под реберной дуги. Пальпируется нижний полюс селезенки, размеры 8\*12 см.

Обследование: анализ крови: НЬ – 110 г/л, лейкоциты –  $3,2 \cdot 10^9$  /л, Э. – 2%, п/я – 6%, с/я – 72%, лимфоциты 18%, моноциты 2%, ретикулоциты – 20 %, тромбоциты  $110 \cdot 10^9$  /л, СОЭ – 56 мм/час.

- Анализ мочи: удельный вес – 1015, белок 0,132 г/л, лейкоциты – 5-6 в п/зр, единичные эритроциты.
  - непрямой билирубин – 32 мкмоль/л, прямой – 5 мкмоль/л.
  - LE клетки(+), ревматоидный фактор отрицательный, проба Кумбса положительная.
  - рентген грудной клетки: гомогенная тень в правом плевродиафрагмальном синусе.
1. Сформулируйте диагноз.
  2. Назначьте лечение.

### **Задача № 19. Раздел 3. Ревматология**

Больной 30 лет, поступил в ревматологическое отделение областного центра с жалобами на пятнистые высыпания на кистях, редкое повышение температуры до субфебрильных цифр, периодические ноющие боли коленных и локтевых суставов без покраснения и припухлости. Подобные жалобы в течение 1 месяца.

Объективно: состояние удовлетворительное, на коже кистей мелкопятнистые высыпания, походка не изменена, суставы без видимых изменений, безболезненные при пальпации, движение в них удовлетворительное. Дыхание везикулярное, без хрипов. ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ритмичные, шумов нет. АД 120/80 мм.рт.ст. ЧСС – 80 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный.

Лабораторные данные: эр.  $4,1 \cdot 10^{12}/л$ , НБ 110 г/л, лейкоц.  $3,5 \cdot 10^9/л$ , тр. –  $110 \cdot 10^9/л$ , СОЭ 35 мм/ч, LE клетки – большое количество в поле зрения (3хкратное увеличение). Иммунограмма: ЦИК больше 3.5 ЕД (резко повышен), титр комплемента – 0. IgA – 3,1 г/л, IgM -1,2 г/л, IgG 30 г/л, СРБ – 6,4 нг/мл., антитела к ДНК – положительные, АНФ – мелкозернистое свечение 1:1024 (резкое положительное).

Утром больной жалуется на резкую слабость в правой руке, невозможность активных движений, отсутствие чувствительности в ней. Был проконсультирован неврологом. Проведено КТ головного мозга. Выявлено ОНМК в левой гемисфере по ишемическому типу с геморрагическим компонентом. Назначено лечение: глутамин, реополиглюкин. Через 5 дней отмечает слабость в левой руке. Отсутствие движений в ней. Больной находится в сопоре.

Предположите основной диагноз.

Дополнительные исследования.

лечение основного заболевания.

Какое развилось осложнение?

Лечение осложнения.

### **Задача № 20. Раздел 3. Ревматология**

Больная Т., 42 лет, поступила в стационар с жалобами на утреннюю скованность, которая продолжается 1,5-2 часа, боли и отёчность в суставах кистей рук и стоп ног, коленных суставах обеих ног, общую слабость, быструю утомляемость, субфебрилитет в течение 3-4 последних месяцев.

Больной себя считает около 15 лет, когда впервые появились боли в проксимальных межфаланговых суставах кистей рук. После проведённого лечения наступила ремиссия в течение 7 лет. В дальнейшем в процесс вовлекались новые суставы, усилилась боль, увеличилась утренняя скованность.

В последние 8 лет стойкой ремиссии не наступает, появилась деформация по типу «бутоньерки» - ульнарная девиация проксимальных межфаланговых суставов, вальгусная деформация 1 пальца стопы обеих ног.

При объективном обследовании отмечается бледность кожных покровов, кожа на кистях истончена, атрофия межкостных мышц, наблюдается стойкая деформация суставов, кожа над ними теплая, гиперемизированная. Над легкими дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, 1 тон приглушен, шумов, акцентов нет. АД 130/80 мм рт. ст. Пульс - 80 уд./мин. Живот мягкий б/б. Печень не увеличена. Отёков нет. С-м Пастернацкого отрицательный.

Анализ крови: Нв-120г/л., лейкоц.-12\* 10<sup>9</sup>/л., СОЭ-57мм/ч., фибр.-6г/л., СРБ (+++), ревматоидный фактор (титр 1/32), повышен уровень Ig M.

Rg кистей- диффузный остеопороз, уплотнение и утолщение периартикулярных тканей, сужение суставных щелей, эрозии на суставных поверхностях фаланг и головках пястных костей, подвывихи суставов кистей. Оформить клинический диагноз.

Перечислите возможные поражения органов и систем при данной патологии.

Перечислите характерные изменения данной патологии, описанные на рентгенограмме.

Назначить лечение.

### **Задача № 21. Раздел 3. Ревматология**

БОЛЬНАЯ Ф., 1932 г.р., наблюдается с диагнозом «системная склеродермия». Дебют заболевания характеризовался появлением синдрома Рейно с трофическими изменениями кожи кистей (изъязвления), постепенным развитием уплотнения, индурации кожного покрова и периартикулярных тканей с образованием симметричных сгибательных контрактур суставов 3,4 и 5-го пальцев обеих кистей. При проведении сцинтиграфии миокарда выявлено склеродермическое поражение сердца-очаговый фиброз. Проводимое лечение Д-пеницилламином с постепенным наращиванием дозы до 1,5 г/сут не привело к замедлению прогрессирования болезни. При плановой госпитализации через 2 года в отд. нефрологии и ревматологии выявлена явная отрицательная динамика - появление маскообразности лица, «кисетного» рта, ухудшение внутрижелудочковой

проводимости миокарда, снижение ЖЕЛ на 26% по сравнению с предыдущими данными. В последующем стали нарастать боли в мелких суставах кистей и стоп локтевых, лучезапястных, плечевых суставах, ухудшилась переносимость холода. Через 2 года пациентка отметила повышение температуры тела до фебрильной, появление выраженных болей в животе, нарушение моторики кишечника, вплоть до частичной кишечной непроходимости. Нарастали явления суставного синдрома, появилась утренняя скованность. Рентгенологически - классические изменения, характерные для серопозитивного эрозивного полиартрита (РА). Все это послужило основанием для пересмотра диагноза и лечения, т.к. прогрессировал не только суставной процесс, но системная склеродермия (поражение сердца, легких, особенно нарастали явления базального склероза, пищевода). Д-пенициллин, как базисная терапия, оказался не эффективным (дозу его снижали постепенно). Симптоматическая терапия (антагонисты кальция, трентал и др.) - оставлена. Был поставлен диагноз перекрестного синдрома: сочетание диффузной склеродермии и ревматоидного полиартрита.

1 Сформулируйте развернутый клинический диагноз.

2. Составьте план обследования для больных с системной склеродермией

3. Какие препараты можно назначить данной больной для проведения базисной терапии вместо неэффективного в этом случае Д-пенициллина.

### **Задача № 22. Раздел 3. Ревматология**

Мужчина 25 лет жалуется на боли в поясничной области, области крестца, ягодиц, ахилловом сухожилии, проходящие после упражнений, массажа. Боли беспокоят в течение 3 лет, причём интенсивность их постепенно увеличивается. По словам больного, его отец страдал заболеваниями суставов. Объективно: температура тела 36,7°C. Лимфоузлы не увеличены. Дыхание - везикулярное, хрипов нет. ССС - тоны ритмичные, шумов нет. ЧСС 68 в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. Живот - мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания. Печень и селезёнка - без патологии. Физиологические отправления не нарушены. При исследовании ахиллова сухожилия и возникли спонтанные боли.

ОАК: Нб- 120 г/л, Лейкоциты -  $7,0 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ - 36 мм/ч. ОАМ: лейкоциты 5-6 в п/зр.

Рентгенография крестцово-подвздошных сочленений: симметричное эрозирование суставных поверхностей, сужение суставных щелей. В поясничном отделе позвоночника - тонкие линейные остеофиты.

Ваш предварительный диагноз. Какие лабораторно-инструментальные данные позволят подтвердить диагноз?

Определите тактику ведения и лечения больного.

## **Раздел 4. ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ**

### **Задача № 1. Раздел 4. Гастроэнтерология**

У 42-летней больной циррозом печени в течение месяца значительно увеличился в объеме живот, появились признаки энцефалопатии, боли в животе, лихорадка.

Какие положения правильные?

- А. Асцит при циррозе печени не сочетается с плевральным выпотом.
- Б. У 8% больных с асцитом развивается спонтанный бактериальный перитонит.
- В. Методом выбора при лечении асцита является парацентез с удалением не менее 7 л жидкости.
- Г. Для исключения спонтанного бактериального перитонита показан диагностический парацентез в объеме 50 мл.
- Д. В развитии асцита играет роль снижение альбумина в сыворотке крови.

### **Задача № 2. Раздел 4. Гастроэнтерология**

54-летней больной с язвенной болезнью, длительно принимающий альмагель, жалуется на боли в костях и прогрессирующую мышечную слабость.

Наиболее вероятная причина патологических симптомов?

- А. Синдром нарушенного всасывания.
- Б. Малигнизация язвы.
- В. Остеомаляция, вызванная алюминием.
- Г. Гипофосфатемия.
- Д. Интоксикация алюминием.

### **Задача № 3. Раздел 4. Гастроэнтерология**

35-летняя женщина обратилась в клинику с жалобами на интенсивный кожный зуд. В крови – повышение активности щелочной фосфатазы в 8 раз, и аминотрансфераз в 2 раза. При биопсии печени выявлена лимфогистиоцитарная инфильтрация портальных трактов преимущественно вокруг желчных протоков, пролиферация эпителия желчных протоков, немногочисленные эпителиоидно-клеточные гранулемы рядом с измененными желчными протоками.

О каком заболевании идет речь? Какие положения, касающиеся данного заболевания, правильные?

- А. Характерно повышение Ig M сыворотки крови.
- Б. Может сочетаться с системной склеродермией.
- В. Показано назначение Д-пенициллина.
- Г. Частота обнаружения антител к тиреоглобулину выше, чем в популяции.
- Д. Часто сопровождается развитием ретроперитонеального фиброза.

#### **Задача № 4. Раздел 4. Гастроэнтерология**

У 22-летней женщины в анамнезе НЯК, диагностированный в возрасте 10 лет. Периодически наступают обострения, по поводу которых она получает 2 курса лечения гормонами. В данный момент отмечает появление свежей крови в кале и периодически возникающие спастические боли, анорексию, слабость, падение веса, субфебрилитет. Лечение в данный момент не получает. Об-но: пониженного питания, кожа и слизистые бледные, сухие, в легких, сердце – без патологии. Живот мягкий, болезнен в левой подвздошной области, сигма спазмирована, болезненна, малоподвижна. Печень не увеличена. Отеков нет. Лаб данные: Нв – 107 г/л, эр – 12,2 10, СОЭ – 28 мм/ч.

1. Какие методы исследования необходимо выполнить?
2. С какого метода исследования следует начать инструментальное обследование?  
А. ректоскопия,  
Б. ирригоскопия,  
В. выполнить оба исследования,  
Г. провести какое-либо другое исследование.
3. При эндоскопии выявлено поражение прямой и сигмовидной кишки, отмечалась «зернистость» и ранимость СО, нессливающиеся поверхностные неправильные изъязвления, покрытые слизью, фибрином и гноем.  
О какой степени тяжести идет речь? Назначьте лечение.

#### **Задача № 5. Раздел 4. Гастроэнтерология**

Больная 50 лет. В течение недели лечится амбулаторно по поводу обострения ХНК. Со вчерашнего дня отмечает ухудшение самочувствия: поднялась температура до 39, появился озноб, кожный зуд, желтуха. Объективно: повышенного питания, кожные покровы и склеры желтушны. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот вздут, участвует в дыхании, болезнен в правом подреберье. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги, край ровный, болезненна. Пузырные симптомы положительны. Лейкоцитоз 11500.

- А) Ваш диагноз?
- Б) Какова врачебная тактика в отношении данной пациентки?

#### **Задача № 6. Раздел 4. Гастроэнтерология**

52-летний мужчина, длительно злоупотребляющий алкоголем, госпитализирован в связи с развитием напряженного асцита, исхуданием, непостоянными болями в животе. Каковы причины асцита у больного?

- А. Псевдокистоз поджелудочной железы.
- Б. Тромбоз селезеночной вены.
- В. Острый алкогольный гепатит.
- Г. Алкогольный цирроз печени с портальной гипертензией.

Д. Цирроз-рак печени.

#### **Задача № 7. Раздел 4. Гастроэнтерология**

У здорового 20-летнего мужчины внезапно появилась диарея с примесью крови, схваткообразные боли и субфебрильная лихорадка. Через 5 дней симптомы спонтанно исчезли и больше не возобновлялись.

Какова наиболее вероятная причина диареи? Проведите дифференциальный диагноз.

- А – язвенный колит
- Б – злоупотребление слабительными
- В – псевдомембранозный колит
- Г – вирусный гастроэнтерит
- Д - инфекция *Campylobacter*
- Е – ишемический колит

#### **Задача № 8. Раздел 4. Гастроэнтерология**

Пациентка С., 60 лет. На протяжении нескольких лет лечилась в поликлинике по поводу одышки и сердечной аритмии с диагнозом ИБС, аритмический вариант, ХСН 1. Одышка и перебои в сердце, как правило, отмечались после натуживания, при наклоне туловища и в горизонтальном положении. Интенсивная терапия сердечными средствами (верапамил, эгилок, гипотиазид, нитраты) оказалась малоэффективной. Объективно при поступлении: пульс 88 уд/мин, хорошего наполнения, экстрасистолия, ЧСС 84, частота дыхания 18 уд/мин, АД 160/90 мм рт.ст. Расширение границы сердца на 1 см влево от срединно-ключичной линии, тоны сердца глухие. Со стороны легких и органов брюшной полости – без патологических изменений. На ЭКГ – блокада правой ножки пучка Гиса, одиночные суправентрикулярные экстрасистолы. Анализы крови и мочи без патологических изменений.

Каковы, по Вашему мнению, причины одышки? Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза? Ваш диагноз?

Рентгенологически обнаружена скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, некоторое смещение органов средостения.

#### **Задача № 9. Раздел 4. Гастроэнтерология**

Пациентка Н., 35 лет, поступила в хирургическое отделение с диагнозом «острый живот», с жалобами на резкие боли в верхней половине живота. За неделю до этого отмечалась высокая температура тела, боли и припухлость коленных суставов и кожные высыпания на бедрах типа кровоизлияний. В прошлом часто болела ангиной. На ягодицах и бедрах – мелкоточечная сыпь геморрагического характера. Температура тела 37,1 0С, пульс – 88 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 120/85 мм рт.ст., со стороны сердца и легких без особенностей. Язык чистый, влажный. Живот



умеренно вздут, участвует в акте дыхания, болезненный при пальпации в подложечной области, отмечается небольшая ригидность брюшной стенки в эпигастральной области, исчезающая при глубокой пальпации, симптом Щеткина – Блюмберга отсутствует. Симптом Кончаловского положительный. Лейкоцитоз 11500, СОЭ 23 мм/ч. В моче обнаружены: белок 0,33% и эритроциты 10-20 в поле зрения.

Ваш диагноз? Проведите дифференциальный диагноз. Каковы показания для оперативного лечения? Назначьте лечение.

#### **Задача № 10. Раздел 4. Гастроэнтерология**

Больная 45 лет жалуется на умеренные боли в эпигастрии без связи с приемом пищи, изжогу, тошноту, рвоту 2-3 раза в неделю съеденной пищей. Астении, похудания не отмечает, стул оформленный, регулярный, обычной окраски. Больной себя считает в течение 5 лет: боли беспокоили изредка, не обследовалась. В течение последнего месяца боли усилились, обратилась в поликлинику. Об-но: правильного телосложения, умеренного питания. Периф. лимфоузлы не увеличены. Со стороны легких и сердца б/о. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, болезнен слегка а эпигастрии, пилородуоденальной области. Печень не увеличена. Отеков нет. Анализ крови: Нв – 125 г/л, эр – 4,5 10 /л, ц.п. – 0,9, лейкоц. – 8,6 10 /л, СОЭ 25 мм/ч. Рентгеноскопия желудка: желудок содержит большое количество слизи и жидкости, в дистальном отделе – дефект наполнения, в 12-пк – дефект наполнения 3,0×2,5см. Заключение – экзофитный рак дистального отдела желудка. При ФГДС диагноз подтверждается (рак выходного отдела желудка с распадом).

Ваш диагноз? Какие исследования необходимо провести дополнительно для подтверждения диагноза?

#### **Задача № 11. Раздел 4. Гастроэнтерология**

Больной Н. 78 лет доставлен СМП в приёмный покой дежурной хирургии с диагнозом острый панкреатит.

Больной предъявляет жалобы на боли в области эпигастрия, левого подреберья, вздутие живота, тошноту, многократную рвоту.

Из анамнеза известно, что боли возникли 2 часа назад после эмоционального потрясения. Более 5 лет назад перенёс инфаркт миокарда. Наблюдается у терапевта по поводу ИБС, стабильной стенокардии напряжения, артериальной гипертонии.

При осмотре врачом отмечены выраженная одышка, акроцианоз, цианоз носогубного треугольника, дыхание жёсткое, хрипов нет, ЧДД 25, тоны сердца приглушены, ритмичные, АД 150/90 мм рт. ст., Ps 110, резкие боли в эпигастрии, живот мягкий, симптомов раздражения брюшины нет. Боли с иррадиацией в левую верхнюю конечность. Язык влажный, чистый.

Общий анализ крови: Hb – 110г/л, эритроциты  $3.5 \times 10^{12}/л$ ; лейкоциты  $12 \times 10^9/л$ ; СОЭ 35мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность 1012, белок 0г/л; диастаза 64Ед.

Предварительный диагноз

Дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза

Дальнейшая тактика

С какими заболеваниями необходимо провести диф. диагностику?

#### **Задача № 12. Раздел 4. Гастроэнтерология**

Больному 35 лет. Жалуется на жгучие боли в нижней трети грудины и в области сердца без иррадиации, возникающие по ночам, при физической нагрузке, при наклонах туловища вперед. Направлен с предварительным диагнозом: ИБС. Впервые возникшая стенокардия. Считает себя больным в течение месяца. работает грузчиком, наследственность не отягощена.

Объективно: больной астенического телосложения, кожные покровы физиологической окраски, дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет, чсс 68 в минуту, А/Д 110/70 мм рт ст, живот мягкий, безболезненный, печень, селезенка не увеличены. отеков нет.

Больному были назначены нитросорбид, эгилек, тромбо-асс, энам. На фоне проводимой терапии сохранялись вышеописанные симптомы. Проведено обследование:

ЭКГ: ритм синусовый с чсс 68 в минуту, положение электрической оси вертикальное

Полный анализ крови Hb 135 г/л, E $\gamma$   $4,2 \times 10^{12}/л$ , Le  $6,8 \times 10^9/л$ , СОЭ 5 мм/ч, АСТ 17ед/л, АЛТ 19ед/л, КФК-МВ 4,5ед/л

Холтеровское мониторирование: ритм синусовый с чсс 62-88 уд в мин., одиночная суправентрикулярная экстрасистолия (всего за сутки 20) ишемических изменений ST-T за время наблюдения не зарегистрировано.

Велоэргометрия: проба отрицательная, толерантность к физической нагрузке средняя, замедлен восстановительный период по ЧСС.

1. Согласны ли Вы с предварительным диагнозом? Какое заболевание можно предполагать?

2. Какие исследования нужно произвести для подтверждения диагноза? какой тест необходимо произвести?

3. Принципы лечения.

#### **Задача № 13. Раздел 4. Гастроэнтерология**

Женщина 43 года, воспитатель, обратилась к врачу с жалобами на нарушение стула: запор, чередующийся с поносом (стул 3- 4 раза в сутки), ощущение неполного опорожнения кишечника, усиленное газообразование. Беспокоят тупые ноющие боли в мезогастррии, усиливающиеся перед дефекацией и стихающие после нее, подташнивание, неприятный вкус во рту по утрам. Больна в течение 1,5-2 лет; в последние 2 месяца усиление жалоб после

перенесенной ОРВИ, когда принимала большое количество бисептола. К врачу обратилась впервые.

При осмотре состояние удовлетворительное. Больная плотного телосложения. Кожные покровы и слизистые оболочки обычной окраски. Периферические лимфатические узлы и щитовидная железа не увеличены, молочные железы без патологических изменений. Частота дыхания 16 в минуту, дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца и крупных кровеносных сосудов не изменена. Тоны сердца ясные, шумов нет. АД – 110/65 мм. рт. ст., частота сердечных сокращений – 60 в минуту. Живот правильной формы, увеличен в размере за счет подкожно-жировой клетчатки. При пальпации отмечается выраженная болезненность по ходу толстой кишки. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется.

Анализ крови: Нb – 120 г/л; эр. – 4,5 10<sup>12</sup>/л; цв. пок. – 0,97; л. – 8×10<sup>9</sup>/л; п. – 5%, с. – 62%, э. – 1%, лимф. – 27%, мон. – 5%; СОЭ – 12 мм. в час.

Анализ мочи без патологических изменений. В кале большое количество непереваренной клетчатки.

Рентгенография органов грудной клетки: легочные поля прозрачные, очаговых и инфильтративных изменений нет. Корни легких структурны, не расширены. Сердце не увеличено, аорта не расширена.

ЭКГ: патологических изменений нет.

Рентгенологическое исследование желудка: складки слизистой оболочки не утолщены, перистальтика прослеживается по всем отделам. Патологических изменений со стороны луковицы двенадцатиперстной кишки и постбульбарного отдела не выявлено.

Выберите правильные ответы на вопросы:

Наиболее вероятный диагноз?

Варианты: а) язвенная болезнь желудка;

б) хронический холецистит;

в) хронический панкреатит;

г) синдром раздраженного кишечника

Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Варианты: а) эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС);

в) УЗИ органов брюшной полости;

г) копрология

Какова причина развития основного заболевания?

Варианты: а) инфекция;

б) нарушение питания;

в) интоксикация;

г) аллергия;

д) лекарственные злоупотребления.

#### **Задача № 14. Раздел 4. Гастроэнтерология**

Больная 75 лет поступила с жалобами на боли в правой подвздошной области, лихорадку. Указанные нарушения отмечает на протяжении 3 недель. Боли постепенно усиливались. С момента возникновения болезни наблюдались подъемы температуры до 40° С. Состояние удовлетворительное. Умеренная бледность кожи и конъюнктив. Периферических отеков нет. Лимфатические узлы не увеличены, безболезненны, не спаяны с окружающими тканями. Движения в правом тазобедренном суставе ограничены, болезненны. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в акте дыхания. Пальпация безболезненна. Над легкими перкуторный звук ясный. Дыхание везикулярное; справа в нижнезаднем отделе небольшое количество незвонких влажных мелкопузырчатых хрипов. Верхушечный и сердечный толчки не усилены. Левая граница сердца перкуторно определяется по левой срединно-ключичной линии, правая и верхняя границы сердца не изменены. Тоны сердца глухие, ритм правильный, частота – 96 в минуту, слабый систолический шум на верхушке сердца и аорте. АД – 160/70 мм. рт. ст. Пульс – 96 в минуту, ритмичный, полный. Язык влажный, слегка обложен по краям белым налетом, слизистая оболочка зева, миндалины без особенностей. Живот правильной конфигурации, равномерно участвует в акте дыхания. Перкуторный звук тимпанический. "Шум плеска" не определяется. Кишечные шумы выслушиваются. Пальпация живота безболезненна. Печень и селезенка не пальпируются. Газы отходят свободно. Частые запоры. Симптом Пастернацкого отрицателен. Дизурических явлений нет. Осмотр гинеколога и уролога: патологии не обнаружено.

Анализ крови: Hb – 106 г/л, л. – 5,8×10<sup>9</sup>/л, э. – 0%, б. – 0%, п. – 10%, с. – 73%, лимф. – 13%, мон. – 4%, СОЭ – 65 мм/ч. Выявлена слабая токсическая зернистость нейтрофилов.

Анализ мочи: белок – 0,165 ‰; гиалиновые и зернистые цилиндры – 1-2 в поле зрения.

Рентгенологические данные: легкие эмфизематозны. Легочные поля прозрачны, корни легких структурны, не расширены; функция и положение диафрагмы не изменены; синусы свободны; сердце и аорта в пределах возрастных особенностей; свободного газа в брюшной полости не выявлено; при исследовании толстой кишки с использованием бария обнаружен дивертикулез ее левых отделов.

Ректороманоскопия: патологии не найдено.

УЗИ органов брюшной полости и забрюш.пространства: патологии не отмечено.

ЭКГ. AQRS=0°. Ритм синусовый правильный. Частота сокращений – 110 в минуту. PQ=14"; QRS=0,08"; QT=0,25" (норма – 0,28"). Зубец Р без особенностей. QRSIII низковольтный, расщепленный. Сегмент STV4 опущен на 3 мм., сегмент STV5 – на 2мм., сегмент STV6 – на 1мм. Зубцы TI, aVL,

V4-6 отрицательные, симметричные, глубокие, заостренные. На ЭКГ, снятой через 6 суток, опущение сегментов STV4, 5 стало более значительным (STV4- на 10 мм, STV5- на 5 мм), появился отрицательный зубец TV3, зубцы TV4-6 стали более глубокими и заостренными.

Через 10 суток после поступления на уровне гребня правой подвздошной кости по ходу паховой связки стала определяться болезненная припухлость с размерами 7-4-4 см. УЗИ этого образования привело к заключению о наличии инфильтрата с размягчением. Высказано предположение об абсцессе. Под местной анестезией произведена пункция патологического образования. В пунктате оказался гной. Абсцесс вскрыт. Удалено около 500 мл. гноя.

Операционный диагноз: абсцесс правой подвздошной области, имеющий забрюшинную локализацию; по-видимому, абсцесс является нагноившейся гематомой, возникшей на почве травмы. Послеоперационный период протекал без осложнений. Исчез палочкоядерный сдвиг. В моче перестали выявляться цилиндры.

На ЭКГ, снятой через 2 суток после вскрытия абсцесса, изменилась форма отрицательных зубцов T1, aVL, V4-6: исчезла заостренность зубцов TV4-6, все зубцы стали несимметричными. Однако на этой ЭКГ и на ЭКГ, снятой спустя еще 11 суток, сохранялось значительное опущение сегмента STV4-6.

Выберите правильные ответы на вопросы, относящиеся к изменениям ЭКГ.

Наиболее вероятный диагноз?

Варианты: а) ИБС; острый мелкоочаговый инфаркт миокарда переднебоковой стенки левого желудочка;

б) дистрофия миокарда с некоронарогенной Т-негативностью, обусловленной токсическими воздействиями на миокард;

в) дистрофия миокарда с некоронарогенной Т-негативностью, обусловленной рефлекторными воздействиями на миокард;

г) эндомиокардит.

Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Варианты: а) эхокардиографию;

б) динамическое ЭКГ-наблюдение, тропонины, КФК-МВ.

в) прекардиальное картирование;

г) динамическое наблюдение за активностью трансаминаз сыворотки крови.

Каковы причины развития изменений ЭКГ?

Варианты: а) экстракардиальные рефлекторные влияния на миокард;

б) тромбоз коронарных сосудов;

в) нарушение электролитного обмена миокарда;

г) ишемизирующее влияние на миокард повышенных доз катехоламинов.

#### **Задача №15. Раздел 4. Гастроэнтерология**

Больной К., 45 лет. В течение 12 лет страдает язвенной болезнью желудка. По поводу рецидива заболевания лечится в терапевтическом отделении. При осмотре предъявляет жалобы на интенсивные, постоянные боли в эпигастральной области, иррадиирующие в спину, тошноту, рвоту, повышение температуры тела. Применение обезболивающих средств (холинолитиков, спазмолитиков, анальгетиков) без эффекта.

О каком осложнении нужно думать?

Необходимые исследования для подтверждения диагноза?

Тактика ведения пациента?

#### **Задача № 16. Раздел 4. Гастроэнтерология**

Больная Р., бухгалтер. Предъявляет жалобы на периодические ноющие, распирающие боли в правом подреберье. Эпизодически отмечает горечь во рту, запоры. При объективном обследовании больная повышенного питания, отмечается субиктеричность склер, температура тела нормальная. Живот мягкий, болезненный при пальпации в проекции желчного пузыря.

Предполагаемый диагноз?

Какие инструментальные исследования необходимы для уточнения диагноза?

#### **Задача № 17. Раздел 4. Гастроэнтерология**

Больная Ч., 43 года. Обратилась на прием к участковому терапевту поликлиники. Предъявляет жалобы на кашицеобразный жидкий стул (5-6 раз в сутки), ощущение урчания, переливания и вздутия живота, на боли ноющего характера, преимущественно в околопупочной области и левом подреберье, усиливающиеся через час после еды. Кроме того, больная отмечает снижение трудоспособности, похудание, раздражительность, ломкость ногтей и выпадение волос, повышение температуры тела до 37,5° С. В копрограмме – стеаторея. Диастаза мочи в норме. Больная проконсультирована инфекционистом: инфекционное заболевание исключено.

Предполагаемый диагноз? Кратко обоснуйте диагноз.

Тактика дальнейшего ведения больной?

#### **Задача № 18. Раздел 4. Гастроэнтерология**

Больной С., 50 лет. Год назад перенес резекцию желудка (Бильрот-2) по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной стенозом. Спустя 3 месяца после операции больной стал отмечать после еды (примерно через 30 минут), особенно после приема молочных и сладких продуктов, резкую слабость, потливость, сердцебиение, головокружение. Кроме того, больной предъявляет жалобы на частый жидкий стул (3-4 раза в сутки).

Предполагаемый диагноз?  
Необходимые диагностические исследования?  
Лечебные мероприятия?

#### **Задача № 19. Раздел 4. Гастроэнтерология**

Больной Н., 46 лет. После приема алкоголя и калорийной пищи возникли острые боли в верхней половине живота, метеоризм, рвота без примеси желчи и не приносящая облегчения, задержка газов и стула, повысилась температура тела до 38° С. При аускультации шумы кишечной перистальтики отсутствуют.

Наиболее вероятный диагноз?

Какое инструментальное исследование необходимо выполнить в первую очередь?

Тактика ведения пациента?

#### **Задача № 20. Раздел 4. Гастроэнтерология**

У больного 48-ми лет, в течение 6 месяцев наблюдалась волнообразная лихорадка: температура вечером повышалась до фебрильных цифр с ознобом. В прошлом много злоупотреблял алкоголем. Состояние больного прогрессивно ухудшалось: развилась резкая слабость, похудел на 14 кг, появился асцит, не поддающийся действию диуретиков, боли в области печени.

Объективно: бледность кожных покровов, гепатомегалия, болезненность печени при пальпации, неоднородность печеночной ткани, неровный край. В крови: лейкоциты –  $3 \cdot 10^9$  /л., СОЭ – 80 мм./час, билирубин – 34 мкмоль/л., АЛТ – норма, ЩФ – 520 еД/л., обнаружены LE-клетки.

Предварительный диагноз?

Диагностические мероприятия?

С чем нужно дифференцировать?

## **Раздел 5. НЕФРОЛОГИЯ**

### **Задача №1. Раздел 5. Нефрология**

Беременная женщина обратилась с жалобами на частые болезненные мочеиспускания, выделения из влагалища. В анализе мочи: лейкоциты - до 30 в поле зрения, СОЭ - 35 мм./ч. Проведение других методов исследования не представляется возможным. Обсуждается целесообразность антибактериальной терапии.

Какой из антимикробных препаратов наиболее предпочтителен в данной ситуации?

Варианты:

- а) ципрофлоксацин;
- б) доксилицин;
- в) амоксициллин / клавулановая кислота;
- г) зитромицин;
- д) цефуроксим.

### **Задача № 2. Раздел 5. Нефрология**

У 37-летнего больного хроническим гломерулонефритом, предъявляющего жалобы на слабость, одышку, отеки ног, при обследовании выявлены влажные хрипы в нижних отделах легких, увеличение печени, артериальная гипертония (180/110 мм. рт. ст.). Гемоглобин - 100 г./л., уровень креатинина в крови - 0,35 ммоль/л., калия - 4,8 ммоль/л., клубочковая фильтрация - 30 мл./мин.

Какое утверждение относительно ведения больного правильно?

Варианты:

- а) содержание белка в пище не должно превышать 0,5 г./кг.;
- б) ингибиторы ангиотензинконвертирующего белка (АКФ) для коррекции артериальной гипертонии противопоказаны;
- в) оптимальным гипотензивным средством являются В-блокаторы;
- г) для коррекции анемии показаны препараты железа внутрь; показано лечение гемодиализом.

### **Задача № 3. Раздел 5. Нефрология**

Какое (какие) утверждение относительно хронического пиелонефрита (ХП) неверно?

Варианты:

- 1) низкий удельный вес мочи при обострениях свидетельствует о наличии почечной недостаточности;
- 2) выделение из мочи микробной культуры в сомнительных случаях свидетельствуют о наличии ХП;
- 3) компьютерная томография не имеет существенных преимуществ перед ультразвуковым исследованием (УЗИ) в диагностике ХП;



4) наличие эритроцитов в моче свидетельствуют против ХП.

#### **Задача № 4. Раздел 5. Нефрология**

Больной 45-ти лет, директор автобазы. Длительное время страдает артериальной гипертензией, ожирением. Полгода назад был эпизод артрита правого голеностопного сустава с резчайшей болью, опуханием и покраснением в области сустава, прошедший самостоятельно в течение 5 дней.

Несколько дней назад поехал на охоту, где употреблял большое количество мясной пищи, алкоголя, дважды посещал сауну. На 3-й день пребывания в отъезде состояние внезапно резко ухудшилось: появились тошнота, рвота, головная боль, резко снизился диурез, моча имела темную окраску с осадком вида «толченого кирпича». В тяжелом состоянии доставлен в клинику машиной скорой помощи.

При осмотре: ожирение, тофусы в области ушных раковин. В легких дыхание жесткое. Тахикардия до 120 в мин. АД - 220/130 мм. рт. ст. Болезненность при поколачивании по пояснице с обеих сторон. Диурез - 100 мл. в сутки.

Биохимическое исследование крови: общий белок - 85 г./л., альбумины - 55 г./л., креатинин - 1,13 ммоль/л.

Общий анализ мочи: отн. плотность - 1038, белок-следы, лейкоциты - 8-10 в поле зрения, эритроциты 10-15 в поле зрения.

1. Диагноз?

2. Какие факторы способствовали развитию острой почечной недостаточности у больного?

3. Какое исследование необходимо для уточнения диагноза ОПН?

4. Какие лечебные мероприятия необходимо проводить больному?

Вопросы к задаче:

1. Какие факторы могут спровоцировать острую мочекислую блокаду почечных канальцев (ОМБ)?

Варианты:

а) жесткая вегетарианская диета;

б) пребывание в условиях жаркого климата;

в) охлаждение;

г) прием урикозурических средств в высоких дозах;

д) прием пищи, богатой калием.

2. С каким состоянием следует проводить дифференциальный диагноз ОМБ?

Варианты:

а) миоглобинурическая ОПН;

б) острый сосочковый некроз;

в) нефротический криз;

г) острый интерстициальный нефрит;

д) острая сердечная недостаточность.

### **Задача № 5. Раздел 5. Нефрология**

Больная 32 лет, жалуется на отеки в области лица, ног, на животе и спине, беспокоит тошнота, вздутие живота после приема любой пищи, ноющие боли в эпигастральной области.

При объективном обследовании состояние средней степени тяжести, отеки лица, ног, рук, передней брюшной стенки, области поясницы. В легких: дыхание везикулярное ослабленное с обеих сторон. Тоны сердца ритмичные 1 тон = 2 тону, шумов и акцентов нет. Живот мягкий, болезненный в эпигастральной области и зоне Шоффара. В эпигастральной области пальпируется плотное болезненное округлое образование.

Результаты лабораторного исследования: общий белок крови - 35 г/л, альбумины - 20 г/л, холестерин - 8,9 ммоль/л, триглицериды - 3,5 мм/л, В-липопротеиды - 7,2 мм/л.

Анализ мочи: удельный вес - 1022, белок - 12,5 г/л, лейкоциты - 4-6 в поле зрения, эритроциты 2-3 в поле зрения, цилиндры гиалиновые - 2-3 в поле зрения, кристаллы холестерина.

При рентгеноскопии желудка в антральном отделе отсутствует перистальтика, имеется дефект наполнения.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Укажите характерные клинические и лабораторные признаки заболевания.
3. Что послужило причиной заболевания?
4. Какие методы обследования необходимо провести для постановки клинического диагноза. Ваша лечебная тактика.

### **Задача № 6. Раздел 5. Нефрология**

Больная М. 48 лет, предъявляет жалобы на общую слабость, сильную головную боль, ноющие боли в поясничной области, усиливающиеся при движении.

Беспокоит повышение артериального давления. Максимально АД повышалось до 190/110, постоянное – 150/100 мм.рт.ст. Отмечает субфебрилитет до 37,4 оС, появляющийся к вечеру.

Мочеиспускание безболезненное, частое, ночью до 3 раз. Моча визуально светло-желтая, мутная, слегка пениться.

Развитие заболевания: в течение 5 лет страдает хроническим циститом. Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые. В легких дыхание везикулярное. Границы сердца: правая- по правому краю грудины, левая- на 0,5 см снаружи от левой срединно-ключичной линии, верхняя- 3 ребро. Тоны сердца ритмичные, 1 тон > 2, акцент второго тона над аортой. Со стороны органов брюшной полости патологии нет. АД= 160/100 мм.рт.ст, пульс 86 в мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом сотрясения положительный с обеих сторон.

Результаты лабораторного исследования:

Анализ крови: гемоглобин 114 г/л, лейкоциты  $10 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 22 мм/час

Анализ мочи: плотность 1010 г/л, белок 320 мг/л, лейкоциты 10-12 в поле зрения, эритроциты 1-2 в поле зрения, бактерии++.

Анализ мочи по Нечипоренко: эритроциты-1500, лейкоциты- 7500, цилиндры – 0.

1. Ваш предварительный клинический диагноз.
2. Патогенез артериальной гипертензии.
3. Дополнительные методы обследования, подтверждающие диагноз.
4. Определите основные принципы лечения.

### **Задача № 7. Раздел 5. Нефрология**

Больная К., 26 лет, часто страдает простудными заболеваниями. 9 лет назад при диспансеризации обнаружена протеинурия (1-1,5 г/сут), в дальнейшем периодически исчезающая или достигающая 3-3,5 г/сут при простудных заболеваниях. 4 года назад в период увеличения протеинурии появились отеки в области лица, ног, исчезнувшие после диуретической и глюкокортикоидной терапии (проведена пульс-терапия). Месяц назад вновь появились отеки. Принимает преднизолон в дозе 20 мг/сут, энам 5 мг\*2 раза в день

Данные объективного осмотра: Общее состояние ближе к удовлетворительному. Астенического телосложения, нормального питания. Кожа бледная, сухая, отеки лица, брюшной стенки, поясничной области, нижних и верхних конечностей. В легких укорочение перкуторного звука, ослабление дыхания с обеих сторон от уровня 5-6 ребра. Тоны сердца ритмичные, 1 тон равен 2 тону, шумов и акцентов нет. АД = 140/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом сотрясения сомнительный с обеих сторон.

Результаты лабораторного исследования:

Анализ крови: общий белок 42 г/л, альбумины 22 г/л, холестерин 10,9 ммоль/л, триглицериды 2,5 г/л,  $\beta$ -липопротеиды 6,5 г/л, мочевины 5,8 ммоль/л, креатинин 0,18 ммоль/л

Анализ мочи: плотность 1008 г/л, белок 10,6 г/л, лейкоциты 6-8 в поле зрения, эритроциты 4-5 в поле зрения, гиалиновые цилиндры 3-5 в поле зрения, кристаллы холестерина

1. Поставьте предварительный клинический диагноз.
2. Какая форма заболевания у больной.
3. Объясните патогенез развития отеков.
4. Какие дополнительные обследования необходимо провести больной?

### **Задача № 8. Раздел 5. Нефрология**

. Больной П., 47 лет, предъявляет жалобы на тянущую боль в поясничной области, больше справа, пастозность лица, повышение температуры тела до 37,4 оС, учащенное мочеиспускание.

Развитие заболевания: госпитализирован бригадой скорой помощи с жалобами на острую боль в поясничной области, больше справа, с иррадиацией по ходу мочеточника, в паховую область, внутреннюю поверхность бедра. После терапии спазмолитиками на третий день выделилось около 500 мл темной мочи и конкремент черного цвета размерами 0,4\*0,8 см, после чего болевые ощущения уменьшились.

При объективном исследовании: состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, на верхушке 1 тон = 2 тону, шумов и акцентов нет. Со стороны органов пищеварения патологии не выявлено. АД 160/100 мм.рт.ст. ЧСС -88 ударов в минуту. Симптом сотрясения положителен с обеих сторон, больше справа, почки не пальпируются.

Результаты лабораторного исследования: суточный диурез 1200 мл, полный анализ мочи: светлая, реакция мочи щелочная, удельный вес 1010, белок 0,1 г/л, лейкоциты не поддаются подсчету, эритроциты 1-3 в поле зрения.

1. Поставьте предварительный диагноз больному.
2. С каким состоянием связан эпизод острых болей в поясничной области и задержки мочеиспускания?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения характера поражения почек?
4. Назначьте лечение.

### **Задача № 9. Раздел 5. Нефрология**

Больная Р 30 лет, предъявляет жалобы на постоянную ноющую боль в поясничной области, больше слева, , повышение температуры тела до 39 С, озноб, чередующийся с потливостью, общую слабость

Развитие заболевания: заболел впервые, когда после переохлаждения (спал в палатке на земле) через 3 дня появились вышеперечисленные жалобы. В течение 2-х лет страдает хроническим циститом.

При объективном исследовании: состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, физиологической окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца в пределах нормы, тоны сердца ритмичные, на верхушке сердца 1 тон=2тону. АД 130/80 мм.рт.ст. ЧСС 98 ударов в минуту. При пальпации передней брюшной стенки определяется болезненность слева, почки не пальпируются, симптом сотрясения положителен слева.

Результаты лабораторного исследования: полный анализ крови: Нв 123 г/л, лейкоциты 13\*10<sup>9</sup>/л, СОЭ 25 мм/ч.

полный анализ мочи: удельный вес 1018, белок 265 мг/л, лейкоциты 12-14 в поле зрения, бактерии ++.

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Какие изменения можно увидеть при рентгеновском исследовании, экскреторной урографии?

3. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения характера поражения почек.

4. Определите основные принципы лечения.

### **Задача № 10. Раздел 5. Нефрология**

Больной Н. 47 лет, страдающий хроническим гломерулонефритом, отмечает ухудшение общего состояния в виде нарастания общей слабости, головных болей, анорексии, похудания, появились отеки и носовое кровотечение, появился кожный зуд, особенно в вечернее время суток. Температура тела нормальная. Усилилась тяжесть в поясничной области при движении и тряске.

Отмечает снижения диуреза менее 1 литра в сутки. Мочеиспускание безболезненное. Моча визуально прозрачная, светлая, пенится.

Развитие заболевания: болен в течение 15 лет, начало заболевания связывает с перенесенной ангиной. Ежегодно лечится стационарно. Последние 3 года отмечает повышение артериального давления до 240/120 мм.рт.ст., сопровождающееся рвотой, тошнотой, сильной головной болью. Постоянно принимает: преднизолон – 30 мг/сут, азатиоприн – 1 табл./сут, коринфар ретард 20 мг – 1 таб., эгилек по 25 мг\*2 раза в день.

При объективном обследовании общее состояние средней степени тяжести, кожа сухая, тургор снижен. Дыхание в легких везикулярное, в нижних отделах жесткое, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, 1 тон на верхушке ослаблен, систолический шум в 1 точке, акцент второго тона над аортой. АД 190/110 мм рт ст, ps 100 в мин. Живот мягкий, печень на 2 см ниже края реберной дуги. Симптом сотрясения слабо положительный. Ноги пастозные.

Лабораторные данные: гемоглобин 78 г/л, гематокрит 27%, тромбоциты  $120 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 45 мм/час, натрий 128 ммоль/л, калий 5,7 ммоль/л, креатинин крови 0,43 ммоль/л, рН крови 7,35, общий белок 49 г/л, альбумин – 29 г/л, холестерин – 7,1 ммоль/л, триглицериды – 3,6 ммоль/л

Диурез 600 мл/сут, минутный диурез – 0,45 мл/мин, клубочковая фильтрация – 18 мл/мин, канальцевая реабсорбция – 89%. Суточная потеря белка – 6,23 г/сут

Сформулируйте предварительный диагноз.

Какая стадия почечной недостаточности у больного

Оцените состояние водно-солевого обмена и КЩС

Какие причины анемии у данного больного

Назначьте лечение больному

## Раздел 6. ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

### Задача № 1. Раздел 6. Эндокринология

Больная А. 39 лет доставлена в приемный покой клинической больницы в крайне тяжелом состоянии. Сознание спутано, периодически бредит, отмечается двигательное беспокойство. Со слов сопровождающего в последние дни отмечала тошноту, многократную рвоту, повышение температуры до 38-39°C. Полгода назад у пациентки был диагностирован диффузный токсический зоб, назначено лечение мерказолилом. Около месяца назад она самостоятельно прекратила прием препарата после посещения «целителя».

При осмотре температура 39,2°C, ЧДД 28 в минуту. Пациентка истощена. Кожные покровы влажные. Выраженный тремор конечностей. На передней поверхности шеи визуально определяется увеличенная до 3 степени по Николаеву щитовидная железа. Щитовидная железа плотная, безболезненная, подвижная. Положительны глазные симптомы: Грефе, Мебиуса, Кохера и Дельримпля. Пульс 176 ударов в минуту. Тоны сердца аритмичные, выслушивается систолический шум, проводящийся во все точки. АД 90/40 мм.рт.ст.

1. С каким клиническим диагнозом следует госпитализировать пациентку?
  2. О каком экстренном состоянии нужно думать?
  3. Назовите причины ухудшения состояния больной.
  4. Опишите правильное проведение и оценку симптомов Грефе, Мебиуса, Крауса и Дельримпля.
- Какой должна быть тактика врача?

### Задача № 2. Раздел 6. Эндокринология

Больной К., 17 лет, рост 172 см., вес 55 кг. Был доставлен в приемный покой в бессознательном состоянии. Со слов родственников установлено, что пациент страдает сахарным диабетом в течении 2 лет. Неоднократно наблюдались гипогликемические состояния. Контроль диабета недостаточный. Плохо соблюдает диету. Нерегулярно ставит инсулин. В течении последних 2-х недель после перенесенной вирусной инфекции отмечал нарастающую слабость, жажду до 3-4 л жидкости в сутки, ухудшение аппетита. « дня назад появилась тошнота. За несколько часов до госпитализации многократная рвота, боли в животе. Потерял сознание.

Объективное исследование: больной без сознания, пониженного питания, кожные покровы и слизистые сухие, дыхание шумное, учащено. Пульс 110 в минуту, АД – 5/50 м.рт.ст. Живот мягкий, болезненный в околопупочной области. Симптомы раздражения брюшины отрицательны.

Лабораторные исследования: полный анализы крови: лейкоциты 10,0x10<sup>9</sup>. Биохимический анализ крови: мочевины 11,3 ммоль/л, креатинин – 0,12

ммоль/л, рН – 7,21. Анализ мочи (взята катетером): удельный вес – 1041, сахар – 8%, ацетон +++++.

Установите и обоснуйте диагноз пациента.

Что явилось причиной острого состояния?

Какие причины вызвали указанные изменения лабораторных показателей?

Назначьте план лечения.

### **Задача № 3. Раздел 6. Эндокринология**

Больной С., 47 лет, страдает сахарным диабетом в течении 10 лет, соблюдает диету, ежедневно занимается физическими упражнениями, получает инсулинотерапию (хумалог+лантус). Обратился с жалобами на нарушение сна, кошмарные сновидения, сильную усталость, потливость по ночам. При осмотре пациент достаточного питания, кожные покровы обычной влажности. Дыхание везикулярное. Пульс 120 ударов в минуту. АД – 160/80 мм.рт.ст. Сахар крови натощак – 11,5 ммоль/л, постпрандиальная гликемия – 4,6 ммоль/л.

Какое осложнение возникло у пациента?

Есть ли необходимость в увеличении дозы инсулина?

Может ли быть причиной данной ситуации нарушение диеты в обед?

Есть ли необходимость в назначении снотворных?

### **Задача № 4. Раздел 6. Эндокринология**

Больная Д., 32 лет, поступила в терапевтическое отделение ЦРБ с жалобами на частое сердцебиение, похудание за 6 месяцев на 10 кг, потливость, раздражительность, бессонницу, тремор рук и выраженную слабость. В течение последнего месяца отмечает «чувство песка в глазах». Полгода назад перенесла сильный стресс (конфликт в семье). С этого времени почувствовала нарастающую слабость, плохой сон, ночные кошмары и снижение массы тела при сохраненном аппетите.

Объективное исследование: состояние удовлетворительное, пониженного питания. Кожные покровы бледные, повышенной влажности. Тремор кистей и пальцев рук, тремор век. Рост 170 см., вес 53 кг. Экзофтальм. Положительны симптомы Кохера, Грефе, Мебиуса и Штельвага. Пульс 120 ударов в минуту, АД 140/80 мм.рт.ст. Тоны сердца ритмичные, 1 тон ослаблен. На верхушке сердца систолический шум, проводится во все точки и на сосуды шеи. Контуры передней поверхности шеи деформированы. При пальпации щитовидная железа увеличена в размерах, плотнее обычной, безболезненная, подвижная.

Какой диагноз у пациентки?

Назовите методы специфической диагностики данного заболевания.

Методика и значение определения симптомов Кохера, Грефе, Мебиуса и Штельвага.

Какую следует выбрать тактику лечения?

Чем обусловлены изменения со стороны сердечно-сосудистой системы?

#### **Задача № 5. Раздел 6. Эндокринология**

У больной С., 25 лет, после перенесенной ангины появилось на передней поверхности шеи опухолевидное болезненное образование, боль при глотании. Температура повысилась до 39°C, общая слабость, тахикардия. При пальпации определяется резкая болезненность и припухлость в проекции правой доли щитовидной железы, местно – гиперемия и гипертермия кожи на проекцией правой доли. Со стороны других органов и систем изменений не выявлено. В анализах крови лейкоцитоз  $16 \times 10^9$ , сдвиг формулы влево. СОЭ – 45 мм/час.

О каком заболевании можно думать?

Какой должна быть тактика врача?

Дифференциальный диагноз.

#### **Задача № 6. Раздел 6. Эндокринология**

Больной П., 38 лет, обратился к врачу с жалобами на избыточный вес (при росте 175 см вес 115 кг). За последний год прибавил в весе 20 кг. Отмечает частые головные боли, слабость, эректильную дисфункцию. Болен около 2 лет, начало заболевания связывает с перенесенной 3 года назад черепно-мозговой травмой.

Объективное исследование: повышенного питания. Отложения жира преимущественно на животе, бедрах, груди. Кожа повышенной влажности. На передней поверхности грудной клетки, на коже живота и бедер имеются багрово-синюшные стрии. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. Пульс 80 в минуту, АД 130/70 мм.рт.ст. на правой и АД 160/100 мм.рт.ст. на левой руке. Щитовидная железа не увеличена. Вторичные половые признаки по мужскому типу.

Лабораторные исследования: полный анализ крови и мочи – изменений нет. Сахар крови – 8,8 ммоль/л. В моче сахар не определяется.

Предварительный диагноз?

Какие исследования необходимо провести?

Определите тактику врача.

#### **Задача № 7. Раздел 6. Эндокринология**

Больная А., 56 лет, длительно лечившаяся у нефрологов по поводу мочекаменной болезни с частыми обострениями, при небольшой травме получила патологический перелом правой голени. Пациентка отмечает слабость, боли в костях ноющего характера, изменение походки по типу «утиной», жажду, полиурию, кожный зуд.

Какой предположительный диагноз можно установить?

Какие анализы необходимо провести для подтверждения диагноза?

Какие изменения показателей характерны для указанной патологии?



### **Задача № 8. Раздел 6. Эндокринология**

Пациентка М., 34 лет, направлена на консультацию с гинекологического приема. Предъявляет жалобы на бесплодие, незначительные выделения из молочных желез. Замужем в течение 5 лет. Противозачаточных средств не принимала, беременностей не было. Обследовалась у гинеколога неоднократно: патологии не выявлено. Муж прошел полное обследование в консультации «Брак и семья». Никаких отклонений от нормы не выявлено.

Из анамнеза: в детстве пациентка развивалась нормально. Менструации с 13 лет, установились сразу. В возрасте 25 лет резко похудела (с 75 до 54 кг.) в течение 6 месяцев по специальной методике. Спустя 2 года начала замечать выделения из молочных желез в виде капли при надавливании. Соматически чувствовала себя хорошо.

Объективное исследование: кожные покровы и слизистые чистые, физиологической окраски. Гипертрихоза и стрий нет. Рост 163 см., вес 55 кг. Телосложение нормостеническое, распределение подкожно-жировой клетчатки по пластическому типу. Изменений со стороны дыхательной, сердечно-сосудистой и пищеварительной систем не выявлено. Пульс 76 в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Вторичные половые признаки по женскому типу. Ректальная температура двухфазная.

Лабораторные исследования: полный анализ крови, биохимические показатели, полный анализ мочи в норме.

Гормональное исследование: пролактин – 4500 мЕд/л; СТГ – 2,0 нг/мл; ЛГ – 3,9 Ед/л; ФСГ – 3,2 Ед/л; ТТГ – 1,8 мЕд/л; Т3 – 2,5 нмоль/л; Т4 – 110 нмоль/л; кортизол – 425 нмоль/л; тестостерон – 2,1 нмоль/л; прогестерон – 1,2 нмоль/л; Е2 – 110 пмоль/л.

КТ, МРТ головного мозга без патологических изменений. УЗИ матки и придатков – без патологии. Проведена проба с метаклопрамидом: базальный уровень пролактина – 4800 мЕд/л, через 60 минут после введения метаклопрамида увеличился до 5380 мЕд/л.

Осмотр окулиста – состояние глазного дна в норме.

Осмотр невропатолога: данных за нарушения со стороны нервной системы нет.

Пациентке было назначено лечение парлоделом по схеме. При увеличении дозы до 7,5 мг/сут появилась головная боль, тошнота и слабость. Доза препарата была снижена до 5 мг/сут. Через 2 месяца уровень пролактина в крови – 2100 мЕд/л.

Какой вы поставите окончательный диагноз?

Как интерпретировать данные пробы с метаклопрамидом?

Согласны ли вы с предложенной терапией и какую тактику рекомендуете избрать в дальнейшем?

### **Задача № 9. Раздел 6. Эндокринология**

Больная Ж., 31 год. Жалобы на изменение внешности, увеличение размеров носа, нижней челюсти, языка, надбровных дуг. Отмечает увеличение конечностей (размер обуви за 5 лет увеличился с 35 до 41). Беспокоит постоянная головная боль, дисменорея и бесплодие.

Объективное исследование: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, повышенной влажности, *acne vulgaris*. Черты лица изменены – увеличение носа, губ, языка, диастема и прогнатизм. Голос низкий. Снижена болевая и тактильная чувствительность на периферии, снижены рефлексы на конечностях D= S. Дыхание везикулярное. Тоны сердца учащены. АД 160/90 мм рт ст. Живот мягкий, печень выступает на 4 см из-под края реберной дуги. Размеры по Курлову 12-11-11 см. Пальпируется нижний полюс селезенки.

Лабораторные исследования: полный анализ крови, мочи без особенностей. Биохимический анализ крови: сахар крови натощак – 7,4 ммоль/л, холестерин – 6,8 ммоль/л, бета-липопротеиды – 5,7 г/л, триглицериды – 2,9 ммоль/л, СТГ – 17,3 нг/мл. ТТГ – 0,82 мЕд/л, пролактин – 1200 мЕд/л.

На рентгенограмме черепа в 2-х проекциях размеры «турецкого седла» увеличены: сагиттальный – 18мм (N – 12-15 мм), вертикальный – 12 мм (N – 8-9 мм). Остеопороз «спинки турецкого седла».

На ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка.

Какой диагноз вы поставите пациентке?

Объясните термины диастема и прогнатизм.

Приведите нормы показателей липидного обмена. Как вы объясните метаболические изменения в крови у пациентки?

Какую лечебную тактику выберете?

### **Задача № 10. Раздел 6. Эндокринология**

Больная Н., 22 лет, находилась на обследовании в терапевтическом отделении с жалобами на головную боль, прибавку в массе тела на 10 кг в течение года, мышечную слабость, гипертрихоз, отсутствие менструаций последние 6 месяцев. Больной себя считает в течение 2 лет, когда впервые начало повышаться давление до 160/100 мм рт ст и появились нарушения регулярности менструального цикла.

Объективное исследование: рост 156 см., масса тела 77 кг, распределение подкожно-жировой клетчатки по диспластическому типу. На лице и теле избыточное оволосение. Дыхание везикулярное. Тоны сердца учащены, ритмичные. Пульс – 88 в минуту, АД – 180/120 мм рт ст. Живот увеличен в размерах, безболезненный. Печень выступает на 2 см. Размеры в пределах нормы.

Гормональное исследование: кортизол в крови: в 8 часов утра – 670 нмоль/л (норма – до 690 нмоль/л), в 23 часа – 522 нмоль/л (норма – до 270 нмоль/л). АКТГ в 8 часов утра – 3,5 пг/мл, в 23 часа – 3,4 пг/мл (норма 10-60 пг/мл).

Свободный кортизол в моче – 2140 нмоль/л (норма – 120-400 нмоль/л). Проведена проба с синактеном. Кортизол в моче – 1900 нмоль/л. После большой пробы Лиддла – 1950 нмоль/л.

На МРТ патологии гипофиза и надпочечников не выявлено.

Какой окончательный диагноз вы можете поставить?

Как проводится большая проба Лиддла и как следует интерпретировать полученные у пациентки результаты?

Какую тактику следует избрать?

### **Задача № 11. Раздел 6. Эндокринология**

В ЛОР-отделение поступила больная Л. 36 лет с жалобами на сильные боли в области щитовидной железы с иррадиацией в уши и нижнюю челюсть, выраженную слабость, потливость, нарушение сна, тремор рук и повышение температуры до 38°C. Больна в течении 5 дней, заболела после переохлаждения.

Объективное исследование: состояние удовлетворительное. Кожные покровы повышенной влажности, тремор пальцев рук, тремор век. Питание достаточное. Щитовидная железа увеличена в размерах до 3 степени (по Николаеву); при пальпации болезненна, плотнее обычной. Температура – 38,2°C. Дыхание везикулярное. ЧСС – 22 в минуту. Тоны сердца ритмичные. Пульс – 92 в минуту, АД 130/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Лабораторные исследования: полный анализ крови: эритроциты – 4,3 млн/мл., лейкоциты – 8,3 тыс/мл, гемоглобин – 123 г/л; формула крови : эозинофилы – 1%, базофилы – 0%, палочко-ядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 68%, лимфоциты – 21%, моноциты – 8%. СОЭ – 32 мм/час. Биохимические показатели в пределах нормы.

Гормональные исследования: Т3 – 18 нмоль/л, Т4 – 68 нмоль/л, ТТГ – 0,2 мЕд/л.

Радиометрия щитовидной железы – через 2 часа захват йода <sup>131</sup> щитовидной железой – 1%, через 4 часа – 1%, через 24 часа – 0%, через 24 часа – 1%.

Какой диагноз считаете нужным поставить?

Вероятная этиология заболевания.

Чем объясняется несоответствие уровня гормонов щитовидной железы и показателей радиометрии?

Какую дальнейшую тактику можете предложить?

### **Задача № 12. Раздел 6. Эндокринология**

В терапевтическое отделение республиканской больницы поступила пациентка Ф., 43 лет. При поступлении жалуется на сонливость в дневное время, слабость, утомляемость, умеренную болезненность в проекции щитовидной железы с иррадиацией в область затылка, пастозность лица и рук, глоссомегалию. 2 месяца назад лечилась в эндокринологическом

отделении с диагнозом подострый тиреоидит в течении месяца. Принимала преднизолон, аспирин, индометацин, детоксикационную терапию. Чувствовала себя хорошо. После выписки прекратила прием преднизолона, приступила к работе на производстве. В течение последней недели самочувствие постепенно ухудшалось, нарастала слабость, три дня назад появилась болезненность в области щитовидной железы.

Объективное исследование: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, умеренно сухие. Лицо пастозно. Язык сухой, увеличен. Речь замедленная. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. Пульс – 60 в минуту, АД – 100/60 мм рт.ст.

Лабораторные исследования: полный анализ крови и мочи в норме. СОЭ – 15 мм/час.

С чем связано настоящее ухудшение самочувствия пациентки?

Какие дополнительные исследования необходимо провести?

Тактика врача.

### **Задача № 13. Раздел 6. Эндокринология**

К участковому врачу обратилась мама призванного Д., 17 лет. Беспокоит его годность к военной службе. Пациент активно жалоб не предъявляет, замкнут, учится в профтехучилище, успеваемость плохая. Со слов матери до 14 лет мальчик физически развивался нормально, хотя всегда имел проблемы с учебой. С 14 лет прогрессивно увеличивался рост (рост матери – 156 см, отца – 175 см), но в половом развитии мальчик отставал от сверстников, становился замкнут, иногда агрессивен. Были сделаны рентгенограммы кистей рук – костный возраст соответствовал 11 годам.

Подростковый врач диагностировал задержку полового развития и направил на консультацию к эндокринологу. В семье решили от дальнейшего обследования отказаться, на консультацию пациент не явился. Объективное исследование: рост 185 см, вес 81 кг. Телосложение непропорциональное, плечи узкие, тазовые кости широкие, конечности длинные, мышечная система развита недостаточно. Распределение подкожно-жировой клетчатки по гиноидному типу. Кожные покровы бледные, сухие. Голос высокого тембра. Развитие наружных половых органов соответствует возрасту 13-14 лет, скудное оволосение на лобке, линия роста волос горизонтальная, в подмышечных впадинах роста волос нет. Имеются признаки псевдогинекомастии.

Лабораторные исследования: при обследовании не выявлено изменений со стороны общеклинических и биохимических показателей.

Гормональные исследования: ЛГ- 35 мЕ/мл (норма- 7 – 24 мЕ/мл), ФСГ – 39 мЕ/мл (норма 0 – 22 мЕ/мл), тестостерон – 3,1 нмоль/л, пролактин – 236 мЕ/мл, кортизол – 535 нмоль/л

На рентгенограммах кистей рук на момент осмотра костный возраст соответствует 13 годам. Кариотип 47, XXУ. Проба с хорионическим гонадотропином отрицательна.

Согласны ли вы с диагнозом подросткового врача?

Обоснуйте ваш диагноз?

Дайте ответ на вопрос призывной комиссии о пригодности молодого человека для службы в армии.

Ваша тактика?

#### **Задача № 14. Раздел 6. Эндокринология**

Пациент Ю., 16 лет обратился с жалобами на низкий рост (за год вырос на 3 см) и вес, отсутствие роста волос на лице, скудное оволосение на лобке и в подмышечных впадинах, небольшие размеры половых органов. С 8 лет страдает бронхиальной астмой, часто лечился по этому поводу в детской больнице. Родители здоровы. Беременность у матери протекала без патологии. Вес мальчика при рождении 3500 г.

Объективное исследование: рост 153 см, вес 49 кг (рост матери – 161 см, отца – 176 см). Телосложение пуэрильное, пропорциональное. Питания достаточного. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Вторичные половые признаки развиты по мужскому типу, степень полового созревания соответствует 14-15 годам.

Лабораторные исследования: в общеклинических и биохимических анализах патологических изменений нет.

Гормональное исследование: ЛГ – 14 мЕ/мл (норма 7-24 мЕ/мл), ФСГ – 10 мЕ/мл (норма 0-22 мЕ/мл), тестостерон – 12,1 нмоль/л (норма 10,4-41,6 нмоль/л), кортизол – 264 нмоль/л, пролактин – 156 мЕ/мл.

На рентгенограммах кистей рук – костный возраст соответствует 14-15 годам. На МРТ головного мозга патологии не выявлено. Кариотип 46 XY.

Какой диагноз поставите пациенту?

В чем вы видите причину заболевания?

Какую дальнейшую тактику выберете?

#### **Задача № 15. Раздел 6. Эндокринология**

Пациентка Л. 60 лет, беспокоят постепенное увеличение шеи, чувство инородного тела в горле, ощущение сдавление трахеи в горизонтальном положении. Наблюдалась у эндокринолога по месту жительства с диагнозом узловой нетоксический зоб 1 степени в течение 3 лет. Принимала регулярно L- тироксин 25 мкг. Вес стабильный. Тепло переносит хорошо, сердцебиение не отмечает. Менопауза с 43 лет. Приливов нет. Роды -2 (вес детей при рождении до 4 кг.). Перенесенные заболевания: Миома матки, ОРВИ. Наследственность: у мамы узловой зоб не оперированный. По сахарному диабету наследственность не отягощена.

Объективное исследование: состояние удовлетворительное, кожные покровы нормальной влажности физиологической окраски. Щитовидная железа увеличена до 2 степени (ВОЗ) за счет крупного узла правой доли щитовидной железы, занимающей всю долю, диаметром примерно 5 см. При пальпации узел подвижный, безболезненный, плотновато-эластической консистенции, левая доля щитовидной железы пальпаторно не изменена. Глазные симптомы отрицательные, тремора кончиков пальцев рук нет. В легких – дыхание везикулярное, тоны сердца ритмичные, АД 160/100, пульс 72 ударов в минуту. Живот без особенностей.

УЗИ щитовидной железы: расположение обычное, контуры ровные, ассиметричные VLD=47,6мл, VLS=3,7мл, перешеек 2 мм, Суммарный объем 51,3 мл. Изоэхогенная, однородная в LS. Весь объем LD кроме верхнего полюса занимает изоэхоузел размерами 6х3,5х4 см. Объем 40 мл. Узел неоднородный с жидкостными включениями до 8 мм и гипоэхозонами. УЗИ признаки узлового зоба (крупный узел правой доли щитовидной железы.)

Гормональное исследование: ТТГ - 0,02 мкМЕ/мл, Св.Т4 - 29,9 пмоль/л.

Пункция узла (цитология): Узловой коллоидный зоб.

Какой диагноз Вы поставите?

Тактика лечения; обоснование ее.

### **Задача № 16. Раздел 6. Эндокринология**

Больная С., 48 лет, обратилась к кардиологу с жалобами на периодические приступы мерцательной аритмии, жгучую боль в левой половине грудной клетки (не связанную с физической нагрузкой) и эпизодические подъемы АД до 140-150/90-100 мм рт. ст. Впервые пароксизм фибрилляций предсердий был зарегистрирован в 1995г. и был курирован в/в введением новокаинамида. В дальнейшем больная обращалась к кардиологу, которым после проведенного обследования был поставлен диагноз: "Ревматизм, неактивная фаза, митральный порок сердца с преобладанием стеноза. Пароксизмальная мерцательная аритмия. Назначен амиодарон 200 мг по стандартной схеме. На фоне лечения пароксизмы мерцательной аритмии возобновлялись. Больная купировала их самостоятельно, принимая дополнительно 200 мг амиодарона. Впоследствии пациентка самостоятельно подобрала терапевтическую дозу амиодарона, равную 400 мг/сут., и принимала его ежедневно в течение 5-6 лет. Состояние пациентки ухудшилось 2 недели назад: появилась одышка, ортопноэ, участились пароксизмы мерцательной аритмии, в связи с чем она была госпитализирована. Проводилось лечение в/в введением амиодарона, нестероидными противовоспалительными средствами внутрь, в/м введением антибактериальных препаратов широкого спектра действия.

Объективное исследование: дыхание везикулярное, частота дыхательных движений 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, выслушивается систоло-диастолический шум. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Периферических отеков нет.

Лабораторное исследование: биохимический и общий анализы крови, общий анализ мочи без патологий, антитела к тиреоглобулину- 173 МЕ/мл (0-100 МЕ/мл).

Гормональное исследование: ТТГ - 27,8 МЕ/мл(0,32-3,37 мкМЕ/мл).

Ультразвуковое исследование щитовидной железы: LS 1,2×2,2×5,0 мм, LD 1,8×2,0×4,7 мм, перешеек - 9 мм. Эхоструктура диффузно неоднородная, эхогенность снижена. Заключение: гиперплазия щитовидной железы с диффузной перестройкой эхоструктуры по типу аутоиммунного тиреоидита.

ЭКГ – синусовый ритм с ЧСС 75 уд. в мин. Горизонтальное положение электрической оси сердца. Признаки гипертрофии ЛЖ, диффузные изменения миокарда.

ЭхоКГ – конечно - диастолический размер ЛЖ – 57 мм, толщина задней стенки ЛЖ- 10 мм, толщина межжелудочковой перегородки – 10 мм, характер движения межжелудочковой перегородки нормальный, непрерывность перегородочно-артального соединения сохранена, экскурсия стенок ЛЖ нормальная. Правые отделы сердца не увеличены. Створки митрального клапана уплотнены. Аортальный, пульмональный, трикуспидальный клапаны без особенностей. Левое предсердие – 46\*70 мм.

1. Какой диагноз можно поставить?

2. Тактика лечения.

### **Задача № 17. Раздел 6. Эндокринология**

Больная А., 52 года обратилась к врачу общей практики с жалобами на сильные боли в области шеи, общую слабость, температуру до 37,4 и головную боль.

Месяц назад перенесла острый бронхит. Затем в течение недели находилась на лечении у терапевта с диагнозом эрозивный гастрит. В конце лечения появились сильные боли в шее, слабость и температура до 37,4, головная боль. Была назначена антибиотикотерапия. Направлена к ЛОР-врачу. Был выставлен диагноз: хронический фарингит, обострение. Улучшения в состоянии не отмечала. Была направлена на консультацию к эндокринологу. Объективное исследование: кожные покровы теплые, влажные. Мелкий тремор пальцев рук. Тоны сердца ритмичные. А\Д 120\70 мм.рт.ст. ЧСС – 88 уд. в 1 мин.

При осмотре области шеи видна увеличенная щитовидная железа, кожные покровы в области шеи физиологической окраски. При пальпации – щитовидная железа увеличена, 2 ст. по ВОЗ, резко болезненная, мягко-эластической консистенции. Живот болезненный в эпигастральной области.

Лабораторное исследование: полный анализ крови - СОЭ 50мм\ч.

Гормональное исследование: ТТГ – 1,2 мкМЕ\л, свободный Т4 – 12,5 пмоль\л.

УЗИ щитовидной железы: Щитовидная железа расположена обычно. Деформирована. Контур неровный. Объем 23,5 см куб. Структура очагово-

неоднородная, эхогенность неравномерная, в левой доле узлы 0,8 и 0,7 см в диаметре. В правой доле гипоэхогенная зона с нечетким контуром общим размером 2,5 на 0,9 см.

1. Какой диагноз у пациентки?
2. Какую следует выбрать тактику лечения?

### **Задача № 18. Раздел 6. Эндокринология**

Пациентка Б. 46 лет, состоит на «Д» учете у невролога по поводу остеохондроза. При обследовании в полном анализе крови обнаружено повышение СОЭ до 34 мм/час. Пациентка предъявляет жалобы на повышение температуры тела до 37,5°C в течении двух недель, боли в шее ноющего характера, без иррадиации, усиливающиеся при глотании. Начало заболевания ни с чем не связывает.

Объективное исследование: состояние удовлетворительное, кожные покровы нормальной влажности, физиологической окраски. Щитовидная железа плотной консистенции, больше в области перешейка и левой доли, не увеличена, болезненна при пальпации. Глазные симптомы отрицательные, тремор рук отрицательные. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. АД 130/70, пульс 74.

Лабораторные исследования: полный анализ крови: лейкоциты-5,2x10<sup>9</sup>, гемоглобин-118 г/л, эритроциты-4,16x10<sup>12</sup>, тромбоциты-203x10<sup>9</sup>, СОЭ-35, лейкоцитарная формула: с/я 61, м 9, э 3, л 27.

УЗИ щитовидной железы: расположение обычное, контуры ровные, VLD=3,0мл, VLS=5,0мл, перешеек 8 мм, Суммарный объем 8,0 мл. Эхоструктура неоднородная. В нижнем полюсе справа очаговое снижение эхогенности до 1,5 см. Узлов нет. Шейные лимфоузлы без особенностей. Сосудистый рисунок усилен при ЦДК в LS.

Заключение: структурные изменения характерны для подострого тиреоидита. (тотальное поражение LS и перешейка).

Ваш диагноз.

Ваша тактика лечения.

### **Задача № 19. Раздел 6. Эндокринология**

Больная Н. 39 лет, поступила в приемный покой по скорой с жалобами на рвоту, сухость во рту, боли в поясничной области, ломящие боли в костях голеней, резкую слабость.

Из анамнеза: в течение 5 лет стоит на «Д» учете у фтизиатра с диагнозом: очаговый туберкулез легких.

Два месяца назад отдыхала в Ялте в санатории для туберкулезных больных, загорала, купалась, чувствовала себя хорошо.

Объективно: общее состояние тяжелое, резкая слабость, не может стоять.

Рост 176, вес 62 кг, истощена.



Кожа землисто-серого цвета, периферические лимфоузлы не увеличены, язык суховат, обложен белым налетом, область щитовидной железы не изменена, в легких хрипов нет, дыхание везикулярное, тоны ритмичные, частота сердечных сокращений 106 ударов в минуту, АД 140/100 мм.рт.ст. Живот мягкий, втянут, печень не увеличена. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон.

Лабораторные исследования: полный анализ крови – гемоглобин 78 г/л; лейкоциты –  $9,6 \times 10^9$ ; СОЭ – 28 мм/час; лимфоциты – 43; эозинофилы – 4; моноциты – 7; с/я – 42; п/я – 4. Полный анализ мочи: уд. вес – 1008; эп. – 10 в/п; лейкоциты – сплошь; белок – 0,66 г/л. Биохимический анализ крови: креатинин крови – 104; мочевины – 38; билирубин – 21; общий белок – 68 г/л., К – 3,4 ммоль/л; Ф – 1,1 ммоль/л; Са – 5,9 ммоль/л.

ФГ легких – кальцинаты в обеих верхушках и корнях легких.

Предположительный диагноз.

Ваша тактика дальнейшего обследования. Какие изменения Вы ожидаете получить.

Тактика лечения.

### **Задача № 20. Раздел 6. Эндокринология.**

Пациент К. 47 лет обратился к участковому терапевту с жалобами на сухость во рту, жажду до 5 л/сут. Терапевт назначил обследование: глюкоза крови натощак, полный анализ крови, полный анализ мочи. Получены следующие данные: сахар крови натощак – 6 ммоль/л; полный анализ крови : Нб – 125г\л, лейкоциты –  $6,7 \times 10^9$ /л, СОЭ – 10 мм/ч; полный анализ мочи : прозрачная, светло-желтая, белок – 0; уд.вес 1001, глюкоза – 0, плоский эпителий – 3-4 в п/з, лейкоциты – 1-2 в п/з, эритроциты – 0. Проведён ГТТ с 75г глюкозы: натощак сахар крови – 6.3, через 2 ч после нагрузки – 7.8 ммоль/л.

Пациент направляется на консультацию к эндокринологу для назначения лечения с предварительным диагнозом: Нарушение толерантности к глюкозе. На приеме у эндокринолога пациент предъявляет жалобы на сухость во рту и жажду до 5 л/сут, частое и безболезненное мочеиспускание.

Наследственность по эндокринным заболеваниям не отягощена.

Перенесенные заболевания: ОРЗ, частые ангины, АГ, ЧМТ в возрасте 26 лет, без потери сознания.

Туберкулез, гепатит А - отрицает.

Аллергоанамнез – б/о.

Объективное исследование: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы суховаты, физиологической окраски. Повышенного питания, распределение ПЖК по абдоминальному типу (ИМТ = 32). Щитовидная железа при пальпации не увеличена, мягкая, безболезненная, смещается при глотании. Тремор рук, глазные симптомы отрицательные. Дыхание

везикулярное хрипов – нет. Тоны сердца ритмичные, АД=150/90 мм рт.ст., пульс – 79 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет.

1. Каков предварительный диагноз.
2. Каков план обследования.
3. Какова лечебная тактика.

### **Задача № 21. Раздел 6. Эндокринология**

К участковому врачу обратилась женщина 60-ти лет с жалобами на постоянные боли в костях и суставах. Из анамнеза: наблюдается у ревматолога с диагнозом деформирующий остеоартроз. Отмечает постоянно повышенный уровень кальция в крови (Са общ.-2,8 ммоль/л, Са иониз.- 1,8 ммоль/л, ЩФ- 8 ед). На рентгенограмме кистей рук и стоп признаки деформирующего остеоартроза, остеопороза с явлениями субпериостальной резорбции.

Объективное исследование: состояние средней степени тяжести, положение активное, сознание ясное. Питание пониженное. Кожные покровы землистого оттенка, сухие. Язык суховат, у корня покрыт белым налетом. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС-80 в мин., АД-140/85 мм. рт.ст. Живот мягкий, умеренно болезненный в области эпигастрия. Печень не увеличена, безболезненна. Пастозность голеней и стоп. Щитовидная железа мягко-эластической консистенции, не увеличена.

Ваш предварительный диагноз.

Какие исследования следует провести для уточнения диагноза и какие ожидаете получить изменения.

Дальнейшая тактика.

### **Задача № 22. Раздел 6. Эндокринология**

Мужчина 47 лет обратился с жалобами на повышение артериального давления до 130-140/90 мм. рт.ст., отеки на ногах, век, утомляемость, снижение работоспособности, снижение памяти. Из анамнеза: работает мастером на металлургическом заводе, в горячем цехе.

Перенесенные заболевания - ОРВИ, частые ангины в детстве, хр. гастрит. Вредные привычки отрицает.

Объективное исследование: состояние ближе к удовлетворительному. Вес- 98 кг, рост - 178 см. Кожные покровы бледно - розовые, сухие; цианоз губ. Речь замедленна. Отеки голеностопных суставов, н/3 голени, одутловатость лица. Глазные симптомы отрицательны. Тремора век, кистей нет. Щитовидная железа четко не пальпируется. Лимфоузлы шеи не пальпируются. Дыхание везикулярное, жестковато, хрипов нет. ЧДД- 17 в мин. Тоны сердца ритмичны, приглушены, АД= 135/90 мм. рт.ст., ЧСС 66 ударов в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю правой реберной дуги, безболезненна. Температура тела 36,0 С.

Лабораторные исследования: полный анализ крови: лейкоциты -  $7,3 \times 10^9$ ; эритроциты -  $3,25 \times 10^{12}$ ; гемоглобин - 110 г/л; с/я- 46, лимфоциты - 48, моноциты - 8, СОЭ- 27 мм/ч. Полный анализ мочи: с/ж, 1025, белок- 140 мг, лейкоц- 4-5 в п/зр, эр- 1 в п/зр, слизь. Биохимическое исследование крови – сахар - 4,5 мм/л, холестерин - 7,2 мм/л, ТГ - 2,6 мм/л, АСТ - 36 ЕД/л, АЛТ - 40 ЕД/л, общ белок - 65 г/л, мочевины - 6,0 мм/л, креатинин - 101 мкм/л.

ЭКГ: ритм синусовый, эл/ось промежуточна, ЧСС=60, дистрофические изменения во всех отведениях.

Гормональное исследование: ТТГ - 26 мкМЕ/мл, свТ4 - 7 пмоль/л, ат - ТПО- 654 ЕД/л.

Находился на стационарном лечении в условиях терапевтического отделения с диагнозом: Гипертоническая болезнь 1ст, риск 3. ХСН1, ФК 1. Улучшения при выписке не отметил. Консультирован нефрологом - данных за нефротический синдром нет.

Какой предположительный диагноз.

Тактика ведения данного пациента?

### **Задача № 23. Раздел 6. Эндокринология**

Девушка 28 лет обратилась к врачу с жалобами на выпадение волос, ломкость ногтей, утомляемость, нерегулярный цикл менструаций, менструации скудные. Из данных анамнеза выяснено - в браке 3 года, детей нет. У гинеколога состоит на учете по поводу бесплодия. Работает юристом. Перенесенные заболевания - ОРВИ, грипп, паротит в детстве.

Объективное исследование: состояние удовлетворительное, телосложение нормостеническое, кожные покровы физиологической окраски, суховаты, ногти пальцев рук слоятся, оволосение по женскому типу. Глазные симптомы отрицательные. Тремора век, кистей нет. Щитовидная железа безболезненна, плотно-эластическая, контуры неровные, узлы не пальпируются, не увеличена. Лимфоузлы шеи не пальпируются. При надавливании на соски молочных желез выделения светлого цвета. Отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичны, АД - 125/85 мм. рт. ст., пульс - 68 в мин. Живот мягкий, безболезненный.

Лабораторные исследования: полный анализ крови: лейкоциты -  $5,7 \times 10^9$ ; гемоглобин - 113 г/л; СОЭ 5 мм/ч. Биохимическое исследование крови: общий холестерин - 6,0 мм/л, ТГ - 1,8 мм/л, глюкоза - 5,0 мм/л, АСТ - 26 ЕД, АЛТ - 28 ЕД, билирубин - 8,8 мм/л.

Гормональный фон: ТТГ - 4,8 мкМЕ/мл, свТ4 - 11 пмоль/л, Ат-ТПО - 115 ЕД/л, пролактин - 1254 нм/л.

УЗИ щитовидной железы: V=16 мл, структура неоднородная, гипозоногенная. Данные за АИТ.

Ваш диагноз.

Ваша дальнейшая тактика обследования.

Тактика лечения.

### **Задача № 24. Раздел 6. Эндокринология**

Больной, 30 лет поступил в терапевтическое отделение после консультации кардиолога, к которому обратился с жалобами на выраженную одышку при незначительной физической нагрузке, понижение артериального давления, резкую слабость. При сборе анамнеза больной отвечает, что самочувствие ухудшилось после перенесенного психо-эмоционального стресса около полутора года назад. Постепенно нарастала слабость, головокружение, потеря аппетита, тошнота, боли в мышцах, которые купировались приемом таблеток мовалиса. Окружающие стали отмечать потерю в весе, потемнение кожных покровов.

Объективное исследование: больной в сознании. Рост 170 см, вес 64 кг. Кожные покровы смуглые с участками пигментации, сухости в местах физиологических сгибов, в складках кожи на ладонной поверхности. Кожа на ощупь сухая. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум на верхушке. АД 90/60, ЧСС 56 в мин. Живот умеренно болезненный в области эпигастрия.

Лабораторные исследования: полный анализ крови и мочи б\о. Биохимический анализ крови: сахар – 5,5 ммоль\л, АСТ – 44,2 ЕД\л, АЛТ – 33,4 ЕД\л, общий белок – 78 г\л, К – 4,9, Na – 133 ммоль\л.

Гормональное исследование: кортизол – 11,3 ммоль\л.

УЗИ надпочечников: размеры надпочечников в норме, слева – в медиальной ножке жировая дегенерация.

Консультация фтизиатра - туберкулезной патологии не выявлено.

Консультация инфекциониста – инфекционных болезней не выявлено.

1. Какой диагноз у пациента.
2. Дифференциальный диагноз.

## **Раздел 7. ГЕМАТОЛОГИЯ**

### **Задача № 1. Раздел 7. Гематология**

Больной Т., 39 лет, учитель. Доставлен с работы на машине скорой помощи в гематологическое отделение с жалобами на выраженную общую слабость, бледность кожных покровов. Болен в течение 2-х месяцев: появилась одышка при обычной физической нагрузке, быстрая утомляемость, которые постепенно нарастали, появились геморрагические высыпания на ногах. Состояние больного тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые выраженной бледности. На туловище и конечностях петехиально-пятнистая геморрагическая сыпь. Периферические лимфоузлы не увеличены. Зев чистый. Дыхание везикулярное, 20 в мин. Тоны сердца ритмичные, 110 в 1 мин. АД 115/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: эр. –  $1,24 \times 10^{12}/л$ , Нв – 44 г/л, гематокрит – 0,14, СЭО – 112,9 фл, ССГЭ – 35,5 пг, СКГЭ – 314,0 г/л, ретик. – 0,1%, тромбоц. –  $17,0 \times 10^9/л$ , лейкоц. –  $2,9 \times 10^9/л$ , нейтр. п/я – 3%, нейтр. с/я – 39%, лимфоц. – 54%, моноц. – 4%, СОЭ – 47 мм/ч.

Миелограмма: миелобласты-2,5%, н.промиелоциты – 8,5% лимфоциты-18,5%, плазмоциты – 2,5%, мегакарициты – 5%, недейтельные миелокарициты –  $50 \times 10^9/л$ , мегалобласты – 0,5%, эритроидный росток-27,5%. Соотношение лейкоцитов/эритроцитов-2,6:1. Заключение: Пунктат костного мозга клеточный, полиморфный по составу. Увеличено количество промиелоцитов, небольшое раздражение красного ростка, встречаются единичные мегалобласты, эритроциты с тельцами Жолли. В нейтрофилах токсогенная зернистость.

1. Ваш диагноз, обоснование.
2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?
3. Чем можно объяснить увеличение числа промиелоцитов, появление нейтрофилов с токсогенной зернистостью, мегалобластов, эритроцитов с тельцами Жолли, снижение числа мегакарицитов в костном мозге?
4. Тактика лечения.

### **Задача № 2. Раздел 7. Гематология**

Больная Т., 66 лет, инвалид II группы, в течение 2,5 лет лечится у гематолога. Состояние было удовлетворительным. В течение последних 2-х недель отмечает ухудшение самочувствия: появилась выраженная общая слабость, потливость, одышка и учащенное сердцебиение при незначительной нагрузке, мелькание мушек перед глазами, похудела. В экстренном порядке госпитализирована в гематологическое отделение. Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, чистые, склеры субиктеричные. Пальпируются все группы периферических лимфоузлов в виде

конгломератов (шейные, подмышечные, паховые), безболезненные, мягко-эластической консистенции, подвижные, не спаянные с окружающей тканью, размерами до 5,0 см. Дыхание в легких везикулярное, 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, систолический шум во всех точках аускультации. Пульс ритмичный 108 в мин. АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Пальпируются конгломераты безболезненных, плотных внутрибрюшных лимфоузлов. Печень +4 см, мягко-эластической консистенции, безболезненная. Селезенка + 2 см, плотно-эластической консистенции, безболезненная. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Анализ крови: эр. -1,90\*

×10<sup>12</sup>/л, Нв – 55 г/л, гематокрит – 0,172 л/л, СЭО – 90,5 фл, ССГЭ – 28,9 пг, СКГЭ – 319,76 г/л, ретик. – 2,3%, тромбоц. – 48×10<sup>9</sup>/л, лейкоц. – 7,8×10<sup>9</sup>/л, эоз. – 2%, нейтр. с/я – 9%, лимфоц. – 82%, мон. – 6%, плазмциты – 1%, СОЭ – 51 мм/ч, клетки Гумпрехта-Боткина в незначительном количестве.

Миелограмма: пунктат костного мозга клеточный, мономорфный. Представлен в основном лимфоцитами. Клетки других ростков отсутствуют. Биохимические анализы крови: общий белок – 57 г/л, альбумины – 37,1 г/л, глобулины – 19,9 г/л, билирубин общий – 23,83 мкм/л, прямой – 9,8 мкм/л, не прямой – 14,0 мкм/л. Криоглобулины -0, IgA – 0,34 г/л, IgG-4,2 г/л, IgM – 1,5 г/л. ЦИК-1,0 ед, фибриноген – 3,3 г/л. Проба Кумбса прямая – положительная, не прямая – отрицательная.

1. Ваш диагноз, его обоснование.
2. Назовите возникшие осложнения, их обоснование.
3. Какие еще осложнения угрожают больному и почему?
4. Лечебная тактика.

### **Задача № 3. Раздел 7. Гематология**

Больной Н., 32 года, находится на стационарном лечении в гематологическом отделении. Жалобы на слабость, потливость, мелькание мушек перед глазами. Состояние легкой степени тяжести. Кожные покровы умеренной бледности, на туловище, конечностях единичные геморрагические высыпания в виде пятен. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, 80 в 1 мин. АД 120/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, мягко-эластичной консистенции, безболезненная. Селезенка выступает на 2 см из-под края реберной дуги, плотно-эластической консистенции, безболезненная. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Анализ крови: эр. – 2,59×10<sup>12</sup>/л, Нв – 84 г/л, ССГЭ-32,4 пг, ретик. -0,3%, тромбоц. 101×10<sup>9</sup>/л, лейкоц.-11×10<sup>9</sup>/л, бластные клетки – 38%, метамиелоц. нейтр. – 1%, нейтроф.п/я – 5%, нейтр. с/я – 15%, лимфоциты – 39%, моноциты – 2%, СОЭ – 50 мм/ч.

В миелограмме обнаружено 88% бластов.

Цитохимическое исследование: в бластных клетках реакции на пероксидазу и липиды отрицательные, на гликоген в 6% в гранулярной форме, в 20% - гранулярно-диффузной форме. Ультразвуковое исследование выявило небольшое увеличение селезенки ( $S=97 \text{ см}^2$ ). Анализ ликвора без изменений.

1. Ваш диагноз. Обоснование диагноза.
2. Какие исследования необходимы еще выполнить для верификации диагноза?
3. Чем обусловлены геморрагические проявления?
4. Принципы лечения, их обоснование.
5. Прогноз заболевания.

#### **Задача № 4. Раздел 7. Гематология**

Больная Ш., 58 лет, находится на диспансерном учете у гематолога. Впервые заболевание обнаружено 4 года назад терапевтом во время стационарного лечения по поводу пневмонии. Обратили внимание увеличенные шейные и аксиллярные лимфоузлы размером до 1,5 см, мягко-эластической консистенции, безболезненные, подвижные. По данным УЗИ - спленомегалия ( $13,0 \times 6,2 \text{ см}$ ,  $S=80,6 \text{ см}^2$ ) и увеличение внутрибрюшных лимфоузлов в эпигастриальной области.

Анализ крови: эр. –  $4,33 \times 10^{12}/\text{л}$ , Нв – 133 г/л, ССГЭ – 30,7 пг, тромбоц. –  $186 \times 10^9/\text{л}$ , лейкоц. –  $68,3 \times 10^9/\text{л}$ , нейтроф. п/я – 2%, нейтроф. с/я – 4%, лимфоциты – 92%, моноциты – 2%, СОЭ – 11 мм/ч, клетки Гумпрехта-Боткина в небольшом количестве.

Гематологом выставлен диагноз: Хр. лимфолейкоз и назначена терапия препаратом хлорбутин по 10 мг 1-2-3 раза в неделю под контролем крови. Монотерапия хлорбутином продолжалась 3,5 года, однако пациентка не строго выполняла назначения врача и лечилась нерегулярно. Настоящее обращение пациентки к врачу связано с ухудшением состояния: появилась выраженная общая слабость, повышенная утомляемость, потливость. Кожные покровы бледные с желтушным оттенком. Увеличились в размерах все группы периферических лимфоузлов (шейные, подключичные, аксиллярные, паховые) до 2-2,5 см, плотно-эластической консистенции, безболезненные, подвижные. Увеличились печень (+2 см) и селезенка (+8 см), плотно-эластической консистенции, безболезненные.

Анализ крови: эр. –  $3,14 \times 10^{12}/\text{л}$ , Нв – 100 г/л, ССГЭ – 31,9 пг, ретикулоц. – 2,1%, тромбоц. –  $78 \times 10^9/\text{л}$ , лейкоц. –  $101 \times 10^9/\text{л}$ , нейтроф. с/я – 7%, пролимфоциты – 2%, лимфоциты – 86%, моноц. – 5%, СОЭ – 18 мм/ч, клетки Гумбрехта-Боткина в большом количестве. Билирубин общий – 37,0 мкм/л, прямой – 7 мкм/л, непрямой – 30 мкм/л.

Анализ мочи: прозрачная, цвет – насыщенно-желтый, белок – 0,08 г/л, эпит. кл. – един. в поле зр., лейкоц. – 1-3-4 в п/зр, соли – ураты в незнач. количестве, слизь +++, уробилин – 17-51 мкм/л, гемосидерин – отр. УЗИ органов брюшной полости – селезенка увеличена ( $25 \times 8,7 \text{ см}$ ,  $S=193 \text{ см}^2$ ).

1. Ведущие синдромы.
2. Ваш диагноз: основное заболевание, осложнения.
3. С чем связано утяжеление состояния пациентки?
4. Принципы лечения.

### **Задача № 5. Раздел 7. Гематология**

Пациент Б, 27 лет, фрезеровщик. Направлен участковым терапевтом на консультацию к гематологу с жалобами на общую слабость, повышение температуры тела до 38,0°C, кашель с прожилками крови. При обследовании выявлена лимфоаденопатия: увеличены шейные, над- и подключичные лимфоузлы слева, аксиллярные лимфоузлы до 1 см, плотно-эластические, безболезненные. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: эр. –  $4,46 \times 10^{12}/л$ , Нв – 136 г/л, тромбоц. –  $170 \times 10^9/л$ , лейкоц. –  $21,2 \times 10^9/л$ , эоз. – 1%, нейтр. п/я – 2%, нейтр. с/я – 82%, лимф. – 6%, моноц. – 9%, СОЭ – 46 мм/ч.

Биохимические исследования: ЛДГ – 489,7 ед/л, фибриноген – 7,2 г/л.

Рентгенография органов грудной клетки: слева в верхнем этаже переднего средостения округлое образование с четкими контурами. Сердце и корни легких без особенностей.

Гистологический анализ биопсированного шейного лимфоузла слева: структура лимфоузла стерта лимфоидным инфильтратом с участками кольцевидного фиброза стромы. В центрах нодулей располагаются клетки типа Березовского-Штернберга и Ходжкина.

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Обоснование диагноза.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения?
4. Принципы лечения.

### **Задача № 6. Раздел 7. Гематология**

Больная Б., 58 лет. Обратилась к врачу с жалобами на общую слабость, кожный зуд, увеличение лимфатических узлов, боли в животе. Объективно: состояние больной средней тяжести. Кожные покровы бледные, влажные. Увеличены все группы периферических лимфоузлов, объединенных в конгломераты, размерами до 5 см, малоподвижные, плотные, безболезненные. Дыхание везикулярное, в межлопаточной области ослабленное. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ритмичные, 88 в 1 мин. АД = 120/80 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме, пальпируются конгломераты плотных малоболезненных образований, умеренная болезненность в околопупочной области. Печень увеличена, +3 см. Селезенка увеличена +5 см. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Анализ крови: эр. –  $3,22 \times 10^{12}/л$ , Нв – 108 г/л, ССГЭ – 33,5 пг, ретикул. – 1,4%, тромбоц. –  $280 \times 10^9/л$ , лейкоц. –  $107 \times 10^9/л$ , нейтроф. п/я – 1%,



нейтроф. с/я – 6%, лимфоциты – 93%. Клетки Гумпрехта-Боткина в большом количестве.

Рентгенограмма органов грудной клетки: в S3 правого легкого округлая тень размером 2,2 см с неровными четкими контурами, однородная. Корни бесструктурные, расширены за счет наличия множества округлых однородных теней размерами 2-2,5 см. Сердце широко лежит на диафрагме, аорта без особенностей. Верхнее средостение расширено кпереди, вправо и влево за счет однородной тени с нечеткими контурами. Заключение: поражение правого легкого опухолевым процессом. Увеличение паратрахеальных, трахеобронхиальных, бронхопульмональных лимфоузлов.

УЗИ органов брюшной полости: селезенка увеличена (площадь 53 см<sup>2</sup>). Печень увеличена за счет правой доли. В брюшной полости значительное увеличение лимфоузлов: в области ворот печени по ходу малого сальника размером до 5 см, сливающиеся в пакет в области ворот селезенки – до 3 см; забрюшинные – до 3 см, паракаваальные – до 2,8 см.

Ваш диагноз.

Обоснование диагноза.

Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?

Чем объяснить такие симптомы болезни как общая слабость, кожный зуд, боли в животе?

С какими заболеваниями необходимо дифференцировать диагноз?

### **Задача № 7. Раздел 7. Гематология**

Больной Ш., 68 лет, инвалид II группы, обратился в поликлинику с жалобами на слабость, утомляемость, периодические колющие боли в области сердца, одышку при незначительной физической нагрузке. Болен с детства, отмечает постоянную бледность кожных покровов с периодическим желтушным окрашиванием. К врачам впервые обратился в возрасте 34-х лет в связи с усилением выше названных проявлений болезни. При осмотре было обнаружено увеличение селезенки. С тех пор наблюдается у гематолога. Объективно: кожные покровы и видимые слизистые бледные с желтушным оттенком. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, 84 в 1 мин. АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка плотная, выступает из-под края реберной дуги на 3 см, безболезненная.

Анализ крови: эр. –  $5,23 \times 10^{12}/л$ , Нв – 91 г/л, гематокрит – 32,9%, ССГЭ – 17,5 пг, СЭО – 63 фл, СКГЭ – 278 г/л, ретикулоц. – 2,8%, тромбоц. –  $289 \times 10^9/л$ , лейкоц. –  $4,6 \times 10^9/л$ , базоф. – 1%, эоз. – 2%, нейтроф. с/я – 68%, лимф. – 24%, моноц. – 5%, СОЭ – 16 мм/ч. В мазке крови микроцитоз эритроцитов, встречаются мишеневидные эритроциты. Билирубин крови – 28,2 мкм/л, прямой – 4,23 мкм/л, непрямой – 23,97 мкм/л. Сывороточное железо – 17 мкм/л, общая железо-связывающая способность сыворотки крови

– 58,6 мкм/л, коэф. насыщения трансферрина железом – 29%. Осмотическая устойчивость эритроцитов: min – 0,42% NaCl, max – 0,18% NaCl.

Ваш предварительный диагноз.

С каким заболеванием дифференцировать?

Какие исследования необходимо еще выполнить для уточнения диагноза?

Ваша тактика.

### **Задача № 8. Раздел 7. Гематология**

Больная В., 18 лет. В течение шести лет периодически появляются множественные спонтанные кровоподтеки на коже туловища и конечностей, носовые кровотечения. По этому поводу неоднократно лечилась в условиях гематологического стационара. Дебют заболевания связан с перенесенной ОРВИ в 12 лет, которая протекала остро с высокой температурой, кашлем. Больная принимала аспирин по 1 таб. 3-4 раза/день и на этом фоне появились геморрагии на теле и носовые кровотечения. Наследственность не отягощена. Менструации с 13 лет, обильные по 6-7 дней. Любит есть мел, расслаивание ногтей, выпадение волос. При осмотре, состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, имеются единичные кровоизлияния (пятна и петехии) на конечностях и нижней части туловища от синюшного до желто-зеленоватого цвета. Поперечная исчерченность ногтей. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, 80 в 1 мин. АД 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: эр. –  $3,9 \times 10^{12}/л$ , Нв – 94 г/л, гематокрит – 0,311 л/л, СЭО – 79,7 фл, ССГЭ – 24,1 пг, СКГЭ – 302,3 г/л, ретикул. – 0,6%, тромбоц. –  $52 \times 10^9/л$ , лейкоц. –  $4,31 \times 10^9/л$ , нейтр. с/я – 51%, лимфоц. – 36%, моноц. – 11%, плазматические клетки – 2%, СОЭ – 23 мм/ч, В мазке крови гипохромия, анизоцитоз эритроцитов.

Миелограмма: пунктат костного мозга клеточный, полиморфный. Мегакариоциты в достаточном количестве, преобладают формы без формирования и отшнуровки тромбоцитов, встречаются микроформы. Нейтрофильный росток – созревание не нарушено. Эритроидный росток 29%.

Коагулограмма: время свертывания – 4 мин 12 сек, время кровотечения по Дукке – 6 мин 10 сек, протромбиновое время – 15,6 сек, ПТИ – 87%, МНО – 1,22, фибриноген – 2,1 г/л, растворимые фибрин – мономеры – 16 мг%, АЧТВ – 28 сек, ретракция кров. сгустка – 46%.

Ваш диагноз (основное заболевание и осложнение). Обоснование диагноза.

Какие заболевания следует исключить в ходе диагностического поиска?

План обследования с учетом этих заболеваний?

Какие изменения ожидаете получить со стороны показателей обмена железа?

Тактика лечения. Показано ли переливание тромбоконцентрата?

### **Задача № 9. Раздел 7. Гематология.**

Больной В., 50 лет. Поступил на стационарное лечение с жалобами на выраженную общую слабость, ноющие боли в поясничном отделе позвоночника, нижних конечностях, зябкость стоп. Болен в течение 9 месяцев. Обследовался и лечился в гематологическом отделении, отмечал улучшение состояния. Настоящая госпитализация связана с продолжением курса лечения. Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Лимфатические узлы не увеличены. Отеков нет. Грудная клетка нормостеническая, безболезненная. Дыхание везикулярное, 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, 72 в 1 мин. АД – 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий безболезненный. Печень (+)1 см, край ровный, эластичной консистенции, безболезненный. Селезенка не пальпируется.

Анализ крови: эр. –  $2,04 \times 10^{12}/л$ , Нв – 66,0 г/л, гематокр. – 0,217 л/л, СЭО – 101,5 фл, ССГЭ – 32,4 пг, СКГЭ – 318,9 г/л, ретикул. – 0,3%, тромб. –  $65,0 \times 10^9/л$ , лейкоц. –  $6,3 \times 10^9/л$ , нейтр. с/я – 54,1%, лимфоц. – 37%, моноц. – 9%, СОЭ – 73 мм/ч.

Общий белок крови – 79 г/л, альбумины – 39,39%,  $\alpha_1$ -глобулины – 3,99%,  $\alpha_2$  – глобулины – 8,07%,  $\beta$ -глобулины – 6,67%,  $\gamma$ -глобулины – 41,87%. А/Г – 0,65. М-градиент между  $\beta$  и  $\gamma$ -глобулинами – 24,5 г/л. Креатинин крови – 0,203 ммоль/л, мочевины – 10 ммоль/л. Анализ мочи: плотность – 1017, белок – 7,3 г/л, эп. клетки – 0-1 п/зр., лейкоц. – 2-4 в п/зр., эр. -0-1 в п/зр.

Электрофорез концентрированной мочи: фракция 1 – 11,31%, фракция 2 – 88,69%, общий белок в моче – 10,0 г/л, белок Бенс-Джонса – 8,8 г/л.

Миелограмма: пунктат костного мозга с пониженным содержанием клеточных элементов, полиморфный. Повышенно количество плазмочитов – 67% и лимфоцитов – 23,5%.

Назовите ведущие клинические синдромы. Ваш диагноз?

Какие исследования необходимы для уточнения диагноза?

Патогенез костных поражений при данной патологии.

Назовите частые осложнения заболевания.

Принципы лечения.

### **Задача № 10. Раздел 7. Гематология**

Больная С., 58 лет в течение 4,5 лет наблюдалась у терапевта и ревматолога с диагнозом деформирующий артроз с поражением крупных и мелких суставов. Беспокоили интенсивные ноющие боли в суставах, пояснично-крестцовом отделе позвоночника. Выявлено увеличение СОЭ. Неоднократно лечилась в стационарных и амбулаторных условиях: принимала найз, индометацин, ортофен. Больная переболела пневмонией, отмечает частые простудные респираторные заболевания (ОРВИ). За последнее время боли в суставах и позвоночника усилились, появилась нарастающая общая слабость и была направлена к гематологу. При осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные. Лимфоузлы не увеличены.

Грудная клетка безболезненная. Дыхание везикулярное, жесткое, 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, I тон приглушен. Пульс ритмичный, 94 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: эр. –  $3,27 \times 10^{12}$  г/л, Нв – 107 г/л, гематокрит – 0,330 л/л, СЭО – 100,9 фл, ССГЭ – 32,7 пг, СКГЭ – 324,2 г/л, ретик. – 0,7%, тромбоц. –  $191 \times 10^9$ /л, лейкоц. –  $6,1 \times 10^9$ /л, эоз. – 5%, нейтроф. с/я – 41%, лимфоц. – 45%, моноциты – 9%, СОЭ – 66 мм/ч. Общий белок крови – 115 г/л, А – 38,34%,  $\alpha 1$ -глоб. – 2,6%,  $\alpha 2$ -глоб – 5,52%,  $\beta$ -глоб. – 6,56%,  $\gamma$ -глоб. – 46,97%. А/Г коэф. – 0,62. М-градиент – 47,2 г/л (41%), IgA – 0,78 г/л, IgG – 21 г/л, IgM -1,1 г/л. ЦИК -0, криоглобулин (+), кальций крови – 2,2 мМ/л, калий – 4,7 мМ/л, креатинин – 0,067 мМ/л.

Анализ мочи: плотность – 1011, белок -0, эп.кл. – 1-2 в п/зр., лейкоц. – 0-1 в п/зр., эр. – измен. 0-1 в п/зр., эр. выщелоч. – 0-1 в п/зр., слизь (+). Суточное количество белка в моче – 0.

Миелограмма: количество плазматических клеток – 10,5%.

Установите и обоснуйте диагноз.

Назначьте дополнительный план обследования для уточнения диагноза.

Какие изменения ожидаете получить на рентгенограмме костей скелета?

Какой должна быть лечебная тактика.

Прогноз. Возможно ли выздоровление?

### Задача № 11. Раздел 7. Гематология

Больной М., 48 лет, инв. II группы. Поступил экстренно в стационар с жалобами на слабость, выраженные боли в левом тазобедренном суставе, поясничной области, усиливающиеся при движении. Мочеиспускание болезненное, моча цвета «мясных помоев». Пациент с раннего детства страдает повышенной кровоточивостью, по поводу чего неоднократно лечился у гематолога амбулаторно и стационарно. У родного брата – подобное заболевание. Состояние средней тяжести. Положение вынужденное – лежа или сидя из-за выраженных болей. Кожные покровы умеренной бледности. Коленные суставы деформированы отмечается их тугоподвижность, активные и пассивные движения в них резко ограничены. Пальпация в области тазобедренного сустава слева резко болезненна, сустав деформирован. Лимфоузлы не пальпируются. Дыхание в легких везикулярное, 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, 80 в 1 мин. АД = 130/80 мм рт. ст. Живот правильной формы, болезненный при пальпации в подвздошных областях. Печень +2 см, несколько уплотнена. Селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого слабо положителен слева.

Анализ крови: эр. –  $3,97 \times 10^{12}$ /л, Нв – 125 г/л, гематокр. – 0,375 л/л, СЭО – 94,5 фл, ССГЭ – 31,5 пг, СКГЭ – 333,0 г/л, ретик. – 2,3%, тромбоц. –  $168 \times 10^9$ /л, лейкоц. –  $4,4 \times 10^9$ /л, баз. – 1%, эоз. – 2%, миелоц. нейтр. – 1%, п/яд. нейтр. – 22%, нейтр. с/я. – 55%, лимф. – 18%, плазмоц. – 1%, СОЭ – 25 мм/ч.

Коагулограмма: протромбиновое время – 16,6 сек, активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) – 49,4 сек, тромбиновое время – 13,9 сек, фибриноген – 4,2 г/л.

Ваш диагноз: основное заболевание, осложнения. Обоснование диагноза.

Назовите причину и патогенез геморрагий.

Чем объяснить сдвиг лейкоцитарной формулы крови влево?

Принципы лечения основного заболевания?

### **Задача № 12. Раздел 7. Гематология**

Больная П., 28 лет поступила в гематологическое отделение с жалобами на обильное кровотечение из десен, головокружение, общую слабость и одышку при незначительной физической нагрузке. Больна с рождения: длительная кровоточивость из царапин, ссадин (в том числе мелких); частые обильные носовые и (или) десневые кровотечения; синяки на теле от незначительных ударов или спонтанные. С 2-х летнего возраста на учете у гематолога. С 11 летнего возраста обильные менструации по 7-10 дней, иногда маточные кровотечения продолжительностью до 1-1,5 месяцев. 2 года назад обильное луночное кровотечение после экстракции зуба. Лечилась по поводу геморрагий неоднократно в амбулаторных и стационарных условиях. Наследственность по материнской линии отягощена: геморрагии наблюдались у прадеда, бабушки, у двух дядей, матери. Состояние средней тяжести. Повышенного питания. Видимые слизистые и кожные покровы бледные. Десны рыхлые, подкравливают. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание в легких везикулярное. Тоны сердца ритмичные, 90 в мин. 1 тон на верхушке сердца приглушен. Систолический шум в 1 точке аускультации. АД = 130/80 мм рт. ст. Живот увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: эр. –  $2,97 \times 10^{12}/л$ , Нв – 63,0 г/л, гематокр. – 0,212 л/л, СЭО – 71,4 фл, ССГЭ – 21 пг, СКТЭ – 297,2 г/л, ретикул. – 0,5%, тромбоц. –  $250 \times 10^9/л$ , лейкоц. –  $6,6 \times 10^9/л$ , баз. – 1%, эоз – 4%, метамиелоц. нейтр. – 1%, нейтр. с/я – 52%, лимф. – 36%, мон. – 6%, СОЭ – 29 мм/ч. В мазке анизоцитоз, пойкилоцитоз, гипохромия и микроцитоз эритроцитов. Железо в сыворотке крови – 5,7 мкмоль/л, ОЖСС – 78,3 мкмоль/л, коэф. насыщения трансферинем железом – 7,28%.

Коагулограмма: время свертывания крови – 6 мин 25 сек; время кровотечения по Дукке – 9 мин; АЧТВ – 45,2 сек; ПТИ – 88%; протромбиновое время – 15,6 сек; тромбиновое время – 16,1 сек; международное нормализованное отношение – 1,0; фибриноген – 2,25 г/л; растворимые фибрин-мономерные комплексы – 19 мг % (МНО); адгезия тромбоцитов – 5,9%; агрегация тромбоцитов с АДФ – 53 сек; агрегация тромбоцитов с ристомисином – 35 сек; ретракция кровяного сгустка – 70%, активность фактора VIII – 61%.

Ваш диагноз основного заболевания и осложнения.

Обоснование диагнозов.

Какое исследование необходимо для уточнения диагноза основного заболевания?

Чем обусловлена кровоточивость при этой болезни?

Принципы гемостатической терапии.

### **Задача № 13. Раздел 7. Гематология**

Больная Н., 21 год, поступила в клинику с жалобами на повышение температуры тела до 39 С, выраженную общую слабость, кровоподтеки на теле без видимых причин. Болеет в течение 2-х недель. Состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. На теле единичные геморрагические пятна. Пальпируются паховые лимфоузлы до 1,5 см, безболезненные, плотно-эластической консистенции. Дыхание везикулярное, 18 в/мин. Тоны сердца ритмичные, 120 в мин. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный в левой подвздошной области и правом подреберье. Печень (+)1 см., не увеличена (опущена), край мягко-эластической консистенции, безболезненный. Селезенка - пальпируется нижний край, плотно-эластической консистенции, безболезненна.

Анализ крови: эр. –  $3,36 \times 10^{12}/л$ , Нв – 102 г/л, гематокр. – 0,310 л/л, СЭО – 92,3 фл, ССГЭ – 30,36 пг, СКГЭ – 329,0 г/л, ретикул. – 0,6%, тромбоц. –  $47 \times 10^9 /л$ , лейкоц. –  $16,4 \times 10^9 /л$ , бластные клетки – 73%, промиелоциты – 1%, нейтр. п/я – 1%, нейтр. с/я – 4%, лимф. – 20%, мон. – 1%, СОЭ – 28 мм/ч, нормобласты 1 на 100 лейкоцитов.

Цитохимические исследования: реакции на пероксидазу, липиды и гликоген в бластных клетках отрицательные.

Миелограмма – 60% бластных клеток. Иммуноферментирование клеток костного мозга: фенотипы опухолевых клеток – CD7(+), CD 33(+), CD117(+), CD34(+/-).

Ваш диагноз и его обоснование.

Лечебная тактика (принципы).

Трудовая экспертиза.

Ваш прогноз.

### **Задача № 14. Раздел 7. Гематология.**

Больной В., 29 лет, поступил в гематологическое отделение с жалобами на повышение температуры до 38 С, общую слабость, головокружение, шум и пульсацию в ушах, одышку и сердцебиение при незначительной нагрузке, сонливость, боли в эпигастрии. Заболел 3 месяца назад, отмечает постепенное ухудшение состояния. Беспокоили также обморочные состояния на фоне выраженной общей слабости. На учете у терапевта по поводу хронического гастрита и у эндокринолога с диагнозом: аутоиммунный тиреоидит, атрофическая форма. Получает L-тироксин 50 мг. Во время

службы в армии в связи с травмой удалена селезенка. Аллергия: на аспирин – крапивница. Состояние средней тяжести. Пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, субиктеричные. Отмечается пастозность голеней. Грудная клетка астеническая. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, 90 в 1 мин. АД 100/70 мм рт. ст. Живот обычной формы, на передней стенке послеоперационный рубец. Пальпация живота безболезненная. Печень не увеличена.

Анализ крови: эр. –  $1,44 \times 10^{12}/л$ , Нв – 58 г/л, гематокр. – 0,167 л/л, СЭО – 116 фл, ССГЭ – 40,3 пг, СКГЭ – 347 г/л, ретикул. – 1,1%, тромб.  $92 \times 10^9/л$ , лейкоциты- $3,1 \times 10^9/л$ , эоз. – 7%, миел. – 7%, метамиел. нейтр. – 2%, нейтр. с/я – 47%, лимф. – 32%, мон. – 5%, нормобласты -2/100 лейкоц., полисегментация ядер нейтрофилов; макроцитоз эритроцитов, тельца Жолли, базофильная пунктация в эритроцитах.

Миелограмма: пунктат костного мозга клеточный, по составу полиморфный. Наблюдается раздражение эритроидного ростка (34,5%). Развитие красной крови идет по нормо- и мегалобластическому (18,0%) пути кроветворения. Наблюдается анизоцитоз среди гранулоцитарных и эритроидных клеток. Лейкоэритробластическое отношение: 1,9:1. В эритроцитах наблюдается базофильная пунктация и тельца Жолли.

Общий билирубин крови – 34,5 мкм/л, прямой – 6,2 мкм/л, непрямого – 28,3 мкм/л.

Уробилин в моче 0-17 мкм/л, гемосидерин и свободный гемоглобин в моче отрицательный.

ФГС: рефлюкс-гастрит с атрофией слизистой желудка и единичными эрозиями (0,1 см) в антральном отделе. Дуоденит. Рефлюкс-эзофагит. Дуодено-гастральный рефлюкс.

Ваш диагноз и его обоснование.

Дифференциальный диагноз.

План обследования.

Причина развития анемии. Обоснование.

Назовите механизм возникновения желтушного синдрома.

Выберите правильное лечение из предложенного: преднизолон, цианкобаламин, фолиевая кислота, переливание плазмы, глюкозы, эритроцитов.

### **Задача № 15. Раздел 7. Гематология**

Больной 18 лет поступил с жалобами на увеличение шейных и надключичных лимфатических узлов, кожный зуд, повышение температуры до 38 С, умеренную общую слабость, ночную потливость. Стул, диурез - в норме.

При осмотре - состояние удовлетворительное. Пальпируются надключичные плотные безболезненные лимфоузлы, 2-3 см в диаметре, не спаянные друг с другом и с кожей, единичные шейные лимфоузлы тех же размеров.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка пальпируются по краю реберной дуги.

Общий анализ крови - Нв - 136 г/л, эритроциты -  $4,2 \times 10^{12}/л$ , ССГЭ – 32,4 ПГ, ретикулоциты – 0,7 %, тромбоциты -  $311 \times 10^9/л$ , лейкоциты -  $6,9 \times 10^9/л$ , нейтрофилы : палочкоядерные - 4 %, сегментоядерные - 71 %, лимфоциты - 20 %, моноциты - 5 %, СОЭ - 48 мм/ч.

РКТ грудной полости - В переднем средостении определяется конгломерат увеличенных л/узлов диаметром до 80 мм.

УЗИ органов брюшной полости печень -  $134 \times 110 \times 50$  мм, контуры ровные, подвижность обычная, эхогенность обычная, эхоструктура однородная; селезеночная вена - 6 мм, селезенка -  $120 \times 60$  мм., форма серповидная, контуры ровные, четкие, эхогенность обычная, эхоструктура однородная; парааортальные л/узлы до 70 мм в диаметре.

Биопсия л/узла: структура лимфоузла стерта лимфоидными инфильтратами, где встречаются клетки Березовского – Штернберга.

Поставьте диагноз и обоснуйте его.

Нуждается ли больной в дообследовании и каком?

Дифференциальная диагностика при данном заболевании.

Лечебная тактика в отношении больного и прогноз заболевания.

Какие осложнения цитостатической терапии Вы знаете?

### **Задача № 16. Раздел 7. Гематология**

Больной Л., 19 лет. Находится под наблюдением у гематолога. Заболевание дебютировало в пятилетнем возрасте с появления болей в животе, рвоты, повышения  $t$  тела до  $40^{\circ}C$ , головных болей, снижения аппетита, похудания. Обнаружено увеличение 4-5 групп периферических лимфоузлов, безболезненных, мягко-эластической консистенции. Живот напряжен в левом подреберье, селезенка увеличена до уровня пупка, болезненная. Печень +3 см с ровным краем, эластичная, безболезненная.

Анализ крови: эр.- $3,6 \times 10^{12}/л$ , Нв – 106 г/л, ССГЭ-29,4 пг, тромб.- $108 \times 10^9/л$ , лейкоц. –  $1,6 \times 10^9/л$ , нейтр.п/я-15%, нейтр.с/я-40%, лимф.-36%, мон.-7%, бласты- 2%, СОЭ-30 мм/г в час.

Миелограмма: костный мозг достаточно богат клеточными элементами, полиморфный. Белый росток без особенностей. Красный росток – несколько оживлен. Найдены клетки Гоше.

Проведена диагностическая и лечебная спленэктомия. При гистологическом анализе тканей удаленной селезенки выявлены клетки Гоше.

С шестилетнего возраста появились боли в суставах и костях, купируемые анальгетиками. В девятилетнем возрасте пациент консультирован в НИИ педиатрии РАМН и с тех пор там через каждые полгода проходит курсы обследования и специфического (патогенетического) лечения. 6 и 7 лет назад получил 2 курса лучевой терапии на нижнюю треть обеих бедренных костей



в дозе 3 Гр на каждую, СОД 6 Гр. В возрасте 12 лет – патологический перелом бедренной кости слева. В 14 летнем возрасте получил курсы противовоспалительной лучевой терапии не область правого тазобедренного сустава и верхней трети бедра по 0,6 Гр 5 раз в неделю, СОД 6 Гр. Наблюдалась положительная динамика. За последние годы - периодические сильные, продолжительные боли в костях, купируются только наркотическими анальгетиками. При последней госпитализации состояние средней тяжести. Из-за болей в поясничной области в правом тазобедренном суставе не может ходить, двигаться. Отмечает периодические носовые кровотечения, выраженную общую слабость. Кожные покровы бледные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, 88 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +3 см, край ровный, эласт. консистенции, безболезненная.

Полный анализ крови: эр. –  $3,57 \times 10^{12}/л$ , Нв-119 г/л, гематокр.-0,381 л/л, СЭО-106,7 фл, ССГЭ-33,3 пг, СКГЭ-312 г/л, тромбоц.- $144 \times 10^9/л$ , лейкоц.- $12,6 \times 10^9/л$ , эоз.-2%, нейтр. с/я-56%, лимф.-25%, мон.-12%, плазмциты-1%, СОЭ-35 мм/г.

Биохимические анализы крови: ПТИ-81%, фибриноген-5,7 г/л, АЛТ-21,3 ед/л, АСТ-25,9 ед/л, креатинин-0,097 мМ/л, общий белок-78,3 г/л, альбумины-53,3%,  $\alpha 1$ -глоб.-3,59%,  $\alpha 2$ -глоб.-8,09%,  $\beta$ -глоб.-11,66%, j-глоб.-23,37%.

Рентгенография правого тазобедренного сустава: в головке, шейке, вертелах, верхней трети диафиза бедренной кости определяются множественные округлые участки деструкции размером 0,4-0,8 см с зонами склероза вокруг них.

1. Ваш диагноз, обоснование.
2. Какое исследование необходимо для уточнения диагноза и назначения патогенетического лечения?
3. Каков патогенез симптомов интоксикации (похудения, лихорадки), увеличения селезенки, печени, поражение костного мозга, костей при этом заболевании?
4. Принципы лечения.

### **Задача № 17. Раздел 7. Гематология**

Пациентка М., 72 лет обратилась в поликлинику к участковому терапевту с жалобами на постоянную интенсивную ноющую боль в поясничном отделе позвоночника, без иррадиации, усиливающуюся при резких движениях и в положении сидя. Также беспокоит выраженная общая слабость, периодическая потливость. Повышения температуры тела не бывает.

Впервые данные симптомы отметила месяц назад. За это время болевой синдром приобретал более интенсивный характер. Дважды вызывала бригаду скорой медицинской помощи, но оказанная медицинская помощь анальгетиками не приносила облегчения. Самостоятельно принимала

баралгин, найз, ортофен, натирания мазью «Диклофенак», что также не улучшало самочувствие и послужило поводом для визита к врачу.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Конституция гиперстеническая. Кожные покровы бледные, умеренной влажности, чистые. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Выраженный лордоз поясничного отдела позвоночника, при пальпации паравертебральных точек этого отдела - резкая болезненность. Язык у корня обложен беловатым налетом, влажный. Отеков нет. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушен 1 тон. Пульс = 76 в минуту, удовлетворительных качеств. АД - 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Симптом сотрясения отрицателен с обеих сторон.

Полный анализ крови - гемоглобин - 88 г/л, эритроциты -  $2,64 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты -  $6,48 \times 10^9/л$ , тромбоциты -  $199 \times 10^9/л$ , СОЭ - 74 мм/ч, лейкоцитарная формула: эозинофилы - 3%, нейтр.миелоциты — 1%, нейтрофилы сегменто-ядерные 62%, лимфоциты – 2%, моноциты – 5%.

Биохимический анализ крови: общий белок - 95 г/л, мочевиная кислота - 362,6 ммоль/л, креатинин - 0,087 ммоль/л, АЛТ - 10 ед/л, АСТ - 22 ед/л, ЛДГ - 0, СРБ - 0, кальций -3,4 ммоль/л.

Полный анализ мочи: удельный вес - 1010, белок -3,1 г/л, лейкоциты -10 -15 в п/зр. Суточный диурез 1,2 л.

Рентгенография поясничного отдела позвоночника: множественные очаги деструкции в телах позвонков L3-L4-L5 диаметром 0,5 - 1см.

- 1.Какое заболевание можно заподозрить у данной пациентки?
- 2.Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
- 3.Сочетание каких двух критериев делают диагноз неоспоримым?
- 4.К какому специалисту направите больную?
5. Терапия данного заболевания.

### **Задача № 18. Раздел 7. Гематология**

Мужчина 43 лет обратился в поликлинику к участковому терапевту с жалобами на выраженную общую слабость, недомогание, быструю утомляемость, снижение памяти и работоспособности, периодический шум в ушах, головокружение, кратковременное сердцебиение, одышку при незначительной физической нагрузке, непреодолимое желание есть мел и зубную пасту.

Подобное состояние отмечает в течение полугода, но за медицинской помощью не обращался и не лечился. В течение последних двух недель указанные симптомы беспокоили чаще, что послужило поводом для визита к врачу.

Перенесенные заболевания: ОРЗ 2 раза в год, хронический гастродуоденит.

Наследственность: отец страдал хроническим гастродуоденитом.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Астеническая конституция. Кожные покровы бледные, сухие, чистые, незначительная иктеричность носогубного треугольника и ладоней. Поперечная исчерченность ногтевых пластинок, их расслаивание. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Язык имеет вид «полированного», влажный. Слизистые ротовой полости бледные. Отеков нет. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, 1 тон – приглушен. Выслушивается систолический шум на верхушке. Пульс = 100 в минуту, удовлетворительных качеств. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Симптом сотрясения отрицателен с обеих сторон.

Из лабораторных данных известно:

Полный анализ крови: эритроциты -  $4,97 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин - 81 г/л, гематокрит – 0,29%, СЭО – 58,4 фл, ССГЭ – 16,3 пг, СКГЭ – 279,3 г/л, ретикулоциты – 0,4%, тромбоциты -  $240 \times 10^9/л$ , лейкоциты –  $5,0 \times 10^9/л$ , эозинофилы-2%, нейтрофилы палочко-ядерные-2%, нейтрофилы сегментоядерные-53%, лимфоциты-39%, моноциты-4%, СОЭ 5 мм/ч. В мазке крови - микроцитоз, анизо- и пойкилоцитоз, гипохромия эритроцитов.

Биохимический анализ крови: сывороточное железо 10 мкмоль/л, общая железосвязывающая способность сыворотки-69 мкмоль/л, латентная железосвязывающая способность сыворотки - 59 мкмоль/л. КНТ = 14,5%.

Выделите ведущие синдромы.

Ваш предварительный диагноз?

Какие еще лабораторно-инструментальные исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза?

Перечислите основные виды анемий, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз.

Тактика лечения.