

ПРИДНЕСТРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
им. Т. Г. ШЕВЧЕНКО

Медицинский факультет

Кафедра терапии № 1

СБОРНИК КЛИНИЧЕСКИХ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ

Часть 1

Тирасполь, 2022

УДК 616 (075.8)
ББК Р30/Р78я73
С 23

Составители:

Я. И. Ковбасюк, и. о. заведующего кафедрой терапии № 1, преподаватель высшей аттестационной категории

О. А. Филоненко, ассистент кафедры терапии № 1, преподаватель высшей аттестационной категории

Н. В. Ковердяга, ассистент кафедры терапии № 1, преподаватель высшей аттестационной категории

Рецензенты:

Н. Г. Лосева, кандидат медицинских наук, доцент, зав. кафедрой терапии с циклом фтизиатрии медицинского факультета ПГУ им. Т. Г. Шевченко

Е. П. Янпольская, врач-невролог первой категории, директор по мед. части ГУП «МЦ «Тирамед»

Сборник клинических ситуационных задач. Часть 1 / Составители: Я. И. Ковбасюк, О. А. Филоненко, Н. В. Ковердяга. – Тирасполь, 2022. – 68 с. – (в обл.)

Сборник содержит клинические задачи, которые могут быть использованы преподавателем для контроля знаний студентов на семинарских и практических занятиях. Возможно использование задач студентами для самоподготовки, для систематизации знаний по дисциплине.

Издание может быть рекомендовано к использованию в учебном процессе студентами 2–6 курсов медицинского факультета по дисциплинам «Пропедевтика внутренних болезней» и «Поликлиническая терапия».

УДК 616 (075.8)
ББК Р30/Р78я73

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений	4
Введение	5
Раздел 1. ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ	6
Раздел 2. ЗАБОЛЕВАНИЯ СИСТЕМЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ	35
Эталон ответа к задаче	66
Рекомендуемая литература	67

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АГ – артериальная гипертензия
АД – артериальное давление
АИТ – аутоиммунный тиреоидит
БАК – биохимическое исследование крови
ГПОД – грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
ГЭРБ – гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
КМП – кардиомиопатия
КТ – компьютерная томография
ОАК – общий анализ крови
ОРЗ – острое респираторное заболевание
ОГК – органы грудной клетки
ЛОНТ – лист о нетрудоспособности
ЛП – лекарственные препараты
ПЖК – подкожно-жировая клетчатка
ФГДС – фиброгастроуденоскопия
ФП – фибрилляция предсердий
ХЭ – холецистэктомия
ЧДД – частота дыхательных движений
ЧСС – частота сердечных сокращений
ЯБ – язвенная болезнь

ВВЕДЕНИЕ

Развитие клинического мышления у студентов медицинских вузов начинается с изучения пропедевтики внутренних болезней. Освоение методик обследования больных, первые встречи с пациентами, осмысление теоретического материала лежит в основе формирования специалиста. Настоящее издание подготовлено с целью обучения студентов умению на основании данных проведенного ранее расспроса, осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации выделить основные и ведущие синдромы, сформулировать предварительный диагноз, провести необходимые параклинические исследования и обосновать заключительный диагноз.

В данном сборнике приведены наиболее типичные задачи по нескольким разделам частной патологии внутренних болезней.

Пособие рассчитано как для самостоятельной подготовки, так и для работы на практических занятиях.

Раздел 1. ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

ЗАДАЧА № 1

Пациентка К., 27 лет, жалуется на эпизодически возникающие, чаще в дневное время, приступы одышки с затрудненным выдохом и появлением свистящих хрипов.

Анамнез заболевания: впервые отметила появление приступов около 3 месяцев назад, после перенесенного острого респираторного заболевания. Ранее подобных симптомов не было, хотя часто болела респираторными инфекциями (более четырех раз в год). Первые приступы появились в период работы в мебельном цехе и повторялись не чаще одного раза в неделю в рабочее время. Ночных эпизодов затруднения дыхания не отмечает.

Анамнез жизни: в детском возрасте страдала диатезом, с 14-летнего возраста в период цветения тополей отмечала появление зуда в глазах и слизистые выделения из носа, чихание. К врачу ранее по поводу лечения аллергии не обращалась. Самостоятельно принимала супрастин при необходимости. Не курит. Алкоголем не злоупотребляет.

Объективно: пациентка эмоционально лабильна. Рост 174 см, вес 66 кг, обхват талии 76 см. Кожные покровы обычной окраски, теплые и влажные на ощупь. Тургор кожи в норме, запаха ацетона изо рта нет. ЧДД – 20 в мин. В легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Пульс – 70 в мин, ритмичный, умеренного наполнения и напряжения. Границы относительной тупости сердца в норме. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС – 70 уд/мин. АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Отмечается урчание во всех отделах при пальпации кишечника. Печень у края реберной дуги, край печени закруглен, мягкий. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Видимой деформации со стороны опорно-двигательного аппарата не выявлено, в суставах полная подвижность.

Вопросы:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выявите ведущий.
2. Назовите возможные причины возникновения приступов.
3. Опишите механизм появления жалоб.

4. Укажите анамнестические данные, объясняющие появление у данной пациентки приступов одышки и их происхождение.

5. Предложите дополнительные обследования.

ЗАДАЧА № 2

Больной Р., 27 лет, обратился за консультацией с жалобами на кашель непродуктивный, редкий в течение дня, усиливающийся в ночное время, ощущение заложенности в проекции яремной ямки.

Анамнез заболевания: ухудшение самочувствия в течение недели, когда появился сухой кашель, затрудненное носовое дыхание, прозрачные выделения из носа. Самостоятельно принимал жаропонижающие препараты, капли Альбуцид в носовые ходы.

Анамнез жизни: перенесенные заболевания – ОРЗ, детские инфекции. Вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки – курит до 10 сигарет в сутки в течение 3 лет. Страховой анамнез – работает.

Объективно: общее состояние – относительно-удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева в норме. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки в норме. Температура тела – 36,7 °С. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-жесткое дыхание. Хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин. Сог: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 72 уд/мин. АД – 120/80 мм рт. ст. Язык – чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул в норме.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования нужно провести пациенту?

ЗАДАЧА № 3

Пациентка О., 20 лет, жалуется на кашель с периодическим отхождением мокроты белесоватого цвета, першение в гортани.

Анамнез заболевания: ухудшение самочувствия отмечает в течение 4 суток, когда появилось повышение температуры тела до 38,0 °С,

ломота в теле, озноб, сухой кашель. Самостоятельно принимала Асист 200 мг 3 раза в день, местные антисептические препараты, с третьего дня болезни – Амоксициллин 500 мг 3 раза в день.

Анамнез жизни: перенесенные заболевания – ОРЗ, детские инфекции, хронический гайморит. Вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Аллергологический анамнез – аллергическая реакция по типу крапивницы при применении цефтриаксона. Вредные привычки отрицает. Страховой анамнез – студентка.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева в норме. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки гиперемирована. Температура тела – 36,4 °С. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин. Сог: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 72 уд/мин. АД – 120/80 мм рт. ст. Язык – чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул в норме.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Дайте оценку терапии, самостоятельно применяемой пациенткой.

ЗАДАЧА № 4

Пациент А., 28 лет, обратился за консультацией с жалобами на сухой кашель в течение дня, дискомфорт в грудной клетке, затруднение носового дыхания.

Анамнез заболевания: ухудшение отмечает в течение нескольких дней, когда на третий день после постановки противогриппозной вакцины появились заложенность носа, кашель; повышение температуры тела сохранялось в пределах 37,3 °С. Пациент самостоятельно принимал Оциллококцинум, Фервекс, сосудосуживающие капли в нос, со слабоположительным эффектом.

Анамнез жизни: вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки – курение до 10 сигарет в сутки в течение 2 лет. Страховой анамнез – не работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы – подчелюстные б/б, несколько увеличены, мягко-эластичной консистенции. Слизистые оболочки зева – гиперемированы дужки. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки гиперемирована. Температура тела – 36,6 °С. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин. Сог: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 72 уд/мин. Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул в норме.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Дайте оценку терапии, самостоятельно применяемой пациенткой.

ЗАДАЧА № 5

Пациентка Р., 64 года, обратилась с жалобами на кашель в течение дня с небольшим количеством мокроты, дискомфорт в грудной клетке, повышение температуры тела в вечерние часы до 37,4 °С.

Анамнез заболевания: ухудшение отмечает в течение 4 суток, когда появилось повышение температуры тела до 37,8 °С и першение в горле. На третьи сутки от начала заболевания выполнена КТ ОГК – картина двусторонней вирусной пневмонии с высокой вероятностью вирусного генеза. Самостоятельно принимала Ибупрофен с жаропонижающей целью.

Анамнез жизни: перенесенные заболевания – варикозная болезнь п/к вен нижних конечностей. Вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Аллергологический анамнез отягощен (парацетамол, аспирин). Вредные привычки отрицает. Страховой анамнез – не работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева в норме. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки в норме. Температура тела – 36,9

°C. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание, крепитация слева ниже угла лопатки. ЧДД – 16 в мин. Сатурация 95 %. Cor: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 72 уд/мин. АД – 120/80 мм рт. ст. Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул в норме.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования нужно провести пациенту?

ЗАДАЧА № 6

Пациентка А., 54 года, обратилась с жалобами на кашель непродуктивный в течение дня, чувство заложенности в груди, затруднение носового дыхания, общую слабость, потливость.

Анамнез заболевания: болеет в течение недели, самостоятельно принимала Ксилометазолин, и назначения врача по поводу миозита (с слов): Мускофлекс, Артоксан, Дексаметазон.

Анамнез жизни: перенесенные заболевания – артериальная гипертензия, комфортные цифры АД 120–130 мм рт. ст., регулярно принимает Лизиноприл 5 мг; состояние после субтотальной резекции щитовидной железы, регулярно принимает Эутирокс 50–75 мкг в сутки. Вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Оперативные вмешательства – субтотальная тиреоидэктомия. Аллергологический анамнез неотягощен. Вредные привычки отрицает. Страховой анамнез – работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева в норме. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки – в норме. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин. Cor: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 64 уд/мин. АД – 110/80 мм рт. ст. Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул в норме.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Составьте схему лечения для данной пациентки.

ЗАДАЧА № 7

Пациент В., 34 года, жалуется на повышение температуры до 38,0 °С, ломоту в теле, головную боль, общую слабость.

Анамнез заболевания: считает себя больным в течение суток, когда резко повысилась температура тела до 38,0 °С. Самостоятельно принимал жаропонижающие свечи (название не помнит), инъекции Анальгина и Димедрола. На фоне данной терапии температура снижается до 37,5 °С, появляется потливость. Накануне обращения самостоятельно прошел обзорную рентгенографию ОГК – органической патологии не выявлено.

Анамнез жизни: перенесенные заболевания – МКБ, оперирован по поводу обструкции мочеоточника камнем. Вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Аллергологический анамнез отягощен (ибупрофен). Вредные привычки – курит до 15 сигарет в сутки. Страховой анамнез – работает.

Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева гиперемированы. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки в норме. Температура тела – 36,9 °С (инъекции Анальгина и Димедрола накануне в 21:00). Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин. Сог: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 72 уд/мин. АД – 110/60 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул в норме.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Составьте схему лечения для данного пациента.

ЗАДАЧА № 8

Пациентка А., 38 лет, жалуется на боль в горле, осиплость голоса, заложенность носа, выделения из носа, редкий кашель с отведением мокроты.

Анамнез заболевания: ухудшение отмечает в течение нескольких дней, после переохлаждения. Самостоятельно принимала аспирин, местные антисептические препараты для горла, со слабоположительным эффектом.

Анамнез жизни: перенесенные заболевания – вен. заболевания, туберкулез отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. Страховой анамнез – работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева в норме. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки ярко гиперемирована. Температура тела – 36,5 °С. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин. Cor: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 72 уд/мин. Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул в норме.

Вопрос:

1. Укажите предварительный диагноз.

ЗАДАЧА № 9

Пациент Б., 18 лет, обратился с жалобами на повышение температуры тела до 37,5 °С к вечеру, заложенность носа.

Анамнез заболевания: ухудшение самочувствия отмечает в течение недели, когда появилось повышение температуры тела до 38,0 °С, выраженная головная боль, ломота в мышцах. Принимал Ибупрофен с жаропонижающей целью. Накануне обратился на прием к ЛОР-врачу, после выполнения рентгенологического исследования пазух носа и исключения синусита рекомендовано обратиться к терапевту. Консультирован терапевтом, по назначению принимает т. Иноседа, т. Дезлоратадин, т. Зиммакс. Отмечается положительный эффект.

Результаты обследования: УЗИ ОБП и брюшинного пространства – без патологии, ОАК – без отклонений, ОАМ – с/мутн, белок следы, микроальбумины 150, слизь +, в остальном без отклонений.

Анамнез жизни: перенесенные заболевания – частые синуситы. На учете у аллерголога с диагнозом аллергический персистирующий ринит.

Атопический дерматит. Акне. Вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Оперативные вмешательства – тонзиллэктомия более 4 лет назад. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. Страховой анамнез – работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева – гиперемированы дужки. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки в норме. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин. Сог: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 72 уд/мин. АД – 120/80 мм рт. ст. У корня языка белесоватый налет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул в норме.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Как можно интерпретировать результаты общего анализа мочи.

ЗАДАЧА № 10

Пациентка Б., 33 года, обратилась с жалобами на сухой кашель в течение дня, першение в горле, чувство «щекотания» за грудиной.

Анамнез заболевания: ухудшение самочувствия отмечает в течение более недели, когда появилась боль в горле. Самостоятельно принимала т. Цефподо в течение 5 дней, т. Лазолван – в течение 4 дней, местные антисептические препараты.

Анамнез жизни: вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. Страховой анамнез – не работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева – небные дужки неярко гиперемированы, отечны. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки – неярко гиперемирована. Температура тела – 36,0 °С. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание. Хрипы – не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин. Сог: сердечная деятельность – рит-

мичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 72 уд/мин. АД прав – 90/60 мм рт. ст. Язык – чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул в норме.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Составьте схему лечения для данного пациента.

ЗАДАЧА № 11

Пациентка Е., 57 лет, обратилась с жалобами на снижение аппетита, сухость во рту, осиплость голоса, ощущение комка в горле, заложенность носа, повышение температуры тела накануне вечером до 38,0 °С.

Анамнез заболевания: ухудшение самочувствия отмечает в течение около 2 недель, когда появилась боль в горле, осиплость голоса, общая слабость. Консультирована терапевтом на 4 день болезни, с диагнозом о. фарингит, рекомендовано лечение, выполняемое пациенткой не в полном объеме (принимает Лоратадин, сложные капли, спрей Ингалипт).

Анамнез жизни: наблюдается у эндокринолога с диагнозом метаболический синдром. Принимает т. Глюкофаж 1000 мг в сутки (последнюю неделю самостоятельно отменила), у терапевта – артериальная гипертензия 2 степ., риск 3. Жировой гепатоз. Принимает Верошпирон 25 мг, Конкор 5 мг 1/2 таб., Тромбоасс, Лориста 50 мг, Фенибут, Урсофальк. Оперативные вмешательства – холецистэктомия лапароскопическая (1 год назад). Вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. Страховой анамнез – работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева в норме. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки – в норме. Температура тела – 37,3 °С. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание, в н/о справа крепитация. ЧДД – 16 в мин. Сог: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 66 уд/мин. АД прав – 120/80 мм рт. ст. Язык густо обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул кашицеобразный.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Составьте схему лечения для данного пациента.

ЗАДАЧА № 12

Пациентка В., 23 года, обратилась с жалобами на общую выраженную слабость, упадок сил, сонливость, сухой кашель в течение дня.

Анамнез заболевания: ухудшение самочувствия отмечает в течение 14 дней, когда появилась головная боль, повышение температуры тела до 37,7 °С, боль в горле. Самостоятельно принимала Инсти, Ингавирин, с положительным эффектом, через неделю отмечает ухудшение самочувствия снова с повышения температуры тела, сухости в носу, головной боли. Самостоятельно принимала Флемоксин, в течение 5 дней.

ФГ ОГК – без патологии, ОАК – Нв 125, эр 4,68, ц п 0,8, лейкоц 5,8, п/1, с/59, э/1, л/31, м/8. ОАМ – желтая, прозрачная, креатинин 26,5, эр 2–4, микроальбумины 10, лейкоц 2–4, глюкоза отр, плотность 1028, оксалаты +++.

Анамнез жизни: перенесенные заболевания – ОРЗ, детские инфекции, носитель гемолитического стрептококка. Оперативные вмешательства – тонзиллоэктомия в 2009 г. Вен. заболевания, туберкулез отрицает. Аллергологический анамнез отягощен – в детском возрасте поллиноз неуточненной этиологии. Вредные привычки отрицает. Страховой анамнез – работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы – физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева в норме. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки в норме. Температура тела – 37,2 °С. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-жесткое дыхание, сухие рассеянные хрипы преимущественно в подлопаточных областях. ЧДД – 16 в мин. Сог: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 72 уд/мин. Язык – чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул в норме.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Составьте схему лечения для данного пациента.

ЗАДАЧА № 13

Пациент И., 53 года, на приеме с жалобами на сухой кашель преимущественно во второй половине ночи, дискомфорт в грудной клетке при дыхании, общая слабость.

Анамнез заболевания: 3 суток назад отметил повышение температуры тела до 37,6 °С, сухой кашель. Самостоятельно принимал Кламoxс, Ремантадин, жаропонижающие, отхаркивающие (название не помнит). На фоне терапии значительной положительной динамики не отмечает. Был контакт с пациентом с подтвержденной респираторной вирусной инфекцией.

Обзорная рентгенография ОГК – двусторонняя полисегментарная пневмония.

Анамнез жизни: перенесенные заболевания – эпизодически регистрирует повышение АД, принимает т. Каптоприл ситуационно. Вен. заболевания, туберкулез отрицает. Оперативные вмешательства – герниотомия пупочной грыжи. Аллергологический анамнез неотягощен. Вредные привычки отрицает. Страховой анамнез – работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева в норме. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки в норме. Температура тела – 36,5 °С. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин. Cor: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 72 уд/мин. Язык – чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул в норме.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Интерпретируйте данные объективного исследования и рентгенографии ОГК.
3. Составьте схему лечения для данного пациента.

ЗАДАЧА № 14

Пациентка М., 61 год, обратилась с жалобами на боль в правой половине грудной клетки и правой подреберной области простирающуюся

щего характера, осиплость голоса, периодически кашель с отведением мокроты, ощущение неполного вдоха.

Анамнез заболевания: ухудшение отмечает в течение 5 дней, когда появилась осиплость голоса и повышение температуры тела до 37,0–37,2 °С в вечернее время. Самостоятельно принимала комбинированные противопростудные ЛП, в последние 2 дня – т. Новирин, т. Азитромицин. Сегодня ночью отмечает внезапное появление болей в грудной клетке простреливающего характера, усиливающихся в положении лежа и при глубоком вдохе, а также повышение температуры тела до 39,0 °С. Самостоятельно приняла т. Ибупрофен и свечу Диклофенак.

Анамнез жизни: перенесенные заболевания – АИТ, принимала т. Тироксин 50 мкг в течение 3 месяцев. Вен. заболевания, туберкулез отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. Страховой анамнез – работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева в норме. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки в норме. Температура тела – 36,0 °С. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин. Сог: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 72 уд/мин. АД – 120/80 мм рт. ст. Язык – чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул в норме. При пальпации по паравerteбральным точкам, ниже уровня лопатки справа – триггерная точка.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Составьте схему лечения для данного пациента.

ЗАДАЧА № 15

Пациентка Т., 61 год, обратилась с жалобами на боль в правой половине грудной клетки и правой подреберной области простреливающего характера, осиплость голоса, периодически кашель с отведением мокроты бело-зеленого цвета, ощущение неполного вдоха.

Анамнез заболевания: ухудшение отмечает в течение 7 дней, когда появилась осиплость голоса и повышение температуры тела до 37,0–

37,2 °С в вечернее время. Самостоятельно принимала комбинированные противопростудные ЛП, в последние 2 дня – т. Новирин, т. Азитромицин. Сегодня ночью отмечает внезапное появление болей в грудной клетке простреливающего характера, усиливающихся в положении лежа и при глубоком вдохе, а также повышение температуры тела до 39,0 °С, приняла т. Ибупрофен 400 мг и свечу Диклофенак.

Анамнез жизни: перенесенные заболевания – АИТ, принимала т. Тироксин 50 мкг в течение 3 месяцев. Вен. заболевания, туберкулез отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. Страховой анамнез – работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева в норме. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки в норме. Температура тела – 36,0 °С. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание. Хрипы – не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин. Сог: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 72 уд/мин. АД – 120/80 мм рт. ст. Язык – чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул в норме. При пальпации по паравerteбральным точкам, ниже уровня лопатки справа – триггерная точка.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Составьте схему лечения для данного пациента.

ЗАДАЧА № 16

Пациентка И., 59 лет, обратилась с жалобами на кашель утром и ночью с отведением зеленой мокроты, заложенность носа, белесоватые выделения из носа, боли в нижней части грудной клетки по задней поверхности, давящие боли в проекции сердца.

Анамнез заболевания: ухудшение отмечает в течение 6 дней, когда появился сухой кашель, прозрачные выделения из носа. По рекомендации участкового терапевта (по телефону) принимала Ципринол 10 дней, Бромгексин, грудной сбор, без значительной положительной динамики.

ОАК – без отклонений, ОАМ – слизь+, бакт +, в остальном без отклонений, БАК – глюкоза 5,9, ОХ 7,8, ФГ ОГК – без патологии.

ЭКГ – синусовый ритм, горизонтальное положение ЭОС. Неспецифические изменения (дисметаболические) ST.

Анамнез жизни: вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Аллергологический анамнез неотягощен. Вредные привычки – курение до 10 сигарет в сутки в течение 15 лет. Страховой анамнез – не работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева – гиперемированы дужки. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки в норме. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин. Сог: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 78 уд/мин. АД прав – 110/70 мм рт. ст. Язык – чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул в норме.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Составьте схему лечения для данного пациента.

ЗАДАЧА № 17

Пациентка Ф., 27 лет, обратилась с жалобами на слабость, кашель непродуктивный, боль в горле при глотании, осиплость голоса, заложенность носа, головные боли, повышение температуры до 37,3 °С.

Анамнез заболевания: ухудшение отмечает в течение 2 дней, после переохлаждения. Самостоятельно не лечилась.

Анамнез жизни: перенесенные заболевания – ОРЗ, детские инфекции, хронический гастродуоденит. Вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Аллергологический анамнез неотягощен. Вредные привычки отрицает. Страховой анамнез – работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Температура тела – 37,4 °С. Слизистые оболочки зева – гиперемированы, зернистые. Небные миндалины – гиперемированы. Задняя стенка глотки – гиперемирована. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание. Хрипы не выслу-

шиваются. ЧДД – 16 в мин. Сог: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 68 уд/мин. АД – 90/60 мм рт. ст. Язык – чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме. Стул в норме.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Составьте схему лечения для данного пациента.

ЗАДАЧА № 18

Пациентка С., 39 лет, обратилась с жалобами на заложенность носа, выделения из носа желтого цвета, повышение температуры тела до 38,0 °С в течение последних 2 суток.

Анамнез заболевания: болеет в течение 3 недель, когда появилась выраженная боль в горле. Самостоятельно принимала местные антисептические препараты, на фоне которых отмечает некоторое улучшение самочувствия. Через несколько дней снова отметила появление боли в горле, заложенность носа, боль в проекции левого подчелюстного лимфатического узла. Также самостоятельно применяла местные антисептические препараты. 4 дня назад отметила ухудшение самочувствия: усиление выделений из носа, повышение температуры тела до 38,0 °С. Самостоятельно приняла однократно т. Ибупрофен.

ОАК (17.01.20) Нв 118, эр 3,7, ц п 0,95, лейко 6,4, Э/ 4, П/ 3, С/62, Л/ 27, М/ 4, СОЭ 11.

Анамнез жизни: вен. заболевания, туберкулез отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. Страховой анамнез – работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Гиперемия склеры правого глазного яблока. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева – гиперемированы. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки гиперемирована, рыхлая. Температура тела – 37,0 °С (прием т. Ибупрофена накануне в 19:00). Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин. Сог: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 68 уд/мин. АД – 90/60 мм рт. ст. Язык – чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края

реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул в норме.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Составьте схему лечения для данного пациента.

ЗАДАЧА № 19

Пациентка К., 28 лет, обратилась с жалобами на кашель с отхождением мокроты, общую слабость, чихание.

Анамнез заболевания: заболела остро, когда поднялась температура тела до 38,3 °С, сухой кашель. В последующие дни кашель стал влажным, появилась заложенность носа, температура тела в предыдущие сутки была в пределах нормы. Самостоятельно начала прием т. Амоксициллин, т. Мукалтин, настойку эхинацеи, т. Витамин С.

Анамнез жизни: вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Оперативные вмешательства отрицает. Аллергологический анамнез отягощен (контакт с кошкой – чихание). Вредные привычки – курит в течение 8 месяцев. Страховой анамнез – работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева – гиперемированы, единичные везикулы на слизистой оболочке. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки гиперемирована. Температура тела – 37,3 °С. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин в покое. Сог: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 92 уд/мин. АД – 90/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул в норме.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Составьте схему лечения для данного пациента.

ЗАДАЧА № 20

Пациент Р., 34 года, обратился с жалобами на сухой кашель, преимущественно ночью, одышку смешанного характера при умеренной физической активности.

Анамнез заболевания: ухудшение самочувствия отмечает в течение 1,5 недель, когда появился кашель, температура тела до 37,0 °С, общая слабость. Самостоятельно принимал т. Аксеф, Новирин, АЦЦ, Амброксол в течение 3 дней и в связи с улучшением самочувствия прекратил.

Через 4 суток снова отметил ухудшение самочувствия и присоединение одышки. Возобновил прием вышеуказанных препаратов + Эуфиллин. РГ ОГК – легкие и сердце без патологии. Выраженная структурность бронхов.

Анамнез жизни: вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Аллергологический анамнез неотягощен. Вредные привычки – курение до 20 сигарет в сутки в течение 17 лет. Страховой анамнез – работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева в норме. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки в норме. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-жесткое дыхание. Хрипы – множество сухих базальных хрипов над всей поверхностью легких. ЧДД 18 в мин в покое. Сог: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 78 уд/мин. АД прав – 140/80 мм рт. ст. Язык – чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул в норме.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Составьте схему лечения для данного пациента.

ЗАДАЧА № 21

Пациент Н., 48 лет, беспокоит кашель с отведением мокроты зеленого цвета, боль в груди давящего характера.

Анамнез заболевания: ухудшение отмечает в течение 4 дней, когда резко появился кашель с мокротой. Самостоятельно принимал Терафлю, Кагоцел. Самостоятельно прошел ФГ ОГК – без патологии.

Анамнез жизни: вен. заболевания, туберкулез отрицает. Аллергологический анамнез неотягощен. Вредные привычки – курит до 40 сигарет в сутки более 30 лет. Страховой анамнез – работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева – гиперемированы. Небные миндалины – обычные, в левой миндалине гнойная пробка. Задняя стенка глотки гиперемирована. Температура тела – 36,2 °С. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-жесткое дыхание на уровне верхней части межлопаточной области, везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин. Сог: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 72 уд/мин. АД – 120/80 мм рт. ст. Язык – чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул в норме.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Составьте схему лечения для данного пациента.

ЗАДАЧА № 22

Пациентка И., 19 лет, жалуется на боль в горле, боль в проекции подчелюстных л\у, ломоту в теле, повышение температуры тела до 37,8 °С.

Анамнез заболевания: ухудшение отмечает в течение около 3 суток, когда появились вышеуказанные жалобы, после переохлаждения. Самостоятельно принимала Парацетамол, комбинированные противостудные препараты.

Анамнез жизни: вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. Страховой анамнез – не работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы – подчелюстные увеличены, болезненны при пальпации, мягкоэластичной консистенции, смещаемые. Слизистые оболочки зева гиперемированы. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки ярко гиперемирована. Температура тела – 37,6 °С. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин. Сог: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС –

72 уд/мин. Язык – чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул в норме.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Составьте схему лечения для данного пациента.

ЗАДАЧА № 23

Пациентка Ч., 36 лет, жалобы на сухой кашель, преимущественно ночью, невыраженная заложенность носа.

Анамнез заболевания: ухудшение самочувствия отмечает в течение недели, когда появились жалобы на повышение температуры тела до 38,0 °С, боль в горле, далее сухой кашель. Принимала первоначально т. Арпеплю, Грипферон, в течение последних 3 дней принимает т. Ренгалин, Сироп Омнитус.

ОАК – Нв 107, эр 4,41, MCV 77,8, MCH 24,3, MCHC 31,2, СОЭ 29, ретикулоциты высокой флюоресценции 2,7. БАК – сахар крови 6,1, ОХ 4,9.

Анамнез жизни: перенесенные заболевания – наблюдается у кардиолога с диагнозом АГ, принимает т. Ротазар 150 мг 1/3 таблетки в сутки. Вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. Страховой анамнез – работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева в норме. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки в норме. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-жесткое дыхание. Хрипы – не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин. Сог: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 72 уд/мин. Язык – чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул в норме.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Составьте схему лечения для данного пациента.

ЗАДАЧА № 24

Пациентка Р., 27 лет, жалуется на нарушение носового дыхания, выделения из носа желтого цвета, чувство заложенности в ушах, головную боль диффузную.

Анамнез заболевания: болеет в течение 3 дней, когда после пребывания на сквозняке появились боль в горле, заложенность носа. Самостоятельно принимал Антимакс, спрей антисептический для горла.

Анамнез жизни: вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Оперативные вмешательства отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки – курение до 20 сигарет в сутки в течение 5 лет. Страховой анамнез – работает (в ЛОНТ не нуждается).

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева гиперемированы, отечны дужки. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки в норме. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание. Хрипы в межлопаточной области, больше слева, сухие рассеянные хрипы. ЧДД – 16 в мин в покое. SpO₂ – 98 %. Сог: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 72 уд/мин. АД прав – 100/60 мм рт. ст. Язык – чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул в норме.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Составьте схему лечения для данного пациента.

ЗАДАЧА № 25

Пациентка Е., 58 лет, обратилась с жалобами на кашель с отведением небольшого количества мокроты желтого цвета в течение дня и ночью, боль по передней поверхности грудной клетки.

Анамнез заболевания: ухудшение самочувствия отмечает 9.05.22, когда появились першение в горле, затем сухой кашель, перешедший во влажный. Самостоятельно принимала Амброксол в течение 3 суток, последние 2 дня – Либексин.

Анамнез жизни: перенесенные заболевания – ЯБ желудка. ГЭРБ. Вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Аллерголо-

гический анамнез неотягощен. Вредные привычки отрицает. Страховой анамнез – работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева в норме. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки в норме. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание. Хрипы – сухие, рассеянные над всей поверхностью легких. ЧДД – 16 в мин в покое. Cor: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 76 уд/мин. АД прав – 100/70 мм рт. ст. Язык – чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул в норме.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Составьте схему лечения для данного пациента.

ЗАДАЧА № 26

Пациентка Г., 37 лет, жалобы на боль в горле, заложенность носа, кашель со скудной мокротой, повышение температуры до 37,1–37,2 °С (после приема т. Парацетамол), головную боль, отечность в зоне ушных раковин.

Анамнез заболевания: ухудшение самочувствия в течение недели, самостоятельно принимала т. Парацетамол, т. Ибупрофен, спрей Ксилометазолин. Около 3 недель назад получила инъекцию Флостерон (как терапия по аллергическому риниту на цветение амброзии).

Анамнез жизни: перенесенные заболевания – ОРЗ, детские инфекции. Вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Оперативные вмешательства – аппендэктомия. Аллергологический анамнез отягощен (амброзия). Вредные привычки отрицает. Страховой анамнез – работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева гиперемированы. Небные миндалины гиперемированы. Задняя стенка глотки гиперемирована, зернистая. Температура тела – 37,3 °С. Pulm – перкуторно ясный ле-

гочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин. Сог: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 76 уд/мин. АД – 120/70 мм рт. ст. Язык – чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул в норме.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Составьте схему лечения для данного пациента.

ЗАДАЧА № 27

Пациент В., 47 лет, жалобы на кашель малопродуктивный в течение дня, одышку смешанного характера при умеренной физической нагрузке.

Анамнез заболевания: считает себя больным в течение месяца, после перенесенного ОРЗ. На тот момент самостоятельно принимал т. Су-мамед, сироп Амброксол, в настоящее время принимает т. Бронхомунал по схеме. На фоне лечения слабopоложительная динамика.

Анамнез жизни: перенесенные заболевания – ОРЗ, детские инфекции. Вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки – курит длительно. Страховой анамнез – работает (в ЛОНТ не нуждается).

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева в норме. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки в норме. Температура тела – 36,6 °С. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-жесткое дыхание. Хрипы – рассеянные, сухие над всей поверхностью легких. ЧДД – 16 в мин. Сог: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 92 уд/мин. АД – 140/90 мм рт. ст. Язык – чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул в норме.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Составьте схему лечения для данного пациента.

ЗАДАЧА № 28

Пациент П., 32 года, обратился с жалобами на кашель с выделением мокроты желтого цвета в течение дня и ночью, боль в грудной клетке, заложенность носа.

Анамнез заболевания: ухудшение самочувствия отмечает в течение около 2 недель, когда появилось повышение температуры тела до 38,0 °С, общая слабость. На вторые сутки АГ COVID-19 отрицателен. Самостоятельно принимал т. Клавомед 4 дня, жаропонижающие ЛП, с улучшением. Прекратил прием препаратов, и через 4 дня снова самочувствие ухудшилось (повышение температуры, кашель, насморк). В настоящее время принимает т. Парацетамол, аспирин.

Анамнез жизни: вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки – курение около 20 сигарет в сутки в течение 12 лет. Страховой анамнез работает – (ЛОНТ не нужен).

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева гиперемированы. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки гиперемирована. Температура тела – 37,0 °С. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-жесткое дыхание в межлопаточной области, в остальных отделах – везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин. Сог: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 76 уд/мин. АД прав – 120/70 мм рт. ст. Язык – чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул в норме.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Составьте схему лечения для данного пациента.

ЗАДАЧА № 29

Пациентка Е., 41 год, обратилась с жалобами на боль в горле, периодически откашливание зеленой слизи.

Анамнез заболевания: ухудшение отмечает в течение около 2 недель, когда появились боль в горле, повышение температуры тела до 38,6 °С. Консультирована ЛОР-врачом, с диагнозом гнойная ангина ре-

комендован прием т. Амоксициллин + клавулановая кислота, 1000 мг 2 раза в сутки, полоскание горла раствором фурацилина. На фоне приема препаратов отмечалось улучшение самочувствия, после отмены снова стала беспокоить боль в горле.

Анамнез жизни: перенесенные заболевания – ЖКБ; варикозная болезнь п/к вен нижних конечностей. Вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Оперативные вмешательства – ХЭ лапароскопическая. Аллергологический анамнез отягощен (АБ пенициллинового ряда). Вредные привычки отрицает. Страховой анамнез – работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева гиперемированы. Небные миндалины отечны. Задняя стенка глотки гиперемирована. Температура тела – 36,8 °С. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин. Сог: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 100 уд/мин. Язык – чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул в норме.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Составьте схему лечения для данного пациента.

ЗАДАЧА № 30

Пациент В., 30 лет, обратился за консультацией с жалобами на кашель с отхождением мокроты, приступообразный, осиплость голоса.

Анамнез заболевания: болеет около недели, когда стал беспокоить сухой кашель. В течение 4 дней принимал АЦЦ лонг и т. Амброксол, на фоне которого кашель купировался. После прекращения приема ЛПП вновь стал беспокоить кашель, с периодическим отхождением мокроты.

Анамнез жизни: вен. заболевания, туберкулез отрицает. Оперативные вмешательства – аппендэктомия. Аллергологический анамнез отягощен. Вредные привычки отрицает. Страховой анамнез – работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физио-

логической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева гиперемированы. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки гиперемирована. Температура тела – 37,7 °С. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин. Сог: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 80 уд/мин. АД – 130/90 мм рт. ст. Язык – чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. опавления: диурез в норме; стул в норме.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Составьте схему лечения для данного пациента.

ЗАДАЧА № 31

Пациентка П., 51 год, жалуется на кашель преимущественно во второй половине дня со скудной мокротой, общую слабость, дискомфортные ощущения в животе.

Анамнез заболевания: болеет в течение 2 недель, когда появилось повышение температуры тела до 37,5 °С, кашель. Консультирована участковым терапевтом, получала лечение: Терафлю, Арбидол, Витамин С, Клавомед, Ингалипт.

ФГ ОГК – без патологии. Липидограмма – ОХ 8,83, ЛПВП 2,48, ЛПНП 5,57.

Анамнез жизни: перенесенные заболевания – АИТ, с субклиническим гипотиреозом, ГЭРБ. Недостаточность кардиального сфинктера. Кольцо Шацкого, дистальный эзофагит. Дисфункция ЖП, хроническая дисхолия. Вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. Страховой анамнез – работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева в норме. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки в норме. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание. Хрипы – не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин. Сог: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 72 уд/мин. Язык – чистый. Живот

мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул в норме.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз (основной, сопутствующий).
2. Составьте схему лечения для данного пациента.

ЗАДАЧА № 32

Пациентка В., 24 года, обратилась с жалобами на заложенность носа, затруднение носового дыхания, першение в горле, кашель с периодически отходящей мокротой.

Анамнез заболевания: считает себя больной в течение 4 суток, когда появилась боль в горле, першение. Самостоятельно принимала местные антисептические ЛП (название не помнит), Гриппферон.

Анамнез жизни: вен. заболевания, туберкулез отрицает. В настоящее время принимает т. Ротафер (гипохромная анемия легкой степени). Оперативные вмешательства отрицает. Аллергологический анамнез неотягощен. Вредные привычки отрицает. Страховой анамнез – не работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева гиперемированы. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки гиперемирована. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин. Сог: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 86 уд/мин. АД – 100/60 мм рт. ст. Язык – чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул регулярный, оформленный.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Составьте схему лечения для данного пациента.

ЗАДАЧА № 33

Пациент В., 45 лет, обратился с жалобами на боль в горле, больше справа, усиливающуюся при глотании, першение в горле.

Анамнез заболевания: ухудшение отмечает в течение 2 суток, когда появились вышеуказанные жалобы. Самостоятельно применял полоскание горла Йодинолом, Хлоргексидином.

Анамнез жизни: перенесенные заболевания: хронический гастрит. Вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. Страховой анамнез – работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева гиперемированы. Небные миндалины гиперемированы, отечны. Задняя стенка глотки гиперемирована. Температура тела – 37,3 °С. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин. Cor: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 70 уд/мин. АД – 110/70 мм рт. ст. Язык – чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул в норме.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Составьте схему лечения для данного пациента.

ЗАДАЧА № 34

Пациентка П., 40 лет, обратилась с жалобами на боль и першение в гортани, заложенность носа, прозрачные выделения из носа, чихание, повышение температуры тела до 37,2 °С.

Анамнез заболевания: ухудшение отмечает в течение 2 дней, когда появились вышеуказанные жалобы. Самостоятельно применяла местные антисептические препараты.

Анамнез жизни: перенесенные заболевания: хронический тонзиллит; ЖКБ; ХЭ. Вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Оперативные вмешательства – резекция фиброаденомы правой молочной железы. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. Страховой анамнез – работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы фи-

зиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева гиперемированы, отечны. Небные миндалины гиперемированы. Задняя стенка глотки гиперемирована, стекание слизи. Температура тела – 37,3 °С. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин в покое. SpO₂ – 97 %. Сог: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 64 уд/мин. Язык – чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул в норме.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Составьте схему лечения для данного пациента.

ЗАДАЧА № 35

Пациентка Ю., 31 год, обратилась с жалобами на боль в горле, иррадирующую в ухо, заложенность носа, выделения из носа.

Анамнез заболевания: ухудшение самочувствия отмечает в течение более недели, самостоятельно принимала Ципрофлоксацин, Ингалипт, на фоне которого отмечала положительную динамику. После пробежки на свежем воздухе отметила повышение температуры тела до 38,0 °С, боль в поясничной области, затем появилась боль в горле, заложенность носа. Самостоятельно принимала Нитроколин.

ОАК – Нв 127, эр 4,59, лейкоц 3,9, лимф 37,3, моноциты 20, нейтр 40,3. СОЭ 24, ОАМ – 1020, эп плоский 10–12, лейкоц 4–5, эр 0-1, бакт ++, слизь отсутствует.

Анамнез жизни: перенесенные заболевания – АИТ, принимает т. Эутирокс 50 мкг/сутки. Вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Аллергологический анамнез неотягощен. Вредные привычки отрицает. Страховой анамнез – работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева – дужки неярко гиперемированы, отечны. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки отечна. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются. ЧДД

– 16 в мин. Сог: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 72 уд/мин. Язык – чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Физ. отправления: диурез в норме; стул в норме.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Составьте схему лечения для данного пациента.

Раздел 2. ЗАБОЛЕВАНИЯ СИСТЕМЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ

ЗАДАЧА № 1

Пациент М., 52 года, жалуется на боли жгучего характера в эпигастрии, за грудиной, провоцируемые приемом кислой пищи, и вне приема пищи, вздутие живота, урчание в животе.

Анамнез заболевания: ухудшение отмечает в течение 1 месяца, когда появились и стали нарастать вышеуказанные жалобы. Обратился к кардиологу, по результатам обследования стенокардия напряжения не подтвердилась. Рекомендован прием т. Эналаприл 2,5 мг 2 раза в день, т. Бисопролол 2,5, мг в день в связи с высокими цифрами АД.

Анамнез жизни: вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Оперативные вмешательства – аппендэктомия. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки – курение до 20 сигарет в сутки в течение 30 лет. Питание нерациональное, отсутствуют завтраки. Страховой анамнез – работает (в ЛОНТ не нуждается).

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева в норме. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки в норме. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин. Сог: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 70 уд/мин. АД прав – 120/70 мм рт. ст. У корня языка белесоватый налет. Живот мягкий, чувствителен в эпигастрии при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул регулярный, оформленный. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Видимой деформации со стороны опорно-двигательного аппарата не выявлено, в суставах полная подвижность.

Вопросы:

1. Выделите и обоснуйте синдромы.

2. Какие анамнестические данные могут выступать как предрасполагающие к заболеванию факторы?
3. Укажите предварительный диагноз.
4. Назначьте дополнительные обследования.

ЗАДАЧА № 2

Пациентка К., 38 лет, предъявляет жалобы на вздутие живота, кашицеобразный стул 1–2 раза в день с предшествующим болевым синдромом спастического характера.

Анамнез заболевания: ухудшение отмечает в течение месяца, когда стали беспокоить боль в животе, в правом подреберье, неустойчивый стул. Консультирована гастрологом, обследована, выставлен диагноз хронический гастродуоденит, в фазе обострения. Проведенное лечение (Кларицид, Метронидазол, Де-нол, Нольпаза, Субтил, Витамин В6) с положительной динамикой. Но после окончания лечения появились вышеуказанные жалобы.

Анамнез жизни: наблюдается эндокринологом с диагнозом АИТ, гипертрофическая форма, субклинический гипотиреоз. Принимает Эутирокс 75 мкг. Вен. заболевания, туберкулез отрицает. Оперативные вмешательства отрицает. Аллергологический анамнез отягощен (Цефтриаксон, Но-шпа). Вредные привычки отрицает. Страховой анамнез – работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева в норме. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки в норме. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин. Сог: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 78 уд/мин. АД – 100/60 мм рт. ст. Язык – чистый. Живот мягкий, чувствителен в околопупочной области при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул кашицеобразный, 1–2 раза в сутки.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные лабораторно-инструментальные исследования необходимо провести?

ЗАДАЧА № 3

Пациент П., 54 года, рвота после приема пищи, приносящая облегчение, отрыжка воздухом, иногда режущая боль в эпигастрии, урчание в животе, похудание в течение 3 недель до 5 кг.

Анамнез заболевания: ухудшение отмечает в течение 3 недель, когда появились и стали нарастать вышеуказанные жалобы. Самостоятельно принимал Церукал, Оmez, Гастрофарм, Фестал, активированный уголь эпизодически, без эффекта. В рационе присутствует жирная пища, периодически алкоголь. Не обследовался.

Анамнез жизни: перенесенные заболевания – ФП, тахиформа. Лекарственные препараты не принимает. Вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Аллергологический анамнез отягощен. Страховой анамнез – работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Склеры субэктеричны. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева в норме. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки в норме. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин. Сог: сердечная деятельность – аритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС (ФП) – 138 уд/мин. АД – 140/90 мм рт. ст. Язык – чистый. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии при пальпации. В эпигастрии определяется объемное образование размером с грецкий орех, плохо смещаемое, безболезненное. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул в норме.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные лабораторно-инструментальные исследования необходимо провести?

ЗАДАЧА № 4

Пациентка Р., 76 лет, обратилась с жалобами на отсутствие аппетита, боль в правой подреберной области с иррадиацией в подлопаточную область справа, возникающую после еды, имеющую ноющий характер, флатуленцию.

Анамнез заболевания: ухудшение отмечает после перенесенной месяц назад коронавирусной инфекции тяжелой степени, двусторонней

полисегментарной пневмонии тяжелой степени. В настоящее время лекарственные препараты не принимает.

Анамнез жизни: перенесенные заболевания – состояние после субтотальной резекции щитовидной железы, послеоперационный гипотиреоз, принимает т. Эутирокс 75 мкг; сахарный диабет 2 типа, компенсированный диетой; КМП атеросклеротическая, гипертензивная, дисметаболическая. НК 2 А, СН 3 ФК. Последствия перенесенного ОНМК. Вен. заболевания, туберкулез отрицает. Оперативные вмешательства – лапароскопическая холецистэктомия, ампутация матки, субтотальная струмэктомия. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. Страховой анамнез НК 2 А, СН 3 ФК – не работает.

Объективные данные: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева в норме. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки в норме. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин. Сог: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 72 уд/мин. АД – 120/80 мм рт. ст. Язык – чистый. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в эпигастрии и околопупочной области. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул регулярный, оформленный, болезненная дефекация.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные лабораторно-инструментальные исследования необходимо провести?

ЗАДАЧА № 5

Пациент А., 36 лет, жалуется на боли ноющего характера в правой половине живота, не зависящие от приема пищи, дефекации или физической активности, периодически горечь во рту, особенно в утренние часы, вздутие живота, повышенное газоотведение.

Анамнез заболевания: боли беспокоят длительно с определенной периодичностью. В течение последних нескольких недель стали больше обращать на себя внимание. Лекарственные препараты в указанный

период не принимал. С 2014 г. выявлен HBsAg. Самостоятельно прошел исследование: ОАК – Нв 161, эр 5,0, ц.п. 0,9, лейкоц 4,0, СОЭ 7, ОАМ – с/ж, прозр, 1017, кисл, эп 3–5, лейкоц 1–3. БАК – общ бил 19,2, непрям 19,2, АЛТ 1,3, АСТ 0,84, тим проба 5,5. УЗИ ОБП – Застойный ЖП. Полип ЖП.

Анамнез жизни: вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Аллергологический анамнез неотягощен. Вредные привычки – курение до 3 сигарет в сутки, регулярное употребление алкоголя отрицает. Страховой анамнез – работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева в норме. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки в норме. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин. Сог: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 72 уд/мин. АД – 120/80 мм рт. ст. Язык – чистый. Живот мягкий, не вздут, чувствителен в околопупочной области при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул регулярный, оформленный.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные лабораторно-инструментальные исследования необходимо провести?

ЗАДАЧА № 6

Пациентка И., 18 лет, обратилась с жалобами на плотный, отдельными комками (по типу «овечьего») кал, редкие акты дефекации (1 раз в 3–4 дня), часто наступающие после приема слабительных лекарственных препаратов, вздутие живота.

Анамнез заболевания: данные жалобы беспокоят длительно, с детского возраста, эпизодично. Принимала ситуационно Лактулозу, Облепиховые свечи, Глицериновые свечи, Сенадексин, с положительным эффектом на время приема. Не обследовалась.

Анамнез жизни: вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Аллергологический анамнез неотягощен. Вредные привычки отрицает. Страховой анамнез – не работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева в норме. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки в норме. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин. Сог: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 72 уд/мин. Язык – чистый. Живот мягкий, несколько вздут, болезненный в околопупочной области слева и в левой подвздошной области при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул плотный.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные лабораторно-инструментальные исследования необходимо провести?

ЗАДАЧА № 7

Пациентка В., 38 лет, обратилась с жалобами на боль в эпигастрии пекущего характера натошак и в ночное время, чувство быстрого насыщения при приеме пищи, вздутие живота, периодически боль спастического характера в околопупочной области и в проекции подреберий, запоры (плотный стул по типу «овечьего», с натуживанием).

Анамнез заболевания: ухудшение отмечает в течение месяца. Самостоятельно принимала т. Нольпаза в течение 5 дней, т. Мебеверин около 10 дней.

Подобные жалобы уже беспокоили пациентку около полугода назад, проходила обследование: ФГДС – Поверхностный очаговый гастрит. ДГР, высокая уреазная активность. Курс лечения – Нольпаза, Мебеверин, Мезим.

Анамнез жизни: вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Оперативные вмешательства – аппендэктомия. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. Страховой анамнез – работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева в норме. Небные миндали-

ны – обычные. Задняя стенка глотки в норме. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин. Сог: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 70 уд/мин. АД – 90/60 мм рт. ст. Язык обложен невыраженным белым налетом. Живот мягкий, не вздут, болезненный в околопупочной области, эпигастрии, левой подвздошной области при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул плотный по типу «овечьего», в течение нескольких недель стимулированный клизмами, свечами.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Дайте оценку лечению, проводимому ранее.
3. Какие дополнительные лабораторно-инструментальные исследования необходимо провести?

ЗАДАЧА № 8

Пациентка Л., 64 года, жалобы на боль в верхней половине живота, ноющая, уменьшается после приема пищи, периодически с иррадиацией в спину, отрыжка воздухом, вздутие живота, кашицеобразный стул с жирным блеском.

Анамнез заболевания: периодическое проявление подобных симптомов пациентка отмечает в течение нескольких последних лет. Не обследовалась, лекарственные препараты не принимала, старалась придерживаться диеты.

Настоящее ухудшение отмечает в течение месяца.

Анамнез жизни: перенесенные заболевания – сахарный диабет 2 типа, принимает т. Сиофор 500 мг в сутки, гликемия в пределах 8–9 ммоль/л по глюкометру, у эндокринолога не наблюдается; узлообразование в левой доле щитовидной железы; артериальная гипертензия, комфортные цифры АД 120–130/80 мм рт. ст., принимает т. Эналаприл 10 мг 2 раза в день. Вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Аллергологический анамнез неотягощен. Вредные привычки отрицает. Страховой анамнез – не работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева в норме. Небные миндали-

ны – обычные. Задняя стенка глотки в норме. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин. Сог: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 68 уд/мин. АД – 130/80 мм рт. ст. Язык – чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул кашицеобразный.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные лабораторно-инструментальные исследования необходимо провести?

ЗАДАЧА № 9

Пациент Е., 64 года, обратился с жалобами на черный стул, плотный, чередующийся с кашицеобразным.

Анамнез заболевания: ухудшение отмечает в течение месяца, когда появился черный дегтеобразный стул. При присоединении повышения температуры тела до 37,5 °С вызвана БСМП, госпитализирован в хирургическое отделение. Проведена консервативная терапия, при ФГДС в день госпитализации источник кровотечения не выявлен, ФГДС на 4 сутки – в области дна желудка язва эрозия размером 4 мм с гемосидерином на дне. Очаговый эрозивный гастрит. Для дальнейшего амбулаторного лечения рекомендован прием т. Фермиол, т. Улсепан, Сималгель.

В анамнезе ЯБ желудка обострение, доказанное более 15 лет назад. В последующем периодически беспокоила изжога, принимал Ренни. Результаты анализов при выписке: Нв 87, эр 2,9, цп 0,88, тромб 329, лейкоц 8,16. ОАК 22.04.20 – лейкоц 13,7, гранул 70,4, эр 2,11, Нт 21,7, Нв 69, среднее содержание гемоглобина в эритроците 32,7, тромбоциты 489, ширина распределения эритроцитов по объему 49,3, СОЭ 86.

Анамнез жизни: перенесенные заболевания – АГ, привычное АД сист – 140–150 мм рт. ст. В течение последнего месяца принимал т. Равель, т. Бисопролол. Вен. заболевания, туберкулез отрицает. Оперативные вмешательства – герниотомия паховой грыжи справа. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. Страховой анамнез – работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы бледной окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпи-

руются. Слизистые оболочки зева в норме. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки в норме. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин. Сог: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 86 уд/мин. АД – 110/60 мм рт. ст. Язык – чистый. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии при пальпации, не вздут. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул темный, чередование запоров и поносов.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные лабораторно-инструментальные исследования необходимо провести?

ЗАДАЧА № 10

Пациентка Б., 72 года, обратилась за консультацией с жалобами на ноющие боли в правом подреберье, постоянные, горечь во рту, отрыжку воздухом с горечью, белый налет на языке.

Анамнез заболевания: ухудшение отмечает в течение нескольких недель. Самостоятельно принимала сборы трав с желчегонным действием. УЗИ ОБП – хронический калькулезный холецистит. Умеренное расширение ЧЛС обеих почек, микролитиаз обеих почек.

Анамнез жизни: перенесенные заболевания – наблюдается у кардиолога с диагнозом артериальная гипертензия 2 степ., риск 4. КМП гипертоническая, дисметаболическая. ВПС. Открытое овальное окно. Синусовая брадикардия. СА блокада 2 ст. Установлен ИВР. Вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Аллергологический анамнез неотягощен. Вредные привычки отрицает. Страховой анамнез – не работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева в норме. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки в норме. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин. Сог: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. АД – 110/70 мм рт. ст. У корня и на спинке языка белесоватый налет. Живот мягкий, чувствителен в эпигастрии и

правом подреберье при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул склонен к запорам.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные лабораторно-инструментальные исследования необходимо провести?

ЗАДАЧА № 11

Пациент Б., 40 лет, обратился с жалобами на боль ноющего характера в правом подреберье, с иррадиацией в спину, в течение дня волнообразную, вздутие живота, периодически отрыжку воздухом.

Анамнез заболевания: данные боли беспокоят более месяца. Ухудшение самочувствия последовало после употребления алкоголя. Обратился на прием к терапевту, рекомендовано дообследование.

Результаты: УЗИ ОБП – гепатомегалия (прав. доля 145, лев. доля 78). Выраженные диффузные изменения паренхимы поджелудочной железы и печени. Стеатогепатоз. УЗИ признаки хронического панкреатита. Пограничный размер диаметра воротной вены (12,5 мм). БАК – Билирубин общ 9,1, своб 7,3, связ 1,8, АЛТ 79, АСТ 29, ГГТ 45, Гликемия 11,5, Амилаза крови 58, липаза 51, ПТ 92,3, ОАК – без отклонений.

Анамнез жизни: вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Оперативные вмешательства – аппендэктомия. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. Страховой анамнез – работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева в норме. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки в норме. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин. Сог: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 70 уд/мин. АД – 110/80 мм рт. ст. Язык – чистый. Живот мягкий, болезненный при пальпации в правой боковой области, с иррадиацией в правое подреберье. Болезненность при пальпации в нижних межреберьях по средней подмышечной и передней подмышечной линиям. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул в норме.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные лабораторно-инструментальные исследования необходимо провести?

ЗАДАЧА № 12

Пациентка В., 49 лет, обратилась с жалобами на налет на языке, трудно снимаемый, тошноту после приема пищи, иногда – отрыжку воздухом, урчание в животе, склонность к запорам.

Анамнез заболевания: ухудшение отмечает в течение более месяца, когда появились вышеуказанные жалобы после приема курса лечения по вагинальному кандидозу (несколько противогрибковых препаратов, название уточнить не может). Самостоятельно прошла ФГДС – поверхностный очаговый гастрит. Н.Р. – невысокая уреазная активность, pH 4,0. ОАК – без отклонений, свертываемость крови 5,10–5,37, Гликемия натощак 6,3, Прولاктин, ТТГ, ТЗ, Т4, IgE, печеночные пробы – без отклонений.

Анамнез жизни: перенесенные заболевания – поликистоз яичников. Вен. заболевания, туберкулез отрицает. Оперативные вмешательства – миома матки. Аллергологический анамнез неотягощен. Вредные привычки – курение в течение 16 лет, отказ от курения в течение 4 месяцев. Страховой анамнез – работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева в норме. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки в норме. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин. Сог: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 72 уд/мин. АД – 120/80 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом с чистыми участками. Живот мягкий, болезненный в верхней части околопупочной области при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме. Стул склонен к запорам.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Составьте схему лечения.

ЗАДАЧА № 13

Пациентка Р., 62 года, жалуется на изжогу после еды через 1–1,5 часа, отрыжку воздухом, урчание, вздутие живота, флатуленцию, периодически боль в эпигастрии ноющего характера, чередование запоров и кашицеобразного кала.

Анамнез заболевания: испытывает указанные недомогания периодически в течение последних нескольких лет. Самостоятельно принимала т. Омепразол.

Анамнез жизни: перенесенные заболевания – АГ, привычное АД – 120–130/80 мм рт. ст., принимает т. Эналаприл 10 мг 2 раза в день, т. Бисопролол 2,5 мг в сутки. Вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицат. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицат. Страховой анамнез – не работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева в норме. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки в норме. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин. Сог: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 66 уд/мин. АД лев – 130/80 мм рт. ст. Язык – чистый. Живот мягкий, болезненный в околопупочной области и эпигастрии, вздут, при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул – чередование запоров и кашицеобразного стула.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?

ЗАДАЧА № 14

Пациент В., 29 лет, жалуется на боль ноющего характера в правом подреберье с иррадиацией в спину и переднюю поверхность грудной клетки справа, сухость во рту, колебания температуры тела с максимальным подъемом до 38,5 °С.

Анамнез заболевания: ухудшение отмечает в течение 4 суток, когда после алиментарной нагрузки (жирное жареное мясо + алкоголь) по-

явились вышеуказанные жалобы. Самостоятельно принимал т. Парацетамол, инъекции Анальгин + Димедрол. УЗИ ОБП – диффузные изменения в э/с печени по типу жирового гепатоза. Небольшое уплотнение э/с поджелудочной железы. Простая киста правой почки.

Анамнез жизни: вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Оперативные вмешательства – аппендэктомия (2010). Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. Страховой анамнез – работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева в норме. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки в норме. Температура тела – 37,7 °С (после приема т. Парацетамол 500 мг). Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин. Сог: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 72 уд/мин. АД лев – 100/70 мм рт. ст. Язык – чистый. Живот мягкий, несколько вздут, болезненный в правом подреберье (при пальпации иррадиация боли в спину). Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме. Стул регулярный, оформленный.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?

ЗАДАЧА № 15

Пациентка Н., 23 года, беспокоит боль в эпигастрии и правом подреберье ноющего характера, преимущественно после приема пищи, ощущение тяжести в эпигастрии.

Анамнез заболевания: ухудшение отмечает около месяца, когда снова появились вышеуказанные жалобы. В феврале 2020 г. обострение лечила самостоятельно приемом т. Омепразол. ФГДС – поверхностный очаговый гастрит. Н.Р. ++, рН 1,0.

Анамнез жизни: перенесенные заболевания – вазомоторный ринит. Вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Аллергологический анамнез отягощен. Вредные привычки – курение до 6 сигарет в сутки в течение около 6 лет. Страховой анамнез – работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева в норме. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки в норме. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин. Сог: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 72 уд/мин. Язык – чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул регулярный, 1 раз в 1–2 дня, оформленный.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?
3. Составьте схему лечения для данной пациентки.

ЗАДАЧА № 16

Пациентка Л., 71 год, жалобы на одышку смешанного характера при минимальной физической нагрузке, увеличение живота в объеме, общую слабость, отсутствие аппетита.

Анамнез заболевания: 2 месяца назад находилась на лечении в отделении гастроэнтерологии с диагнозом цирроз печени неуточненного генеза, активная фаза, прогрессирующее течение, ГЦН 2–3, ПГ 2. Правосторонний гидроторакс. ЖКБ. Холецистолитиаз.

На фоне проведенного консервативного лечения и пункции плевральной полости отмечает улучшение самочувствия, но после выписки самостоятельно в течение 2 недель отменила прием ЛП.

Анамнез жизни: перенесенные заболевания – АИТ, узловая форма, гипотиреоз, медикаментозно компенсированный. Принимает т. Эутирокс 100 мкг в сутки. Псориаз. Вен. заболевания, туберкулез отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. Страховой анамнез – не работает.

Объективно: общее состояние – тяжелое. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы – желтушной окраски. Сосудистые звездочки на коже спины и груди. Гематома тыльной поверхности правой кисти. Периферические отеки – пастозность стоп, голеней. Лим-

фоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева в норме. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки в норме. Pulm – перкуторно справа ниже середины лопатки абсолютно тупой звук. Аускультативно-везикулярное дыхание слева, справа ниже середины лопатки дыхание не выслушивается, выше – ослабленное везикулярное. Хрипы не выслушиваются. ЧДД – 24 в мин в покое. Сог: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 70 уд/мин. Живот безболезненный при пальпации, увеличен в объеме за счет свободной жидкости. Печень выступает из-под реберной дуги, безболезненная при пальпации. Физ. отправления: диурез около 1 литра в сутки; стул регулярный, оформленный.

Вопросы:

1. Тактика ведения данной пациентки?

ЗАДАЧА № 17

Пациентка Н., 67 лет, обратилась с жалобами на ощущение тяжести в правом подреберье, возникающее через 2–2,5 часа после приема пищи.

Анамнез заболевания: ухудшение отмечает около года. Последний курс лечение Эссенциале в течение месяца. 9 лет назад удален ЖП с лапароскопическим доступом (гангренозный холецистит), 2 года назад – рубцовый стеноз Фатерова сосочка. Механическая желтуха. УЗИ ОБП – гепатоспленомегалия. Выраженное уплотнение эхоструктуры печени и поджелудочной железы. ХЭ. АК – эр 4,78, Нв 134, лейко 8,6, СОЭ 17, ОХ – 6,9, печеночные пробы – общ бил 11,4, непрям 11,4, АЛТ 0,39, тим проба 1,3.

Анамнез жизни: перенесенные заболевания – СД 2 типа, принимает т. Сиофор 1000 мг 2 раза в день; АГ, принимает т. Амприл 10 мг 2 раз в день, т. Бисопролол 5 мг. Вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. Страховой анамнез – не работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева в норме. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки в норме. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин. Сог: сердечная де-

тельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 72 уд/мин. АД – 120/80 мм рт. ст. Язык – чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень +3 см из-под края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул в норме.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Составьте схему лечения для данной пациентки.

ЗАДАЧА № 18

Пациент Л., 24 года, обратился с жалобами на боль в эпигастрии, преимущественно натощак, периодически изжога; ощущение «песка» в глазах, зуд, покраснение слизистой век.

Анамнез заболевания: боли в животе беспокоят более года, связывает ухудшение самочувствия с приемом антибактериальных препаратов. Периодически принимает т. Омепразол, т. Пантопрозол, Гевискон. Выполнено УЗИ ОБП на момент старта жалоб, со слов, патологии не выявлено, результатов на руках нет. В детском возрасте болел гастритом.

Анамнез жизни: вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Аллергологический анамнез не отрицает. Вредные привычки отрицает. Страховой анамнез – работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева в норме. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки в норме. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин. Сог: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 70 уд/мин. АД прав – 100/60 мм рт. ст. Язык – чистый. Живот мягкий, не вздут, в околопупочной области и нижней части эпигастрии болезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул регулярный, оформленный.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Составьте схему лечения для данного пациента.

ЗАДАЧА № 19

Пациентка Т., 56 лет, жалобы на боль в эпигастрии ноющего характера, преимущественно натощак, периодически отрыжка воздухом, редко – горечь во рту.

Анамнез заболевания: ухудшение отмечает с 27 марта, когда после приема ЛП с целью лечения острого бронхита стала отмечать вышеуказанные жалобы. Обратилась к терапевту, рекомендованный курс лечения прошла в полном объеме (т. Нольпаза, т. Де Нол, т. Амоксициллин, т. Мотилиум, Альмагель, инъекции Квамател, инъекции Даларгин), со слабopоложительной динамикой.

Анамнез жизни: вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. Страховой анамнез – работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева в норме. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки в норме. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин. Сог: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 70 уд/мин. АД – 110/80 мм рт. ст. Язык – чистый. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и околопупочной области при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул в норме.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Составьте схему лечения для данного пациента.

ЗАДАЧА № 20

Пациентка Е., 70 лет, обратилась с жалобами на боль в правом подреберье и околопупочной области ноющего характера в течение дня и интенсивнее ночью, особо не связанные с приемом пищи, периодически ощущение тяжести в животе, вздутие живота, урчание в животе.

Анамнез заболевания: данные жалобы беспокоят около 2 месяцев. Месяц назад находилась на стационарном лечении, выявлена ЖКБ, проведено лечение (выписки нет, со слов, проводимая терапия следующая: Баралгин, Но-шпа, Омез, Фестал, Аллохол), без улучшения самочувствия.

УЗИ ОБП – конкременты ЖП (несколько, от 0,74 до 1,34, смещаемые, с четкой акустической тенью. Холедох 0,6 см, стенка ЖП 2,0, размеры не увеличены).

Анамнез жизни: вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Аллергологический анамнез неотягощен. Вредные привычки отрицает. Страховой анамнез – не работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева в норме. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки в норме. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин. Сог: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 72 уд/мин. АД – 110/70 мм рт. ст. Язык – чистый. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье и по всей околопупочной области при пальпации, несколько вздут. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул регулярный, оформленный, флатуленция.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Составьте схему лечения для данного пациента.

ЗАДАЧА № 21

Пациентка Р., 77 лет, обратилась с жалобами на боль по всему животу приступообразного характера, связи с приемом пищи или физической нагрузкой не отмечает; вздутие живота, тошноту, рвоту, приносящую облегчение на короткий промежуток времени.

Анамнез заболевания: ухудшение самочувствия отмечает в течение 2 недель, когда появилась боль, которая беспокоит в правой подвздошной области, и далее распространяется по всему животу. Самостоятельно принимает т. Но-шпа 40 мг, инъекции препарата с анальгетическим действием (название не знает). Год назад проходила лечение с диагнозом хр. рецидивирующий панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью, болевой синдром, в стадии обострения/ремиссии, с положительной динамикой.

Анамнез жизни: перенесенные заболевания – страдает АГ, привычное АД 120–130 мм рт. Ст., в настоящее время гипотензивные препара-

ты не принимает. Вен. заболевания, туберкулез отрицает. Аллергологический анамнез неотягощен. Вредные привычки отрицает. Страховой анамнез – не работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева в норме. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки в норме. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин. Сог: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 80 уд/мин. АД – 110/60 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, резко болезненный при поверхностной пальпации в околопупочной, правой и левой подвздошных областях, левой боковой области. Провести глубокую пальпацию не удалось в связи с выраженным болевым синдромом. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул регулярный, временами плотной консистенции.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Составьте схему лечения для данного пациента.

ЗАДАЧА № 22

Пациентка В., 35 лет, обратилась за консультацией с жалобами на боль в околопупочной и правой подреберной области, спастического характера, преимущественно в вечернее и ночное время, плотный кал, дефекация с натуживанием.

Анамнез заболевания: ухудшение отмечает в течение нескольких дней. Самостоятельно однократно приняла т. Но-шпа. Кратность приема пищи в течение дня не соблюдает, основной объем пищи в вечернее время.

Анамнез жизни: перенесенные заболевания – хр. правосторонний аднексит. Вен. заболевания, туберкулез отрицает. Оперативные вмешательства – аппендэктомия (апрель 2020 г.). Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. Страховой анамнез – не работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физио-

логической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева в норме. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки в норме. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин. Сог: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 76 уд/мин. АД – 90/60 мм рт. ст. Язык – чистый. Живот мягкий, болезненный в околопупочной области при пальпации, чувствителен в эпигастрии. Пальпируемая слепая кишка активно урчащая. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул плотный, 1 раз в день.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
3. Какие рекомендации можно дать пациентке?

ЗАДАЧА № 23

Пациентка З., 62 года, обратилась с жалобой на изжогу, боль в эпигастрии ноющего характера, усиливающуюся натощак; выделение крови со стулом по поверхности кала, в небольшом количестве, склонность к запорам.

Анамнез заболевания: данные жалобы беспокоят длительное время, с определенной периодичностью. Самостоятельно принимает настои трав, режима питания не придерживается. ФГДС – недостаточность кардии 1 ст. Рефлюкс-эзофагит. ГЭР. Поверхностный очаговый гастрит.

Анамнез жизни: перенесенные заболевания – АГ, принимает нерегулярно т. Энап до 2 раз в неделю. СД 2 типа, принимает т. Сиофор 850 мг в сутки. Вен. заболевания, туберкулез отрицает. Наследственный анамнез – отягощен по заболеванию кишечника (по отцовской линии). Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. Страховой анамнез – работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева в норме. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки в норме. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание. Хрипы не выслу-

шиваются. ЧДД – 16 в мин. Сог: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 70 уд/мин. АД – 140/85 мм рт. ст. Язык – чистый. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии, левой подвздошной области при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул – чередование запоров и поносов.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
3. Какие рекомендации можно дать пациентке?

ЗАДАЧА № 24

Пациентка В., 43 года, обратилась с жалобами на боль в эпигастрии пекущего характера, преимущественно натошак, и правом подреберье ноющего характера, иногда горечь, сухость во рту, склонность к запорам; немотивированная тревожность, апатия, быстрая утомляемость, нарушения сна (трудность засыпания, ночные пробуждения).

Анамнез заболевания: ухудшение отмечает в течение нескольких недель, после стрессовой ситуации. Самостоятельно в течение последних 3 дней начала прием т. Тримедат, т. Нольпаза, т. Фестал, Фосфолюгель. Год назад проходила лечение у гастролога, обследована. Заключение – гепатит минимальной степени. ЖВП по гипомоторному типу. Алиментарный панкреатит. УЗИ ОБП – незначительное изменение эхоструктуры печени и поджелудочной железы.

Анамнез жизни: вен. заболевания, туберкулез отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. Страховой анамнез – работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева в норме. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки в норме. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин. Сог: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 70 уд/мин. АД прав – 80/50 мм рт. ст. Язык – чистый. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии, околопупочной области, правом подреберье при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при паль-

пации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул плотный, с натуживанием.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
3. Какие рекомендации можно дать пациентке?

ЗАДАЧА № 25

Пациентка Р., 65 лет, обратилась с жалобами на вздутие живота, периодические ноющие боли в правом подреберье, изжогу; колебания АД в течение суток, головокружение.

Анамнез заболевания: данные жалобы беспокоят с определенной периодичностью в течение нескольких лет. Самостоятельно принимает иногда т. Фестал. ОАК – без отклонений, ОАМ – желт, мутн, 1017, белок и сахар не обн, эп 4–5, лейкоц 23–35, печ. Пробы – без отклонений, ЭКГ – ЧСС 88, ЭОС влево, гипертрофия ЛЖ. УЗИ ОБП – гепатоспленомегалия. Диффузные изменения в структуре печени по типу жирового гепатоза. Неполное удвоение правой почки. Уплотнение структуры, простые кисты обеих почек. Нефролитиаз обеих почек.

Анамнез жизни: вен. заболевания, туберкулез отрицает. Оперативные вмешательства – холецистэктомия. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. Страховой анамнез – не работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева в норме. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки в норме. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин. Сог: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 70 уд/мин. АД прав – 120/70 мм рт. ст. Язык – чистый. Живот мягкий, несколько вздут, чувствителен в эпигастрии при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул в норме.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
3. Какие рекомендации можно дать пациентке?

ЗАДАЧА № 26

Пациентка К., 56 лет, жалуется на чувство жжения во рту после еды, боль ноющего характера в правом подреберье, несколько уменьшающаяся после еды, отрыжку воздухом.

Анамнез заболевания: ухудшение отмечает в течение нескольких недель. Самостоятельно принимала т. Фамотидин, с небольшим улучшением. Ранее (более 5 лет назад) обследовалась (ФГДС), диагностирован гастродуоденит, ГПОД. Периодически беспокоит изжога после сладкого. УЗИ ОБП (со слов, амб. карты нет) – жировой гепатоз. Печеночные пробы, ревмопробы (со слов) исследованы 2 месяца назад, без отклонений.

Анамнез жизни: перенесенные заболевания – АГ, принимает т. Лизиноприл 10 мг, комфортные цифры АД 130/80 мм рт. ст. Вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Оперативные вмешательства отрицает. Аллергологический анамнез отягощен (сыпь по типу крапивницы на холод). Вредные привычки отрицает. Страховой анамнез – работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева в норме. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки в норме. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин. Сог: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 74 уд/мин. АД прав – 140/90 мм рт. ст. Язык – чистый. Живот мягкий, увеличен в размерах за счет ПЖК, чувствителен при пальпации в эпигастрии. Пупочное кольцо расширено. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул – регулярный, оформленный.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
3. Какие рекомендации можно дать пациентке?

ЗАДАЧА № 27

Пациентка А., 25 лет, обратилась с жалобами на изжогу, неприятные ощущения в эпигастрии, периодически боль давящего характера в проекции сердца, чувство неполного вдоха.

Анамнез заболевания: 5 месяцев назад находилась на лечении у гастролога с диагнозом ГЭРБ, эрозия кардиоэзофагального перехода. Хронический антральный гастрит с эрозиями. Тревожный синдром. Прошла курс лечения (выписки на руках), на фоне которого состояние улучшилось. Настоящее ухудшение отмечает в течение месяца, после лечения по поводу прикорневой пневмонии и стрессовой ситуации, когда появились вышеперечисленные жалобы.

Анамнез жизни: перенесенные заболевания – ОРЗ, детские инфекции, вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки – курение. Страховой анамнез – работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева в норме. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки в норме. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин. Сог: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 68 уд/мин. АД – 90/60 мм рт. ст. Язык – чистый. Живот мягкий, чувствительный в эпигастрии при пальпации, несколько вздут. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул – без особенностей.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?

ЗАДАЧА 28

Пациент Т., 29 лет, обратился с жалобами на боль жгучего пекущего характера в эпигастрии малой интенсивности, вздутие живота, урчание, кашицеобразный стул с примесью зеленой слизи.

Анамнез заболевания: ухудшение отмечает в течение месяца, когда появились вышеуказанные жалобы. Самостоятельно принимал т. Омепразол 2–3 раза в день, Альмагель, т. Панкреатин, с положительной динамикой. Самостоятельно прошел обследование: ФГДС – рефлюкс-эзофагит (дистальный катаральный). ГЭР. Поверхностный очаговый гастрит (рН метрия 2,0, невысокая уреазная активность).

Анамнез жизни: вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Аллергологический анамнез неотягощен. Вредные привычки – курение до 20 сигарет в сутки, длительно. Страховой анамнез – работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева в норме. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки в норме. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин. Сог: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 70 уд/мин. АД – 110/80 мм рт. ст. Язык обложен налетом. Живот мягкий, вздут, болезненный в эпигастрии и левой подвздошной области при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул кашицеобразный, 1 раз в сутки, с примесью зелени.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?

ЗАДАЧА № 29

Пациентка К., 17 лет, жалобы на боль ноющего характера после приема пищи, особенно мучной, позывы на дефекацию после приема пищи, снижение массы тела, периодически вздутие живота, неприятный запах изо рта.

Анамнез заболевания: данные жалобы беспокоят около 6 месяцев, периодически. Самостоятельно иногда принимает т. Панкреатин, т. Но-шпа. УЗИ ОБП – патологии не выявлено.

Анамнез жизни: вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Аллергологический анамнез неотягощен. Вредные привычки отрицает. Страховой анамнез – школьник.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева в норме. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки в норме. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание.

Хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин. Сог: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 72 уд/мин. Живот мягкий, болезненный в околопупочной области и эпигастрии при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул регулярный, оформленный.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?

ЗАДАЧА № 30

Пациентка Т., 69 лет, обратилась с жалобами на жжение в области эпигастрии и за грудиной, периодически горечь и сухость во рту, чередующиеся с повышенным слюноотделением, снижение аппетита.

Анамнез заболевания: ухудшение отмечает в течение нескольких недель, когда стали нарастать вышеуказанные жалобы. Самостоятельно ЛП не принимала. ФГДС – ГЭРБ. Смешанный (поверхностный на фоне атрофического) гастрит. Н.Р. – рН 4,0. Рентгенография пищевода, желудка с контрастированием – признаки эзофагита. Хр. гастрит.

Анамнез жизни: перенесенные заболевания – АГ, привычное АД 140/90 мм рт. ст., в настоящее время ЛП не принимает. Наблюдается у невролога с диагнозом ЦВБ. ДЭП смешанного генеза, 2 стад, субкомпенсированная, с нарушением кровообращения в ВББ. Вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. Страховой анамнез – не работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева в норме. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки в норме. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин. Сог: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 70 уд/мин. АД лев – 140/90 мм рт. ст. Язык – чистый. Живот мягкий, чувствителен в околопупочной области при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул регулярный, оформленный.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?

ЗАДАЧА № 31

Пациентка Ф., обратилась с жалобами на жидкий стул однократно, тошноту, боль давящего характера в эпигастрии с иррадиацией в левое подреберье, чувство тяжести в эпигастрии, повышение температуры тела до 37,2 °С, слабость, недомогание.

Анамнез заболевания: ухудшение отмечает в течение суток, когда резко возникли вышеперечисленные симптомы. Самостоятельно не лечилась. Ранее лечилась у гастролога с диагнозом хр. панкреатит. Хр. гастродуоденит.

Анамнез жизни: перенесенные заболевания – ОРЗ, детские инфекции. Вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. Страховой анамнез – работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева – гиперемированы небные дужки. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки в норме. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин. Сог: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 72 уд/мин. АД – 90/60 мм рт. ст. Язык – чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, вздут. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул – однократно кашицеобразный.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?

ЗАДАЧА № 32

Пациент К., 29 лет, обратился с жалобами сухость во рту, отрыжки воздухом, боли в животе, ощущение тяжести в животе, вздутие, кашицеобразный стул 1–2 раза в сутки.

Анамнез заболевания: ухудшение отмечает в течение 6 дней, когда появились вышеуказанные жалобы. Самостоятельно принимал т. Омепразол 2 раза в день, Панзинорм, Альмагель, Маалокс, со слабо-положительным эффектом. Несколько лет назад лечился по поводу гастрита (ФГДС – желчный рефлюкс гастрит. Поверхностный дуоденит).

Анамнез жизни: вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Аллергологический анамнез отягощен (поллиноз – пыль, амброзия). Вредные привычки отрицает. Страховой анамнез – работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева в норме. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки в норме. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин. Сог: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 74 уд/мин. АД прав – 90/60 мм рт. ст. Живот мягкий, вздут, чувствителен в околопупочной области при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул кашицеобразный, 1–2 раза в день.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?

ЗАДАЧА № 33

Пациент П., 47 лет, жалобы на периодически возникающую боль в животе колющего характера, преимущественно в правом подреберье, горечь во рту, ощущение вязкой слюны, вздутие живота, склонность к запорам.

Анамнез заболевания: данные жалобы беспокоят более месяца. Самостоятельно принимал ЛП (название не помнит). 7 месяцев назад проведена ХЭ по поводу острого обструктивного гангренозного холецистита.

Анамнез жизни: вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Аллергологический анамнез отягощен (поллиноз – амброзия). Вредные привычки отрицает. Страховой анамнез – работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева в норме. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки в норме. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин. Сог: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 72 уд/мин. Язык – чистый. Живот мягкий, вздут, увеличен в объеме за счет ПЖК, болезненный в правом подреберье и околопупочной области при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. Отправления: диурез в норме; склонность к запорам.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?

ЗАДАЧА № 34

Пациент В., 33 года, обратился с жалобами на кашицеобразный стул, чередующийся с жидким, боли в животе спастического характера перед дефекацией, боль ноющего характера в эпигастрии, усиливающаяся после приема пищи через 30–60 мин, однократно утром рвота слизью и головокружение.

Анамнез заболевания: около месяца болел новой коронавирусной инфекцией, лечился амбулаторно (Азитромицин 6 дней, Арпефлю, Ивермектин, Бромгексин, Парацетамол). В процессе терапии появились боли в эпигастрии, принимал т. Оmez, Альмагель, Холивер, с положительным эффектом при приеме препаратов и возобновление вышеуказанных жалоб после окончания лечения. Ранее, около 15 лет назад, беспокоили изжога, боли в животе. Обследование не проходил, лечился самостоятельно.

Анамнез жизни: вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. Страховой анамнез – работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева в

норме. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки в норме. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин. Cor: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 72 уд/мин. Язык – чистый. Живот мягкий, вздут, болезненный в околопупочной области и проекции сигмовидной кишки при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул кашицеобразный, чередующийся с жидким. Примеси слизи, непереваренной пищи отрицает.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?

ЗАДАЧА № 35

Пациентка Г., 19 лет, обратилась с жалобами на боль в правом подреберье тянущего, иногда колющего характера, с иррадиацией в правую боковую область, усиливающиеся после приема пищи через некоторое время, урчание в животе, повышение температуры до 37,3 °С накануне вечером.

Анамнез заболевания: данные жалобы беспокоят в течение 3 суток, после периода голодания в течение 2 суток. Самостоятельно принимала т. Дротаверин, т. Кетанов, Нимесил, с малоположительным эффектом.

Анамнез жизни: перенесенные заболевания – хр. гастрит. Вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. Страховой анамнез – не работает.

Объективно: общее состояние – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические отеки не выявлены. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистые оболочки зева в норме. Небные миндалины – обычные. Задняя стенка глотки в норме. Pulm – перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно-везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин. Cor: сердечная деятельность – ритмичная, тоны сердца – ясные. ЧСС – 78 уд/мин. АД прав – 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, несколько вздут, активно урчит при пальпации, болезненный в околопупочной области и правом подребе-

рье при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Физ. отправления: диурез в норме; стул регулярный, оформленный.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
3. Какое лечение можно назначить пациентке?

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ

ЗАДАЧА № 1. Ответы на поставленные вопросы:

1. Согласно жалобам выделен во время приступа синдром бронхиальной обструкции.

2. Контакт с аллергенами окружающей среды (тополиный пух), профессиональные аллергены – аэрозоли (лаки и краски в парикмахерской) провоцируют развитие бронхиальной обструкции.

3. Указанные жалобы связаны с бронхоспазмом, гиперсекрецией слизи и воспалительным отеком слизистой бронхов.

4. Приступы периодической бронхиальной обструкции свидетельствуют об аллергической природе у лиц, склонных к атопии. О генетической предрасположенности к атопии свидетельствует наличие в анамнезе поллиноза в период цветения тополя.

5. Скарификационные внутрикожные тесты с возможными аллергенами.

С целью выявления гиперреактивности бронхов проведение исследования функции внешнего дыхания (определение ОФВ₁ (объема форсированного выдоха за первую секунду) и изменение ФЖЕЛ (форсированной жизненной емкости легких)) и пикфлоуметрии (определением пиковой скорости выхода (ПСВ) и разницы ПСВ в утренние и вечерние часы).

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Гребнев, А. Л. Пропедевтика внутренних болезней: учебник / А. Л. Гребнев; 5 изд., перераб. и доп. – Москва : Медицина, 2001. – Текст : непосредственный.

2. Окороков, А. Н. Диагностика болезней внутренних органов / А. Н. Окороков. – Москва : Мед. лит., 2000. – Текст : непосредственный.

3. Маколкин, В. И. Внутренние болезни / В. И. Маколкин, С. И. Овчаренко, В. А. Сулимов. – Москва : «ГЭОТАР–Медиа», 2015. – Текст : непосредственный.

4. Мухин, Н. А. Внутренние болезни / Н. А. Мухин, В. С. Моисеев, А. И. Мартынов; в 2-х томах. – Москва : «ГЭОТАР–Медиа», 2015. – Текст : непосредственный.

5. Гастроэнтерология: нац. руководство, краткое издание / под редакцией В.Т. Ивашкина и др. – Москва : «ГЭОТАР–Медиа», 2011. – Текст : непосредственный.

6. Абрамова, А. А. Внутренние болезни: руководство к практическим занятиям по факультетской терапии: учебное пособие / А. А. Абрамова. – Москва : «ГЭОТАР–Медиа», 2010. – Текст : непосредственный.

Учебно-практическое издание

СБОРНИК КЛИНИЧЕСКИХ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ
Часть 1

Ковбасюк Яна Ивановна
Филоненко Оксана Александровна
Ковердяга Нина Валерьевна

ИП № 03-2017-795 Патент АА № 1914199 от 6 августа 2020г.

Тираж 15 экз.

Отпечатано в Изд-ве Приднестр. ун-та. 3300, г. Тирасполь, ул. Мира, 18.