

ГОУ «ПРИДНЕСТРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМ. Т.Г. ШЕВЧЕНКО»

Медицинский институт им. Н.В. Склифосовского

Кафедра терапии

СБОРНИК КЛИНИЧЕСКИХ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ

Часть 2

Тирасполь

*Издательство
Приднестровского
Университета*

2026

УДК 616.1/.7-071(075.8)

ББК Р41-3я73

С23

Составители:

О.А. Филоненко, ассистент каф. терапии

Я.И. Ковбасюк, ассистент каф. терапии

А.В. Пикуленко, ассистент каф. хирургии

Н.В. Ковердяга, ассистент каф. терапии

Рецензенты:

И.И. Солоницкая, врач-ревматолог высшей категории КРД ГУ РКБ

Н.Г. Лосева, кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой терапии с циклом фтизиатрии Медицинского института им. Н.В. Склифосовского ПГУ им Т.Г. Шевченко.

Сборник клинических ситуационных задач. Часть 2: учебно-практическое издание [Электронный ресурс] / составители: О.А. Филоненко, Я.И. Ковбасюк, А.В. Пикуленко, Н.В. Ковердяга; ГОУ «Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»; Медицинский институт им. Н.В. Склифосовского. – Тирасполь : Изд-во Приднестр. ун-та, 2026. – 100 с.

Системные требования: CPU (Intel/AMD) 1,5 ГГц / ОЗУ 2 Гб / HDD 450 Мб / 1024*768 / Windows 10 и новее / Microsoft Edge / Adobe Acrobat Reader 6 и новее.

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 3–6 курсов медицинского факультета по дисциплинам «Пропедевтика внутренних болезней» и «Поликлиническая терапия».

УДК 616.1/.7-071(075.8)

ББК Р41-3я73

Рекомендовано Учебно-методическим советом ПГУ им. Т. Г. Шевченко

© Филоненко О.А., Ковбасюк Я.И., Пикуленко А.В.,
Ковердяга Н.В., составление, 2026

ОГЛАВЛЕНИЕ

<i>СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ</i>	4
<i>ВВЕДЕНИЕ</i>	6
<i>Раздел 1. ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ</i>	7
<i>Раздел 2. ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ</i>	33
<i>Раздел 3. ЗАБОЛЕВАНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА</i>	50
<i>Раздел 4. ЗАБОЛЕВАНИЯ СИСТЕМЫ КРОВЕТВОРЕНИЯ</i>	83
<i>ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ</i>	98
<i>РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА</i>	99

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АИТ- аутоиммунный тиреоидит
АД- артериальное давление
АЛТ – аланинаминотрансфераза
А_оК – аортальный клапан
АСЛО – антитела к стрептолизину-О
АСТ – аспарагинаминотрансфераза
БАК – биохимическое исследование крови
ВПС – врожденный порок сердца
ГЗТ- гормональная заместительная терапия
ГЦН – гепатоцеллюлярная недостаточность
ДГР- дуодено-гастральный рефлюкс
ЖКБ- желчно-каменная болезнь
ИВР - искусственный водитель ритма
ИПП- ингибиторы протонной помпы
КМП- кардиомиопатия
НПВП- нестероидные противовоспалительные препараты
ОАК- общий анализ крови
ОАМ – общий анализ мочи
ОНМК - острое нарушение мозгового кровообращения
ОХС – общий холестерин
ПГ- портальная гипертензия
РФ – ревматоидный фактор
СМП – скорая медицинская помощь
СОЭ- скорость оседания эритроцитов
СРБ- С- реактивный белок
ТТГ- тиреотропный гормон
Т3- трийодтиронин
Т4- тироксин
ЧСС - частота сердечных сокращений

ФГДС - фиброгастродуоденоскопия
ФП - фибрилляция предсердий
ХРБС - хроническая ревматическая болезнь сердца
ЦП- цветной показатель
ЧСС – частота сердечных сокращений
ЧД – частота дыхания
ЭНМГ- электронейромиография
ANA- антинуклеарные антитела
IgE- иммуноглобулин E
Anti-SS-A (Ro)- Антитела к цитоплазматическому антигену SS-A
Anti-SS-B (La)- Антитела к цитоплазматическому антигену SS-B

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 пособие 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 пособии 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 ПИЩЕВАРЕНИЯ

Задача 1

Пациент М, 52 года жалуется на боль 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 около 1 месяца, когда появились и стали нарастать вышеуказанные жалобы. Обратился к кардиологу, по результатам обследования стенокардия напряжения не подтвердилась. Рекомендовано прием Таб. Эналаприл 2,5 мг 2 раза в день, Таб. Бисопролол 2,5, мг в день в связи с высокими цифрами АД.

Анамнез жизни: перенесенные заболевания: вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Оперативные вмешательства – аппендэктомия. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки курение до 20 сигарет в сутки, стаж около 30 лет. Питание нерациональное, отсутствуют завтраки. 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. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Аускультативно - везикулярное дыхание. Хрипы - не выслушиваются. Чд - 16 в мин. Сердечная деятельность - ритмичная, тоны сердца - ясные. ЧСС - 70 мин. АД прав - 120/70 мм. рт. ст. Язык - у корня белесоватый налет. Живот мягкий, не вздут, 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 данные анамнеза могут выступать предрасполагающими к заболеванию факторами?
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 (Кларид, Метронидазол, Де-нол, Нольпаза, Субтил, Вит В6), с положительной динамикой. Но после окончания лечения появились вышеуказанные жалобы.

Анамнез жизни: Наблюдается эндокринологом с Дз-АИТ, гипертрофическая форма, субклинический гипотиреоз. Принимает Таб. Эутирокс 75 мкг. Вен. заболевания, туберкулез отрицает. Оперативные вмешательства отрицает. Аллергологический анамнез отягощен (Цефтриаксон, Дротаверин). 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. Чд - 16 в мин. Сог : сердечная деятельность - ритмичная, тоны сердца - ясные. ЧСС - 78 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, предъявляет жалобы на рвоту после приема пищи, приносящую облегчение, отрыжку воздухом, иногда режущую 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. Самосто-

ятельно принимал Церукал, Омез, 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 субэктричны. 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. Чд - 16 в мин. Сог: сердечная деятельность - аритмичная, тоны сердца - ясные. ЧСС (ФП) - 138 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 характера, флотуленцию.

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, слепоперационный 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 неотягощен. Вредные привычки отрицает. Страховой анамнез 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. Чд - 16 в мин. Сог: сердечная деятельность - ритмичная, тоны сердца - ясные. ЧСС - 72 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, предъявляет жалобы 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 года выявлен HBsAg.

Самостоятельно прошел исследование: ОАК - Нв 161 г/л, эр $5,0 \cdot 10^6$ /мкл, ц.п. 0,9, лейкоциты $4,0 \cdot 10^3$ /мкл, СОЭ 7 мм/час, в остальном без отклонений, ОАМ -с/ж, прозрачная, плотность 1017, кислая, эпителий 3-5, лейкоциты 1-3.

Биохимическое исследование крови - общий билирубин 19,2 мкмоль/л, непрямой 19,2 мкмоль/л, АЛТ 1,3 ед/л, АСТ 0,84 Ед/л, тимоловая проба 5,5.

УЗИ органов брюшной полости - Застойный ЖП. Полип ЖП.

Анамнез жизни. Перенесенные заболевания: 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. Чд - 16 в мин. Сог: сердечная деятельность - ритмичная, тоны сердца - ясные. ЧСС - 72 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: перенесенные заболевания: 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. Чд - 16 в мин. Сог: сердечная деятельность - ритмичная, тоны сердца - ясные. ЧСС - 72 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. 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 около 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: перенесенные заболевания: 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. Чд - 16 в мин. Сог: сердечная деятельность - ритмичная, тоны сердца - ясные. ЧСС - 70 мин. АД - 90/60 мм. рт. ст. Язык - обложен невыраженным белым налетом. Живот мягкий, не вздут, болезненный в околопупочной области, эпигастрии, левой подздошной 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. Беспокоит 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 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. Чд - 16 в мин. Сог: сердечная деятельность - ритмичная, тоны сердца - ясные. ЧСС - 68 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, плотной консистенции, чередующийся с кашицеобразным.

Анамнез заболевания: Ухудшение отмечает в течение месяца, когда появился черный дегтеобразный стул. При присоединении повышения температуры тела до 37,5 вызвана бригада СМП, госпитализиро-

ван 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 рекомендовано прием Т. Ферминол, Т. Улсепан, Сималгель.

В анамнезе язвенная болезнь желудка, подтвержденное обострение более 15 лет назад. В последующем периодически беспокоила изжога, принимал Ренни. Результаты анализов при выписке: гемоглобин 87 г/л, эритроциты $2,9 \cdot 10^6$ /мкл, ц.п 0,88, тромбоциты $329 \cdot 10^3$ /мкл, лейкоциты $8,16 \cdot 10^3$ /мкл.

Общий анализ крови: 22.04.20- лейкоциты $13,7 \cdot 10^3$ /мкл, эритроциты $2,11 \cdot 10^6$ /мкл, гематокрит 21,7 %, гемоглобин 69 г/л, МСН 32,7 пг, тромбоциты $489 \cdot 10^3$ /мкл, RDW –SD 49,3 фл, СОЭ 86 мм/час.

Анамнез жизни: перенесенные заболевания: Артериальная гипертензия, привычное АД систолическое 140-150 мм рт ст. В течение последнего месяца принимал Т. Равель., Т Биспролол. 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 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. Чд - 16 в мин. Сог: сердечная деятельность - ритмичная, тоны сердца - ясные. ЧСС - 86 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, отрыжка воздухом с горечью, белый налет на языке.

Анамнез заболевания: Ухудшение отмечает в течение нескольких недель. Самостоятельно принимала сборы трав с желчегонным действием. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства: Хронический калькулезный холецистит. Умеренное расширение ЧЛС обеих почек, микролитиаз обеих почек.

Анамнез жизни: перенесенные заболевания: Наблюдается у кардиолога с диагнозом артериальная гипертензия 2 стад, риск 4. КМП гипертоническая, дисметаболическая. ВПС. Открытое овальное окно. Синусовая брадикардия. Синоатриальная блокада 2 ст. Установлен ИВР. 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. Чд - 16 в мин. Сог: сердечная деятельность - ритмичная, тоны сердца - ясные. АД - 110/70 мм. рт. ст. Язык - у корня и на спинке 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 жалобы беспокоят в течение более месяца. Ухудшение самочувствия последовало после употребления алкоголя. Обратился на прием к терапевту, рекомендовано дообследование.

Результаты:

УЗИ органов брюшной полости - Гепатомегалия (правая доля 145 мм, левая доля 78 мм). Выраженные диффузные изменения паренхимы поджелудочной железы и печени. Стеатогепатоз. УЗИ признаки

хронического панкреатита. Пограничный размер диаметра воротной вены (12,5 мм).

Биохимическое исследование крови – Билирубин общий 9,1 мкмоль/л, свободный 7,3 мкмоль/л, связанный 1,8 мкмоль/л, АЛТ 79 ед/л, АСТ 29 ед/л, ГГТ 45 ед/л, Гликемия 11,5 ммоль/л, Амилаза крови 58 ед/л, липаза 51 ед/л, протромбиновый индекс 92,3 %.

ОАК- без отклонений.

Анамнез жизни: перенесенные заболевания: 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. Чд - 16 в мин. Сог: сердечная деятельность - ритмичная, тоны сердца - ясные. ЧСС - 70 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 вагинального кандидоза (несколько противогрибковых препаратов, название уточнить не может). Самостоятельно прошла ФГДС - поверхностный очаговый гастрит. Н.Р.- невысокая уреазная активность, рН 4,0. ОАК - без отклонений, свертываемость крови по Ли –Уайт 5,10-5,37, гликемия натощак 6,3ммоль/л, пролактин, ТТГ, Т3, 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 предшествующих 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. Чд - 16 в мин. Сог : сердечная деятельность - ритмичная, тоны сердца - ясные. ЧСС - 72 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, флотуленцию, перидически боль в эпигастрии ноющего характера, чередование запоров и кашецеобразного кала.

Анамнез заболевания: Данные жалобы беспокоят периодически в течение последних нескольких лет. Самостоятельно принимала Т. Омепразол 20 мг 1-3 раза в неделю.

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 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 ды-

хание. Хрипы - не выслушиваются. Чд - 16 в мин. Сог : сердечная деятельность - ритмичная, тоны сердца - ясные. ЧСС - 66 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 кашецеобразного 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) появились вышеуказанные жалобы. Самостоятельно принимал Т. Парацетамол, Инъекции Аналгин + Димедрол+ Папаверин. УЗИ органов брюшной полости - Диффузные изменения в э/с печени по типу жирового гепатоза. Небольшое уплотнение э/с поджелудочной железы. Простая киста правой почки.

Анамнез жизни: перенесенные заболевания: 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. Температура тела 37,7 с (после приема Т. Парацетамол 500 мг). Pulm - перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно - везикулярное дыхание. Хрипы - не выслушиваются. Чд - 16 в мин. Сог : сердечная деятельность - ритмичная, тоны сердца - ясные. ЧСС - 72 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, постоянное ощущение «тяжести» в эпигастрии.

Анамнез заболевания: Настоящее ухудшение отмечает около месяца, когда появились вышеуказанные жалобы. ЛП не принимала, старалась придерживаться правильного питания. Предыдущее обострение около 7 месяцев назад лечила самостоятельно приемом Таб. Омепразол.

ФГДС - поверхностный очаговый гастрит. Уреазный тест ++, рН 1,0.

Анамнез жизни: перенесенные заболевания: Вазомоторный ринит. Вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит. Аллергологический анамнез отягощен. Вредные привычки- курение до 6 сигарет в сутки, стаж 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. Чд - 16 в мин. Сог : сердечная деятельность - ритмичная, тоны сердца - ясные. ЧСС - 72 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 гастрологии с диагнозом - Цирроз печени неуточненного генеза, активная фаза, прогрессирующее течение, ГЦН 2-3, ПГ 2. Правосторонний гидроторакс. ЖКБ. Холецистолитиаз.

На фоне проведенного консервативного лечения (медицинской документации нет, со слов) и пункции плевральной полости отмечает улучшение самочувствия, но после выписки самостоятельно в течение 2 недель отменила прием лекарственных препаратов.

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 - тяжёлое. 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. Лимфоузлы - 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. Чд - 24 в мин в покое. Сог: сердечная деятельность - ритмичная, тоны сердца - ясные. ЧСС - 70 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, возникающие через 2-2,5 часа после приема пищи.

Анамнез заболевания: данные жалобы беспокоят в течение около года. Самостоятельно принимала Эссенциале в течение предшествующего месяца, без положительной динамики. 9 лет назад удален желчный пузырь с лапароскопическим доступом (гангренозный холецистит), 2 года назад - рубцовый стеноз Фатерова сосочка. Механическая желтуха.

УЗИ органов брюшной полости - Гепатоспленомегалия. Выраженное уплотнение эхоструктуры печени и поджелудочной железы Состояние после холецистэктомии.

ОАК - эр $4,78 \cdot 10^6/\text{мкл}$, Нв 134 г/л , лейкоц. $8,6 \cdot 10^3/\text{мкл}$, СОЭ 17 мм/час, ОХ - 6,9 ммоль/л, печеночные пробы - общий билирубин 11,4 ммоль/л, непрямой 11,4 ммоль/л, АЛТ 0,39 ед/л, тимоловая 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 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. Чд - 16 в мин. Сог : сердечная деятельность - ритмичная, тоны сердца - ясные. ЧСС - 72 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. Пантопразол, Гевискон. Выполнено УЗИ органов брюшной полости на момент старта жалоб, слов, патологии не выявлено, результатов на руках нет.

Анамнез жизни: перенесенные заболевания: вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. В детском возрасте болел гастритом. 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. Чд - 16 в мин. Сог: сердечная деятельность - ритмичная, тоны сердца - ясные. ЧСС - 70 мин. АД прав- 100/60 мм. рт. ст. Язык - чистый. Живот мягкий, не вздут, в околопечной области и нижней части эпигастрия 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 в течение 2 недель, когда после приема лекарственных препаратов 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: перенесенные заболевания: 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. Чд - 16 в мин. Сог : сердечная деятельность - ритмичная, тоны сердца - ясные. ЧСС - 70 мин. АД - 110/80 мм. рт. ст. Язык - чистый. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и околопупочной области при пальпации. Печень у края ребер-

ной 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 в течение 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 Органов брюшной полости: Конкременты желчного пузыря (несколько, от 0,74 до 1,34, смещаемые, с четкой акустической тенью. Холедох 0,6 см, стенка желчного пузыря 2,0 мм, размеры не увеличены).

Анамнез жизни: перенесенные заболевания: 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. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Аускультативно - везикулярное дыхание. Хрипы - не выслушиваются. Чд - 16 в мин. Сердечная деятельность - ритмичная, тоны сердца - ясные. ЧСС - 72 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, флотулация.

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 - хронический 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 препараты не принимает. Вен. заболевания, туберкулез 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. Перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно - везикулярное дыхание. Хрипы - не выслушиваются. Чд - 16 в мин. Сердечная деятельность - ритмичная, тоны сердца - ясные. ЧСС - 80 мин. АД - 110/60 мм. рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, резкоболезненный 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. 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. Чд - 16 в мин. Сог : сердечная деятельность - ритмичная, тоны сердца - ясные. ЧСС - 76 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 раза 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 периодичностью. Самостоятельно принимает настои трав, режима питания не придерживается. ФГДС - Недостаточность кардии 1 степени. 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 выслушиваются. Чд - 16 в мин. Сог: сердечная деятельность - ритмичная, тоны сердца - ясные. ЧСС - 70 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 натощак, 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. ДЖВП по гипомоторному типу. Алиментарный панкреатит.

УЗИ органов брюшной полости - Незначительное изменение эхо-структуры печени и поджелудочной железы.

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 - в норме. Pulm - перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно - везикулярное дыхание. Хрипы - не выслушиваются. Чд - 16 в мин. Сог: сердечная деятельность - ритмичная, тоны сердца - ясные. ЧСС - 70 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 пальпации. 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, периодически - 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 таблетки Фестал.

Общий анализ крови - без отклонений,

Общий анализ мочи - желтая, мутная, плотность 1017, белок и сахар не обнаружены, эпителий 4-5 в п.з., лейкоциты 23-35 в п.з.

Биохимический анализ крови - без отклонений, ЭКГ - ЧСС 88 в минуту, ЭОС влево, признаки гипертрофии левого желудочка. УЗИ органов брюшной полости - 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: перенесенные заболевания: 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. Чд - 16 в мин. Сог: сердечная деятельность - ритмичная, тоны сердца - ясные. ЧСС - 70 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, предъявляет жалобы на чувство жжения во рту, после еды, боль ноющего характера в правом подреберье, несколько уменьшающаяся после еды, отрыжка воздухом.

Анамнез заболевания: Ухудшение отмечает в течение нескольких недель. Самостоятельно принимала Таб. Фамотидин, с небольшим улучшением.

Ранее (более 5 лет назад) обследовалась (ФГДС), диагностирован гастродуоденит, ГПОД. Периодически беспокоит изжога после сладкого.

УЗИ органов брюшной полости (со слов, амбулаторной карты нет) - жировой гепатоз.

Печеночные пробы, ревмопробы (со слов) исследованы 2 месяца назад, без отклонений.

Анамнез жизни: перенесенные заболевания: АГ, принимает Таб. 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. Чд - 16 в мин. Сог: сердечная деятельность - ритмичная, тоны сердца - ясные. ЧСС - 74 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 в 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 Дз: ГЭРБ, эрозия кардиоэзофагального перехода. Хронический антральный гастрит с эрозиями. Тревожный синдром. Прошла курс лечения (медицинской документации нет), 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 курит. 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. Чд - 16 в мин. Сог : сердечная деятельность - ритмичная, тоны сердца - ясные. ЧСС - 68 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: перенесенные заболевания: вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Аллергологический анамнез неотягощен. Вредные привычки курит 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. Чд - 16 в мин. Сог: сердечная деятельность - ритмичная, тоны сердца - ясные. ЧСС - 70 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 кашецеобразный, 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 органов брюшной полости - патологии не выявлено.

Анамнез жизни: перенесенные заболевания: 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 - фи-

зиологической 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. Чд - 16 в мин. Сог : сердечная деятельность - ритмичная, тоны сердца - ясные. ЧСС - 72 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 эпигастрия и за грудиной, периодически горечь и сухость во рту, чередующееся с повышенным слюноотделением, снижение аппетита.

Анамнез заболевания: Ухудшение отмечает в течение нескольких недель, когда стали нарастать вышеуказанные жалобы. Самостоятельно лекарственные препараты не принимала. ФГДС - ГЭРБ. Смешанный (поверхностный на фоне атрофического) гастрит. Уреазный тест отрицательный. рН 4,0. Рентгенография пищевода, желудка с контрастированием - признаки эзофагита, хронического гастрита.

Анамнез жизни: перенесенные заболевания: АГ, привычное АД 140/90 мм рт ст, в настоящее время лекарственные препараты не принимает. Наблюдается у невролога с Дз- 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. Чд - 16 в мин. Сог: сердечная деятельность - ритмичная, тоны сердца - ясные. ЧСС -

70 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?

Раздел 2. ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ

Задача 1

Пациент В., 42 года, жалобы на боль в правой половине поясничной области, не проходящая в покое и положении лежа, с иррадиацией в правую боковую область живота; частые позывы к мочеиспусканию; накануне днем повышение температуры до 37,2 с.

Анамнез заболевания: Вышеуказанные жалобы появились в предыдущие сутки, остро. Мед работником по месту работы был введен в инъекционной форме ЛП (название не знает). После обратился на прием к терапевту. Выполнена рентгенография поясничного отдела позвоночника - левосторонний сколиоз 1 степени. Начальные признаки остеохондроза. Общий анализ мочи - микроальбумины 30, неизменные эритроциты 15-20, гиалиновые цилиндры 1-2. УЗИ почек - без патологии.

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 - в норме. Pulm - перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно - везикулярное дыхание. Хрипы - не выслушиваются. Чд - 16 в мин. Сог: сердечная деятельность - ритмичная, тоны сердца - ясные. ЧСС - 72 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. Симптом поколачивания по поясничной области справа слабо положительный. Физ. отправления: диурез в норме. Стул в норме. При пальпации по паравертебральным точкам болезненности не выявлено, пальпация мышц поясничной области безболезненна.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные лабораторно - инструментальные исследования необходимо провести?
3. Составьте план ведения пациента.

Задача 2

Пациент Р., 21 года, жалобы на отеки лица, век, туловища, конечностей, снижение количества выделяемой за сутки мочи, слабость, головную боль.

Анамнез заболевания: Подобные симптомы впервые появились 2 года назад, длительно лечился в нефрологическом отделении, получал Преднизолон с положительным эффектом, выписан из стационара в удовлетворительном состоянии. После выписки у врача не наблюдался, не лечился, хотя отмечал периодически отеки на лице. 2 недели назад переболел ангиной, после этого состояние резко ухудшилось, появились вышеуказанные жалобы. Общий анализ крови: эритроциты - $3,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 124 г/л, цветовой показатель - 0,89, лейкоциты - $5,4 \times 10^9 /л$, лейкоцитарная формула - в норме, СОЭ – 42 мм/ч.

Биохимическое исследование: общий белок крови – 35,6 г/л, альбумины – 33%, холестерин крови – 9 ммоль/л.

Общий анализ мочи: удельный вес – 1012, белок – 5,4 г/л, эритроциты выщелоченные – 20-25 в поле зрения, восковидные цилиндры – 9-10 в поле зрения

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

Объективно: общее состояние средней тяжести. Сознание - ясное. Положение - активное. Кожные покровы - бледные. Периферические отеки – отечность стоп, голеней, нижней трети бедер, кистей, лица. 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. Чд - 16 в мин. Сог: сердечная деятельность - ритмичная, тоны сердца - ясные. ЧСС - 90 мин. АД - 150/90 мм. рт. ст. Язык - чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные лабораторно - инструментальные исследования необходимо провести?
3. Составьте план ведения пациента.

Задача 3

Пациентка П., 49 лет, обратилась с жалобами на жжение при мочеиспускании, ноющие боли внизу живота, уменьшающиеся после

мочеиспускания, неинтенсивные ноющие боли в поясничной области, независимые от физической активности.

Анамнез заболевания: Ухудшение отмечает в течение 3 суток, когда появились вышеуказанные жалобы. Самостоятельно начала прием Канефрона, обильного питья. Общий анализ мочи - белок отсутствует, лейкоциты 15-16 в п.з., бактерии +++, слизь +, соли -, эритроциты-, эпителий плоский 5-6 в п.з.

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

Объективно: общее 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. Чд - 16 в мин. Сог: сердечная деятельность - ритмичная, тоны сердца - ясные. ЧСС - 88 мин. АД - 110/70 мм. рт. ст. Язык - чистый. Живот мягкий, болезненный в околопупочной области при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Мочеиспускание свободное, болезненное, диурез в норме. Стул в норме.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные лабораторно - инструментальные исследования необходимо провести?
3. Составьте план ведения пациента.

Задача 4

Пациентка Д., 33 лет, обратилась с жалобами на частое и болезненное мочеиспускание, боли в поясничной области справа, выделение мутной мочи, повышение температуры тела до 37,6 °С.

Анамнез заболевания: впервые подобные проявления отмечались у пациентки 10 лет назад во время беременности. Проводилась антибактериальная терапия в стационаре, роды – без осложнений. В последующем обострения заболевания не отмечалось.

Настоящее ухудшение состояния 6 дней назад после переохлаждения. Самостоятельно лекарственные препараты не принимала.

Общий анализ крови: гемоглобин - 118 г/л, эритроциты - $4,0 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $14,0 \times 10^9 /л$, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофи-

лы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 65%, лимфоциты - 20%, моноциты - 4%, тромбоциты - $200,0 \times 10^9$ /л, СОЭ – 24 мм/час.

Биохимические показатели крови: креатинин - 0,08 ммоль/л, мочевины - 6,5 ммоль/л. Общий анализ мочи: удельный вес - 1010, белок - 0,07 мг/л, реакция кислая, лейкоциты - 15-20 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения.

УЗИ почек: почки обычной формы и размеров. Чашечно-лоханочная система почек деформирована и уплотнена. Конкрементов нет.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, периферических отеков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка обычной формы. Частота дыхания - 20 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 90 в минуту. АД – 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Симптом поколачивания положительный справа. Стул и диурез без особенностей.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные лабораторно - инструментальные исследования необходимо провести?
3. Составьте план ведения пациента.

Задача 5

Пациентка Д., 48 лет, обратилась с жалобами на изжогу, тошноту, периодически – рвоту, отсутствие аппетита, кожный зуд.

Анамнез заболевания: Ранее заболеваниями ЖКТ не страдала. Более 20 лет назад был диагностирован хронический пиелонефрит, латентное течение, после чего больная не обследовалась и не лечилась. Настоящее ухудшение самочувствия отмечает в течение нескольких недель, с постепенным нарастанием интенсивности проявлений симптомов.

Объективные данные: Общее состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное. Несколько пониженного питания, кожные покровы сухие, со следами расчесов. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Сердечная деятельность ритмичная, тоны ясные. АД 165/95 мм рт. ст., ЧСС 98 в мин. Симптомов раздражения брюшины нет, пальпация живота слабо болезненна в эпигастрии, печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Стул без особенностей. Мочеиспускание свободное безболезненное (отмечает малые объемы мочи).

Общий анализ мочи: моча светлая, удельный вес 1006, белок 0,165 г/л, лейкоциты и эритроциты – единичные в поле зрения.

Общий анализ крови – признаки анемии.

Биохимический анализ крови: глюкоза 4,2 ммоль/л, мочевины 18,2 ммоль/л, креатинин 0,44 ммоль/л, общий белок 62 г/л., калий 6,7 ммоль/л.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза и тяжести состояния больной?
3. Какие патологические изменения требуют немедленной коррекции у данной больной?
4. Определите план лечения.

Задача 6

Пациент Р., 29 лет, обратился с жалобами на неинтенсивную отечность стоп, голеней, лица, особенно вокруг глаз, более выраженные в утренние часы, уменьшающиеся в течение дня.

Анамнез заболевания: Ухудшения в самочувствии отмечает в течение около 2 лет, после перенесенного «простудного заболевания». На тот момент пролечился самостоятельно: жаропонижающие ЛП, местные антисептические пастилки для горла, топические деконгестанты. После стал эпизодически ощущать тянущие боли в поясничной области, одутловатость лица, частые головные боли, в связи с чем принимает Таб. Спазмалгон или Таб. Цитрамон.

Общий анализ крови: гемоглобин – 124 г/л, эритроциты – $3,4 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты – $7,9 \cdot 10^9$ /л, тромбоциты – $312 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 32 мм/ч.

Общий анализ мочи: уд. вес 1016, кислая, белок – 1,2 г/л, лейкоц. – 6-8 в п/зр., эр. 56-60 в п/зр.

Биохимическое исследование крови: общий белок 73 г/л, общий билирубин 20,9 мкмоль/л, АЛТ 33 ед/л, АСТ 20 ед/л, мочевины 7,5 ммоль/л, креатинин 95 мкмоль/л.

ЭКГ и рентгенограмма органов грудной клетки - без признаков патологии.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы сухие, бледные. Пастозность параорбитальных зон, стоп, голеней. В легких аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, патологических шумов не выслушивается. ЧСС 94 уд/мин. АД 155/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, не вздут, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочевыделение свободное, безболезненное. Стул без особенностей.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы у пациента.
2. Составьте план дополнительных диагностических процедур.
3. Сформулируйте диагноз.
4. Составьте план лечения.

Задача 7

Пациент К., 55 лет, обратился с жалобами на головные боли распирающего характера, общую слабость, утомляемость, сухость во рту, жажду (выпивает до 3,5 литров жидкости в сутки), снижение аппетита, периодически часто тошноту, однократно рвоту, учащенное мочеиспускание, временами зуд кожи, одышку смешанного характера при физической нагрузке, перебои в работе сердца.

Анамнез заболевания: болеет около 15 лет, когда впервые появились отеки лица, голеней и стоп после перенесенной ОРИ. В последующие годы присоединилось повышение давления. В моче периодически обнаруживали белок 1.2-3.4%, лейкоциты и эритроциты. Несмотря на рекомендации врачей, планового лечения не проводил, мотивируя хорошим самочувствием. Эпизодически лечился стационарно, получал преднизолон, аскорутин, мочегонные, после выписки состояние улучшалось, отеки сходили, белок в моче снижался до 0,33%. В последнее время головные боли стали носить упорный характер и присоединились вышеуказанные жалобы.

Объективно: состояние средней тяжести. Несколько заторможен, апатичен, сонлив. Пониженного питания, ИМТ 18 кг/м². Кожные покровы сухие, бледные, следы расчесов. Лицо одутловатое, мягкие тестоватые отеки ног до колен (при надавливании остается ямка). В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах с обеих сторон ослабленное, хрипов нет. Сердце расширено влево на 2 см. Тоны сердца приглушены, частые экстрасистолы. ЧСС 88 уд/мин. АД 210/120 мм РТ, ст. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. Мочеиспускание 8-10 раз в сутки, в том числе 1-2 раза ночью, моча темного цвета.

Общий анализ крови: гемоглобин – 66 г/л, эритроциты - $2,8 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты – $9,9 \cdot 10^9/л$, тромбоциты – $118 \cdot 10^9/л$, СОЭ – 75 мм/ч. В об. ан. мочи: уд. вес 1003, белок – 0,8 г/л, лейкоц. – 3-8 в п/зр., эр. 35 в п/зр., цилиндры гиал 1-2, зернистые 1-2. Суточная альбуминурия 800 мг/сут.

Биохимическое исследование крови: креатинин 370 мкмоль/л. СКФ по формуле SKD/ EPI 15 мл/мин.

ЭКГ – гипертрофия левого желудочка, уменьшение вольтажа, удлинение PQ, сглаженность и двухфазность зубца Т, частые желудочковые экстрасистолы.

УЗИ почек правая 8,1x3,7 см, левая 9,4x 4,1 см. Контуры неровные, толщина паренхимы 14-15 мм, ткань почек диффузно гиперэхогенна, кровоток обеднен, кортико- медуллярная дифференциация нарушена. В обеих почках единичные мелкие кисты.

Вопросы:

1. Предположите и обоснуйте вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования.
3. Назначьте лечение.

Задача 8

Пациент Н., 22 лет, обратился с жалобами на отеки ног до середины бедра, лица, особенно в утренние часы после пробуждения; боли в пояснице ноющего характера, практически постоянную, мочу с примесью крови и уменьшение ее суточного выделения, слабость, мелькание «мушек и кругов» перед глазами.

Анамнез заболевания: болеет около 3 недель. Изначально появились боли в горле при глотании, заложенность носа, обильные выделения из носа желто-зеленого цвета, головные боли, повышение температуры тела до 39 С. Самостоятельно принимал Парацетамол, Азитромицин. Через 3 дня температура снизилась, самочувствие улучшилось. Неделю назад появилась тошнота, однократно рвота после приема пищи, изжога; отеки лица и голеней, моча приобрела красный оттенок.

Объективные данные: сознание ясное. Кожные покровы чистые, бледные, влажные. Отмечаются отек лица, особенно в периорбитальной зоне, мягкие отеки голеней и стоп. Пальпируются несколько увеличенные поднижнечелюстные лимфатические узлы, болезненные, мягко-эластичной консистенции, смещаемые. Слизистые задней стенки глотки, мягкого неба гиперемированы, миндалины гипертрофированы, с гнойным налетом. По задней стенке глотки – гнойное отделяемое из носа. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца чистые, звучные. ЧСС – 80 уд.в мин., АД – 165/100 мм рт.ст. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в эпигастрии. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области положительный с обеих сторон. Дизурии нет.

Общий анализ крови: Нв 129 г/л, лейкоциты $5,3 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 27 мм/ч;

Общий анализ мочи: удельный вес 1018-1020, белок 0,99 г/л; эр. – 40-50 в п/зр., лейкоц. – 2-3 в п/зр.

Мазок из зева: рост бета-гемолитического стрептококка.

Вопросы:

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план исследования и лечения.

Задача 9

Пациентка Ч., 28 лет, на момент осмотра жалуется на боли ноющего характера в поясничной области, частые мочеиспускания в дневное и ночное время, повышение температуры до 38,5-39 с, сопровождающееся ознобом, общую слабость.

Анамнез заболевания: Считает себя больной около 3 месяцев, когда появились боли внизу живота режущего характера, частые болезненные мочеиспускания, боли в поясничной области, больше слева, повышение температуры. Связывает свое состояние с переохлаждением. Лечилась самостоятельно-амоксиклав, фурагин, парацетамол, на фоне чего боли уменьшились, температура нормализовалась. Около 2 недель назад после перенесенной респираторной инфекции, появились боли в поясничной области, частые мочеиспускания, повысилась температура до 39 с.

Общий анализ крови: Нв-118 г/л, эр- $3.2 \cdot 10^{12}$ /л: лейк- $10,6 \cdot 10^9$ /л, СОЭ-32мм/ч.

Общий анализ мочи: уд.вес 1016, белок 0.3 г/л, лейк-сплошь в п/зр, цилиндры гиалиновые 0-1, эр-1-2 в п/зр

Биохимический анализ крови: креатинин 96 мкмоль/л.

Объективные данные: состояние средней тяжести. Кожные покровы несколько бледные, влажные, тургор сохранен. Температура тела 38,1 с. Периферических отеков нет. Над легкими аускультативно везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 96 вмин, АД 130/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, не вздут. Симптом поколачивания по поясничной области положительный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, учащенное.

Вопросы:

1. Предположите и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительных исследований.
3. Составьте план лечения.

Задача 10

Больной В., 25 лет, обратился с жалобами на ощущение тяжести в поясничной области с обеих сторон, постоянное в течение дня, без иррадиации, повышение температуры до 37,5 С, отечность век, постоянную разлитую головную боль, шум в ушах, мелькание мушек перед глазами, появление мочи «цвета мясных помоев», общую слабость.

Анамнез заболевания: 3 недели назад перенес лакунарную ангину, лечился самостоятельно, чувствовал себя неплохо. В течение последней недели вновь поднялась температура до 37,4°C, 3 дня назад проснулся с отеками под глазами, головной болью, мельканием мушек перед глазами, повился шум в ушах. Количество мочи уменьшилось, она стала красной.

Общий анализ крови: Нв – 110 г/л, эр. – 123,2 * 10¹²/л, лейкоц. – 11 * 10⁹/л, э – 2%, п – 6%, с – 73%, л – 19%, СОЭ – 38 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий билирубин 21,8 мкмоль/л, прямой – 4,3 мкмоль/л, непрямой – 17,5 мкмоль/л; общий белок – 65 г/л; мочевины – 8,1 ммоль/л; креатинин – 0,19 ммоль/л, глюкоза 4,5 ммоль/л, общий холестерин 3,5 ммоль/л.

Общий анализ мочи: цвет красно – бурый, относительная плотность – 1,028; белок – 0,632 г/л; эпителий плоский – 2-3 в п.зр.; лейкоциты – 2-3 в п.зр., эритроциты – вышечелоченные сплошь; гиалиновые цилиндры – 6-7 в п.зр.

Объективно: Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, влажные, без высыпаний. Отеки параорбитальной области. Легкая пастозность стоп, голеней. Грудная клетка правильной формы, ЧД – 18 в 1 мин., дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 62 в мин., акцент второго тона над аортой, неинтенсивный систолический шум на верхушке. АД 165/100 мм рт.ст. на обеих руках. Живот мягкий, не вздут, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области слабо положительный с обеих сторон. Почки не пальпируются. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Вопросы:

1. Предположите и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительных исследований.
3. Составьте план лечения.

Задача 11

Пациентка П., 72 лет, жалобы на дискомфорт во влагалище после мочеиспускания.

Анамнез заболевания: Обратилась за консультацией с тем, что около 3 дней назад беспокоили жжение при мочеиспускании и дискомфорт во влагалище после мочеиспускания, наличие хлопьевидных примесей в моче и розоватый цвет мочи. Самостоятельно принимала в течение 2 дней Таб. Нитроксалин и Таб. Но-шпа, со слабоположительным эффектом. Около месяца назад так же спонтанно появилось жжение при мочеиспускании, принимала Таб. Нитроксалин в течение 5 дней.

В течение 6 месяцев наблюдается у невролога с диагнозом: Инфаркт головного мозга в бассейне левой СМА, неясный подтип по TOAST, регресс симптомов. Состояние после тромболитической терапии.

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. Над легкими перкуторно ясный легочный звук, аускультативно везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются. Сердечная деятельность - ритмичная, тоны сердца - ясные. ЧСС - 68 в 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. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Диурез в норме. Стул в норме.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования пациентки,
3. Обоснуйте тактику ведения пациентки.

Задача 12

Пациентка Ч., 41 года, предъявляет жалобы на тянущего характера боли в поясничной области, не имеющих связи с положением тела, головные боли, снижение работоспособности, утомляемость, постоянную жажду, периодически кожный зуд.

Анамнез заболевания: Ухудшение стала отмечать в течение предшествующих 3 лет, когда стала нарастать частота и интенсивность проявлений симптомов. В течение месяца отметила несколько эпизодов изменения цвета мочи (бурый), в связи с чем решила обратиться за консультацией. Подобная симптоматика отмечалась у матери пациентки, но углубленного исследования не проводилось.

Общий анализ крови: Нb – 90 г/л, эр. - $2,9 \cdot 10^{12}/л$, лейкоц. – $8,0 \cdot 10^9 /л$, тромбоц. $222 \cdot 10^9 /л$, э – 2%, п - 6%, с – 67%, л – 19%, СОЭ – 28 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий билирубин 13,8 мкмоль/л, прямой – 3,3 мкмоль/л, общий белок – 55 г/л; мочевины – 43 ммоль/л; креатинин – 623 ммоль/л, глюкоза 4,5 ммоль/л, общий холестерин 5,5 ммоль/л.

Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, относительная плотность – 1018; белок следы; эпителий плоский – 2-3 в п.зр.; лейкоциты – 2-3 в п.зр., эритроциты – 12-15 в п.зр.;

Объективно: Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, влажные, пастозность стоп, голеней. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, частые экстрасистолы, акцент 2 тона над аортой. ЧСС 86 уд/мин. АД 180/110 мм рт ст. Печень по краю реберной дуги, безболезненна. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области слабopоложительный с обеих сторон. Mочеиспускание свободное, безболезненное.

Вопросы:

1. Предположите и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительных исследований.
3. Лечебная тактика ведения данной пациентки?

Задача 13

Пациент Л, 22 лет обратилась за консультацией с жалобами на тянущего характера боли в поясничной области, частое, болезненное мочеиспускание малыми порциями, общую слабость, головокружение, повышение температуры тела до 39,0°С.

Анамнез заболевания: Считает себя больной с 17 лет, когда отметила появление боли в поясничной области и повышение температуры тела. Проходила стационарное лечение с диагнозом острый пиелонефрит. В предшествующие 2 года до 4 раз беспокоили аналогичные симптомы, лечилась у участкового врача (амбулаторной карты нет). Настоящее ухудшение самочувствия около недели назад, после переохлаждения. Отметила появление озноба, повышения температуры тела до 39°С, сильных приступообразных болей в поясничной области с иррадиацией вниз живота, частых болезненных мочеиспусканий.

Общий анализ крови: лейкоциты - СОЭ - 36 мм/час, в остальном без отклонений,

Биохимическое исследование крови: мочеви́на - 4,2 ммоль/л, креатинин - 86,6 мкмоль/л, общий белок - 48 г/л. СКФ - 92 мл/мин/1,73м².

Общий анализ мочи: 1009, белок 0,5, лейкоциты 1-2 в п.зр., эпителий плоский ++, слизь ++, бактерии +.

Объективные данные: состояние относительно удовлетворительное. Рост - 170 см. Вес - 60 кг. Кожные покровы чистые, влажные, обычной окраски. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 66 ударов в минуту, АД лев – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, не вздут, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области положительный справа. Частое болезненное мочеиспускание. Стул без особенностей.

Вопросы:

1. Предположите и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительных исследований.
3. Лечебная тактика ведения данной пациентки?

Задача 14

Больная Ю. 19 лет, обратилась с жалобами на общее недомогание, озноб, боли в поясничной области с двух сторон, интенсивную головную давящего характера в лобно-теменной зоне, красноватый цвет мочи.

Анамнез заболевания: Считает себя больной около 3 недель, когда повысилась температура тела до $37,8^{\circ}\text{C}$, появились боли в горле, заложенность носа. Лечилась самостоятельно (местные антисептические препараты для горла, Амоксициллин 5 дней), на фоне чего отмечала улучшение самочувствия. 3 дня назад появились ноющие боли в поясничной области, головная боль, повышение температуры тела до $37,5^{\circ}\text{C}$, затем присоединилось изменение цвета мочи.

Общий анализ крови: гемоглобин - 105 г/л, эритроциты - $3,1 \times 10^{12}/\text{л}$, цветовой показатель - 0,9; тромбоциты - $231 \times 10^9 /\text{л}$, лейкоциты - $11,2 \times 10^9 /\text{л}$, эозинофилы - 4%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы - 72%, лимфоциты - 12%, моноциты - 7%. СОЭ - 29 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет «мясных помоев», мутная, кислая, 1008; белок - 3,5 г/л, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий 12-20 в п.зр., эритроциты 25-28, цилиндры 10-12.

Биохимическое исследование крови: билирубин общий - 12,8 мкмоль/л, непрямой - 9,5 мкмоль/л, креатинин - 980 мкмоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л, холестерин - 8,0 ммоль/л, калий - 3,9 ммоль/л, общий белок - 56 г/л, альбумины - 35%, фибриноген - 4,4 г/л.

Объективные данные: состояние средней степени тяжести, температура тела 37°C . Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, обычной влажности. Лицо одутловатое, на верхних и нижних конечностях плотные отеки, кожа над ними теплая, бледная. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в дыхании. ЧД - 22 в минуту. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Аускультативно тоны сердца глухие, ритмичные, ЧСС 100 в минуту, АД - 160/100 мм. рт. ст. Живот симметричный, мягкий, болезненный в правой и левой боковой областях. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования пациента.
3. Составьте план лечения данного пациента.

Задача 15

Пациентка Ц., 28 лет, обратилась с жалобами на частое мочеиспускание небольшими порциями, ложные позывы к мочеиспусканию, боли ноющего характера в поясничной области, повышение температуры тела до 38,6 с накануне вечером.

Анамнез заболевания: Ухудшение отмечает в течение 2 недель, после переохлаждения. Самостоятельно принимала с обезболивающей целью Таб. Ибупрофен. Отмечает, что при прохождении медицинского осмотра в течение нескольких лет в общем анализе мочи определяются лейкоциты. Субъективного беспокойства это не доставляло, детально не обследовалась.

Общий анализ мочи: светло-желтая, мутная, реакция кислая, относительная плотность – 1008; белок следы; нитриты+, эпителий плоский – ед. в п.зр.; лейкоциты – в большом количестве, эритроциты–2-3 в п.зр.; слизь +, фосфаты +.

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. Перкуторно ясный легочный звук, аускультативно - везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются. Чд 16 в мин. Сердечная деятельность ритмичная, тоны сердца ясные. ЧСС 70 в мин. АД лев - 135/90 мм. рт. ст. Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул регулярный, оформленный. Мочеиспускание свободное.

Вопросы:

1. Предположите и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительных исследований.
3. Лечебная тактика ведения данной пациентки?

Задача 16

Больная Т., 38 лет, обратилась с жалобами на периодически учащенное болезненное мочеиспускание, боли ноющего характера в поясничной области, головную боль, слабость.

Анамнез заболевания: Считает себя больной в течение 6 лет, когда периодически стали беспокоить боли в поясничной области, которые связывает с физическим перенапряжением.

Общий анализ крови: эритроциты - $3,8 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 102 г/л, цветовой показатель - 0,76, лейкоциты - $10,1 \times 10^9 /л$, эозинофилы - 4%, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 52%, лимфоциты - 34%, моноциты - 6%, СОЭ - 33 мм/ч.

Общий анализ мочи: 1010, белок 0,04%, лейкоциты - 14 - 16 в п.зр., эритроциты - 0-1 в п.зр, бактерии + + +.

Моча по Нечипоренко: эритроциты - $1,4 \times 10^6/л$, лейкоциты - $8,0 \times 10^6/л$.

Объективно: состояние удовлетворительное. Незначительная пастозность и бледность лица, температура тела - $37,3^{\circ}C$. При перкуссии над всеми легочными полями ясный легочный звук, аускультативно - дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 16 в минуту. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца громкие, ритмичные. АД - 155/95 мм рт. ст., ЧСС - 84 в минуту. Язык сухой. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не пальпируются. Отмечается незначительная болезненность при поколачивании поясничной области, больше справа.

Вопросы:

1. Предположите и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительных исследований.
3. Лечебная тактика ведения данной пациентки?

Задача 17

Пациентка Д., 50 лет, обратилась с жалобами на боли ноющего характера в поясничной области, иррадиирующие в паховую область, которые возникли после физической нагрузки, учащенное безболезненное мочеиспускание, потемнение мочи, повышение температуры тела до субфебрильных цифр.

Анамнез заболевания: сутки назад после физической активности (работа в огороде) появились резкие боли в поясничной области. Вызвана бригада скорой медицинской помощи. На фоне оказанной помощи интенсивность болевого синдрома уменьшилась и пациентке было рекомендовано обратиться в поликлинику.

Общий анализ крови: эритроциты - $4,42 \times 10^{12}/л$; гемоглобин - 134 г/л; лейкоциты - $5,4 \times 10^9 /л$; эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 6%, сегментоядерные нейтрофилы - 47%, лимфоциты - 42%, моноциты - 5%, СОЭ - 29 мм/ч.

Общий анализ мочи: 1012; белок - 0,066 г/л, эритроциты - 78-80 в п.зр.; лейкоциты - 20 в п.зр.; соли мочевой кислоты ++.

Биохимический анализ крови: мочеви́на – 7,8 ммоль/л, креатинин – 105 мкмоль/л, мочева́я кислота - 542 ммоль/л, холестерин – 5,0 ммоль/л, общий белок – 70 г/л.

Объективные данные: общее состояние удовлетворительное, температура тела - 37,5°C, кожные покровы влажные, обычного цвета. Перкуторно над легкими ясный легочной звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 20 в минуту. АД – 160/100 мм рт. ст. Аускультативно сердечная деятельность ритмичная, тоны ясные, акцент II тона на аорте. ЧСС – 82 в минуту. Язык влажный, у корня обложен светло-серым налетом. Живот мягкий, отмечается болезненность в правой боковой области живота, с иррадиацией в промежность. Симптом поколачивания поясничной области положительный справа. Отеков нет. Мочеиспускание учащено, безболезненное.

Вопросы:

1. Предположите и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительных исследований.
3. Лечебная тактика ведения данной пациентки?

Задача 18

Пациентка С., 27 лет, обратилась с жалобами на частое и болезненное мочеиспускание, жжение при мочеиспускании, ощущение тяжести, «инородного тела» в поясничной области справа, изменение характера мочи (мутная), повышение температуры тела до 38,0 °С.

Анамнез заболевания: впервые подобные проявления отмечались у пациентки 10 лет назад во время беременности. Проводилась антибактериальная терапия в стационаре, роды – без осложнений. В последующем обострения заболевания не отмечалось. Ухудшение состояния 5 дней назад после переохлаждения.

Объективные данные: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски, периферических отеков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка обычной формы. Частота дыхания - 20 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 90 в минуту. АД – 145/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Симптом поколачивания положительный справа.

Общий анализ крови: гемоглобин - 118 г/л, эритроциты - $4,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $14,0 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 65%, лимфоциты - 20%, моноциты - 4%, тромбоциты - $200,0 \times 10^9$ /л, СОЭ – 24 мм/час. Био-

химические показатели крови: креатинин - 0,08 ммоль/л, мочевина - 6,5 ммоль/л.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1010, белок - 0,07 мг/л, реакция кислая, лейкоциты - 15-20 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения. УЗИ почек: почки обычной формы и размеров. Чашечно-лоханочная система почек деформирована и уплотнена. Конкрементов нет.

Вопросы:

1. Предположите и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительных исследований.
3. Лечебная тактика ведения данной пациентки?

Задача 19

Пациент Р., 53 лет обратился с жалобами на головные боли, сухость во рту, жажду (выпивает до 4 литров жидкости в сутки), общую слабость, утомляемость, тошноту, рвоту, учащенное мочеиспускание, временами зуд кожи, одышку при физической нагрузке, перебои в работе сердца.

Анамнез заболевания: болеет 12 лет, когда впервые появились отеки лица, голеней и стоп, головные боли. В последующие годы присоединилась артериальная гипертензия (АД 160/100 - 190/110 мм рт. ст.). В моче периодически обнаруживали белок 1.2-3.4%, лейкоциты и эритроциты. Несмотря на рекомендации врачей, планового лечения не проводил. Лечился стационарно, получал преднизолон, аскорутин, мочегонные, после выписки состояние улучшалось, отеки сходили. В последнее время головные боли стали носить упорный характер, стал отмечать тошноту, рвоту, сухость во рту, жажду, кожный зуд, снизился аппетит, больной похудел.

Объективные данные: состояние средней тяжести. Несколько заторможен, апатичен, сонлив. Пониженного питания, ИМТ 19 кг/м². Кожные покровы сухие, бледные, следы расчесов. Лицо одутловатое, мягкие тестоватые отеки ног (при надавливании остается ямка). В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах с обеих сторон ослабленное, хрипов нет. Сердце расширено влево на 2 см. Тоны сердца приглушены, частые экстрасистолы. ЧСС 88 уд/мин. АД 210/120 мм РТ, ст. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. Мочеиспускание 8-10 раз в сутки, в том числе 1-2 раза ночью, моча темного цвета.

Вопросы:

1. Предположите и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительных исследований.
3. Лечебная тактика ведения данной пациентки?

Задача 20

Пациентка П., 28 лет направлена в приемный покой больницы из поликлиники, на момент осмотра жалуется на боли ноющего характера в поясничной области, частые мочеиспускания преимущественно в ночное время, повышение температуры до 39 градусов сопровождающееся ознобом, слабость.

Анамнез заболевания: 4 месяца назад после переохлаждения появились боли внизу живота, частые болезненные мочеиспускания, боли в поясничной области справа, повышение температуры, по поводу чего самостоятельно

Принимала амоксилав, фурагин, парацетамол в течение 5 дней, боли уменьшились, температура нормализовалась, после самолечения к врачам не обращалась. Неделю назад после перенесенной респираторной инфекции, появились боли в области поясницы, частые мочеиспускания, повысилась температура.

Общий анализ крови: Нв-118 г/л, эр-3.2*10¹²/л: лейко-10,6*10⁹/л, СОЭ-32мм/ч. Общий анализ мочи: уд.вес 1016, белок 0.3 г/л.,лейк-сплошь в п/зр, цилиндры гиалиновые 0-1,эр-1-2 в п/зр., креатинин 96 мкмоль/л.

Объективные данные: состояние средней тяжести. Кожные покровы несколько бледные, температура 38,2. Над легкими перкуторно ясный легочной звук, аускультативно везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 18 в мин. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 96 в мин, АД 130/80 мм.рт .ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон.

Вопросы:

1. Предположите и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительных исследований.
3. Лечебная тактика ведения данной пациентки?

Раздел 3. ЗАБОЛЕВАНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Задача 1

Пациент О., 45 лет обратился с жалобами на периодическую боль ноющего характера и отечность правого коленного сустава после физической нагрузки.

Анамнез заболевания: Данные жалобы беспокоят длительное время. Несколько лет назад была травма данного сустава (падение с высоты роста с ударом по передней поверхности сустава), за медицинской помощью на тот момент не обращался не обращался. В настоящее время лекарственные препараты не принимает.

Анамнез жизни: перенесенные заболевания: вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит. 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. Чд - 16 в мин. Сог : сердечная деятельность - ритмичная, тоны сердца - ясные. ЧСС - 72 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. Правый коленный сустав несколько отечен в верхней части, болезненный по передне-медиальной поверхности, кожа над ним не изменена.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Какова вероятная причина развития патологического процесса?
3. Какие дополнительные лабораторно - инструментальные исследования необходимо провести?

Задача 2

Пациент Ф., 53 года, жалобы на хруст в коленных суставах при движении, малоинтенсивная боль в коленных суставах на старте физической активности.

Анамнез заболевания: Данные жалобы беспокоят около года, болевые ощущения появились в течение нескольких дней. Самостоятельно не лечился. Прошел обследование:

Общий анализ крови - без отклонений ,

Биохимический анализ крови - мочевая кислота 473,6, СРБ, АСЛО, РФ отриц.

Анамнез жизни: перенесенные заболевания: вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Аллергологический анамнез отягощен (ринит при цветении трав). Вредные привычки курение до 2-3 сигарет в сутки, стаж около 8 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. Чд - 16 в мин. Сог: сердечная деятельность - ритмичная, тоны сердца - ясные. ЧСС - 72 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. Какова вероятная причина развития патологического процесса?
3. Какие дополнительные лабораторно - инструментальные исследования необходимо провести?

Задача 3

Пациент Р., 61 год, жалобы на боль в суставах коленном справа, локтевом и плечевом справа, боль в правой половине шеи при ротации в правом плечевом суставе, «хруст», утренняя скованность по утрам, периодически- покалывание в подошвах стоп, проходящее при движении

Анамнез заболевания: Ухудшение отмечает в течение 2 месяцев. Не обследовался. Самостоятельно принимал препараты народной медицины.

Анамнез жизни: перенесенные заболевания: ОРЗ, детские инфекции. Вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Ал-

лергологический 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. Чд - 16 в мин. Сог: сердечная деятельность - ритмичная, тоны сердца - ясные. ЧСС - 66 мин. АД - 110/60 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. При пальпации суставов болезненности не отмечается, при отведении правой руки вверх, назад отмечает боль в мышцах правой половины шеи.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Какова вероятная причина развития патологического процесса?
3. Какие дополнительные лабораторно - инструментальные исследования необходимо провести?

Задача 4

Пациент Д, 53 года, жалобы на периодическую ноющую боль в плюснефалангового сустава I пальца правой стопы, усиливающуюся при физической нагрузке.

Анамнез заболевания: Со слов пациента и данных амбулаторной карты болеет около 2 лет. За медицинской помощью обращался к терапевту, по назначению принимал курсами НПВП. Ухудшение состояния отмечает в течение 1,5 недели, когда появились выше перечисленные жалобы. Принимает: Т. Аллопуринол 100мг 2 раза в день. Т. Etol Fort 400мг по 1 таб 1 раз в день.

Анамнез жизни: вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Урогенитальную, кишечную, инфекцию ЛОР органов в течение месяца отрицает. Перенесенные заболевания: АГ. Постоянно принимает: Таб. Лозартан. Операции: герниотомия пупочной грыжи. На «Д» уче-те не состоит. Наследственный анамнез отягощен: у матери патология суставов (уточнить не может). Аллергологический анамнез – не отягощен. Вредные привычки: курение до ½ пачки в день. Профессиональные вредности: вынужденное положение (сидя), нагрузка на стопы.

Объективно: Общее состояние – удовлетворительное. Рост 169. Масса 90. ИМТ 31,5(ЭКО I ст.) Т тела = 36,6°С. Кожные покровы -

физиологической окраски, влажные, без патологических высыпаний. Периферические отеки отсутствуют. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Ногти без изменений. Слизистые оболочки: зева, губ, глаз - в норме. Небные миндалины - обычные. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД - 18 в мин. Сердечная деятельность - ритмичная, тоны - ясные. Ps= 80 уд. в мин. АД - 170/100 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицателен с обеих сторон. Физиологические опавления в норме.

Местный осмотр: Походка без особенностей. Позвоночник без видимых искривлений, движение в полном объеме. Паравerteбральные мышцы, мышцы шеи и плечевого пояса умеренно напряжены, безболезненны. Расположение ключиц, лопаток симметричное. В области суставов: припухлости не отмечается; незначительная гиперемия, деформации плюснефалангового сустава I пальца стоп. При пальпации: незначительная болезненность плюснефалангового сустава I пальца правой стопы, крепитация отсутствует. Локальное повышение температуры тела над пораженным суставом отсутствует. Объем активных и пассивных движений сохранен. Мышечная сила достаточная. Чувствительность сохранена.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Тактика ведения пациента?

Задача 5

Пациент К., 65 лет, обратился с жалобами на постоянную боль в обоих коленных, локтевых суставах, усиливающиеся при физической активности, слабость в ногах, отечность и болезненность 2 пальца правой кисти и 2,4,5 пальцев левой кисти, невозможность сжать в кулак, брать мелкие детали; частое безболезненное мочеиспускание; псориазические бляшечные высыпания на коже. Утренняя скованность до 2-3 минут.

Анамнез заболевания: Со слов пациента и данных амбулаторной карты болеет около 1,5 года. Консультирован ревматологом, находился на стационарном лечении. Получал курсами Метотрексат 10 мг/нед, длительно не принимал. Обследован: Ревмопробы- СРБ+++; АСЛО, РФ отрицательны. Общий анализ крови - гемоглобин 148, эр.4,8, ЦП 0,92, лейкоциты 8, СОЭ 43. ОАМ- кристаллы мочевой кислоты. Лейкоциты 1-2. БАК- Мочевина, креатинин, печеночные пробы норма, ОХС 7,8. Ro кистей- признаки ревматоидного артрозо-артрита 1-2ст.

Анамнез жизни: вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Урогенитальную, кишечную, инфекцию ЛОР органов в течение месяца отрицает. Перенесенные заболевания: СД 2 тип. АГ. Аденома простаты. Хронический гастродуоденит. Постоянно принимает: Сиофор, Кардиомагнил, Ибупрофен. На «Д» учете не состоит. Наследственный анамнез отягощен: у матери - псориаз. Аллергологический анамнез – не отягощен. Вредные привычки: отрицает.

Объективно: Общее состояние – удовлетворительное. Рост 165. Масса 100. ИМТ 36,7. ЭКО 2 ст. Т тела = 36,6°С. Кожные покровы - физиологической окраски, на всем теле округлые бляшки красного цвета с рыхлыми чешуйками. Ногти кистей: без особенностей. Периферические отеки отсутствуют. Везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД - 18 в мин. Сердечная деятельность - ритмичная, тоны - ясные. Ps= 72 уд. в мин. АД - 140/90 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, увеличен за счет ПЖК. Симптом поколачивания по поясничной области отрицателен с обеих сторон. Физиологические опавления мочеиспускание свободное, безболезненное, частое.

Местный осмотр: Походка прихрамывает. Тяжело встает со стула. Позвоночник без видимых искривлений, движение в полном объеме. В области коленных суставов: припухлости, гиперемии, деформации не отмечается. Подвижность сохранена. Дактилит 2 пальца правой кисти и 2,4,5 пальцев левой кисти, болезненность при пальпации. Объем активных и пассивных движений снижен в кистях. Мышечная сила снижена. Чувствительность сохранена.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Тактика ведения пациента?

Задача 6

Пациентка Г., 76 лет, жалобы на периодическую выкручивающую боль во всех суставах, преимущественно в левом колене, с иррадиацией в голеностоп и бедро, усиливающуюся после физической нагрузки. Стреляющую боль в поясничном отделе позвоночника. Утреннюю скованность в суставах до 15 минут. На смешанную одышку при минимальной физической нагрузке, слабость. Снижение памяти, зрения.

Анамнез заболевания: болеет более 10 лет, диагноз- ХРБС. Ревматическая вальвулопатия. Аортальный порок: состояние после протезирования АоК. НК II Б ст. СН III ФК (NYHA). Артериальная гипертензия 3 стадия, риск 4. Обращалась за медицинской помощью к кардиологу, в настоящее время принимает лечение: верошпирон, амприл, роксера,

кардиомагнил, цитофлавин, тагиста, милдронат, алпрозолам, доксепин, аркоксиа, мускофлекс.

Сканирование сосудов головы и шеи: стеноз общей сонной артерии справа в области синуса до 30% гетерогенными локальными бляшками сверху и снизу.

Анамнез жизни: перенесенные заболевания: вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Аллергологический анамнез – не отягощен. Вредные привычки: отрицает. Физическая активность ограничена. Половой анамнез: менопауза.

Объективно: Общее состояние – удовлетворительное. Т тела = 36,6 °С. Кожные покровы - физиологической окраски, влажные, без патологических высыпаний. Периферические отеки: пастозность голеней и стоп. Слизистые оболочки: зева - гиперемия. Небные миндалины - обычные. Везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД - 16 в мин. Сердечная деятельность - ритмичная, тоны - приглушены. Ps = 52 уд. в мин. АД - 125/85 мм. рт. ст. Живот мягкий, умеренно болезненный в левом фланке. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицателен с обеих сторон. Стул - запоры.

Местный осмотр: Походка с палочкой. Позвоночник без видимых искривлений, движение в полном объеме. Паравертебральные мышцы, мышцы шеи и плечевого пояса умеренно напряжены, болезненны в грудном и поясничном отделах позвоночника. Расположение ключиц, лопаток симметричное. В области суставов: припухлость голеностопных суставов; гиперемии, деформации не отмечается. Узелки в области дистальных межфаланговых суставов кистей. Hallus valgus большого пальца стоп. При пальпации: умеренная болезненность. Локальное повышение температуры тела над пораженным суставом отсутствует. Объем активных и пассивных движений сохранен. Мышечная сила достаточная. Чувствительность сохранена.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Тактика ведения пациента?

Задача 7

Пациентка М., 61 года, жалобы на периодическую ноющую боль в обоих коленных суставах (преимущественно правом), усиливающуюся при физической нагрузке.

Анамнез заболевания: Со слов пациентки болеет более 5 лет. Ухудшение состояния отмечает в течение нескольких дней, когда появились выше перечисленные жалобы. Не лечилась. Обследована: Общий ана-

лиз крови - Лейкоциты $9,28 * 10^9$ /мкл, СОЭ 13 мм/час. Рентгенография коленных суставов: не исключена пирофосфатная артропатия обоих коленных суставов.

Анамнез жизни: вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Урогенитальную, кишечную, инфекцию ЛОР органов в течение месяца отрицает. Перенесенные заболевания: Узловой зоб. Эутиреоз. На «Д» учете у эндокринолога. Наследственный анамнез не отягощен. Аллергологический анамнез – не отягощен. Вредные привычки: отрицает. Половой анамнез: Менопауза в 51г.

Объективно: Общее состояние – удовлетворительное. Рост 164. Масса 88. ИМТ 32,7. ЭКО Ист. Т тела = 36,6°С. Кожные покровы - физиологической окраски, влажные, без патологических высыпаний. Периферические отеки отсутствуют. Слизистые оболочки: в норме. Везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД - 18 в мин. Сердечная деятельность - ритмичная, тоны - ясные. Ps= 80 уд. в мин. АД - 105/75 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические опрвления: склонность к запорам, мочеиспускание свободное, безболезненное.

Местный осмотр: Походка без особенностей. В области суставов: припухлости, гиперемии, деформации не отмечается. Hallus valgus большого пальца стоп. При пальпации: незначительная болезненность, крепитация отсутствует. Локальное повышение температуры тела над пораженным суставом отсутствует. Объем активных и пассивных движений сохранен. Мышечная сила достаточная. Чувствительность сохранена.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Тактика ведения пациента?

Задача 8

Пациент К., 61 года, жалобы на деформацию кистей, локтевых суставов; болезненность и онемение кончиков пальцев кистей, усиливающиеся ночью.

Анамнез заболевания: Со слов больного болеет около 15 лет с диагнозом Подагра. Ухудшение состояния отмечает в течение 1 года, когда появились выше перечисленные жалобы. За медицинской помощью обращался к терапевту. Самостоятельно лечился не регулярно (при болях) колхицин 2 таб. Дообследован: биохимический анализ крови - общий билирубин 28,6 ммоль/л, гликемия 5,9 ммоль /л., Мочевая кислота 557. Ревмопробы отр. ОАМ -лейкоциты 3-5 в п.з., слизь +, в остальном без отклонений. Альбумин/Креатинин 33,9. Скорость клубочковой фильтрации- СКФ СКD-EPI 50, MDRD 51, Кокрофт – Голт 73. ФГ - патологии не обнаружено. Ro кистей -артроз IIIст.

Анамнез жизни: перенесенные заболевания: вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Урогенитальную, кишечную, инфекцию ЛОР органов в течение месяца отрицает. На «Д» учете не состоит. Наследственный анамнез не отягощен. Аллергологический анамнез – не отягощен. Вредные привычки: отрицает.

Объективно: Общее состояние – удовлетворительное. Рост 182. Масса 98. ИМТ 29,6. Т тела = 36,6°С. Кожные покровы – синюшность и трофические изменения на правой голени, влажные. Варикозно расширенные, извитые вены нижних конечностей. Подкожные тофусы на разгибательной поверхности фаланг кистей, локтевых суставов, диаметром от 2 до 5см. Периферические отеки отсутствуют. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Ногти без изменений. Слизистые оболочки - в норме. Небные миндалины - обычные. Кариозное изменение зубов. Везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД - 18 в мин. Сердечная деятельность - ритмичная, тоны - ясные. Ps= 68 уд. в мин. АД - 125/80 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицателен с обеих сторон. Физиологические оправления в норме.

Местный осмотр: Походка без особенностей. Позвоночник без видимых искривлений, движение в полном объеме. Паравerteбральные мышцы, мышцы шеи и плечевого пояса умеренно напряжены, безболезненны. Расположение ключиц, лопаток симметричное. В области суставов: припухлости, гиперемии нет; тофусы на фалангах кистей, разгибательной поверхности локтевых суставов, диаметром 2-5см. Ампутирована дистальная фаланга V пальца левой кисти. При пальпации: незначительная болезненность, крепитация незначительная в коленных суставах. Локальное повышение температуры тела над пораженным суставом отсутствует. Объем активных и пассивных движений резко снижен в кистях. Мышечная сила снижена. Чувствительность снижена в дистальных фалангах кистей.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Тактика ведения пациента?

Задача 9

Пациентка В., 59 лет, обратилась с жалобами на боль в дистальных межфаланговых суставах II пальцев обеих кистей при пальпации.

Анамнез заболевания: Со слов пациентки болеет около 1 года. За медицинской помощью не обращалась. Самостоятельно не лечилась. Общий анализ крови - СОЭ 12, в остальном без отклонений. Ревмо-

пробы- без отклонений. Рентгенография кистей: деформация ногтевых фаланг II пальца с обеих сторон. Очаговый остеопороз.

Анамнез жизни: вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Урогенитальную, кишечную, инфекцию ЛОР органов в течение месяца отрицает. На «Д» учете эндокринолога с диагнозом АИТ, узловатая форма (со слов пациентки), принимает Таб.Эутирокс 25 мкгр/сутки. Наследственный анамнез неотягощен. Аллергологический анамнез – неотягощен. Вредные привычки: отрицает. Половой анамнез: Менопауза 54л.

Объективно: Общее состояние – удовлетворительное. Рост 155 (157) см. Масса 69 кг. ИМТ 28,7. Т тела = 36,6°С. Кожные покровы - физиологической окраски, влажные, без патологических высыпаний. Периферические отеки отсутствуют. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Ногти без изменений. Слизистые оболочки: зева, губ, глаз - в норме. Небные миндалины - обычные. Жесткое дыхание, хрипов нет. ЧДД - 18 в мин. Сердечная деятельность - ритмичная, тоны - ясные. Ps= 72 уд. в мин. АД - 130/80 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания по поясничной области отрицателен с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Местный осмотр: Походка без особенностей. Позвоночник без видимых искривлений, движение в полном объеме. Паравертебральные мышцы, мышцы шеи и плечевого пояса умеренно напряжены, безболезненны. Расположение ключиц, лопаток симметричное. В области суставов: припухлости, гиперемии не отмечается. Деформация ногтевых фаланг II пальца с обеих сторон. Узелки в области дистальных фаланг. При пальпации: незначительная болезненность, крепитация отсутствует. Локальное повышение температуры тела над пораженным суставом отсутствует. Объем активных и пассивных движений сохранен. Мышечная сила достаточная. Чувствительность сохранена.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Тактика ведения пациента?

Задача 10

Пациентка Б, 60 лет, обратилась с жалобами на постоянную боль в коленных суставах, усиливающуюся в покое, в начале движения. Утреннюю скованность в суставах до 30 минут. Повышение температуры тела до 37,3 - 37,4 с. Частые ангины.

Анамнез заболевания: в течение 10 лет стала замечать появление единичных высыпаний на коже, самостоятельно проходящих и часто ангины. Консультирована ЛОР врачом (диагноз: Хронический тонзиллит).

Общий анализ мочи: Мочевая кислота +++ . Лейкоциты 10-15. Бактерии + . Слизь++. Эпителий 15-18, в остальном без отклонений. Ревмопробы: АСЛО, РФ отрицательны, СРБ 12,8.

Анамнез жизни: Вен. заболевания, туберкулез отрицает. Урогенитальную, кишечную, инфекцию ЛОР органов в течение месяца отрицает. Перенесенные заболевания: АГ. Мочекислый диатез. Наследственный анамнез не отягощен. Аллергологический анамнез – не отягощен. Половой анамнез: Менопауза 39л.

Объективно: Общее состояние – удовлетворительное. Рост 158. Масса 108. ИМТ 43,3. ЭКО III ст. Т тела = 36,6°C. Кожные покровы - физиологической окраски, влажные, без патологических высыпаний. Периферические отеки голеней (больше справа). Жесткое дыхание, хрипов нет. ЧДД - 18 в мин. Сердечная деятельность - ритмичная, тоны - приглушены. Ps= 72 уд. Живот мягкий, безболезненный, увеличен в объеме за счет ПЖК. Симптом поколачивания по поясничной области отрицателен с обеих сторон. Физиологические опрвления в норме.

Местный осмотр: Походка с тростью. Позвоночник без видимых искривлений, движение в полном объеме. В области суставов: припухлости, гиперемии не отмечается. Деформация коленных суставов. При пальпации: незначительная болезненность, крепитация умеренная в коленных суставах. Локальное повышение температуры тела над пораженным суставом отсутствует. Объем активных и пассивных движений сохранен. Мышечная сила достаточная. Чувствительность сохранена.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Тактика ведения пациента?

Задача 11

Пациент Г., 29 лет, на момент осмотра жалоб не предъявляет. Обратился с результатами обследования.

Анамнез заболевания: Со слов пациента и данных амбулаторной карты болеет около 3 лет, когда периодически отмечал внезапное, на фоне полного здоровья, утром появление отечности, покраснения, резкую боль в голеностопном суставе, проходящую самостоятельно через 2-3 дня. Пршел обследования: Мочевая кислота 993. АСЛО 217. РФ, СРБ отрицательны. Профессионально занимался футболом.

Анамнез жизни: вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Урогенитальную, кишечную, инфекцию ЛОР органов в течение месяца отрицает. Операции: аппендэктомия. На «Д» учете не

состоит. Наследственный анамнез отягощен: у бабушки – ревматизм (со слов). Аллергологический анамнез – церукал. Вредные привычки: курение.

Объективно: Общее состояние – удовлетворительное. Рост 168 см. Масса 72 кг. ИМТ 25,5. Т тела = 36,6°C. Кожные покровы - физиологической окраски, влажные, без патологических высыпаний. Периферические отеки отсутствуют. Везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД - 18 в мин. Сердечная деятельность - ритмичная, тоны - ясные. Ps= 72 уд. в мин. АД - 110/80 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания по поясничной области отрицателен с обеих сторон. Физиологические оправления в норме

Местный осмотр: Походка без особенностей. В области суставов: припухлости, гиперемии, деформации не отмечается. При пальпации: безболезненность, крепитация отсутствует. Локальное повышение температуры тела над пораженным суставом отсутствует. Объем активных и пассивных движений сохранен. Мышечная сила достаточная. Чувствительность сохранена.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Тактика ведения пациента?

Задача 12

Пациентка Б., 62 лет, обратилась с жалобами на постоянную ноющую боль в обоих коленных суставах (преимущественно справа), усиливающуюся при физической нагрузке. Припухлость правого коленного сустава. Хруст при движении.

Анамнез заболевания: Со слов пациентки болеет более 6 месяцев. Ухудшение состояния отмечает в течение 2 месяцев, когда появились выше перечисленные жалобы. Самостоятельно принимала: компресс с димексидом, растирания.

Анамнез жизни: вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Урогенитальную, кишечную, инфекцию ЛОР органов в течение месяца отрицает. Перенесенные заболевания: Геморрой. СД 2 тип, средней степени тяжести, в стадии субкомпенсации. Диабетическая ангиопатия нижних конечностей. Эндемический зоб. Эутиреоз лекарственный. АГ 2 стадии, риск 4. Постоянно принимает: биспролол, индап, глюкофаж. Наследственный анамнез не отягощен. Аллергологический анамнез – не отягощен. Вредные привычки: отрицает. Профессиональные вредности: вынужденное положение (стоя).

Объективно: Общее состояние – удовлетворительное. Рост 178 см. Масса 108 кг. Т тела = 36,6°C. Кожные покровы - физиологической

окраски, влажные, без патологических высыпаний. Периферические отеки отсутствуют. Слизистые оболочки: в норме. Небные миндалины - обычные. Везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД - 18 в мин. Сердечная деятельность - ритмичная, тоны - ясные. Ps= 72 уд. в мин. АД - 160/100 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания по поясничной области отрицателен с обеих сторон. Физиологические опрвления: склонность к запорам, мочеиспускание свободное, безболезненное.

Местный осмотр: Походка без особенностей. В области суставов: гиперемии не отмечается; припухлость и деформация правого коленного сустава. При пальпации: незначительная болезненность, крепитация незначительная в коленных суставах. Локальное повышение температуры тела над пораженным суставом отсутствует. Объем активных и пассивных движений сохранен. Мышечная сила достаточная. Чувствительность сохранена.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Тактика ведения пациента?

Задача 13

Пациентка К., 59 лет, жалобы на ноющую сверлящую боль в фалангах кистей, без иррадиации, усиливающуюся после физической активности. Онемение, снижение чувствительности в I, II, III пальцах кистей. Утреннюю скованность в суставах до 30 мин, проходящую после согревания под теплой водой. Синдром «Защелкивающего» III пальца.

Анамнез заболевания: болеет около 3 лет. Ухудшение состояния отмечает в течение 1,5 лет, когда усилились вышеперечисленные жалобы. За медицинской помощью обращалась к неврологу (Диагноз ЦВБ. ДЭП смешанного генеза II ст. в стадии субкомпенсации. Остеохондроз шейного и пояснично-крестцового отделов позвоночника, деформирующий спондилоартроз. Вертеброгенная люмбалгия. Астено-невротический синдром). Принимала лечение (с улучшением).

Общий анализ мочи: слизь+, бактерии+, в остальном без отклонений.

Общий анализ крови: без отклонений, липидограмма-общий холестерин 6,08 ммоль/л. Ревмопробы – без отклонений. УЗИ органов брюшной полости, щитовидной железы- без структурной патологии. ЭКГ- без патологии.

ЭНМГ: Очаговая демиелинизирующая нейропатия срединного нерва на уровне карпального канала справа (дистальная складка

запястья), с блоком проведения по нерву 1 степень. Рентгенография кистей- признаки деформирующего остеоартроза кистей 1 ст. Рентгенография крестцово-подвздошных сочленений: левосторонний сакроилеит II ст.

Анамнез жизни: перенесенные заболевания: вен. заболевания, туберкулез отрицает. Вирусный гепатит в 1986г. Урогенитальную, кишечную, инфекцию ЛОР органов в течение месяца отрицает. Аллергологический анамнез – неотягощен. Вредные привычки: отрицает. Профессиональные вредности: вынужденное положение (сидя). Половой анамнез: менопауза 8 лет (в 51 год).

Объективно: Общее состояние – удовлетворительное. Рост 158 см. Масса 60 кг. ИМТ 24,2. Т тела = 36,6°C. Кожные покровы - физиологической окраски, влажные, без патологических высыпаний. Ногти без изменений. Слизистые оболочки в норме. Небные миндалины - обычные. Везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД - 16 в мин. Сердечная деятельность - ритмичная, тоны - ясные. Ps = 66 уд. в мин. АД - 130/80 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицателен с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Местный осмотр: Походка без особенностей. Позвоночник без видимых искривлений, движение в полном объеме. Паравертебральные мышцы, мышцы шеи и плечевого пояса умеренно напряжены, болезненны справа. Расположение ключиц, лопаток симметричное. В области суставов: припухлости; гиперемии, деформации не отмечается. При пальпации: безболезненность, крепитация отсутствует. Локальное повышение температуры тела над пораженным суставом отсутствует. Объем активных и пассивных движений сохранен. Мышечная сила достаточная.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Тактика ведения пациента?

Задача 14

Пациентка М., 58 лет, учитель, жалуется на постоянную, выраженную боль, припухлость в пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых, лучезапястных суставах обеих кистей, невозможность сжать кисти в кулак, ограничение объема движений в лучезапястных суставах, утреннюю скованность в указанных суставах до 2 часов.

Анамнез заболевания: Болеет около 7 лет. Постепенно появились боль, припухлость, ограничение подвижности, утренняя скованность в

течение 30 мин. во II-III пястно-фаланговых суставах, преимущественно в ночное и утреннее время. В последующем в процесс вовлеклись проксимальные межфаланговые суставы обеих кистей, лучезапястные суставы. За медицинской помощью не обращалась, периодически принимала Таб. Нимесулид с хорошим эффектом. В течение последних 6 месяцев появились боли в локтевых, голеностопных суставах и мелких суставах стоп, увеличилась длительность утренней скованности, что существенно затрудняет самообслуживание.

Общий анализ крови: гемоглобин - 100 г/л, эритроциты - $3,1 \times 10^{12}/л$, ЦП 0,9; лейкоциты - $8,8 \times 10^9/л$, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 47%, лимфоциты - 21%, моноциты - 7%, СОЭ - 58 мм/час, тромбоциты - $418,1 \times 10^9/л$.

Биохимическое исследование крови: РФ - 87 МЕ/л (N - до 16 МЕ/л), СРБ - 18,6 мг/л (N - 1-6 мг/л). АЦЦП - 74 Ед/мл (N - до 10 Ед/мл).

Объективные данные: Общее состояние - удовлетворительное. Кожные покровы - физиологической окраски, влажные, без патологических высыпаний. Ногти без изменений. Слизистые оболочки в норме. Небные миндалины - обычные. Везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД - 16 в мин. Сердечная деятельность - ритмичная, тоны - ясные. Ps = 66 уд. в мин. АД - 130/80 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицателен с обеих сторон.

Местный осмотр: Данные осмотра представлены на фото (* личный архив автора).



Вопросы:

1. Опишите объективные данные по предоставленному фото
2. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте план лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.

Задача 15

Пациентка Р., 72 лет, пенсионерка, жалуется на утреннюю скованность в кистях до 30-40 мин., выраженную деформацию мелких суставов кистей/ стоп, обоих лучезапястных суставов, обоих коленных суставов, ограничение подвижности в них. Припухших суставов нет. Общая слабость, утомляемость, частые падения.

Анамнез заболевания: Болеет около 30 лет. Находится на диспансерном учете у врача ревматолога. Принимает S. Methotrexaty 1,5 ml (15mg) п/к 1 раз в неделю, в фиксированный день, Т.Фолиевая кислота 5 мг/неделю, НПВП при болях. Ранее прием ГКС таблетированно в течение 6 месяцев; 8 лет назад падение с высоты собственного роста - перелом лучевой кости в типичном месте, перелом ключицы.

Общий анализ крови: гемоглобин - 105 г/л, эритроциты - $4,2 \times 10^{12}/л$, ЦП 0,88; лейкоциты - $6,3 \times 10^9/л$, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 47%, лимфоциты - 21%, моноциты - 7%, СОЭ - 18 мм/час, тромбоциты - $208 \times 10^9/л$.

Биохимическое исследование крови: РФ - 24 МЕ/л (N - до 16 МЕ/л), СРБ - 6 мг/л (N - 1-6 мг/л).

Анамнез жизни: Менопауза с 50 лет. Не курит. У родителей перелом шейки бедра отрицает. Хроническую соматическую патологию отрицает. Рост 159см. Вес 60кг.

Объективные данные: Общее состояние - удовлетворительное. Кожные покровы - физиологической окраски, влажные, без патологических высыпаний. Ногти без изменений. Слизистые оболочки в норме. Небные миндалины - обычные. Везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД - 16 в мин. Сердечная деятельность - ритмичная, тоны - ясные. Ps = 78 уд. в мин. АД - 125/80 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицателен с обеих сторон.

Данные местного осмотра представлены на фото (* личный архив автора).



Вопросы:

1. Опишите объективные данные по предоставленному фото
2. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте план лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.

Задача 16

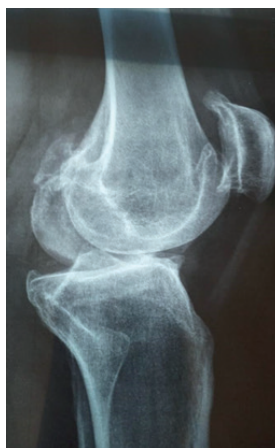
Пациентка Н., 56 лет, повар, обратилась в поликлинику с жалобами на боли в обоих коленных суставах, усиливающиеся в положении стоя и при физической нагрузке, периодически возникающий хруст при активных движениях в данном суставе. По утрам после пробуждения ощущает скованность движений в данных суставах, которая длится 15-20 минут.

Анамнез заболевания: Боли появились около 5 лет назад и постепенно усиливались. Лекарственные препараты самостоятельно не принимала. Общий анализ крови: без отклонений от референтных значений, Биохимический анализ крови: СРБ, РФ -отрицательный.

Рентгенограммы коленных суставов представлены на рисунке (*личный архив автора):

Анамнез жизни: перенесенные заболевания - сахарный диабет 2 тип, субкомпенсация (принимает терапию), АИТ, эутиреоз (принимает ГЗТ).

Объективные данные: повышенного питания. Рост 167 см. Вес 88 кг. Общее состояние – удовлетворительное. Кожные покровы - физиологической окраски, влажные, без патологических высыпаний.



Ногти без изменений. Слизистые оболочки в норме. Небные миндалины - обычные. Везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД - 16 в мин. Сердечная деятельность - ритмичная, тоны - ясные. Ps = 72 уд. в мин. АД - 100/60 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицателен с обеих сторон.

Местно: Суставы внешне не изменены, деформация за счет ПЖК. Объем активных и пассивных движений незначительно снижен в обоих коленных суставах. Атрофии окружающих тканей нет.

Вопросы:

1. Какие изменения видны на рентгенограммах?
2. Предположите наиболее вероятный диагноз. Ответ обоснуйте.
3. Укажите факторы риска данного заболевания.
4. Перечислите медленнодействующие препараты, модифицирующие симптомы болезни. Ответ обоснуйте.
5. Назначьте лечение больной в данной клинической ситуации. Выбор обоснуйте.

Задача 17

Пациентка П., 32 года, медсестра, была направлена в стационар с жалобами на боли воспалительного ритма в суставах кистей, голеностопных суставах, наличие утренней скованности в суставах до 1 часа. Также отмечает повышение температуры тела до субфебрильных цифр по вечерам, появление сыпи на лице в области скул, общую слабость, выпадение волос.

Анамнез заболевания: считает себя больной в течение 2 лет, когда начала отмечать появление гиперемии кожи лица и шеи в ответ на инсоляцию. С лета настоящего года после гиперинсоляции (отдыхала на юге) и перегревания появились эритематозные высыпания на шее, руках. Через две недели после возвращения домой отметила повышение температуры тела до фебрильных цифр. По месту жительства выставлен диагноз ОРЗ, проводилась терапия антибактериальными препаратами без эффекта. При дополнительном обследовании выявлен белок в моче. Направлена в стационар.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,6 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 86 г/л, тромбоциты – $100 \times 10^9/л$, лейкоциты - $1,6 \times 10^9/л$, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 59%, лимфоциты – 25%, моноциты - 4%, СОЭ – 22 мм/ч.

Общий анализ мочи – мутная, цвет - желтый, плотность – 1,022, реакция - кислая, белок – 0,560 г/л, глюкоза – отрицательная, лейкоциты - 20-25 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: креатинин – 118 мкмоль/л, мочевины - 8,8 ммоль/л, общий белок – 67 г/л, фибриноген – 6,3 г/л. Антитела к ДНК и антинуклеарный фактор – более 200 Ед/мл.

Объективные данные: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы: эритематозная сыпь в виде «бабочки» на коже лица, области декольте. Симметричные отёки до нижней трети голеней. Слизистые оболочки: энантема полости рта. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС - 92 ударов в 1 минуту, АД прав - 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под края рёберной дуги по срединно-ключичной линии. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул регулярный, оформленный. Припухлость в области II,



III пястнофаланговых и II проксимальных межфаланговых суставов, в области голеностопных суставов; ограничение движений за счёт болей, хват кистей - 80%; деформаций нет.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты каких групп лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

Задача 18

Пациент Ф., 42 года, жалобы на слабость, похудание, плотный отек кожи тыла кистей, предплечий, потемнение кожи, зябкость в кончиках пальцев, побеление пальцев на холоде, боли в крупных суставах, утренняя скованность до 30 мин, снижение силы в руках, боль в мышцах бедер с двух сторон.

Анамнез заболевания: что болеет 1 год. В начале появилась зябкость пальцев, цианоз и побеление на холоде. В течение последних 3 месяцев беспокоит слабость, плотный отек кистей, предплечий, повышение температуры тела до 37,5 °С. Обратился к терапевту, который направил пациента на консультацию к ревматологу.

Объективные данные: умеренного питания, кожа смуглая, уплотнена. PS 96 в 1 мин., ритмичный, АД 120/80 мм. рт. ст. Границы сердца



в норме. Тоны сердца приглушены, выслушивается короткий систолический шум на верхушке. Дыхание в легких везикулярное. Живот при пальпации мягкий, печень у края реберной дуги.

Анализ крови: эритроциты - $3,1 \times 10^{12}/л$, Hb - 90 г/л, цв. пок. - 0,7, лейкоциты - $8,2 \times 10^9$, СОЭ 52 мм/ч. Общий белок - 86 г/л, глобулины - 40%, АНФ – положительный.

Данные осмотра представлены на фото (* личный архив автора)

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Перечислите диагностические критерии заболевания. Что такое CREST-синдром?
3. Представьте стандарты обследования пациентов с данной патологией.
4. Представьте схему лечения пациента.

Задача 19

Пациент К., 20 лет обратился в поликлинику с жалобами на боли и припухлость в области правого коленного сустава; на светобоязнь и снижение зрения в левом глазу; периодическое повышение температуры до 37,6 градуса.

Анамнез заболевания: Вышеперечисленные симптомы беспокоят около 3-4 недель, без видимого провоцирующего фактора. Лекарственные препараты самостоятельно не принимал. Консультирован офтальмологом- левосторонний увеит.

Рентгенограмма илеосакральных сочленений: левосторонний сакроилеит. Рентгенограмма коленных суставов: патологии не выявлено.

УЗИ левого коленного сустава: явления синовита и избыточное количество синовиальной жидкости.

Объективные данные: общее состояние - относительно-удовлетворительное. Сознание - ясное. Положение - активное. Кожные покровы - физиологической окраски. Левый глаз полуприкрыт, слезится, имеет инъецированные сосуды. Периферические отеки - не выявлены. Лимфоузлы - не пальпируются. В полости рта 3 безболезненных язвочки по 2-3 мм. Небные миндалины - обычные. Задняя стенка глотки - в норме. Pulm - перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно - везикулярное дыхание. Хрипы - не выслушиваются. Чд - 16 в мин. Сог: сердечная деятельность - ритмичная, тоны сердца - ясные. АД – 120/70 мм рт ст. ЧСС - 70 мин. Язык - чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Диурез в норме. Стул регулярный, оформленный.

Местно: при осмотре правый коленный сустав увеличен в объеме, теплый, чувствительный при пальпации. Остальные суставы без видимой патологии.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте дообследование и лечение.
3. Поражение глаз требует ли специальной терапии?
4. Какова длительность базисной терапии при этом заболевании?

Задача 20

Пациент С., 57 лет, жалуется на дискомфорт, деформацию в проксимальных межфаланговых суставах обеих кистей, округлое образование на разгибательной поверхности обоих локтевых суставов.

Анамнез заболевания: болеет около 15 лет, когда впервые ночью проснулся от нестерпимых болей в левой стопе, повышение температуры тела до 38,8. Накануне вечером в семье отмечали день рождения сына. Боли подобного характера в левой стопе были полгода назад. К врачу не обращался. По совету близких принимал диклофенак, приступ купируется за 5-7 дней. Частота приступов 1 раз в 6 месяцев. В анамнезе мочекаменная болезнь. Неоднократно с мочой отходили конкременты желтовато-бурого цвета размером до 3 мм. Обследовался у уролога. По данным УЗИ камень в левой почке.

Биохимический анализ крови: креатинин крови 180 мкмоль/л; мочева кислота 380 мкмоль/л, но по данным амбулаторной карты полгода назад – 520 мкмоль/л; холестерин 6,4 мкмоль/л.

Общий анализ мочи: уд. вес 1015, pH – 5,2, ураты в большом количестве, белок 0,05 г/л, лейкоциты 2-3 в п/зр, эритроциты 2-3 в п/зр

Анамнез жизни: находится на диспансерном наблюдении по поводу гипертонической болезни, регулярно принимает гипотензивную терапию. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает.

Объективные данные: В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 2 см. Тоны сердца ритмичные, приглушенные, ЧСС 92 в 1 мин. АД 190/110 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2 см ниже края рёберной дуги. Отёков нет. Данные местного осмотра представлены на фото (* личный архив автора).

Вопросы:

1. Проведите дифференциальную диагностику суставного синдрома.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.



4. Какие дополнительные инструментальные исследования необходимо провести в случае отсутствия достаточного критерия для верификации диагноза.

6. Составьте план лечения (немедикаментозное и медикаментозное).

7. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

Задача 21

Пациент Д., 62 лет, жалуется на отёчность, болезненность, выраженную деформацию в мелких суставах кистей стоп, нарушение самообслуживания и передвижения за счет множественных плотных образований, периодически вскрывающихся, с выделением белой плотной массы, невозможность одеть обувь; округлое образование на разгибательной поверхности обоих локтевых суставов.

Анамнез заболевания: болеет более 10 лет. Заболел остро, когда впервые, после длительной ходьбы в узкой обуви, ночью появилась резкая, нестерпимая боль в голеностопном суставе левой стопы, отечность, покраснение, повышение температуры тела до 37,8. Обратил-

ся за медицинской помощью к врачу терапевту. Мочевая кислота 600 мкмоль/л. Назначено: Т. Аллопуринол 100 мг/день, длительно, Т. Мелоксикам 15 мг при болях. Медикаментозную терапию принимал не регулярно, со слов без эффекта. В последующем за медицинской помощью не обращался. Биохимический анализ крови: креатинин крови 160 мкмоль/л; мочевая кислота 640 мкмоль/л, холестерин 6,4 мкмоль/л;

Общий анализ мочи: уд. вес 1015, PH – 5,2, ураты в большом количестве, белок 0,05 г/л, лейкоциты 2-3 в п/зр, эритроциты 2-3 в п/зр.

Анамнез жизни: находится на диспансерном наблюдении по поводу артериальной гипертензии, не регулярно принимает гипотензивную терапию. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает.

Объективные данные: Нормостенический тип конституции. Периферических отеков нет. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 2 см. Тоны сердца ритмичные, приглушенные, ЧСС 84 в 1 мин. АД 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2 см ниже края рёберной дуги.

Данные осмотра и рентгенографии стоп представлены на фото.



Вопросы:

1. Проведите дифференциальную диагностику суставного синдрома.
2. Какие дополнительные инструментальные исследования необходимо провести в случае отсутствия достаточного критерия для верификации диагноза.
3. Сформулируйте клинический диагноз с учётом коморбидности пациента.
4. Составьте план лечения (немедикаментозное и медикаментозное).

Задача 22

Пациент С., 42 лет, обратился с болями в области крестца, которые иррадиируют в правую ягодицу, боли беспокоят в основном по ночам или во время отдыха. Болевой синдром нарушает сон, требует просыпания и изменения положения тела в кровати. Периодически беспокоит субфебрилитет. Так же беспокоят не ярко выраженные боли в 3 пальце левой стопы.

Анамнез заболевания: Указанные жалобы беспокоят в течение около месяца. Провоцирующих факторов выделить не может, проявлений псориаза не было.

МРТ илеосакральных сочленений – односторонний сакроилеит справа.

УЗИ стопы – дактилит 3 пальца левой стопы.

ЭхоКГ – незначительная недостаточность аортального клапана, расширение восходящего отдела аорты.

Общий анализ крови: СОЭ 44 мм/ч, в остальном без отклонений от референтных значений, СРБ 100, иммуноглобулины G к хламидиям 5.45.

Объективные данные: Общее состояние – удовлетворительное. Кожные покровы - физиологической окраски, влажные, без патологических высыпаний. Ногти без изменений. Слизистые оболочки в норме. Небные миндалины - обычные. Везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД - 16 в мин. Сердечная деятельность - ритмичная, тоны – ясные, определяется диастолический шум в области аорты. Ps = 72 уд. в мин. АД - 100/60 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицателен с обеих сторон.

При местном осмотре - кожа чистая, в области пяток и подошв определяется гиперкератоз. Болезненна при пальпации правая илеосакральная область. Функциональные пробы, характерные для анкилози-

рующего спондилита, выполняет свободно. При осмотре левой стопы обнаружен увеличенный в объеме весь 3 палец, палец болезненный при пальпации, имеет несколько гиперемированную окраску.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. План дообследования.
3. Чем можно объяснить изменения на ЭХОкг и при аускультации?
4. Назначьте лечение данному пациенту.

Задача 23

Больной Ю., 53 года, предъявляет жалобы на слабость, боли по всему позвоночнику (преимущественно ночью), в обоих тазобедренных, коленных суставах, утреннюю скованность до 40 минут, проходящую после физических упражнений.

Анамнез заболевания: Болеет с 35 лет, появились боли в пояснице и крестце (особенно ночью), позже присоединилась утренняя скованность, проходящая после непродолжительной зарядки, повышение температуры до 37-37,5°C.

Офтальмолог: без патологии (в пределах возрастной нормы).

Рентгенограмма позвоночника и илеосакральных сочленений: Деформирующий спондилёз, двусторонний сакроилеит, Шст.

ЭКГ: ритм правильный, признаки гипертрофии левого желудочка.

Общий анализ крови: эритроциты $4,2 \times 10^{12}/л$, Hb 122 г/л, тромбоциты $220 \times 10^3/л$, лейкоциты $10 \times 10^9/л$, п-1, с-63, м-4, э-2, л- 30, СОЭ-18 мм/ч. Биохимическое исследование крови: СРБ – 5мг/л , РФ - отриц., HLA-B27-положителен.

Общий анализ мочи – норма.

Объективные данные: состояние удовлетворительное, положение активное. t-37,3°C. Кожные покровы - физиологической окраски, влажные, без патологических высыпаний. Ногти без изменений. Слизистые оболочки в норме. Небные миндалины - обычные. Везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД - 16 в мин. Сердечная деятельность - ритмичная, тоны – ясные, определяется диастолический шум в области аорты. Ps = 74 уд. в мин. АД - 150/100 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицателен с обеих сторон.

Местно: Отмечается выраженный грудной кифоз и шейный гиперлордоз, сглаженность поясничного лордоза, болезненность при пальпации по ходу позвоночника, околопозвоночным линиям и тазобедренных суставах. Активные и пассивные движения вызывают боль.

Пробы: Симптом Кушелевского - положительный с двух сторон, проба Томайера 65см, Форестье-22 см, проба подбородок-грудина-5см, экскурсия грудной клетки 100-96 см (4 см).

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Каков характер болевого синдрома у пациента?
4. Какие осложнения возможны у больных с данной патологией?
5. Назначьте лечение больному.

Задача 24

Пациент, 39 лет. Обратился с жалобами на боль в коленных суставах с припуханием, геморрагические высыпания на коже голени, повышение температуры до $37,8^{\circ}$, темную окраску мочи.

Анамнез заболевания: Месяц назад перенёс острое респираторное заболевание. За медицинской помощью не обращался.

Общий анализ крови: Нв-120 г/л, Лейкоциты $9,6 \times 10^9$, п/я-17%, СОЭ 44 мм/ч, в остальном без отклонений от референтных значений.

Общий анализ мочи- уд. вес 1015, белок. 0,9 г/л, эритроциты- 40-50 в поле зрения.

Объективно: Пациент истощен. Кожные покровы - бледные, влажные. На коже множественные геморрагические высыпания. Голенисто-пальные суставы увеличены в объёме, движения болезненны. Слизистые оболочки в норме. Небные миндалины - обычные. Везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД - 16 в мин. Сердечная деятельность - ритмичная, тоны - ясные, определяется диастолический шум в области аорты. Ps = 78 уд. в мин. АД - 90/60 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболез-



ненный. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицателен с обеих сторон.

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?

Задача 25

Пациентка Р., 42 лет, предъявляет жалобы на боль, деформацию, укорочение фаланг обеих кистей, припухлость, болезненность обоих лучезапястных и голеностопных суставов, дискомфорт во всех отделах позвоночника, преимущественно при длительном положении лежа. Резкое ограничение подвижности в ШОП, ПКОП. Нарушено самообслуживание, необходима посторонняя помощь.

Анамнез заболевания: псориаз около 20 лет. Псориатический спондилоартрит, около 15 лет. Состоит на «Д» учете у врача ревматолога по месту жительства. Инвалидность 1 группы. Принимает базисную терапию: Раствор Метотрексат 20 мг/неделю + Т. Лефлуноמיד 20 мг в день, ежедневно; НПВП и ИПП постоянно.

Общий анализ крови: эритроциты $3,2 \times 10^{12}/л$, Hb 90 г/л, лейкоциты $5,2 \times 10^9/л$, формула без особенностей, СОЭ 63 мм/ч.

Биохимический анализ крови: С-реактивный белок 25 мг/л, мочевая кислота –300 мкмоль/л. Данные осмотра и рентгенографии стоп представлены на фото (* личный архив автора).



Объективные данные: Общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД=18 в мин. Сердце не увеличено, тоны ясные, ритмичные, шумов нет. АД – 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Край печени пальпируется на уровне реберной дуги. Селезенка не увеличена. Стул и диурез без особенностей.

Вопросы:

1. Опишите объективные данные по предоставленным фото.
2. Какой наиболее вероятный диагноз?
3. Между какими заболеваниями необходимо в первую очередь провести дифференциальную диагностику?
4. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
5. Оцените эффективность и безопасность проводимой терапии. Ваш план лечения.

Задача 26

Пациентка Д., 47 лет, обратилась с жалобами на сухость глаз (жжение, ощущение “песка”), сухость во рту, затруднение при глотании сухой пищи, утреннюю скованность в мелких суставах кистей, утомляемость и периодическую субфебрильную температуру.

Анамнез заболевания: жалобы длятся около 1 года, несколько раз обращалась к стоматологу из-за кариеса и ксеростомии; глазные капли приносят временное облегчение.

Общий анализ крови: СОЭ - 38 мм/ч, в остальном без отклонений.

Биохимический анализ крови: РФ - положительный, ANA - положительный, Anti-SSA (Ro) - положительный, Anti-SSB (La) - положительный, Ширмер тест - менее 5 мм,

Биопсия малой слюнной железы: лимфоцитарная инфильтрация.

Объективно: Общее состояние относительно удовлетворительное. болезненность при пальпации суставов кистей. Кожные покровы физиологической окраски, сухие. Конъюнктивы сухие. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечная деятельность ритмичная, тоны ясные. Слизистые оболочки зева - в норме. Небные миндалины - обычные. Задняя стенка глотки - в норме. Зубной налёт, множественный кариес, увеличены околоушные железы, язык чистый. Живот мягкий, не вздут, болезненный в околопупочной области. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Диурез в норме. Стул регулярный.

Вопросы:

1. Каков наиболее вероятный диагноз?
2. Какие заболевания следует исключить в дифференциальной диагностике?
3. Тактика ведения: какие направления в лечении предпочтительны?

Задача 27

Пациентка В., 45 лет, жалобы на стойкую сухость и стянутость кожи кистей, онемение и побеление пальцев на холоде, усталость, снижение веса, затруднение при глотании твердой пищи, одышка при нагрузке.

Анамнез заболевания: Данные жалобы развивались постепенно, с увеличением кратности проявлением и интенсивности. Самостоятельно эпизодически принимала НПВП, поливитамины.

Общий анализ крови: СОЭ - 40 мм/ч, в остальном без отклонений от референтных значений. Биохимический анализ крови: ANA - положительный, Anti-Scl-70 (анти-топоизомераза I) – положительные. Спирометрия- снижение диффузионной способности легких. Эзофагография: дискинезия пищевода.

Объективные данные: Общее состояние относительно удовлетворительное. болезненность при пальпации суставов кистей. Кожные покровы физиологической окраски, сухие уплотненные, блестящие, утрачена складчатость. Телангиэктазии, сгибательные контрактуры, кальциноз в области кончиков пальцев. Заостренный нос, уменьшение мимики (маскообразное лицо). Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечная деятельность ритмичная, тоны ясные. Слизистые оболочки зева - в норме. Небные миндалины - обычные. Задняя стенка глотки - в норме Зубной налёт, множественный кариес, увеличены околоушные железы, язык чистый. Живот мягкий, не вздут, безболезненный в при пальпации. Печень у края реберной дуги,



безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Диурез в норме. Стул регулярный.

Вопросы:

1. Каков наиболее вероятный диагноз?
2. Какой вариант течения - ограниченный или диффузный?
3. Какое вы назначите лечение?

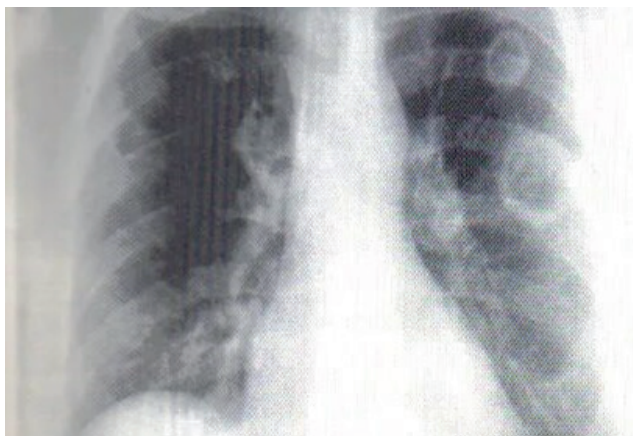
Задача 28

Пациент Ф., 50 лет, обратился с жалобами на заложенность носа, гнойные выделения из носа, рецидивирующие носовые кровотечения, боли и припухлость в мелких и крупных суставах, кашель с трудно-отделяемой мокротой, одышку смешанного характера, кровохарканье, общую слабость, потерю веса.

Анамнез заболевания: Данные жалобы развивались постепенно, волнообразно. Консультирован ЛОР врачом, курсы лечения (название препаратов не помнит, амбулаторной карты нет) приносили временное улучшение самочувствия.

Общий анализ крови: СОЭ - 60 мм/ч, Нб 96 г/л, в остальном без отклонений от референтных значений. Биохимический анализ крови: Креатинин - 180 мкмоль/л. Общий анализ мочи: протеинурия - 1,3 г/сут. р-ANCA - отрицательный, с-ANCA (анти-PR3) - положительный. Рентгенография лёгких - инфильтраты в обоих лёгких, Биопсия слизистой носа - гранулематозное воспаление с некрозом, Биопсия почки - сегментарный некротизирующий гломерулонефрит.

Объективные данные: Общее состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски, сухие,



геморрагические высыпания на голенях. Изъязвление носовой перегородки. Периферических отеков нет. Деформация, гиперемия кожи локтевых и коленных суставов. Дыхание везикулярное, мелкопузырчатые хрипы преимущественно в нижних отделах билатерально. Сердечная деятельность ритмичная, тоны ясные. Слизистые оболочки зева - в норме. Небные миндалины - обычные. Задняя стенка глотки - в норме. Зубной налёт, множественный кариес, увеличены околоушные железы, язык чистый. Живот мягкий, не вздут, болезненный в околопупочной области. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Диурез в норме. Стул регулярный.

Вопросы:

1. Каков наиболее вероятный диагноз?
2. Какое вы назначите лечение?

Задача 29

Пациентка К., 39 лет. Жалобы: слабость в проксимальных мышцах (плечи, бедра) - не может расчёсывать волосы, вставать с низкого стула; боли в мышцах, покраснение и отёк век, сыпь на тыльной стороне кистей, утомляемость, снижение аппетита, похудение за 2 месяца на 5 кг.

Анамнез заболевания: Указанные жалобы начали беспокоить исподволь. Связывала свое самочувствие с переутомлением, стрессовыми ситуациями. Принимала поливитамины.

Общий анализ крови: СОЭ - 50 мм/ч, в остальном без отклонений от референтных значений. Биохимический анализ крови: КФК - 1800 Ед/л, Anti-Mi-2 антитела - положительные, ЭНМГ: признаки миопатии. МРТ мышц бедра: отёк и воспаление. Биопсия мышц: перимизиальный воспалительный инфильтрат.

Объективно: Общее состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски, сухие, папулы Готтрона на тыльной поверхности пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов. Периорбитальная эритема с отёком. Периферических отеков нет. Слабость в мышцах плечевого и тазового поясов. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечная деятельность ритмичная, тоны ясные. Слизистые оболочки зева - в норме. Небные миндалины - обычные. Задняя стенка глотки - в норме. Зубной налёт. Язык чистый. Живот мягкий, не вздут, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Диурез в норме. Стул регулярный.

Вопросы:

1. Каков наиболее вероятный диагноз?
2. Какие заболевания следует исключить в дифференциальной диагностике?
3. Тактика ведения?

Задача 30

Пациентка Л., 72 года, обратилась в поликлинику с жалобами на изменение цвета кончиков (мертвенно белый, синюшный) пальцев в холодное время года, при мытье посуды в холодной воде, болезненность в мелких суставах кистей.

Анамнез заболевания: Болеет около 1 года, за медицинской консультацией не обращалась. Самостоятельно использовала местно компрессы.

Анамнез жизни: ИБС. Стенокардия напряжения 2 ФК. Артериальная гипертензия. Принимает гипотензивную терапию (Бисопролол, Лизиноприл, Индапамид). Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает.

Объективные данные: Общее состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски, сухие. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечная деятельность ритмичная, тоны ясные. АД 125/75 мм.рт.ст. Слизистые оболочки зева - в норме. Небные миндалины - обычные. Задняя стенка глотки - в норме. Язык чистый. Живот мягкий, не вздут, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Диурез в норме. Стул регулярный.

Данные локального статуса представлены на фото (* личный архив автора)



Вопросы:

1. Какие данные нужно уточнить?
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Алгоритм диагностики
3. Назначьте лечение данному пациенту.

Раздел 4. ЗАБОЛЕВАНИЯ СИСТЕМЫ КРОВЕТВОРЕНИЯ

Задача 1

Пациент З., 33 лет, обратился на прием с жалобами на периодически возникающее ощущение тяжести в эпигастрии, избирательность в еде (в приоритете кислые продукты, отвращение к мясной пище), трещины на коже подошвенной поверхности стопы.

Анамнез заболевания: Наблюдается у невролога с диагнозом- Синдром вегетативной дисфункции. В настоящее время принимает Т. Амитриптилин, Циннаризин, Кардиомагил. Направлен на консультацию с результатами общего анализа крови: эр $3,7 \cdot 10^{12}/л$, Нв 109 г/л, Нт 34,3 %, МСV 90,5 фл, МСН 29,6 пг, МСНС 32,7 г/дл, тромбоциты 371, СОЭ 20 мм/час.

В динамике за текущий год на фоне приема препарата Капс. Ферсигнол значительного прироста гемоглобина и эритроцитов не отмечается.

Анамнез жизни: перенесенные заболевания: 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 - в норме. Небные миндалины - обычные. Задняя стенка глотки - в норме. Pulm - перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно - везикулярное дыхание. Хрипы - не выслушиваются. Чд - 16 в мин. Сог: сердечная деятельность - ритмичная, тоны сердца - ясные. ЧСС - 72 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 регулярный, оформленный, без натуживания, без патологических примесей.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз (с обязательными комментариями к результатам общего анализа крови).
2. Какие дополнительные лабораторно - инструментальные исследования необходимо провести?

Задача 2

Пациент С., 63 года, обратился с жалобами на онемение пальцев рук и ног, жжение в кончике языка, головокружение при резкой смене положения тела.

Анамнез заболевания: данные жалобы беспокоят в течение полугода, прошел ряд обследований (ФГДС, УЗИ органов брюшной полости, щитовидной и предстательной железы, сердца; общий анализ крови, гликемия). Выявлена анемия тяжелой степени, прошел лечение (Тотема). Состояние несколько улучшилось, но после окончания курса лекарственной терапии отмечается прогрессивное снижение цифр гемоглобина.

Общий анализ крови- эр $2,24 \cdot 10^{12}$ /л, гемоглобин 98 г/л, гематокрит 27,9%, MCV 113,6 фл, MCH 43,7 пг, СОЭ 20 мм/час, ц.п. 1,3

Анамнез жизни: перенесенные заболевания: ОРЗ, детские инфекции, 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 - бледной окраски. Периферические отеки - не выявлены. Лимфоузлы - не пальпируются. Слизистые оболочки зева - в норме. Небные миндалины - резецированы. Задняя стенка глотки - в норме. Pulm - перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно - везикулярное дыхание. Хрипы - не выслушиваются. Чд - 16 в мин. Сог: сердечная деятельность - ритмичная, тоны сердца - ясные. ЧСС - 72 мин. АД - 140/80 мм. рт. ст. Язык - чистый, кончик гиперемирован, исчерчен. 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 (с обязательными комментариями к результатам общего анализа крови).
2. Какие дополнительные лабораторно - инструментальные исследования необходимо провести?

Задача 3

Пациентка К., 54 года, обратилась за консультацией с жалобами на головокружения постоянные, усиливающиеся при перемене положения тела, онемение пальцев кистей, выраженную общую слабость.

Анамнез заболевания: Данные симптомы беспокоят несколько месяцев. Длительно страдает геморроем, с частыми кровотечениями.

Препараты железа не принимала. Общий анализ крови - Нв 73 г/л, эр $2,6 \cdot 10^{12}$ /л, цветной показатель 0,83, Нг 24,6 %, лейкоц $10,4 \cdot 10^9$ /л

Анамнез жизни: перенесенные заболевания: АИТ. АГ, принимает Таб. Вальсакор 160 мг, Таб. Индап, Таб. Трифас 2,5 мг. Вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Оперативные вмешательства - эндоскопическая ХЭ (около 10 лет назад). Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. Страховой анамнез работает.

Объективно: общее состояние - средней степени тяжести. Сознание - ясное. Положение - активное. Кожные покровы - бледной 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. Чд - 16 в мин. Сог: сердечная деятельность - ритмичная, тоны сердца - ясные, мягкий систолический шум на верхушке сердца. ЧСС - 74 мин. АД прав - 120/75 мм. рт. ст. Язык - чистый. Живот мягкий, увеличен в объеме за счет ПЖК, болезненный в околопупочной области и по ходу восходящей ободочной кишки 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 (с обязательными комментариями к результатам общего анализа крови).
2. Какие дополнительные лабораторно - инструментальные исследования необходимо провести?
3. Составьте схему лечения.

Задача 4

Пациентка Т., 22 лет, обратилась за консультацией с жалобами на периодически головокружения, синяки под глазами.

Анамнез заболевания: Данные жалобы появились около 2 месяцев назад, после оперативного вмешательства по поводу апоплексии правого яичника, гемоперитониума. При выписке общий анализ крови - эритроциты $3,4 \cdot 10^{12}$ /л, HGB 95г/л, тромбоциты $353 \cdot 10^9$ /л, лейкоциты $4,6 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 17 мм/час.

Биохимический анализ крови: ТТГ 2,19, глюкоза 5,04 ммоль/л, билирубин общий 22,55 мкмоль/л, непрямой 20,32 мкмоль/л, АЛТ 23 ед/л, железо сывороточное 5,9 мкмоль/л.

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

зиологической 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. Чд - 16 в мин. Сог: сердечная деятельность - ритмичная, тоны сердца - ясные. ЧСС - 72 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 (с обязательными комментариями к результатам общего анализа крови).
2. Какие дополнительные лабораторно - инструментальные исследования необходимо провести?
3. Составьте схему лечения.

Задача 5

Пациент Т., 68 лет, обратился с жалобами на одышку смешанного характера при минимальной физической активности, отечность ног до уровня колен, увеличение живота в объеме, слабость, потливость по ночам, периодически боль ноющего характера в левом подреберье.

Анамнез заболевания 3 месяца назад лечился у терапевта с диагнозом левосторонняя нижнедолевая плевропневмония, но одышка, потливость по ночам продолжала беспокоить. С момента окончания лечения до настоящего обращения за консультацией трехкратно проводилось общее исследование крови, в динамике сохраняется лейкоцитоз (базофилия, эозинофилия, нейтрофилия), тромбоцитоз, анемия, нарастание СОЭ.

УЗИ почек, мочевого пузыря выявило кисты паренхимы левой почки, спленомегалию. Эхо - КГ: Концентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ, изменения по типу « сердце гипертоника».

Анамнез жизни: перенесенные заболевания: АГ, принимает Таб. Лизиноприл 10 мг, привычное АД 140/80-85 мм рт ст. Вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит. Аллергологический анамнез не отрицателен. 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 - 36,4 С. Pulm - перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно

- везикулярное дыхание. Хрипы - не выслушиваются. Чд - 18 в мин в покое. Сог: сердечная деятельность - ритмичная, тоны сердца - ясные. ЧСС - 78 мин. АД прав - 145/90 мм. рт. ст. Язык - чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Расширенное пупочное кольцо. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка у края реберной дуги. Физ. отправления: диурез в норме. Стул склонен к запорам.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз (с обязательными комментариями к результатам общего анализа крови).

2. Какие дополнительные лабораторно - инструментальные исследования необходимо провести?

3. Составьте план ведения пациента.

Задача 6

Пациентка И., 45 лет, обратилась с жалобами на слабость, шум в ушах, мелькание мушек перед глазами.

Анамнез заболевания: Данные жалобы беспокоят несколько лет, с разной интенсивностью. Эпизодически самостоятельно принимала Таб. Фенюльс. Общий анализ крови: HGB - 62 г/л, эритроциты - $3,1 \times 10^{12}$ / л, цветной показатель - 0,6; лейкоциты - $4,2 \times 10^9$ /л, палочко-ядерные нейтрофилы - 6%, сегментоядерных - 51%, лимфоцитов - 40%, моноцитов - 3%, ретикулоцитов - 3%, тромбоцитов 180×10^9 /л, СОЭ - 15 мм/ч., микроанизоцитоз, пойкилоцитоз, гипохромия эритроцитов.

Анамнез жизни: в анамнезе геморрой десятилетней давности и два оперативных вмешательства по причине геморроидальных кровотечений. Вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит. 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 пальпируются. Слизистые оболочки зева - в норме. Небные миндалины - обычные. Задняя стенка глотки - в норме. Температура тела - 36,9 С. Pulm - перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно - везикулярное дыхание. Хрипы - не выслушиваются. Чд - 18 в мин в покое. Сог: сердечная деятельность - ритмичная, тоны сердца - ясные. ЧСС - 70 мин. АД прав - 125/80 мм. рт. ст. Язык - чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Расширенное пупочное кольцо. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Стул и диурез без особенностей.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз (с обязательными комментариями к результатам общего анализа крови).
2. Какие дополнительные лабораторно - инструментальные исследования необходимо провести?
3. Составьте план ведения пациента.

Задача 7

Пациент Т., 40 лет, обратился с жалобами на резкую слабость, одышку, боль в левом подреберье, снижение аппетита, частое носовое кровотечение.

Анамнез заболевания: Данные жалобы беспокоят в течение месяца, с нарастающей интенсивностью. Самостоятельно прошел исследование крови: эритроциты - 3×10^{12} /л, гемоглобин – 90 г/л; цветной показатель – 0,9; тромбоциты - 80×10^9 /л; лейкоциты - 67×10^9 /л, палочкоядерные нейтрофилы - 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 11 %, лимфоциты – 85%, моноциты - 2%, в мазке встречаются тени Боткина - Гумпрехта. СОЭ — 25мм / ч.

Анамнез жизни: перенесенные заболевания: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, курс эрадикационной терапии год назад. Вен. заболевания, туберкулез, вирусный гепатит. 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 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 - везикулярное дыхание. Хрипы - не выслушиваются. Чд - 18 в мин. в покое. Сог: сердечная деятельность - ритмичная, тоны сердца - ясные. ЧСС - 70 мин. АД прав - 130/70 мм. рт. ст. Язык - чистый. Живот мягкий, увеличен в объеме за счет ПЖК, болезненный при пальпации в левой подреберной области. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Стул и диурез без особенностей.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз (с обязательными комментариями к результатам общего анализа крови).
2. Какие дополнительные лабораторно - инструментальные исследования необходимо провести?
3. Составьте план ведения пациента.

Задача 8

Пациент В., 43 лет, обратился с жалобами на слабость, недомогание, головокружение, шум в ушах, мелькание мушек перед глазами, ломкость ногтей, выпадение волос, сухость кожи.

Анамнез заболевания: Данные жалобы беспокоят в течение месячных обильных, по 7 дней с 13-летнего возраста. Беременностей, родов - 3, во время последней беременности – снижение содержания эритроцитов и гемоглобина.

Общий анализ крови: $E_r - 3,2 \times 10^{12}/л$; $HGB - 86 \text{ г/л}$; ЦП. 0,8; $T_g - 327,6 \times 10^9 /л$, $Le - 6,8 \times 10^9 /л$ (П - 3, С - 62, Л - 30, М - 7), СОЭ 10 мм/час; сывороточное железо – 4 мкмоль/л.

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

Объективно: общее состояние - относительно-удовлетворительное. Сознание - ясное. Положение - активное пальпируются. Кожа и слизистые умеренно бледные. Отмечается сухость кожи, слоистость и вогнутость ногтей. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Pulm - перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно - везикулярное дыхание. Хрипы - не выслушиваются. Чд - 18 в мин в покое. Сог: сердечная деятельность - ритмичная, тоны сердца – ясные, систолический шум на верхушке. ЧСС 90 уд. в 1 мин. АД - 110/ 70 мм рт. ст. Язык - чистый. Живот мягкий, увеличен в объеме за счет ПЖК, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется/ Стул и диурез без особенностей.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз (с обязательными комментариями к результатам общего анализа крови).
2. Какие дополнительные лабораторно - инструментальные исследования необходимо провести?
3. Составьте план ведения пациента.

Задача 9

Пациент Л., 18 лет, предъявляет жалобы на выпадение волос, ломкость и истончение ногтей.

Анамнез заболевания: Данные жалобы беспокоят в течение длительного времени, но пристального внимания не вызывали. В настоящее время обратился для обследования по направлению военкомата.

Общий анализ крови: $E_r - 3,8 \times 10^{12}/л$; $Hb - 102,8 \text{ г/л}$; ЦП- 0,8; $T_g - 288,4 \times 10^9 /л$, $Le - 6,4 \times 10^9 /л$ (П - 3, С - 62, Л - 30, М - 7), СОЭ 9 мм/час, сывороточное железо – 6 мкмоль/л.

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

Объективно: общее состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы смуглые. Конъюнктивы, язык бледные. Койлонихии. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Pulm - перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно - везикулярное дыхание. Хрипы - не выслушиваются. Чд - 18 в мин в покое. Сог: сердечная деятельность - ритмичная, тоны сердца – ясные, систолический шум на верхушке. ЧСС 72 уд. в 1 мин. АД - 120/ 70 мм рт. ст. Язык - чистый. Живот мягкий, увеличен в объеме за счет ПЖК, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Стул и диурез без особенностей.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз (с обязательными комментариями к результатам общего анализа крови).
2. Какие дополнительные лабораторно - инструментальные исследования необходимо провести?
3. Составьте план ведения пациента.

Задача 10

Пациент Л., 46 лет, жалуется на выраженную слабость, одышку и сердцебиение при незначительной физической нагрузке; при быстром вставании с постели – головокружение и шум в ушах.

Анамнез заболевания: Подобные жалобы беспокоят несколько месяцев, но за последние 2 недели самочувствие стало быстро прогрессивно ухудшаться. В анамнезе обильные менструации в течение 15 лет, 3 родов. В течение 5 лет – полностью исключила из рациона мясо и рыбу (веган).

Общий анализ крови: Эр. $2,2 \times 10^{12}/л$; HGB – 50 г/л; ЦП-0,8; Тг - $356,4 \times 10^9 /л$, Le – $6,4 \times 10^9 /л$ (П - 3, С - 42, Л – 50, М - 5), СОЭ 10 мм/ час. Общий белок крови 49,2 г/л, сывороточное железо – 4 мкмоль/л. ЭКГ – ритм синусовый, регулярный, ЭОС в норме. Дистрофические изменения миокарда.

Объективно: общее состояние больной средней тяжести. Одышка при разговоре. Выражены бледность кожи и слизистых. Койлонихии. Периферические лимфатические не увеличены. Pulm - перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно - везикулярное дыхание. Хрипы - не выслушиваются. Чд - 18 в мин в покое. Сог: сердечная деятельность - ритмичная, тоны сердца – ясные, систолический шум на верхушке. ЧСС 96 уд. в 1 мин. АД - 110/ 60 мм рт. ст. Язык - чистый. Живот мяг-

кий, увеличен в объеме за счет ПЖК, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Стул и диурез без особенностей.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз (с обязательными комментариями к результатам общего анализа крови).
2. Какие дополнительные лабораторно - инструментальные исследования необходимо провести?
3. Составьте план ведения пациента.

Задача 11

Пациентка М., 70 лет. Обратилась с жалобами на прогрессирующую общую слабость (стало трудно ходить из-за выраженной одышки, сердцебиения, головокружения), а также выраженную потливость (особенно в ночное время). Последние 3 дня появилась немотивированная лихорадка без ознобов, повышение температуры тела - до 38,7° и выше.

Анамнез заболевания: вышеуказанные жалобы стали нарастать в течение последних 2-х месяцев. Лекарственные препараты самостоятельно не принимала. Контакт с инфекционными больными отрицает.

Общий анализ крови: $E_r - 3,2 \times 10^{12}/л$; $H_b - 106 г/л$; ЦП. 0,9; $T_g - 327,6 \times 10^9 /л$, $Le - 56,8 \times 10^9 /л$ (П -3, С - 10, Л -80, М - 7), СОЭ 40 мм/ час, в мазке крови клетки Боткина-Гумпрехта.

Объективно: Общее состояние больной средней тяжести. Кожа и слизистые умеренно бледные. Увеличение шейных, заднезатылочных, подмышечных лимфатических узлов до 6 см в диаметре. Лимфатические узлы плотноватые, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями. Кожные покровы влажные. В лёгких везикулярное дыхание. Границы сердца не изменены. ЧСС 90 уд. в 1 мин. АД - 110/ 70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень +5 см ниже реберной дуги и селезенка +2 см ниже реберной дуги. Стул и диурез без особенностей.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз (с обязательными комментариями к результатам общего анализа крови).
2. Какие дополнительные лабораторно - инструментальные исследования необходимо провести?
3. Составьте план ведения пациента.

Задача 12

Пациент З., 46 лет. Обратился с жалобами на общую слабость, недомогание, головокружение при перемене положения тела, повышение температуры тела - до 37,9°.

Анамнез заболевания: вышеуказанные жалобы стали нарастать в течение последних 2-х месяцев. Лекарственные препараты самостоятельно не принимала. Контакт с инфекционными больными отрицает.

Общий анализ крови: $E_r - 3,02 \cdot 10^{12}/л$; $HGB - 93 г/л$; $T_r - 869 \cdot 10^9 /л$; $L - 210 \cdot 10^9 /л$; бласты-1, миелоциты-20; п-20, с- 35,0 э-2, м-2,0 л-11,6-1 СОЭ 30 мм/ч;

Объективно: При осмотре общее состояние больного неудовлетворительное. Кожа и слизистые умеренно бледные. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В лёгких везикулярное дыхание. Границы сердца не изменены. ЧСС 80 уд. в 1 мин. АД - 130/ 90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень +3 см ниже реберной дуги и селезёнка +5 см ниже реберной дуги. Стул и диурез без особенностей.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз (с обязательными комментариями к результатам общего анализа крови).
2. Какие дополнительные лабораторно - инструментальные исследования необходимо провести?
3. Составьте план ведения пациента.

Задача 13

Пациент Ф., 45 лет, обратился с жалобами на общую слабость, недомогание, снижение работоспособности, потеря в весе на 8 кг за предшествующие 2 месяца.

Анамнез заболевания: вышеуказанные жалобы появились и стали нарастать в течение последних 4-х месяцев. Связывал свое состояние с переутомлением, физической нагрузкой.

Общий анализ крови: $Э_r - 3,85 \cdot 10^{12}/л$; гемоглобин-100 г/л; $T_r - 340 \cdot 10^9 /л$; $L - 45 \cdot 10^9 /л$; миелоциты-21; п-20, с- 35,0 э-2, м-2,0 л-11,6-1 СОЭ 42 мм/ч;

Объективно: При осмотре общее состояние больного относительно удовлетворительное. Кожа и слизистые умеренно бледные. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В лёгких везикулярное дыхание. Границы сердца не изменены. ЧСС 80 уд. в 1 мин. АД - 130/ 90 мм рт. ст. Живот мягкий, не вздут, чувствителен в подреберьях. Печень +2 см ниже реберной дуги и селезёнка +4 см ниже реберной дуги. Стул и диурез без особенностей.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз (с обязательными комментариями к результатам общего анализа крови).

2. Какие дополнительные лабораторно - инструментальные исследования необходимо провести?

3. Составьте план ведения пациента.

Задача 14

Пациент Р., 52 лет, обратился с жалобами на общую слабость, недомогание, головокружение, усиливающееся при перемене положения тела.

Анамнез заболевания: Страдает хроническим геморроем много лет, отмечает периодические геморроидальные кровотечения, наблюдается у проктолога. Ухудшение состояния около месяца, умеренные геморроидальные кровотечения за этот период - 4 раза.

Общий анализ крови: $E_r - 2,8 \times 10^{12}/л$; HGB – 57,8 г/л; ЦП- 0,8; Tг - $327,6 \times 10^9/л$, Le – $7,8 \times 10^9/л$ (П - 3, С - 62, Л - 30, М - 7), СОЭ 10 мм/час; сывороточное железо – 9 мкмоль/л.

Объективно: общее состояние больного удовлетворительное. Кожа и слизистые умеренно бледные. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В лёгких везикулярное дыхание. Границы сердца не изменены, тоны сердца несколько приглушены. ЧСС 88 уд. в 1 мин. АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезнен. Печень и селезёнка не увеличены. Стул и диурез без особенностей.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз (с обязательными комментариями к результатам общего анализа крови).

2. Какие дополнительные лабораторно - инструментальные исследования необходимо провести?

3. Составьте план ведения пациента.

Задача 15

Пациент С., 65 лет, предъявляет жалобы на слабость, боли в проекции поясничного отдела позвоночника, независящие от физической нагрузки и от движений, снижение массы тела на 12 кг за месяц.

Анамнез заболевания: Считает себя больным в течение 4-х месяцев, когда появились и стали нарастать вышеуказанные жалобы. Самостоятельно прошел исследование крови и мочи.

Общий анализ крови: эритроциты – $2,6 \times 10^{12}/л$; HGB – 99 г/л; тромбоциты – $290,0 \times 10^9/л$, лейкоциты – $11,0 \times 10^9/л$; э/ 0, п/ 1, с/46, л/ 49, м/ 4, СОЭ – 52 мм/час. Общий анализ мочи: белок – 2 г/л, глюкоза отсутствует. Биохимический анализ крови: общий билирубин – 16,0 мкмоль/л, глюкоза – 5,3 ммоль/л, АЛТ – 28Е/л, АСТ – 26Е/л, холестерин – 6,5 ммоль/л, общий белок – 96 г/л, общий IgA – 2 г/л, IgG – 45 г/л.

Объективно: общее состояние больного средней степени тяжести. Температура тела – 37,2°C. Кожные покровы физиологической окраски и влажности. Склеры без иктеричности. Периферических отеков нет. Pulm - перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно - везикулярное дыхание. Хрипы - не выслушиваются. Чд - 18 в мин в покое. Сог: сердечная деятельность - ритмичная, тоны сердца – ясные, систолический шум на верхушке. ЧСС 92 уд. в 1 мин. АД лев - 120/ 60 мм рт. ст. Язык - чистый. Живот мягкий, увеличен в объеме за счет ПЖК, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Стул и диурез без особенностей.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз (с обязательными комментариями к результатам общего анализа крови).
2. Какие дополнительные лабораторно - инструментальные исследования необходимо провести?
3. Составьте план ведения пациента.

Задача 16

Пациент П., 36 лет, предъявляет жалобы на повышение температуры тела до 38,5°C, нарастающую слабость, головокружение, кашель по утрам со скудной мокротой, не приступообразный.

Анамнез заболевания: Вышеуказанные жалобы беспокоят в течение 2-х недель. Самостоятельно принимал Таб. Амброксол, АЦЦ, Парацетамол, без положительной динамики.

Общий анализ крови: эритроциты – $2,4 \times 10^{12}/л$; Нв – 80 г/л; тромбоциты – $800,0 \times 10^9 /л$; лейкоциты – $52,0 \times 10^9 /л$; б/ 5, э/ 8, миелоциты – 2, юные – 3, п/10, с/ 50, л/16, м/4, бластные клетки – 2%; СОЭ – 39 мм/ч. Общий анализ мочи: без особенностей. Биохимический анализ крови: общий билирубин – 10,0 мкмоль/л, амилаза – 43Е/л, глюкоза – 5,1 ммоль/л, АЛТ – 15Е/л, АСТ – 22Е/л, холестерин – 4,5 ммоль/л, ПТИ – 76%.

Объективно: Рост – 169 см. Вес – 68 кг. Кожные покровы бледные, влажные. Склеры без иктеричности. Язык влажный, умеренно обложен беловатым налетом. Pulm - перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно - везикулярное дыхание. Хрипы - не выслушиваются. Чд - 18 в мин в покое. Сог: сердечная деятельность - ритмичная, тоны сердца – приглушены, систолический шум на верхушке. ЧСС 102 уд. в 1 мин. АД - 90/ 60 мм рт. ст. Язык - чистый. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии, правом подреберье при пальпации. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Стул и диурез без особенностей.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз (с обязательными комментариями к результатам общего анализа крови).
2. Какие дополнительные лабораторно - инструментальные исследования необходимо провести?
3. Составьте план ведения пациента.

Задача 17

Пациент А., 57 лет, предъявляет жалобы появление уплотнений в подмышечных областях, безболезненных.

Анамнез заболевания: Обратил внимание на указанные изменения несколько дней назад. Лекарственные препараты не принимал.

Общий анализ крови: гемоглобин – 110 г/л; эритроциты – $3,9 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – 34×10^9 /л; нейтрофилы: п/2%, с/32%; л/62%, м/4%, тромбоциты – 200×10^9 /л, СОЭ – 24 мм/ч.

Объективно: Общее состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы бледные, влажные. Склеры без иктеричности. Лимфатические узлы в обеих подмышечных областях увеличены до размера лесного ореха, б/б, плотной консистенции. Язык влажный, чистый. В легких при аускультации везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. АД – 140/90 мм рт. ст. ЧСС – 70 уд/мин. Тоны сердца глухие, ритм правильный. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул и диурез без особенностей.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз (с обязательными комментариями к результатам общего анализа крови).
2. Какие дополнительные лабораторно - инструментальные исследования необходимо провести?
3. Составьте план ведения пациента.

Задача 18

Пациентка Л., 33 лет, предъявляет жалобы на общую слабость, утомляемость, избыточное выпадение волос, сердцебиение, неприятие мясной пищи.

Анамнез заболевания: повышенную слабость стала отмечать во время второй беременности примерно 1,5 года назад, 3 месяца назад – сердцебиение, с момента родов – ломкость волос; продолжает грудное вскармливание. При уточнении гинекологического анамнеза – у больной обильные менструации с 12 лет по 5–6 дней, 2 беременности, 2 родов. Общий анализ крови: эритроциты – $3,7 \times 10^{12}$ /л, Нв – 78 г/л, ретикулоциты – 0,4%, MCV – 70 фл, лейкоциты –

4,7x10⁹ /л, э/2%, п/3%, с/65%, лимфоциты – 24%, моноциты – 6%, тромбоциты – 320x10⁹ /л, СОЭ – 18 мм/ч. Умеренный анизоцитоз, пойкилоцитоз.

Объективно: кожные покровы бледные, сухие, волосы ломкие, ногти с поперечной исчерченностью. Периферических отеков не выявлено. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, учащены до 95 ударов в 25 минут, на верхушке выслушивается систолический шум. АД – 110/60 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул и диурез без особенностей.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз (с обязательными комментариями к результатам общего анализа крови).
2. Какие дополнительные лабораторно-инструментальные исследования необходимо провести?
3. Составьте план ведения пациента.

Задача 19

Пациент М., 33 лет, предъявляет жалобы на повышение температуры тела до 37,8 °С, сухой кашель, одышку, усиливающуюся в горизонтальном положении, боли в области голеней.

Анамнез заболевания: Ухудшение самочувствия отмечает в течение 2 недель, когда появились вышеуказанные жалобы. Самостоятельно использовал местные антисептические ЛП для горла.

Общий анализ крови: эритроциты – 2,1x10¹²/л; Нв – 100г/л; ретикулоциты – 0,7%, тромбоциты – 100,0x10⁹ /л, лейкоциты – 14,0x10⁹ /л; э/6, п/0, с/66, л/20, м/4, СОЭ – 42мм/ч.

Объективно: Общее состояние средней тяжести. Пальпируются увеличенные шейные, подчелюстные лимфатические узлы. Кожные покровы бледные, сухие. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, учащены до 95 ударов в 25 минут, на верхушке выслушивается систолический шум. АД – 110/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул и диурез без особенностей.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз (с обязательными комментариями к результатам общего анализа крови).
2. Какие дополнительные лабораторно - инструментальные исследования необходимо провести?
3. Составьте план ведения пациента.

Задача 20

Пациентка Р., 46 лет, обратилась с жалобами на одышку и сердцебиение при быстрой ходьбе, снижение работоспособности, головные боли и головокружения.

Анамнез заболевания: Подобные ощущения появились 3-4 месяца назад и постепенно нарастают. Поводом для обращения послужило кратковременное обморочное состояние 2 дня назад, без предшественников.

Общий анализ крови: Нв - 96 г/л, эритроциты - $3,1 \times 10^{12}/л$, ЦП - 0,8, СОЭ - 23 мм/ч, лейкоциты - $6,8 \times 10^9/л$, эозинофилы - 1%, палочкоядерные - 3%, сегментоядерные - 67%, лимфоциты - 23%, моноциты - 6%, анизоцитоз, пойкилоцитоз, тромбоциты - $250 \times 10^9/л$.

Анамнез жизни: Ранее практически не болела. В течение трех лет наблюдается гинекологом по поводу миомы матки небольших размеров. Менструальный цикл не нарушен, месячные через 28 дней, длятся по 6 дней, обильные.

Объективно: Общее состояние относительно удовлетворительное. Кожа и слизистые бледные, «заеды» в углах рта. Тоны сердца учащены, ритмичные, на верхушке сердца короткий систолический шум. ЧСС 90 в минуту, АД 110/75 мм рт.ст. В легких над всеми полями везикулярное дыхание, хрипов нет. Язык влажный, с небольшим белым налетом по спинке. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень, селезенка, объемные образования не определяются. Стул и диурез без особенностей.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные лабораторно - инструментальные исследования необходимо провести?
3. Составьте план ведения пациента.

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ

Задача 1, ответы на поставленные вопросы:

1. На основании субъективных и объективных данных можно выделить диспепсический и болевой синдромы.
2. Предрасполагающими к заболеванию факторами могут выступать следующие данные анамнеза: вредные привычки- курение до 20 сигарет в сутки со стажем около 30 лет. Нерациональное питание с отсутствием завтраков.
3. Гастрит, гастроэзофагеальный рефлюкс.
4. УЗИ органов брюшной полости, фиброэзофагогастроуденоскопия, экспресс- диагностика H. pylori, исследование кала на выявление скрытой крови, общий анализ крови, копрограмма.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Гребенев А.Л. Пропедевтика внутренних болезней: учебник. - 5 изд., перераб и доп. - М.: Медицина, 2001.
2. Окорочков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов. - М.: Мед. лит., 2000.
3. Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Сулимов В.А. Внутренние болезни. - М.: «ГЭОТАР – Медиа», 2015.
4. Мухин Н.А., Моисеев В.С., Мартынов А.И. Внутренние болезни в 2-х томах. - М.: «ГЭОТАР – Медиа», 2015.
5. Гастроэнтерология: нац.рук. краткое изд. / под ред. В.Т. Ивашкина и др. – М.: изд.группа «ГЭОТАР-Медиа», 2011.
6. Абрамова А.А. и др. Внутренние болезни: руководство к практическим занятиям по факультетской терапии: учеб. пособие. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2010.

Учебно-практическое издание

СБОРНИК КЛИНИЧЕСКИХ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ

Часть 2

Составители:

Филоненко Оксана Александровна

Ковбасюк Яна Ивановна

Пикуленко Альбина Витальевна

Ковердяга Нина Валерьевна

Издается в авторской редакции

Компьютерная верстка *А.Н. Федоренко*

ИЛ № 06150. Сер. АЮ от 21.02.02.

Подписано в печать 25.03.26. Формат 60 × 90/16.

Усл. печ. л. 6,25. Электронное издание. Заказ № 811.

Изд-во Приднестр. ун-та. 3300, г. Тирасполь, ул. Мира, 18.