



Министерство здравоохранения Российской Федерации

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
"Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова"
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебной работе

/ С.А. Артюшкин /
« 25 » 01 2019 г.



ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

основной образовательной программы высшего образования - программы ординатуры
по специальности 31.08.31 Гериатрия

Трудоемкость: 3 зе

Санкт-Петербург
2019 г.

1. Общие положения

Государственная итоговая аттестация по основной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.31 Гериатрия (далее – ГИА) проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры по специальности 31.08.31 Гериатрия (далее – Программа) требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.31 Гериатрия (далее – ФГОС ВО). ГИА относится к Блоку 3 ФГОС ВО и включает в себя подготовку и сдачу государственного экзамена.

К ГИА допускаются обучающиеся, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план по Программе.

ГИА обучающихся, освоивших Программу, осуществляет государственная экзаменационная комиссия.

При успешном прохождении ГИА обучающемуся выдается документ о высшем образовании и о квалификации образца, установленного Министерством здравоохранения Российской Федерации (приказ Минздрава России от 6 сентября 2013 г. № 634н):
– диплом об окончании ординатуры.

2. Результаты обучения, оцениваемые на государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

- Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительской власти, осуществляющем функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Профессиональные компетенции (ПК):

- профилактическая деятельность;
- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков (ПК-4);
- диагностическая деятельность;

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- лечебная деятельность;
- готовность к ведению и лечению пациентов пожилого и старческого возраста (ПК-6);
- готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);
- реабилитационная деятельность;
- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации (ПК-8);
- психолого-педагогическая деятельность;
- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
- организационно-управленческая деятельность;
- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

3. Порядок проведения государственной итоговой аттестации

На ГИА отводится 108 часов (3 зе), из которых 6 часов - государственный экзамен, 48 часов - консультации и 54 часа - самостоятельная работа.

ГИА проводится в форме государственного экзамена.

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по Программе. Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в устной форме с использованием экзаменационных билетов.

Продолжительность подготовки обучающегося к ответу составляет не более 45 минут.

Продолжительность сдачи государственного экзамена обучающимся составляет не более 15 минут.

Уровень знаний обучающегося оценивается на «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Критерии оценок результатов государственного экзамена:

- знание теоретического материала по предметной области;
- глубина изучения дополнительной литературы;
- глубина и полнота ответов на вопросы.

Ответ оценивается на «отлично», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

- ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов;

– демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Ответ оценивается на «хорошо», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

– ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах.

Ответ оценивается на «удовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Ответ оценивается «неудовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение государственной итоговой аттестации.

4. Порядок подведения итогов государственной итоговой аттестации

На каждого обучающегося заполняется протокол заседания ГЭК по приему ГИА, в котором отражается перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов ГЭК о выявленном в ходе государственного аттестационного испытания уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося. Протокол заседания ГЭК подписывается председателем и секретарем ГЭК. Протоколы заседаний ГЭК сшиваются в книги и хранятся в архиве Университета.

Результаты ГИА объявляются в день ее проведения.

Решения ГЭК принимаются простым большинством голосов членов комиссии, участвовавших в заседании. Заседание ГЭК проводится председателем ГЭК. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса.

5. Программа государственного экзамена

5.1. Рекомендации по подготовке к государственному экзамену

Подготовка к ГИА должна осуществляться в соответствии с программой государственного экзамена по вопросам, выносимым на ГИА.

В процессе подготовки к экзамену следует опираться на рекомендованную литературу, клинические рекомендации национальных профессиональных организаций. Для систематизации знаний ординаторы должны посещать консультации по вопросам, включенным в программу государственного экзамена, которые проводятся выпускающей кафедрой по расписанию накануне экзамена.

Содержимое ответов ординатора на государственном экзамене должно соответствовать требованиям ФГОС высшего образования по специальности 31.08.31 Гериатрия. Ординатор должен продемонстрировать уровень сформированности универсальных и профессиональных компетенций для самостоятельного решения профессиональных задач различной степени сложности.

В процессе подготовки рекомендуется составить расширенный план ответа на каждый вопрос. Материал по раскрываемому вопросу необходимо излагать структурировано и

логически. По своей форме ответ должен быть уверенным и четким. Необходимо следить за культурой речи и не допускать ошибок в произношении терминов.

5.2. Вопросы, выносимые на государственный экзамен

1. Право граждан на охрану здоровья: нормативно-правовое регулирование оказания медико-социальной помощи людям в пожилом и старческом возрасте.
2. Порядок оказания паллиативной медицинской помощи людям пожилого и старческого возраста с хроническими неинфекционными заболеваниями.
3. Медико-демографические особенности состояния здоровья людей старшего возраста.
4. Этика и деонтология в гериатрической практике.
5. Биомаркеры старения человека.
6. Потенциальные геропротекторы и механизмы их действия.
7. Основные гипотезы и теории старения.
8. Особенности медико-социальной экспертизы граждан старшего возраста.
9. Особенности реабилитации граждан пожилого возраста при хронических неинфекционных заболеваниях.
10. Индивидуальная программа реабилитации лиц пожилого возраста: основные положения, порядок формирования, критерии эффективности.
11. Старение и старость. Представления о физиологическом и преждевременном старении: представление о состоянии, принципы и направления профилактики.
12. Комплексная гериатрическая оценка людей старшего возраста: принципы ее формирования, составные части.
13. Основные гериатрические синдромы: понятие, определение, отличия от нозологического принципа.
14. Старческая астения: распространенность, подходы к диагностике и лечению.
15. Саркопения: распространенность, методы диагностики, подходы к профилактике.
16. Синдром падений у людей пожилого и старческого возраста: определение, факторы риска, способы профилактики.
17. Рациональное питание пожилого и старого человека: принципы формирования, ограничения.
18. Фармакологические геропротекторы: возможности применения, влияние на показатели гомеостаза.
19. Физические методы профилактики преждевременного старения: лечебная физкультура, гимнастика, спорт в пожилом возрасте.
20. Особенности фармакотерапии в пожилом и старческом возрасте.
21. Полипрагмазия в пожилом возрасте: определение, нежелательные побочные реакции, лекарственное взаимодействие.
22. Приверженность людей старшего возраста медикаментозной терапии: актуальность, последствия низкой приверженности, пути ее повышения.
23. Хроническая обструктивная болезнь легких: определение, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
24. Бронхиальная астма: определение, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
25. Острые пневмонии у пожилых: классификация, диагностика, особенности течения, лечение, прогноз.
26. Внебольничные пневмонии у пожилых: диагностика, особенности течения, лечение, прогноз.
27. Нозокомиальные пневмонии у пожилых: диагностика, особенности течения, лечение, прогноз.
28. Особенности антибактериальной терапии при пневмониях в пожилом и старческом возрасте.

29. Дыхательная недостаточность у пожилых: особенности течения и лечения в пожилом возрасте.
30. Легочное сердце: этиология, патогенез, классификация, возможности терапии.
31. Атеросклероз: определение понятия, факторы риска, патоморфология, классификация, методы диагностики.
32. Ишемическая болезнь сердца: определение, классификация, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
33. Стенокардия: клинические формы, диагностика, принципы терапии.
34. Острый коронарный синдром: понятие, диагностика, тактика лечения.
35. Антитромботическая терапия у лиц пожилого и старческого возраста.
36. Инфаркт миокарда: клиника, диагностика, лечение.
37. Осложнения инфаркта миокарда, их диагностика и лечение.
38. Эссенциальная артериальная гипертензия: классификация, дифференциальная диагностика, подходы к медикаментозной терапии.
39. Симптоматические артериальные гипертензии у пожилых: дифференциальная диагностика, принципы терапии.
40. Гипертонический криз: определение, неотложная медицинская помощь, прогноз, профилактика.
41. Принципы рационального подбора гипотензивных средств при эссенциальной артериальной гипертонии у пациентов пожилого и старческого возраста.
42. Миокардиты у лиц пожилого и старческого возраста: этиология, клинические варианты, диагностика, лечение, прогноз.
43. Кардиомиопатии: классификация, диагностика и дифференциальная диагностика, клиника, лечение.
44. Нарушения ритма в пожилом и старческом возрасте: этиология, электрофизиологические механизмы, классификация, диагностика, подходы к терапии.
45. Нарушения проводимости: этиология, электрофизиологические механизмы, классификация, диагностика, подходы к терапии.
46. Неотложная терапия тахиаритмий у людей пожилого и старческого возраста.
47. Атриовентрикулярные блокады: диагностика и тактика лечения.
48. Хроническая сердечная недостаточность: этиология, патогенез, диагностика, классификация, инструментальные методы диагностики, подходы к терапии.
49. Неотложная помощь при острой сердечной недостаточности.
50. Фармакотерапия хронической сердечной недостаточности пациентов пожилого и старческого возраста.
51. Остеоартроз: определение, патогенез, классификация, диагностика, медикаментозные и немедикаментозные методы лечения.
52. Ревматическая полимиалгия: клиника, диагностика, лечения, прогноз.
53. Ревматические паранеопластические синдромы: клинические проявления, методы диагностики.
54. Ревматические пороки сердца: диагностика, клиника, классификация, методы лечения.
55. Ревматоидный артрит: классификация, диагностика, особенности клинической картины у пожилых, методы лечения.
56. Системные заболевания соединительной ткани у пожилых: классификация, клиника, диагностика и лечение.
57. Подагра у пожилых: этиология, патогенез, пуриновый обмен, диагностика и лечение.
58. Нестероидные противовоспалительные средства в терапии суставного синдрома: показания и противопоказания.
59. Остеопороз: классификация, диагностика, факторы риска, методы диагностики, лечение, прогноз.

60. Заболевания пищевода у пожилых (эзофагиты, стриктуры, атония, грыжи, дивертикулез): диагностика и лечения.
61. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки у пожилых: клиника, особенности течения, осложнения, терапия.
62. Эрадикационное лечение язвенной болезни желудка у больных пожилого и старческого возраста.
63. Болезни оперированного желудка: клиника, диагностика, нарушения всасывания, лечение.
64. Воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона и неспецифический язвенный колит): этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
65. Организация медицинской помощи больным с хроническими гепатитами на современном этапе
66. Неалкогольная жировая дистрофия печени: диагностика, клиника, лечение.
67. Цирроз печени: классификация, диагностика, лечения, прогноз.
68. Печеночная недостаточность: классификация, клиника, диагностика, терапия.
69. Дифференциальная диагностика желтуха у людей пожилого и старческого возраста.
70. Хронический панкреатит: этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение.
71. Мочевой и нефротический синдромы у людей пожилого и старческого возраста: определение, методы диагностики заболеваний почек.
72. Хронический гломерулонефрит: классификация, клинические варианты течения, диагностика, лечение.
73. Острый и хронический тубулоинтерстициальный нефрит: этиология, клиника, диагностика, лечение.
74. Пиелонефрит у пожилых: патогенез, классификация, клиника и варианты течения, дифференциальная диагностика острых и хронических пиелонефритов, лечение.
75. Хроническая почечная недостаточность и хроническая болезнь почек: определение понятий, этиология, патогенез, классификация, диагностика.
76. Хроническая болезнь почек у пожилых: определение, диагностика, показания к заместительной почечной терапии.
77. Неотложная медицинская помощь при острой почечной недостаточности.
78. Современная теория кроветворения. Вклад русских ученых в изучение кроветворения.
79. Анемии у лиц пожилого и старческого возраста: классификация анемий, диагностика и дифференциальная диагностика, подходы к терапии.
80. Хроническая железодефицитная анемия: этиология, обмен железа в организме, диагностика, клиника, лечение, прогноз.
81. B12-дефицитная анемия: этиология, обмен витамина B12 в организме, диагностика, клиника, лечение, прогноз.
82. Приобретенные гемолитические анемии: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, прогноз.
83. Апластические анемии: клинические проявления, патогенез, лечение.
84. Злокачественные неходжкинские лимфомы: морфологические и иммунологические варианты, дифференциальная диагностика, подходы к терапии.
85. Миелопролиферативные заболевания у пожилых: клинические варианты, диагностика, подходы к терапии.
86. Парапротеинемические гемобластозы (множественная миелома): классификация, диагностика, клиническая картина, лечение, прогноз.
87. Атоиммунная тромбоцитопеническая пурпуря: клиника, диагностика, лечение.
88. Сахарный диабет у пожилых: варианты течения, этапы наблюдения, подходы к терапии.
89. Диабетические микроangiопатии: клинические варианты, диагностика, лечение.
90. Неотложная медицинская помощь при диабетических комах.
91. Медикаментозная терапия сахарного диабета II типа.
92. Тиреотоксикоз у пожилых: клиника, диагностика, подходы к консервативному и хирургическому лечению.

93. Гипотиреоз у пожилых: клиника, диагностика, тактика ведения.
94. Ожирение у людей пожилого и старческого возраста: этиология, классификация, модификация пищевого поведения.
95. Гормонально-активные опухоли коры надпочечников: особенности течения, диагностика, лечение и мониторинг состояния.
96. Болезнь и синдром Иценко-Кушинга: этиология, патогенез, клиника, диагностика.
97. Транзиторные ишемические атаки: клиника, диагностика, лечение.
98. Паркинсонизм у лиц пожилого и старческого возраста: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение
99. Цереброваскулярная болезнь: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
100. Когнитивный нарушения в пожилом и старческом возрасте: классификация, диагностика, лечение.

5.3. Ситуационные задачи, выносимые на государственный экзамен

Задача 1.

В клинику нефрологии для обследования по поводу микрогематурии обратился мужчина 65 лет, бывший автомеханик. Изменения в анализах мочи впервые выявлены терапевтом в поликлинике по месту жительства, где пациент проходил обследование по поводу артериальной гипертензии. Из анамнеза: в возрасте 18 лет проходил медицинское обследование в связи с призывом в армию. Изменений в анализах мочи не было. В последующем не обследовался. Курит (до 2-х пачек в день). В семье хронических заболеваний почек не было.

При обследовании: рост 183 см., вес 90 кг. Отёков нет. АД 160/100 мм рт.ст. Общий анализ мочи: белок 2,5 г/л, удельный вес 1010, эритроциты 40–60 в поле зрения, лейкоциты 1–2 в поле зрения. Гемоглобин 90 г/л, Нт- 25%, креатинин крови 0,650 ммоль/л, мочевая кислота 580ммоль/л., альбумин 45 г/л, калий 6,5 ммоль/л., холестерин 7,5 ммоль/л., белок в суточной моче- 1,2 г. УЗИ почек: размеры правой и левой почки уменьшены до 7,8* 4,9 см, толщина паренхимы 10 мм.

Задание

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Показана ли в данном случае биопсия почки?
3. Какие показатели необходимо уточнить?
4. Ваша тактика лечения?

Задача 2.

Пациентка В., 67 лет, страдает ревматоидным артритом в течение 20 лет. Проводилось лечение преднизолоном, препаратами золота, НПВС. Год назад впервые выявлена протеинурия — 1,3 г/л. В настоящее время появились отеки ног. Для уточнения характера поражения почек поступила в клинику. При поступлении состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Отеки голеней, стоп. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД — 100/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень на 3 см выступает из-под края реберной дуги, плотная.

Лабораторные данные: Нв - 130 г/л, СОЭ - 64 мм/час, тромбоциты - 483x10⁹/л, общий белок - 42 г/л, альбумины - 19 г/л, креатинин - 120 мкмоль/л, суточная протеинурия - 8,2 г.

Задание

1. Предварительный диагноз.
2. План обследования. Какой наиболее достоверный способ диагностики заболевания почек.
3. Между какими заболеваниями в первую очередь следует проводить дифференциальный диагноз.
4. Лечение.

Задача 3.

Пациент М., 65 лет. При поступлении жалуется на припухание и боль в правом голеностопном суставе и мелких суставах правой стопы, покраснение кожи над ними, ограничение движений в них.

Из анамнеза установлено, что страдает внезапными приступами болей в суставах правой стопы около 8 лет, когда впервые на фоне относительного благополучия ночью появились интенсивные боли в первом пальце правой стопы. Одновременно обнаружено было припухание, покраснение и повышение кожной температуры в области поражения. Самостоятельный прием анальгетиков привел к значительному уменьшению болевого синдрома и восстановлению функции суставов. В последующем было замечено, что рецидивирование артрита 1-го плюсне-фалангового сустава возникает после праздничных застолий или интенсивной физической работы.

Боль в области правого голеностопного сустава присоединилась в течение последних 6 месяцев. Периодически в области пораженных суставов отмечается треск при ходьбе, особенно по неровной поверхности.

Объективно: телосложение правильное, повышенного питания. В области хрящевой части ушных раковин пальпируются безболезненные плотные образования величиной 0,3 x 0,2 см, белесоватые на изгибе. Кожные покровы чистые, достаточной влажности. Тургор тканей сохранен. Отмечаются костные деформации в области 1-го и 2-го плюсне-фаланговых суставов правой стопы с формированием hallus valgus, сочетающиеся с припухлостью, покраснением кожи и повышением местной температуры над этими же суставами. Симптом бокового сжатия правой стопы положительный. Незначительное ограничение движений 1-го и 2-го пальцев правой стопы. Правый голеностопный сустав припухший, горячий и болезненный при пальпации. Объем активных и пассивных движений в нем ограничен из-за боли. Внутренние органы без существенных видимых изменений.

Результаты дополнительного обследования:

Клинический анализ крови: Нв - 158 г/л, эр. - $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейк. - $7,9 \times 10^9$ /л, СОЭ - 26 мм/час. Анализ крови на сахар - 4,66 ммол/л, ПТИ - 87%.

Биохимический анализ крови: билирубин - 13,5 мкмоль/л, холестерин - 5,8 ммоль/л, креатинин - 65 мкмоль/л, остаточный азот - 16,5 ммоль/л.

Биохимический анализ крови: мочевая кислота — 589 мкмоль/л, СРБ - 2, ревматоидный фактор - 0, АСЛ-О - 125 ед., общий белок - 77,5 г/л, белковые фракции — альбумины - 53%, глобулины α_1 — 3%, α_2 — 9%, β — 14%, γ — 21%. Общий анализ мочи: уд. вес - 1015, реакция слабо-кислая, белок - 0,066 г/л, эр. - 0-2 в п/зр., лейк. - 0-2-4 в п/зр.

Кал на я/г - отрицательный.

Исследование синовиальной жидкости: наличие игольчатых кристаллов, расположенных внутриклеточно и двоякопреломляющих свет в поляризационном микроскопе. Цитоз 10 000 - 60 000 клеток на мм^3 (преимущественно нейтрофилы).

Задание

1. Установить предварительный диагноз.
2. Составить план дополнительного обследования с указанием ожидаемых результатов.
3. Провести дифференциальный диагноз.
4. Наметить тактику лечения.

Задача 4.

Больная К., 61 года, поступила в отделение гастроэнтерологии с жалобами на изжогу, тошноту, периодически — рвоту, отсутствие аппетита, кожный зуд. Ранее заболеваниями ЖКТ не страдала. Более 20 лет назад был диагностирован хронический пиелонефрит, латентное течение, после чего больная не обследовалась и не лечилась. Объективно: больная несколько пониженного питания, кожные покровы сухие, со следами расчесов. Симптомов раздражения брюшины нет, пальпация живота слабо болезненна в эпигастрии, печень, селезенка не увеличены. АД 160/100 мм.рт.ст., ЧСС 100 в мин. Диурез 700 мл/сут, моча светлая, удельный вес 1008, белок 0,165 г/л, лейкоциты и эритроциты — единичные в поле зрения. В общем анализе крови — признаки анемии. Биохимия крови: глюкоза 4,2 мМоль/л, мочевина 18,2 мМоль/л, креатинин 0,44 мМоль/л, общий белок 62 г/л., калий крови 6,7 мМоль/л.

Задание

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

Задача 5.

Женщина 51 года жалуется на неприятные ощущения и тяжесть в правом подреберье, вздутие живота, кожный зуд, слабость, похудание, кроме того отмечается снижение памяти, раздражительность.

При осмотре – больная пониженного питания, субктическость склер, кожных покровов, следы расчесов кожи различной давности. На коже щеки, плеча – «сосудистые звездочки». Выражена пальмарная эритема. Пальпаторно определяется увеличенная плотная печень +4 см, плотная селезенка. Умеренно выраженный асцит.

Биохимия крови: Билирубин 96 мкмоль/л, прямой 80 мкмоль/л, щелочная фосфатаза 400 ЕД, АСАТ – 100 ЕД, АЛАТ – 110 ЕД. Умеренная анемия, гипопротеинемия.

Задание

1. Предположительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие данные анамнеза необходимо уточнить у больной?
4. Что из дополнительных методов исследования следует провести, стандарты диагностики ?
5. Ваш план лечения данной больной после дообследования, уточнения диагноза; стандарты лечения?

Задача 6.

Больная К., 62 лет, доставлена в приемное отделение бригадой скорой помощи. При поступлении предъявляет жалобы на режущие боли сильной интенсивности, локализующиеся в правом подреберье с иррадиацией в правую половину грудной клетки, правое плечо и поясничную область справа; тошноту, рвоту съеденной пищей с примесью желчи, которая не приносила облегчения, тела до 37,8 С; выраженную общую слабость. Заболела остро, накануне вечером ела жареную баранину с рисом, после чего появились выше перечисленные жалобы. Вместе с ней данную пищу употребляли еще 3 члена семьи, все здоровы.

При объективном обследовании: язык суховат, умеренно обложен желтовато-белым налетом. Живот мягкий, при пальпации выраженная болезненность в правом подреберье, положительные симптомы Кера, Мерфи, Миосси – Георгиевского. Печень по краю правой реберной дуги. АД 130/80 мм.рт.ст. Пульс 74 удара в минуту, ритмичный. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, мочеиспускание свободное, безболезненное.

Задание

1. Какой предположительный диагноз можно поставить данной больной?
2. Какое диагностическое обследование необходимо провести больной для подтверждения диагноза согласно стандартам диагностики?
3. Какие дополнительные симптомы надо проверить?
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
5. Определите тактику дальнейшего ведения, стандарты лечения.

Задача 7.

Пациент Б., 65 лет, доставлен в клинику в тяжелом состоянии. Заболел накануне вечером, после ужина появились сильные боли в подложечной области. Рвота - в начале съеденной пищей, а затем желудочным содержимым. Боли и рвота продолжались всю ночь. Вызванный врач скорой помощи промыл желудок, заподозрил пищевую токсикоинфекцию. Улучшения не наступило, и пациент доставлен в больницу. В течение последнего года отмечает возникновение болей за грудиной при быстрой ходьбе и физической нагрузке, которые заставляли его останавливаться и отдыхать, и вскоре проходили. Боли эти возникали 1-2 раза в месяц.

Объективно: состояние больного тяжелое. Цианоз лица, кожа покрыта холодным потом. Пульс - 110 в мин., малый. Температура 36,9. АД 80/50 мм рт. ст. Границы сердца не изменены, тоны глухие, чистые. В легких изменений нет. Язык обложен. Живот обычной формы, не вздут, мягкий при пальпации, умеренно болезнен в подложечной области. Симптомов раздражения брюшины нет.

Анализы крови: Нв-140 г/л, эр.-4,2x10¹²/л, Л-11x10⁹/л, п-4%, с-70%, л-23%, м-3%, СОЭ-10 мм/час.

Анализ мочи: уд.вес-1020, белка нет, ЭКГ - синусовая тахикардия, снижение вольтажа зубца R во 2,3, AVF отведениях. ST куполообразно смещен вверх - в 2,3, AVF отведениях, STV 4-5-6 ниже изолинии.

Задание

1. Как охарактеризовать состояние, в котором находится больной? Какова его причина? Сформулируйте диагноз.
2. Какую ошибку совершил врач скорой помощи?
3. Каковы экстренные мероприятия, необходимые для выведения больного из этого состояния?
4. Как Вы интерпретируете изменения на ЭКГ?
5. Какие лабораторные исследования могут подтвердить предполагаемый Вами диагноз?

Задача 8.

Больной 67 лет, доставлен в терапевтическое отделение с жалобами на приступообразную одышку, стеснение в груди, сухой кашель. Такое состояние возникло впервые, внезапно, ночью во время сна. В течение последних пяти лет страдает гипертонической болезнью, систематически не лечился.

Больной возбужден. Ортопноэ, разлитая бледность кожных покровов с цианозом лица и губ. Дыхание хриплое, 40 в мин.. Пульс 120 в мин., ритмичен, напряжен. Артериальное давление 240/120 мм рт. ст. Левая граница сердца смещена латерально на 2 см. У верхушки 1-й тон приглушен, ритм галопа, на аорте акцент 2-го тона. В легких масса сухих хрипов, в нижних и средних отделах мелкопузырчатые влажные хрипы. В анализе мочи существенной патологии нет.

На электрокардиограмме: синусовая тахикардия, отклонение электрической оси сердца влево, гипертрофия левого желудочка.

Задание:

1. Назовите развернутый диагноз болезни.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное состояние?
3. Неотложная терапия.
4. Какие исследования необходимы для постановки диагноза?
5. Назначьте плановую терапию больному в соответствии со стандартами лечения данной патологии.

Задача 9.

Пациент 75 лет поступил в терапевтическое отделение с жалобами на приступы головокружения, иногда с потерей сознания, одышку, отеки ног. Больным себя считает около 10-и лет, когда впервые стал испытывать одышку при ходьбе. Тогда же появились боли в области сердца сжимающего характера. Год назад впервые возник приступ, во время которого внезапно потерял сознание; со слов родственников были судороги. "Небольшие" приступы в течение последнего года (потемнение в глазах, головокружение, делящееся 1-2 мин.) бывали и раньше. За месяц до поступления они участились, усилилась одышка, появились отеки на голенях.

Состояние больного тяжелое, выраженный цианоз губ, отеки на голенях. Граница относительной тупости сердца смещена влево на 2 см, конфигурация сердечной тупости аортальная. Тоны глухие, выслушивается систолический шум на верхушке. Временами

определяется очень громкий (пушечный) 1-й тон. АД 180/80 мм рт. ст.. Пульс ритмичный, 36 в мин.; напряженный. Частота его не меняется после физической нагрузки (ходьба по палате). В легких везикулярное дыхание, выслушиваются единичные влажные хрипы. Печень выступает из-под реберного края на 5 см, плотная, безболезненная при пальпации. Анализ крови: Эр. - $4.0 \times 10^{12}/\text{л}$, Нб - 140 г/л; СОЭ - 5 мм/час, Л - $7,6 \times 10^9/\text{л}$, формула не изменена. Анализ мочи: уд. вес - 1.026, белок-следы, лейкоциты и эритроциты 1-2 в п/зрения. Суточный диурез 800 мл, ЭКГ: PP-0,75", RR-1,65", QR-T= 0,48". QRS-0,16".

На следующий день после поступления в больницу больной внезапно потерял сознание, лицо стало багрово-синим, появилась эпилептиiformная судорога, непроизвольное мочеиспускание. Пульс во время приступа 16 в мин., АД - 200/80 мм рт. ст. После оказания помощи больной пришел в сознание, но о случившемся ничего не помнил.

Задание

1. Какой синдром выступает на первый план в клинической картине заболевания и каков его патогенез?
2. Поставьте предположительный клинический диагноз?
3. Неотложная помощь при данном состоянии.
4. Предложите стандарты обследования пациента.
5. Нуждается ли больной в лечении у кардиохирурга?

Задача 10.

Пациентка Ш. 60 лет поступила в клинику по направлению ревматолога с жалобами на слабость, похудание, плотный отек кожи тыла кистей, предплечий, потемнение кожи, зябкость в кончиках пальцев, побеление пальцев на холода, боли в крупных суставах. Болеет 3 года. В начале заболевания появилась зябкость пальцев, цианоз и побеление на холода. В течение последних 3 месяцев беспокоит слабость, плотный отек кистей, предплечий, температура 37,5. Обратилась к терапевту, который направил ее на консультацию к ревматологу.

Анализ крови: эритроциты $3,1 \times 10^{12}/\text{л}$, Нб 90 г/л, цв. пок. 0,7, Лейкоциты $8,2 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 53 мм/ч. Общий белок 86 г/л, глобулины 40%, АНФ+ периферическое свечение.

При осмотре: пониженного питания, кожа смуглая, уплотнена. Лимфоузлы увеличены. PS 96 в 1 мин., ритм., АД 100/60 мм. рт. ст. Границы сердца в норме. Тоны сердца приглушенны, короткий систолический шум на верхушке. Дыхание в легких везикулярное. Живот при пальпации мягкий, печень у края реберной дуги.

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

Задача 11.

Пациентка В., 57 лет, находилась в гинекологическом отделении, где оперирована по поводу фибромиомы матки. Послеоперационный период осложнен тромбофлебитом левой нижней конечности. Через 10 дней после операции состояние больной внезапно ухудшилось, появилась одышка, боль в грудной клетке, кровохарканье. При осмотре: состояние средней степени тяжести. Отечность левой голени. ЧДД до 28 дыхательных движений в минуту, одышка усиливается при переходе пациентки в вертикальное положение. При перкуссии легких: легочный звук. Аускультация легких: везикулярное дыхание. Пульс 120 в минуту, ритмичен. Тоны сердца звучные, чистые. Усиление II тона над легочной артерией. АД 120/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме. Температура тела 37,1°C.

Анализ крови: Нв – 120 г/л, Эр- 4,6 10^{12} /л, Лейк – 9,9 10^9 /л, эозинофилы-1%, юные – 2%, палочкоядерные –18%, сегментоядерные –59%, лимфоциты – 22%, моноциты –6%, СОЭ – 20 мм/час. Анализ мочи без патологии. Протромбиновый индекс 98%. Время свертывания 2 мин. 10 сек. ЭКГ: синусовая тахикардия, отклонение электрической оси сердца вправо. Глубокие S I, Q III, T III (отрицательный). В правых грудных отведениях картина блокады правой ножки пучка Гиса.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз данного состояния.
3. Какие обследования необходимо провести для верификации диагноза?
4. Определите тактику лечения.

Задача 12.

Больной А., 60 лет доставлен в клинику машиной «скорой помощи» с жалобами на чувство стеснения в груди, затрудненное дыхание, особенно выдох, мучительный кашель. Болен 3 года. Первый приступ возник после перенесенного острого бронхита. Приступам удушья предшествует короткий эпизод мучительного кашля, а в конце приступа он усиливается и начинает выделяться в небольшом количестве тягучая слизистая мокрота. В настоящее время: при осмотре кожные покровы больного бледные, с синюшным оттенком. Тело покрыто испариной. Больной сидит наклонясь вперед. Разговаривает отдельными словами, возбужден. Грудная клетка находится в положении глубокого вдоха. Мыщцы брюшного пресса участвуют в акте дыхания. Дыхание шумное, свистящее – 32 дыхательных движений в минуту. Перкуторно над легкими коробочный звук по всем легочным полям, особенно в нижних отделах. При аусcultации легких: рассеянные громкие свистящие сухие хрипы. Тоны сердца чистые, приглушены. Пульс > 120 ударов в минуту, ритмичный. АД - 100/70 мм рт.ст.

Задание

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его
2. Какой диагностический стандарт обследования вы назначите этому пациенту?
3. В каком подразделении клиники должен находиться больной?
4. Какие средства должны использоваться для купирования данного состояния?

Задача 13.

У больного К., 60 лет, находящегося в отделении реанимации после тяжелой полостной операции, на 3-и сутки – повышение температуры тела до 39°C, появление кашля с мокротой желтого цвета. ЧДД - 26 в мин. В легких: перкуторно - легочный звук с притуплением в нижних отделах справа. Там же при аускультации - разнокалиберные влажные хрипы. Пульс 90 в мин., ритмичный. АД 100/60 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичны. При пальпации живота симптомов раздражения брюшины не выявлено. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки – справа неоднородная инфильтрация легкого в S 6-8 с очагами просветления.

Общий анализ крови: Эритроциты- 3,4 10^{12} /л, Нв- 105 г/л, Лейкоциты - 9,0 10^9 /л, Палочкоядерные – 9%, Сегментоядерные - 60%, Эозинофилы - 2%, Лимфоциты - 20%, Моноциты - 9%, СОЭ - 38 мм/ч.

Задание

1. Сформулируйте диагноз, дайте его обоснование.
2. Какой стандарт обследований необходим для подтверждения этого диагноза?
3. Тактика ведения этого пациента.
4. Предполагаемый возбудитель. Схема эмпирической антибактериальной терапии.

Больной Д., 61 года, поступил в пульмонологическое отделение с жалобами на одышку, чувство «нехватки воздуха» при небольшой физической нагрузке, общую слабость,

похудание, сухой кашель. Считает себя больным в течение последних 3-4 месяцев, когда появились вышеописанные жалобы. При обращении в поликлинику и проведении Р-обследования грудной клетки, был поставлен диагноз: «Двухсторонняя пневмония». Однако, назначение антибиотиков, облегчения не принесло. Консультирован в противотуберкулезном диспансере, данных за активный туберкулез не выявлено. Объективно: кожные покровы с умеренным диффузным цианозом. Пальцы имеют форму барабанных палочек, ногти – формы «часовых стекол». ЧДД 24 в минуту. При аусcultации легких: дыхание ослаблено, в нижних отделах с обеих сторон – незвучная крепитация по типу «хруста целлофана». Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный. АД 130/80 мм рт.ст. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. Живот при пальпации мягкий, печень не увеличена. Периферических отеков нет. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки: в легких с обеих сторон, преимущественно в средних и нижних отделах, очагово-сетчатая диссеминация. Корни неструктурны. Сердце обычной конфигурации. Общий анализ крови и мочи без патологических изменений.

Задание

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Составьте алгоритм диагностических мероприятий при диссеминированном поражении легких.
3. Какое обследование наиболее точно верифицирует диагноз при синдроме диссеминированного поражения легких?
4. С чем проводится дифференциальный диагноз?
5. Какие препараты и в каких дозах используются для лечения данного заболевания?

Задача 15.

Пациент Г., 65 лет. В течение двух недель беспокоит слабость, утомляемость, потливость, одышка, боли в правом боку при дыхании, повышение температуры тела 38,0-38,4°C. При поступлении в приемное отделение: пульс 100 ударов в минуту, ритмичный, АД 100/60 мм рт.ст. ЧДД - 28 в минуту. Правая половина грудной клетки отстает при дыхании. При перкуссии легких - интенсивное притупление перкуторного звука справа. При пальпации грудной клетки: голосовое дрожание справа внизу не проводится. При аускультации: дыхание над нижними отделами правого легкого ослаблено. При перкуссии сердца: левая граница сердца смешена влево. Аускультация сердца: тоны сердца приглушены, патологических шумов нет.

В анализе крови: лейкоциты $12 \cdot 10^9/\text{л}$, палочкоядерные нейтрофилы - 13%, сегментоядерные - 65%, лимфоциты - 13%, моноциты - 9%, СОЭ - 38 мм/ч.

Задание

1. Каков предварительный диагноз?
2. Каковы наиболее частые причины данного заболевания?
3. Какие диагностические мероприятия необходимо провести?
4. Что характерно для туберкулезной этиологии процесса?
5. Основные принципы лечения.

Задача 16.

Пациентка Д., 64 лет, поступила с жалобами на повышение температуры до $37,6^{\circ}\text{C}$, умеренные боли при глотании, потливость, общую слабость. Больна в течение двух недель, когда появилась боль при глотании, повысилась температура. Вызвала участкового врача, который после осмотра поставил диагноз ангины. Получала антибиотики (пенициллин - 1 млн. ЕД х 4 раза в сутки) в течение 6 дней. Состояние не улучшилось. При рентгенографии органов грудной клетки очаговых и инфильтративных теней не выявлено. При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, на коже верхних и нижних конечностей – петехиальная сыпь. Пальпация грудины умеренно безболезненна. Периферические лимфоузлы не пальпируются.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка – по краю реберной дуги. Стул, диурез – в норме.
Общий анализ крови - Нв-79 г/л, лейкоциты - $8,2 \times 10^9/\text{л}$, бластные клетки - 88%, тромбоциты - $12 \times 10^9/\text{л}$.

Задание:

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Какие дополнительные обследования Вы рекомендуете сделать больной?
3. Составьте программу лечения для данной больной (этапы лечения, основные схемы полихимиотерапии, сопроводительная терапия).

Задача 17.

У пациентки 70 лет, обратившейся по поводу слабости, одышки, умеренных носовых кровотечений, повышения температуры до субфебрильных цифр при обследовании в анализе крови выявлена цитопения : Нв – 70 г/л, ретикулоциты – 2%, лейкоциты – $8 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилы: палочкоядерные – 2 %, сегментоядерные – 36 %, лимфоциты – 35 %, бластные клетки – 27 %, тромбоциты – $15 \times 10^9/\text{л}$. При осмотре на коже туловища, верхних и нижних конечностей отмечается петехиальная сыпь на коже, умеренные гепатосplenомегалия и лимфаденопатия.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Какие дополнительные обследования Вы рекомендуете сделать для уточнения диагноза и формы заболевания?
3. Назовите возможные варианты цитохимических реакций.
4. Сопроводительная терапия заболевания, результаты лечения и прогноз заболевания.

Задача 18.

Больной 55 лет жалуется на головную боль, одышку. При обследовании отмечается эритроз ладоней, кожи лица, слизистые оболочки синюшно-багровые. Селезенка пальпируется по краю реберной дуги.

Общий анализ крови: гемоглобин – 196 г/л, гематокрит – 0,65, тромбоциты – $520 \times 10^9/\text{л}$, лейкоциты – $12,0 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 2 мм/ч.

Задание:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику
3. Показано ли больному лечение кровопусканием, методика их проведения?
4. Другие методы лечения.

Задача 19.

Пациентка 67 лет страдает стенокардией напряжения, II ф.кл, 3 года назад перенесла инфаркт миокарда. Во время разговора по телефону начал «заплетаться» язык, выронила трубку из правой руки. При осмотре врача специализированной неврологической бригады скорой помощи: АД -140/80 мм Hg, фибрилляция предсердий 120 ударов в минуту. Неврологически: сглажена правая носогубная складка, язык девиирует вправо, парез правой руки до 3-х баллов, глубокие рефлексы D>S, симптом Бабинского справа.

- Задание:**
1. Поставьте топический диагноз?
 2. Поставьте клинический диагноз?
 3. Нужна ли госпитализация?
 4. Какие обследования необходимо провести в стационаре?

Задача 20.
Пациент 64-х лет вызвал скорую помощь, так как внезапно у него нарушилось зрение на правый глаз и возникла слабость и онемение в левых конечностях. К моменту приезда

скорой помощи (через 20 минут), жалобы прошли. Пациент рассказал, что это уже третий эпизод за последние полгода. При объективном осмотре: общее состояние удовлетворительное; зрение на оба глаза в норме. В неврологическом статусе: глубокие рефлексы $S>=D$, другой неврологической симптоматики не выявлено.

Задание:

1. Поставьте предположительный клинический диагноз?
2. Требуется ли госпитализация?
3. Какие обследования необходимо провести?
4. Какую тактику лечения можно рекомендовать?

Задача 21.

Дочь привела на осмотр к неврологу свою 78-летнюю мать. Мама жалоб не предъявляет, но дочь рассказала, что последний год мама перестала выполнять обычную повседневную работу по дому, недавно забыла выключить газ на плите, а вчера ушла из дома, никого не предупредив, и была найдена на соседней улице через 2 часа. Со слов дочери нарушения памяти отмечаются в течении 5-6-и лет, она потеряла интерес к окружающему миру. При осмотре врач обнаружил грубые нарушения памяти, признаки псевдобульбарного синдрома и легкие нарушения равновесия.

Задания:

1. Поставьте клинический диагноз?
2. Нужна ли госпитализация?
3. Какие обследования необходимо провести?
4. Какую тактику лечения можно рекомендовать?

Задача 22.

Мужчина 70 лет утром после сна заметил затруднение в подборе слов, «онемение» в правой руке. Через 2,5 часа пришел участковый врач и определил нарушения речи (пациент понимал все, что ему говорили, выполнял задания, но отвечал с трудом, ошибался в произношении слов), движения в правой руке были неловкие, сила в ней снижена. АД 130/70 мм.рт.ст. (обычное для пациента). На ЭКГ, выполненной на дому, выявлены признаки очагового кардиосклероза.

Задания:

1. Поставьте синдромальный диагноз?
2. Поставьте топический диагноз?
3. Поставьте предположительный клинический диагноз?
4. Нужна ли госпитализация?
5. Какие обследования необходимо провести?
6. Какую тактику лечения можно рекомендовать?

Задача 23.

Женщина 87 лет со слов родственников вчера ушла из дома, оставив на плите кастрюлю с супом. Через несколько часов была найдена в соседнем дворе, была растеряна, не знала куда идти. Родственники рассказали врачу, что в течение последних нескольких лет стала апатична, неряшлива, вздорна, периодически не узнавала родственников, терялась в месте и времени, стала плаксива. При осмотре: в сознании, правильно называет свое имя, говорит, что ей 20 лет, растеряна, периодически начинает плакать без причины. Определяются положительные рефлексы орального автоматизма.

Задание:

1. Поставьте предположительный клинический диагноз?
2. Нужна ли госпитализация?
3. Какие обследования необходимо провести?
4. Какую тактику лечения можно рекомендовать?

Задача 24.

Пациентка Б., 56 лет, предъявляет жалобы на общую слабость, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, отечность лица по утрам, сухость во рту, жажду (выпивает за сутки до 3 литров жидкости), учащенное мочеиспускание (за ночь до 4-5 раз). Считает себя больной в течение года, когда стала ощущать общую слабость, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами после физических нагрузок, психоэмоционального перенапряжения. При обращении к врачу отмечались высокие цифры артериального давления (170-180/95-100 мм рт.ст.). Лечилась амбулаторно с диагнозом «гипертоническая болезнь». Последнее ухудшение самочувствия - в течение 3 недель: более выраженными стали слабость и головокружение. Жажду и сухость во рту отмечает в течение многих лет, не придавала им значения., к врачу не обращалась.

Объективно: состояние ближе к удовлетворительному. Положение активное. Сознание ясное. Удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные, суховаты. Отечность лица. Тоны сердца приглушенны, акцент II тона над аортой. Ритм правильный. Пульс - 64 в минуту. АД – 190/115 мм рт.ст. Левая граница сердца - на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Дыхание везикулярное, хрипов нет, безболезненный при пальпации. Печень - по краю реберной дуги. Стул не нарушен. Мочеиспускание свободное, безболезненное, учащено. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Ан. крови общий: эритроциты - $3,5 \times 10^{12}/\text{л}$, цветной показатель - 0,9, лейкоциты - 6,8 $\times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные - 3%, сегментоядерные - 53%, лимфоциты - 24%, моноциты - 10%, СОЭ - 7 мм/час.

Ан. мочи общий: желтая, кислая, уд. вес - 1028, белок - 0,99 г/л, сахар (+), эр. - 0-1 в поле зрения, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, цилиндры - нет. Суточный диурез - 3 литра.

Клубочковая фильтрация - 75 мл/час, канальцевая реабсорбция 93%. Общий билирубин - 18 ммоль/л. Холестерин - 9,0 ммоль/л, АСТ - 26 ед (норма - 65 ед), АЛТ - 12 ед (норма - 45). Креатинин - 0,09 мкмольл. Мочевина - 8,0 ммольл.

Сахар крови - 8,3 ммольл, через день - 9,4 ммольл.
ЭКГ: синусовый ритм, гипертрофия левого желудочка.
Осмотр окулиста: вены извиты, четкообразны, микроаневризмы, большое количество геморрагий, свежих и старых. Симптом Salus - II.

Задание

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику
4. Определить тактику лечения.

Задача 25.

Пациент Д., 64 лет, поступил в стационар с жалобами на одышку, возникающую при ходьбе на 100 метров, подъеме на 1 пролет лестницы, сопровождающуюся легким головокружением, проходящую после остановки; боли в икроножных мышцах при быстрой ходьбе; сухость во рту, учащенное мочеиспускание (за ночь 3-4 раза). Жажду и сухость во рту отмечает в течение последних 8 лет, внимания этому не придавал, к врачам не обращался. Одышка появилась полгода назад, интенсивность ее постепенно нарастала, что заставило обратиться к врачу.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Повышенного питания: вес 92 кг при росте 168 см. Кожные покровы обычного цвета и влажности. Тоны сердца ритмичные, приглушенны, sistолический шум на верхушке,

проводящийся в подмыщечную область. Левая граница сердца - на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Пульс - 84 в минуту. АД - 140/80 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, в нижних отделах легких небольшое количество влажных мелкопузирчатых незвучных хрипов. ЧДД - 26 в минуту. Язык суховат, не обложен. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, край плотно-эластичный, безболезненный. Стул не нарушен. Пульсация на артериях тыла стопы резко ослаблена.

Общий анализ крови - без особенностей.

Анализ мочи общий: светло-желтая, кислая, уд. вес. - 1027, белок - нет, сахар - качественная

реакция положительная, лейкоциты - 2-3 в поле зрения. Сахар крови - 5,9 ммоль/л. ПТИ - 90%. Мочевина - 5,4 ммоль/л. Билирубин общий - 15,6

ммоль/л. АСТ- 34 ед (норма - 65), АЛТ - 28 ед (норма - 45). Холестерин - 8 ммоль/л. ЭКГ: синусовый ритм, комплекс QS в отведениях II, III, aVF. Сегмент ST на изолинии, зубец T положительный во всех отведениях.

Осмотр окулиста: диски зрительных нервов четкие, розовые. Выраженный склероз артерий сетчатки. Вены извиты, единичные микроаневризмы.

Сахарная кривая: натощак — 6 ммоль/л, через час после нагрузки 75 г глюкозы — 12,6 ммоль/л, через 2 часа — 11,8 ммоль/л

Задание

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику
4. Определить тактику лечения.

Задача 26.

Пациентка А., 65 лет, продавец. При поступлении жалобы на периодические боли в суставах ног, которые резко усиливались при длительной ходьбе, физическом напряжении, спуске по лестнице, чувство утренней скованности в них около получаса, треск при движении в них, неприятные ощущения в поясничном отделе позвоночника.

Из анамнеза выяснено, что страдает данным заболеванием 10 лет. Начало заболевания постепенное с поражения коленных суставов, а также поясничного отдела позвоночника. Изредка после интенсивной физической работы в области коленных суставов отмечалась припухлость, которая держалась в течение 7-8 дней и исчезала после ограничения движений в них и применения индометациновой мази. В последнее время состояние ухудшилось, боли в суставах и позвоночнике стали более интенсивными и продолжительными, присоединилось чувство утренней скованности. Анамнез жизни без особенностей.

Объективно: телосложение правильное, питание повышенное, передвигается с трудом из-за болей в коленных и голеностопных суставах. Кожные покровы внешне не изменены. Деформация коленных суставов за счет преобладания пролиферативных изменений, объем активных движений в них несколько снижен. Голеностопные суставы внешне не изменены, движения в них сохранены. Отмечается крепитация и треск при движениях в коленных и голеностопных суставах. Болезненность при пальпации в паравертебральной области позвоночника, в коленных и голеностопных суставах.

Внутренние органы без существенной патологии.

Ан. крови: Нб-123 г/л, Л-7,3x10⁹/л, СОЭ-20 мм/ч.

Анализ крови на сахар - 4,9 ммоль/л, ПТИ - 90%

Биохим.анализ крови: общий белок - 79,2 г/л; альбумины 53%, глобулины α1 - 4%, α2 - 9%, β

- 9%, γ-25%, ревматоидный фактор - 0, мочевая кислота - 335 мкмоль/л, АСЛ- О - 125 ед, холестерин - 5,2 ммоль/л, СРБ - 1.

Ан. мочи без изменений.

Синовиальная жидкость - незначительное помутнение, отсутствие кристаллов, лейкоциты (менее 2000 клеток/мм, менее 25% нейтрофилов).

Иммунология крови на иммуноглобулины A - 2,4 г/л, M - 1,0 г/л, G - 10,0 г/л.

ЭКГ: полугоризонтальная электропозиция сердца.

Рентгенография поясничного отдела позвоночника: изменение формы тел позвонков, очаги субхондрального остеосклероза, краевые остеофиты.

Рентгенография коленных суставов: сужение суставных щелей, субхондральный остеосклероз соединяющихся поверхностей костей, по краям - крупные остеофиты, в

эпифизах — кистовидная перестройка костной ткани.

Задание

1. Сформулировать диагноз
2. Назначить лечение
3. Обосновать прогноз и экспертизу трудоспособности

Задача 27.

Мужчина 67 лет поступил в клинику с жалобами на кашель с мокротой, наличие прожилок крови, боль в правом боку при вдохе, повышенную потливость, слабость, повышение температуры тела до 37,4°C.

Из анамнеза: 10 лет назад перенес очаговый туберкулез легких и был снят с учета. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. При аусcultации в обеих легких выслушивается жесткое дыхание, единичные сухие хрипы и в межлопаточном пространстве мелкопузырчатые хрипы после покашливания. Анализ крови: эр - $4,8 \times 10^{12}$, Нв - 142 г/л, лей - $9,2 \times 10^9$, пал - 2%, сегм - 78%, лимф - 12%, мон - 8%, СОЭ - 25 мм/час.

В мокроте МБТ методом бактериоскопии не обнаружены.

Задание

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Назначить лечение.

Задача 28.

Пациент М., 62 лет отметил на фоне нарастающей одышки и появления отеков на ногах осложнение острой боли в левой половине грудной клетки и кровохарканье. Была вызвана скорая помощь. Врач провел обследование больного, при этом выявил притупление легочного звука на ограниченном участке слева под лопаткой. Бронхопония локально несколько усиlena. Назначил исследование общего анализа крови.

В анамнезе: ревматическая болезнь сердца, сочетанный митральный порок сердца с преобладанием стеноза, НК-II А.

Задание

1. Установить предварительный диагноз.
2. Какие можно ожидать изменения в анализе крови?.
3. Что может дать рентгеноскопия грудной клетки?

Задача 29.

К пациенту К., 60 лет, был вызван врач скорой помощи. Больной находился в неподвижном состоянии и жаловался на резкую давящую боль за грудиной, которая распространялась в левую руку, шею, челюсть, под левую лопатку. Объективно: отмечается умеренная бледность кожных покровов, пульс частый, на верхушке тон сердца приглушен, второй тон на аорте усилен.

Задание

1. Установить предварительный диагноз.

2. Какое дополнительное исследование должно быть проведено в обязательном порядке?
3. Чем объяснить иррадиацию болей?
4. Какую терапию должен провести врач?

Задача 30.

Пациентка 72 лет поступила в кардиологическое отделение с диагнозом – гипертоническая болезнь II ст. АГ 2, риск ССО 3, дисциркуляторная энцефалопатия I ст., ожирение I ст. Жалобы при осмотре: на сильную головную боль в затылочной области, общую слабость, повышенную утомляемость, раздражительность, плохой сон. Считает себя больной около 8 лет; ухудшение состояния в последние 1,5 месяца после работы на садовом участке. Принимает лизиноприл (диротон) 5 мг в сутки. Диету не соблюдает, злоупотребляет в использовании соли, хлебобулочными изделиями. Пациентка сомневается в успехе лечения, испытывает страх смерти. Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное, кожные покровы чистые, обычной окраски, пациентка избыточного веса. Рост 168 см, масса тела 86 кг. ЧДД - 18 в минуту, пульс 68 в минуту, ритмичный, напряжен, АД 180/100 мм рт. ст. Акцент II тона на аорте. Живот мягкий, безболезненный, печень у края реберной дуги.

Задание

1. Каковы факторы, способствующие прогрессированию заболевания у данной пациентки?
2. Установить предварительный диагноз.
3. Какую терапию должен назначить врач?

Задача 31.

Пациент 60 лет обратился к участковому терапевту с жалобами на боли в области сердца давящего характера. Из анамнеза известно, что юношеского возраста страдает сахарным диабетом I типа. В течение последнего полугода стали беспокоить сжимающие боли в грудной клетке, возникающие как при физических, так и при эмоциональных нагрузках. На серии снятых электрокардиограмм зафиксировано изменение зубца Т в области боковой стенки левого желудочка (депрессия), проба с нитроглицерином положительная.

Задание.

1. Установить предварительный диагноз
2. Определить дальнейшую тактику ведения
3. Назначить терапию

Задача 32.

Мужчина 64 лет поступил в стационар с жалобами на одышку, чувство нехватки воздуха в ночное время, сухой кашель с вязкой мокротой. Курит более 40 лет по 20 сигарет в день. Индекс массы тела 17 кг/м². Печень увеличена при пальпации, отеки в области нижних конечностей.

Задание.

1. Установить предварительный диагноз
2. Определить, какие имеются осложнения основного диагноза
3. Определить дальнейшую тактику ведения

Задача 33.

Пациент Н., 67 лет, поступил на терапевтическое отделение в 6 часов утра в экстренном порядке. Жалобы при поступлении на чувство жжения за грудиной высокой интенсивности с иррадиацией в шею и обе лопатки, доляющееся часами, возникающее в ночное время, в горизонтальном положении, при наклонах туловища, приеме алкоголя и газированных напитков; затруднение глотания при проглатывании пищи; упорный сухой кашель; периодические приступы сердцебиения. Из анамнеза заболевания известно, что пациент длительное время страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Обострения ее отмечает регулярно в осенне-зимний период 1-2 раза в год. 4 месяца назад после выявления в

слизистой оболочке желудка *Helicobacter pylori* была произведена его эрадикация. Настоящие жалобы возникли накануне в 4 часа утра. Отчетливого эффекта от приема корвалола и нитроглицерина не отметил. В 9 часов пациент вызвал машину скорой медицинской помощи, была снята ЭКГ. На ЭКГ зарегистрирована предсердная экстрасистолия, предложена госпитализация, от которой пациент отказался в связи с уменьшением интенсивности жалоб. В дальнейшем указанные симптомы появились вновь, пациент связывает с регулярным приемом нитросорбита (по 10 мг 3 раза в сутки) по рекомендации врача скорой помощи. Их интенсивность нарастала, утром была повторно вызвана машина скорой помощи. При снятии ЭКГ обратило на себя внимание отсутствие динамики по сравнению с предыдущей пленкой. Не курит, злоупотребление алкоголем отрицает. Много лет работал водителем. Из профессиональных вредностей отмечает постоянное психоэмоциональное перенапряжение, нерегулярное питание, ненормированный рабочий день. Последние 7 лет, находясь на пенсии, подрабатывает таксистом в ночное время. При объективном исследовании: определяется болезненность при пальпации эпигастральной области.

Общий анализ крови: эритроциты - $4,5 \cdot 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин - 120 г/л, цв.показатель - 0,8; лейкоциты - $6,1 \cdot 10^9/\text{л}$, эозинофилы - 3%, палочкоядерные - 4%, сегментоядерные - 63%, лимфоциты - 26%, моноциты - 4%; СОЭ - 3 мм/час.

Общий анализ мочи - без особенностей.

Биохимический анализ крови: общий белок - 80 г/л, общий билирубин - 20 мкмоль/л, прямой билирубин - отрицательный, железо - 9,1 мкмоль/л, креатинин' - 80 мкмоль/л, общий холестерин - 5,1 мкмоль/л, амилаза - 0,64 ед/л, АЛТ - 50 ед/л, АСТ - 50 ед/л, гамма - ГТП - 48 ед/л, ЩФ - 230 ед/л. Сравнение с предыдущими показателями изменений не выявило.

Пациенту была проведена эзофагогастроуденоскопия: пищевод свободно проходим.

Слизистая оболочка очагово гиперемирована в нижней трети. Имеются циркулярно расположенные местами сливающиеся геморрагические эрозии. Кардия смыкается неполностью. Отмечается рефлюкс желудочного содержимого. Желудок обычной величины. Складки среднего калибра. Слизистая бледно-розовая, очагово гиперемирована. Натощак имеется избыточное количество слизи. Угол чист. Привратник функционирует. pH желудочного содержимого равен 3,5. Луковица 12ПК умеренно деформирована. Слизистая бледно-розовая. На передней и нижней стенках выявляются белые рубцы. CLO-тест на *Helicobacter pylori* отрицательный. При рентгенологическом исследовании пищевода выявлена грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

Задание

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. С каким заболеванием в первую очередь надо провести дифференциальный диагноз у данного пациента?
3. Перечислите основные группы фармакологических препаратов (и их представителей), используемые для лечения заболевания.

Задача 34.

Пациентка М., 67 лет, поступила в клинику с жалобами на ноющие боли в эпигастральной области спустя 20 минут после еды, чувство переполнения, желудка, снижение аппетита, отрыжку пищей, периодически тошноту. Больна в течение 10 лет, ухудшение самочувствия после нарушения диеты. При общеклиническом физическом исследовании изменений со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем не выявлено. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в эпигастрии. Печень и селезенка не увеличены. С-м Пастернацкого отрицательный.

Общие анализы крови и мочи, биохимический анализ крови отклонений не выявили. Рентгеноскопия желудка и 12-перстной кишки: пищевод проходим на всем протяжении,

желудок натощак содержит жидкость. Складки слизистой широкие, извитые, прослеживаются на всем протяжении. Перистальтика живая, глубокими волнами. Луковица 12-перстной кишки не развернута.

ФГДС: желудок обычной величины, складки широкие, слизистая отечная, гиперемированная. Угол чистый, привратник функционирует удовлетворительно. Взята биопсия. Данные биопсии: слизистая желудка представлена трубчатыми железами антрального типа и тела желудка. Строма полнокровна. Железы разрежены, инфильтрация лимфоцитами, гистиоцитами.

Задание

1. Какой предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести пациентке?
3. Какова тактика терапии?

Задача 35.

Пациент С., 66 лет, предъявляет жалобы на ноющие боли в эпигастральной области, тошноту, учащение стула до 4 - 5 раз в сутки. Стул обильный, мазевидный, жидкий, без патологических примесей. Аппетит сохранен. Болен в течение 6 лет, когда впервые после злоупотребления алкоголем и жирной пищей в обильном количестве в верхней половине живота появились резкие опоясывающие боли, многократная рвота, не приносящая облегчения. В стационаре заболевание было расценено как острый панкреатит. После лечения состояние больного улучшилось; но через 4 месяца приступ болей повторился, был снова госпитализирован. В течение следующих 5 лет отмечает ежемесячные обострения заболевания длительностью примерно по 1 неделе в виде появления после нарушения диеты боли постоянного характера в центре эпигастрия, иррадиирующей в спину, не зависящей от приема пищи, купирующейся после приема анальгина. В последние 1,5 года появились систематические поносы, снизилась масса тела на 12 кг. Пациент с 33 лет ежедневно употреблял по 200 мл водки до начала заболевания. Общеклиническое физическое обследование. При осмотре выявлены сухость и шелушение кожных покровов. Рост - 184 см, вес - 69 кг. Пульс 84 в мин. АД 115/70 мм рт. ст. Лимфатические узлы, доступные пальпации, не увеличены. Тоны сердца приглушены, ритмичные. В легких везикулярное дыхание. Живот умеренно вздут, мягкий при пальпации, болезненный на 2 - 3 см выше пупка и в левом подреберье. Симптомы Ортнера, Мюсси - Георгиевского, Воскресенского отрицательные. Печень и селезенка не увеличены.

Задание

1. Какой предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести пациенту для установления основного диагноза?
3. Какова тактика терапии?

Задача 36.

Пациентка С., 58 лет, поступила с жалобами на повышение t до 39°C , ознобы, резкую общую слабость, боли в правом подреберье ноющего характера, изменение цвета мочи ("цвета пива"), желтушность склер и кожных покровов. Больной себя считает в течение 20 лет, когда после погрешностей в диете (употребления жирной пищи) стали беспокоить приступообразные боли в правом подреберье, иррадиирующие в правое плечо, ключицу, лечилась амбулаторно и в стационаре, состояние расценивалось как калькулезный холецистит. Настоящее ухудшение в течение 4 недель, когда повысилась t до 40°C , появились ознобы, ноющие боли в правом подреберье. В последующие дни лихорадка сохранялась, больная отмечает большие колебания t в течение суток (от 37 до 40°C), 2 дня назад обратила внимание на желтушность склер и кожных покровов. Повышенного питания, кожные покровы и видимые слизистые желтушные. Пульс 86 в мин. АД 130/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Везикулярное дыхание. Живот мягкий, размеры печени 12×10 х

8 см, край закруглен. Селезенка не пальпируется, размеры 6 x 8 см. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Задание

1. Какой предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести пациентке для установления основного диагноза?
3. Какова тактика терапии?

Задача 37.

Пациент П., 64 лет, оперирован по поводу рака ободочной кишки. Обнаружены метастазы в печени при проведении компьютерной томографии. Несмотря на метастазы в печени, он неплохо справлялся с болезнью до тех пор, пока не обнаружился выпот в плевральной полости. Обратился по поводу усиления одышки.

Задание

1. Какова причина одышки?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести пациенту?
3. Какую симптоматическую терапию необходимо назначить?

Задача 38.

В кардиологическое отделение поступает пациентка 76 лет с диагнозом ИБС, постинфарктный кардиосклероз. Мерцательная аритмия. Кахексия. При сборе информации предъявляет жалобы на выраженную общую слабость, значительное снижение аппетита, перебои в работе сердца, одышку в покое, похудание, невозможность ухаживать за собой. Считает себя больной в течение 7 лет после перенесенного инфаркта миокарда. Ухудшение началось 3 недели назад после гриппа, в течение последних 5 дней не встает с постели. Пациентка постоянно получает сердечные гликозиды, мочегонные.

Объективно: общее состояние тяжелое. Больная заторможена, в пространстве ориентирована. С трудом поворачивается в постели. Кожные покровы сухие, цианотичные. На коже в области крестца и пяток покраснение. Отеки на нижних конечностях, поясничной и крестцовой области. Тургор тканей снижен, состояние питания резко понижено. ЧДД 26 в минуту, в легких жесткое дыхание, в нижних отделах с обеих сторон влажные мелкопузырчатые хрипы. Пульс 92 в минуту аритмичный, АД 110/70 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме. Край печени на 2 см ниже реберной дуги, безболезненный. Стул 1 раз в двое суток. Мочеиспускание редкое, малыми порциями.

Задание

1. Определите состояние пациента, функциональный класс сердечной недостаточности по NYHA
2. Какие возможны осложнения, связанные с пребыванием пациентки в вынужденном положении?
3. Какую симптоматическую терапию необходимо назначить?

Задача 39.

Пациент М., 60 лет, жалуется на сильную головную боль в затылочной области, головокружение, тошноту, однократную рвоту, тревожное состояние за свое здоровье. Выше описанные жалобы появились внезапно после стрессовой ситуации на работе. Из анамнеза: страдает первичной артериальной гипертензией (гипертонической болезнью) в течение 2 лет. Уровень АД держится в пределах 160/100 мм.рт.ст. Принимает: энал в дозе 5 мг 2 раза в день, не регулярно. Выкуривает до одной пачки сигарет в день.

При осмотре: состояние средней тяжести, возбужден. Отмечаются участки гиперемии на лице, передней поверхности шеи, груди. Обладает избыточной массой тела. АД 210/120 мм.рт.ст. Ps-88 ударов в мин., ритмичный, твердый, удовлетворительного наполнения. При аусcultации: тоны сердца приглушенны, акцент второго тона над аортой. Живот мягкий, безболезненный.

Задание

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.
3. Тактика врача при появлении осложнений данного состояния
4. Какие факторы могут провоцировать данное неотложное состояние у лиц пожилого и старческого возраста?

Задача 40.

Пациент 71 лет обратился к врачу с жалобами на мучительный кашель с отделением зеленоватой мокроты, одышку смешанного характера, возникающую при ходьбе на расстояние 200-300м в спокойном темпе. Данные анамнеза. Кашель в течение 10 лет, последние 2 года - одышка прогрессирующего характера. В течение недели после переохлаждения отмечает усиление кашля, появление зеленой мокроты, отеков стоп, голеней. Курит 35 лет по 1,5 пачки в день. Страдает ИБС, стенокардией напряжения, ФК II. Получает метопролол 50 мг в день, нитраты ситуационно. При осмотре: ЧДД - 22 в минуту. Температура 36,8 °C. Кожные покровы: цианоз носогубного треугольника, чистые, нормальной эластичности. Набухание вен в области шеи. Носовое дыхание свободное. Периферические лимфоузлы не увеличены. Перкуторно коробочный звук над задними отделами грудной клетки. При аускультации дыхание жесткое, единичные сухие низкотембровые хрипы, изменяющиеся при покашливании. При маневре форсированного выдоха сухие свистящие хрипы. Тоны сердца ясные, акцент 2 тона над легочной артерией. ЧСС - 64 уд/мин. АД - 120/70 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Отеки стоп нижних третей голеней. Данные лабораторных методов исследования. Общий анализ крови: Эр - 6,1 $10^{12}/\text{л}$, Лей- 11 $10^9/\text{л}$, Э - 0%, П - 6%, С - 68%, Лимф - 22%, М - 4%, СОЭ - 24 мм/ч. Общий анализ мокроты: зеленого цвета, слизисто-гнойная, вязкая, лейкоциты 30-40 в п/зр, эритроциты ед. в п/зр. Лейкограмма: нейтрофилы 95%, лимфоциты 5%; ВК- отр.

Данные инструментальных методов исследования: Рентгенография грудной клетки: усиление и деформация легочного рисунка, разрежение в базальных отделах, уплощение купола диафрагмы, расширение тени сердца вправо.

Спирометрия: FVC (ФЖЕЛ) - 3,04 л (72% от должного), FEV1 (ОФВ1) - 1,98 л (44% от должного), FEV1/ FVC - 65%, MMEF 25-75% (СОС 25- 75%) - 14%

Задание

1. Назовите критерии основного заболевания.
2. Дополнительные методы исследования для верификации диагноза.
3. Фармакологическое лечение

Задача 41.

Больной 78 лет находится в терапевтическом отделении в течение 2-х недель. Диагноз: Внебольничная пневмония в средней доле правого легкого, нетяжелое течение. На фоне проводимой антибактериальной терапии цефотаксимом 1г 3 раза в сутки отмечена положительная динамика в виде нормализации температуры тела, лейкоцитоза. Сохраняется малопродуктивный кашель с отхождением светлой мокроты, одышка смешанного характера при ходьбе. Данные анамнеза: 3 месяца назад проводилось лечение амбулаторно по поводу пневмонии той же локализации. Курит в течение 35 лет 1 пачку в день.

При осмотре: ЧДД - 20. Температура 36,70C. Кожные покровы бледные, чистые, нормальной эластичности. Носовое дыхание свободное. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание жесткое, ослаблено по срединно-ключичной линии справа. Хрипов нет. При маневре форсированного выдоха без изменений. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС - 74 уд/мин. АД - 110/70 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Периферических отеков нет.

Данные лабораторных методов исследования.

Общий анализ крови: Эр - $2,8 \cdot 10^{12}/\text{л}$, Нб - 105 г/л, Лей - $9,0 \cdot 10^9/\text{л}$, Э - 2%, П - 1%, С - 67%, Лимф - 29%, М - 1%, СОЭ - 45 мм/ч. Общий анализ мокроты: светлая, слизистая, микроскопия: лейкоциты 4-5 в п/зр, эритроциты - 10-12 в п/зр, лейкограмма: лимфоциты - 25%, нейтрофилы - 75%; ВК- отрицательный.

Рентгенография грудной клетки: сохраняется гомогенное затемнение в проекции средней доли правого легкого, высокое стояние правого купола диафрагмы, правая граница средостения на 3 см кнаружи от тени позвоночного столба.

ЭКГ: ритм синусовый, электрическая ось сердца не отклонена, ЧСС - 68 уд/мин.

Задание

1. Сформулируйте диагноз.
2. Дополнительные методы исследования для уточнения текущего состояния.
3. Тактика ведения пациента

Задача 42.

Пациентка Т., 68 лет, жалуется на слабость, быструю утомляемость, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, одышку при ходьбе на небольшие расстояния. На протяжении более чем 20 лет страдает остеоартрозом. По назначению ревматолога систематически принимала диклофенак в течение 6 мес. Около 4 мес назад впервые в жизни появились неприятные ощущения в эпигастральной области, изжога, отрыжка воздухом, стала нарастать слабость. По этому поводу к врачу не обращалась, не обследовалась. В течение последнего месяца стали беспокоить головокружение, одышка при ходьбе, мелькание «мушек».

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, сухие, шелушатся. Ногти с попечной исчерченностью, слоятся. Видимые слизистые бледные. Ангулярный стоматит. Отеков нет. ЧД - 18 в минуту, при аусcultации легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1,5 см кнаружи от правого края грудины в четвертом межреберье, левая - 1 см кнутри от левой срединноключичной линии в пятом межреберье, верхняя - верхний край III ребра. Тоны сердца ритмичные, ЧСС - 96 в минуту, ясные, шумов нет. Пульс ритмичный, без дефицита. АД - 130/80 мм рт.ст. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. При глубокой пальпации - болезненность в эпигастрии, патологии со стороны толстой кишки, печени и селезенки не выявлено. Размеры печени по Курлову: 10x9x8 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена.

Общий анализ крови: НЬ - 83 г/л, эритроциты - $3,3 \cdot 10^{12}/\text{л}$, цветовой показатель - 0,74, гематокрит - 30,6 %, средний объем эритроцита - 71 фл, среднее содержание гемоглобина в эритроцитах - 25 пг, анизоцитоз, пойкилоцитоз, в остальном без особенностей.

Биохимический анализ крови: железо сыворотки - 4,6 мкмоль/л (норма 6,6-30), общая железосвязывающая способность сыворотки - 88,7 мкмоль/л.

Общий анализ мочи и кала без особенностей. Бензидиновая проба и реакция Вебера положительные.

Задание

1. Какие синдромы определяются у этой больной?
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?
4. Назначьте лечение.

Задача 43.

Больной В., 74 года, жалуется на боли давящего характера за грудиной, возникающие при ходьбе на небольшие расстояния и проходящие в покое или на фоне сублингвального приема нитроглицерина, на инспираторную одышку при ходьбе, выраженную слабость, утомляемость, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами.

В течение 30 лет страдает гипертонической болезнью. В течение 15 лет беспокоят боли за грудиной, купирующиеся приемом нитроглицерина или в покое. Боли возникают при умеренной физической нагрузке: быстрая ходьба на расстояние до 500 м, подъем по лестнице на 2-3-й этаж. Постоянно принимает ацетилсалициловую кислоту (аспирин*), атенолол, эналаприл, изосорбida динитрат. На фоне этой терапии потребность в сублингвальном приеме нитроглицерина была мала (1-2 р/мес). Помимо этого, в течение более полугода отмечает дискомфорт в эпигастральной области, тошноту, снижение аппетита, похудание на 5-7 кг. Ухудшение состояния на протяжении 4-5 нед, когда появилась выраженная слабость, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами. Обратил внимание на несколько эпизодов черного неоформленного стула. В течение этого же времени отмечает значительное учащение приступов боли за грудиной, увеличение потребности в сублингвальном приеме нитроглицерина (до 2-3 раз в день), появление одышки при небольшой физической нагрузке (подъем на один пролет лестницы). Госпитализирован для обследования и лечения.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Поперечная исчерченность ногтей. Отеков нет. ЧД - 20 в минуту, при аусcultации легких дыхание жесткое, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1,5 см кнаружи от правого края грудины в четвертом межреберье, левая - 1,5 см кнаружи от левой срединноключичной линии в пятом межреберье, верхняя - верхний край III ребра. Тоны сердца приглушены, шумов нет. ЧСС - 92 уд/мин. Пульс ритмичный. АД - 120/70 мм рт.ст. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. При глубокой пальпации - болезненность в эпи-гастрии, патологии со стороны толстой кишки, печени и селезенки не выявлено. Размеры печени по Курлову: 10x9x8 см. Нижний край печени мягкий, ровный, безболезненный.

В общем анализе крови: НЬ - 70 г/л, эритроциты - $2,5 \times 10^{12}/\text{л}$, цветовой показатель - 0,82, гематокрит - 30,6 %, средний объем эритроцита - 70 фл, среднее содержание гемоглобина в эритроцитах - 24,4 пг, анизоцитоз, пойкилоцитоз, лейкоциты - $6,8 \times 10^9/\text{л}$, лейкоцитарная формула без особенностей. СОЭ - 32 мм/ч. В биохимическом анализе крови: железо - 89,8 мкмоль/л (норма 6,6-30), общая железосвязывающая способность сыворотки

ЭКГ: ритм синусовый, отклонение ЭОС влево, очаговых изменений нет.
ЭГДС: в теле желудка язва размерами 0,8-1,2 см, с наложениями гематина на дне, слизистая желудка бледная, атрофичная.

Задание

1. Какие синдромы определяются у этого пациента?
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?
4. Назначьте лечение.

Задача 44.

Пациентка З., 62 лет, поступила в терапевтическое отделение городской больницы с жалобами на выраженную общую слабость, утомляемость, ощущения сердцебиения и одышки при минимальной физической нагрузке, головокружение и шаткость походки, повышение температуры тела до 37,5-37,8 °C.

Из анамнеза известно, что вышеуказанные жалобы появились после перенесенной «вирусной инфекции», по поводу которой больная в течение 7 дней принимала сульфаниламидные препараты. Проводимая терапия состояние больной не улучшила. В связи с ухудшением ее самочувствия в поликлинике по месту жительства был сделан анализ крови, по результатам которого была выявлена выраженная анемия (со слов участкового терапевта - 60 г/л). Пациентка была госпитализирована в стационар для уточнения диагноза и назначения

соответствующего лечения.

При осмотре зафиксировано состояние средней тяжести. Конституция нормостеническая, пониженного питания. Рост - 168 см. Вес - 52 кг. Температура тела - 37,6 °С. Кожные покровы бледные с явным иктеричным оттенком. Склеры слегка желтушны. Пальпируются увеличенные шейные и подмышечные лимфоузлы размером до 0,5 см. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет; перкуторный звук - ясный легочный. ЧД - 24 в минуту. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичны. На верхушке определяется sistолический шум дующего характера, без иррадиации. ЧСС - 120 в минуту. АД - 105/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, слегка болезненный в левом подреберье, где определяется плотноватый нижний полюс селезенки. Закругленный мягкий край печени выступает из-под реберной дуги на 1,5 см. Размеры печени по Курлову: 11x9x8 см. Стул неустойчивый. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Моча насыщенного темного цвета. Периферических отеков нет. Неврологический статус без особенностей.

Клинический анализ крови: Нb - 68 г/л, эритроциты - $2,29 \times 10^{12}$, ретикулоциты - 20 %, гематокрит - 20,8 %, лейкоциты - $6,7 \times 10^9$, палочкоядерные - 17 %, сегментоядерные - 64%, лимфоциты - 9 %, моноциты - 10 %, тромбоциты - 156×10^9 , СОЭ - 65 мм/ч.

Биохимический анализ крови: глюкоза - 4,8 ммоль/л, холестерин - 4,5 ммоль/л, креатинин - 78 мкмоль/л, общий белок - 68 г/л, билирубин общий - 60 мкмоль/л (непрямой - 52 мкмоль/л, прямой - 8 мкмоль/л), АЛТ - 24 Ед/л, АСТ - 28 Ед/л.

Общий анализ мочи: цвет - темный, относительная плотность - 1028, белок - 0,15 г/л, глюкоза отсутствует, лейкоциты - 4-5 в поле зрения, эритроциты отсутствуют, цилиндры - зернистые (4-6 в поле зрения), содержание уробилиногена повышенено

Задание

1. Какой диагноз можно предположить на основании описанной клинической картины и данных дополнительных методов исследования?
2. Какие основные клинические и лабораторные признаки позволяют поставить диагноз данного заболевания?
3. С какими иными патологическими процессами, сопровождающимися желтухой, необходимо дифференцировать это заболевание и на основании каких клинических и лабораторных данных можно это сделать?
4. С помощью каких специфических тестов можно окончательно верифицировать диагноз заболевания?
5. Какие лекарственные препараты целесообразно в первую очередь использовать у данной больной?

Задача 45.

Больной К., 63 года, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на слабость, недомогание, повышенная потливость, снижение аппетита, похудание, ощущение тяжести в левом подреберье, возникшее 5-6 мес назад, боли в костях верхних и нижних конечностей, легкое образование синяков на коже. Другие перенесенные заболевания отрицает. Вредных привычек нет. Семейный анамнез не отягощен. Профессиональный анамнез: 40 лет проработал рентгенологом.

При осмотре: состояние тяжелое. Температура тела 37,3 °С. Больной нормостенического телосложения, рост - 165 см, вес - 60 кг. Кожные покровы бледные, умеренно влажные, кожа дряблая. На коже предплечий небольшие единичные геморрагии. Лимфоузлы не увеличены. При пальпации определяются подчелюстные лимфоузлы, размером с горошину, эластической консистенции, безболезненные, не спаянные с окружающими тканями. Другие группы лимфоузлов не пальпируются. При осмотре костей черепа, грудной клетки, позвоночника, конечностей болезненность и деформации не отмечаются. ЧД - 20 в минуту. При аусcultации над легкими определяется везикулярное дыхание, хрипов нет. При аускультации сердца тоны глухие. Шумов нет. Ритм правильный. ЧСС - 89 в минуту. АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на 4 см ниже края

правой реберной дуги, край печени плотный, ровный, гладкий, безболезненный. Отмечается выбухание в левой половине живота. Селезенка выступает из-под реберного края на 15 см, плотная, безболезненная, поверхность гладкая. При перкуссии селезенки по X ребру: длинник - 30 см, поперечник - 22 см (между IX и XI ребрами).

Анализ крови: НЬ - 103 г/л, эритроциты - $3,3 \times 10^{12}/\text{л}$, цветовой показатель - 0,95, тромбоциты - $98 \times 10^9/\text{л}$, лейкоциты - $39 \times 10^9/\text{л}$, миелобласты - 12 %, промиелоциты - 3 %, миелоциты - 7 %, мета-миелоциты - 12 %, палочкоядерные - 8 %, сегментоядерные - 40 %, лимфоциты - 10 %, базофилы - 2 %, эозинофилы - 6 %. СОЭ - 64 мм/ч.

Задание

1. Какие симптомы и синдромы имеются у больного?
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести больному для подтверждения диагноза?
4. Назначьте лечение

Задача 45.

Больная Г., 58 лет, поступила в гинекологическую клинику по поводу маточного кровотечения. Кроме того, больная жаловалась на повышенную потливость, слабость, отсутствие аппетита, похудание, боли в правом и левом подреберьях, легкое образование синяков. Считает себя больной в течение 2 мес, когда появились и стали нарастать вышеупомянутые жалобы. Маточное кровотечение возникло в день поступления, было значительным. Перенесенные заболевания отрицает. Вредных привычек нет. Менопауза в течение 10 лет.

При осмотре: состояние тяжелое. Температура тела 36,9 °С. Больная нормостенического телосложения, рост - 165 см, вес - 68 кг. Кожные покровы бледные, умеренно влажные, кожа дряблая. На коже предплечий небольшие многочисленные геморрагии. Отеков нет. Лимфоузлы не увеличены. Пальпируются подмышечные лимфоузлы, размером с фасоль, плотной консистенции, подвижные, безболезненные, не спаянные с окружающими тканями. Другие группы лимфоузлов не пальпируются. Костная система не изменена. Пальпация костей черепа, грудной клетки, позвоночника, конечностей безболезненна, трубчатых костей - болезненна. ЧД - 22 в минуту. При аусcultации над легкими определяется жесткое дыхание, хрипов нет. При аускультации сердца тоны глухие. Шумов нет. ЧСС - 100 в минуту. Ритм правильный. АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень гладкий, безболезненный. При осмотре области селезенки отмечается выбухание в левой половине живота. Селезенка выступает из-под реберного края на 15 см, плотная, см, поперечник - 20 см (между IX и XI ребрами).

Анализ крови: НЬ - 108 г/л, эритроциты - $3,3 \times 10^{12}/\text{л}$, цветной показатель - 0,9, тромбоциты - $110 \times 10^9/\text{л}$, лейкоциты - $98 \times 10^9/\text{л}$, метамиелоциты - 2%, миелоциты - 20%, палочкоядерные - 20%, сегментоядерные - 45%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 12%. СОЭ - 55 мм/ч.

Задание

1. Какие симптомы и синдромы имеются у больного?
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести больному для подтверждения диагноза?
4. Назначьте лечение

Задача 46.

Больной 61 лет обратился на прием в поликлинику с жалобами на постоянную слабость, быструю утомляемость, одышку смешанного характера и усиленное сердцебиение после физической нагрузки, постоянное повышение температуры тела до 38°С, появление

опухолевидное образование в затылочной области, по задней поверхности шеи, снижение веса до 5,0 кг в течение последних 2-х месяцев. сухость кожи, головокружение при не зависящие от положения тела и уровня физической нагрузки. Физиологические отравления: мочеиспускание без особенностей, стул склонность к запорам в течение 3-4 дней. Ухудшение самочувствия в течение последних 3-4-х месяцев. Ранее у врачей периодически наблюдалась по поводу повышения АД, ОА коленных суставов, хронического панкреатита. По данным общего анализа крови в амбулаторной карте – отмечается снижение уровня НВ до 100 г/л в течение последних 4-х лет, в проведенных анализах проводилось определение только уровня общих лейкоцитов – в норме (лейкоцитарная формула не определялась). По поводу данной анемии никаких обследований и диагностического поиска не проводилось. Характер питания разнообразный (употребление мясных продуктов 2-3 раза в неделю).

При осмотре - состояние удовлетворительное. Астенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые бледно розовые, чистые влажные. Придатки кожи – не изменены. Язык влажный, обложен серым налетом по средней линии. Периферические лимфоузлы – определяются увеличенные лимфатические узлы – единичные до 1,0 см в диаметре по околодушные, затылочные, по задней и передней поверхности шеи, безболезненные, подвижные, мягко-эластичные, кожа над ними не изменена. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень – + 1,5 см от края реберной дуги, размеры: 15-12-10 см, селезенка – не пальпируются, размер – 15*10 см. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в мин. Область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости – левая на 0,5 см кнутри от левой СКЛ, верхняя – III межреберье, правая на 0,5 см от правого края грудины. Тоны сердца – приглушенны, ритмичные. Мягкий sistолический шум в V межреберье по левой СКЛ. В других точках аускультации – дополнительных шумов не определяется. По другим органам и системам – без особенностей.

Лабораторно: Общий анализ крови - НВ - 82 г/л, эритроциты – $2,9 \times 10^12/\text{л}$, ЦП - 0,90, ретикулоциты – 2 %, тромбоциты - $175 \times 10^9 / \text{л}$, лейкоциты - $27,4 \times 10^9 / \text{л}$, нейтрофилы: палочкоядерные – 4 %, сегментоядерные – 13 %, лимфоциты – 82 %, моноциты – 1 %, СОЭ – 52 мм/ч., клетки Боткина-Гумпрехта.

Общий анализ мочи: цвет – желтая, прозрачность – умеренная, уд.вес – 1024, белок – 0,306 г\л, сахар – отр, лейкоциты – 1-2 в п/зр, эритроциты – 2-4 в п/зр, ацетон – отр, цилиндры – отр, эпителий плоский – 3-4 в п/зр, слизь - нет, бактерии – нет, соли – оксалаты небольшое количество.

R-графия органов грудной полости – инфильтративных изменений не выявлено. УЗИ органов брюшной полости – диффузная неоднородность печени и поджелудочной железы, размеры селезенки 15*9 см. Увеличение размеров почек.

Биохимический анализ крови: общий белок – 81 г/л, общий билирубин – 18,5 ммоль/л, АСТ – 0,32 ммоль/л, АЛТ – 0,38 ммоль/л, глюкоза 4,8 ммоль/л, креатинин – 100 мкмоль/л, мочевина – 7,1 ммоль/л, общее железо – 12,2 мкмоль/л.

Задание

1. Какие симптомы и синдромы имеются у больного?
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести больному для подтверждения диагноза?
4. Назначьте лечение

Задача 47.

Больной П. 61 года обратился с жалобами на чувство жара, головные боли преимущественно в затылочной области, головокружение. Кроме этого пациента беспокоит эпизодическое появление за грудиной давящих болей, связанных с физическими и эмоциональными нагрузками, появление «жгучих» болей в кончиках пальцев рук.

Больным себя считает в течение 1-1,5 лет, когда впервые появились вышеописанные жалобы. Тогда же окружающие стали отмечать покраснение лица и инъекцию склер пациента. При физикальном осмотре обращает внимание гиперемия лица, инъекция склер, эритроцианоз кистей.

Со стороны костно-суставной и мышечной систем без существенных особенностей. При исследовании системы кровообращения обращает внимание расширение границ

относительной тупости сердца влево, ослабление I тона на верхушке и акцент II тона на аорте. ЧСС - 72 удара в минуту, АД - 170/100 мм рт.ст.

При исследовании системы дыхания значительных отклонений не обнаружено. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. В положении по Сали

на 2 см ниже реберной дуги пальпируется нижний полюс селезенки.

При исследовании периферической крови: эритроциты $5,9 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин 192 г/л, тромбоциты $450 \times 10^9/\text{л}$, лейкоциты $14,7 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные - 5%, сегментоядерные - 72%, лимфоциты - 17%, моноциты - 3%, эозинофилы - 3%, СОЭ 1 мм/час.

Задание

1. Выделите ведущие клинические синдромы.

2. С учетом клинической картины заболевания сформулируйте дифференциально-диагностический поиск.

3. Сформулируйте план обследования больного.

4. Сформулируйте «рабочий» диагноз.

5. Какое лечение показано больному на данный момент?

Задача 48.

Эритроциты 1200000 ($1,2 \times 10^{12}/\text{л}$), гемоглобин 5,9 г% (59 г/л), цветовой показатель 1,3, ретикулоциты 3%, тромбоциты 130000 ($130 \times 10^9/\text{л}$), лейкоциты 3000 ($3,0 \times 10^9/\text{л}$), эозинофилы 0%, базофилы 0%, метамиелоциты 2%, палочкоядерные нейтрофилы 9,5%, сегментоядерные нейтрофилы 45,5%, лимфоциты 39%, моноциты 4%, СОЭ 33 мм/ч, аниоцитоз, пойкилоцитоз, макроцитоз - мегалоцитоз, кольца кебота, тельца Жолли, встречаются гигантские палочкоядерные и гиперсегментарные нейтрофилы.

Задание

1. Оцените гемограмму.

2. Сформулируйте диагноз.

3. Назначьте дополнительное обследование

Задача 49.

Пациент 66 лет вскоре после вакцинации противогриппозной вакциной отметил появление резкой слабости, утомляемости, небольшой желтушности кожных покровов. При осмотре кожные покровы бледно-желтушного цвета, температура тела 37,4, определяется увеличение селезенки на 3 см ниже края реберной дуги по левой срединно-ключичной линии. Терапевт предположил наличие заболевания печени (лекарственный гепатит?). Клинический анализ крови: Нв - 72 г/л, эр. - $2,0 \times 10^{12}/\text{л}$, ц.п. - 0,9 г, ретикул. - 30%, тромб. - $215 \times 10^9/\text{л}$, лейк. - $15,0 \times 10^9/\text{л}$, пал. - 10%, сегм. - 78%, лимф. - 10%, мон. - 2%, СОЭ - 27 мм/час. Общий билирубин 60 мкмоль/л, пр. - 10 мкмоль/л, непр. - 50 мкмоль/л, АЛТ 35 мкмоль/л, АСТ 28 мкмоль/л, железо - 20 мкмоль/л. Общий анализ мочи; белок - 0,002%, реакция на гемосидерин в моче - отрицательная. Проба Кумбса +++. Миелограмма: выраженная гиперплазия эритроидного ростка костного мозга эритрокариоциты - 57%, соотношение лейко/эритро 1/1.

Задание

1. Поставьте диагноз.

2. Назначьте лечение.

3. Показано ли данному больному переливание эритроцитарной массы.

Задача 50.

Пациентка Б., 58 лет, пенсионерка, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, головные боли, головокружение, одышку, сердцебиение при малейшем движении, повышение температуры до 37 градусов. Жжение на кончике языка, сухость во рту, отсутствие аппетита, ощущение тяжести в эпигастрии и тошноту после еды, прогрессирующее похудание. Считает себя больной около 10 лет, когда стала отмечать боли в эпигастрии постоянного

характера, тошнота рвота после еды. Обследована в 20 лет назад, при рентгеноскопии желудка выявлена опухоль, в связи с чем предложено оперативное лечение. Проведена субтотальная резекция желудка и сальника, во время операции поставлен диагноз рак желудка с прорастанием в малый сальник. После операции состояние больной не улучшалось, продолжались общая слабость, нарастила одышка, повысилась температура до 37-38 градусов, жжение кончика языка, чувство ползания мурашек и слабость в ногах, похолодание конечностей, шаткость походки. Больная направлена на обследование и лечение.

Объективно: состояние больной средней тяжести, сознание ясное, телосложение правильное, выраженная кахексия. Кожные покровы бледные, с легким иктеричным оттенком, склеры слегка желтушны, лицо одутловатое, кожа сухая. Тургор снижен. На ногах пастозность. При поколачивании грудины отмечается болезненность. Дыхание поверхностное, 28 в мин. Тоны сердца глухие, учащены до 112 в минуту, пульс слабого наполнения и напряжения. АД 90/60 мм.рт.ст. Язык увеличен в объеме, ярко красного цвета, на спинке языка имеются трещины. Живот впалый, по средней линии живота виден послеоперационный рубец. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии и в правом подреберье. Печень выходит из под края реберной дуги на 3 см., плотная, болезненная.

Морфологическое исследование эритроцитов: макроанизоцитоз, единичные мегалоциты, пойкилоцитоз +++, гипохромия эритроцитов. Встречаются эритроциты с кольцами Кебота и тельцами Жолли. Биохимический анализ крови: Железо сыворотки крови – 20 мкмоль/л (норма 14,3 – 28). БР сыворотки крови - 28,8 мкмоль/л (норма 8,6 – 20,5). Прямая реакция Ванден – Берга отрицательная.

Задание

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте дополнительное обследование
3. Назначьте лечение

Задача 51.

Пациентка 64 лет. Жалобы на стойкие выраженные боли в поясничном отделе позвоночника, которые усиливаются при наклоне вниз. Из анамнеза: менопауза с 45 лет, упала дома, зацепившись за ковер на пол 2 дня назад.

Объективно: кожные покровы суховатые, бледные, телосложение астенического типа. Тоны сердца приглушенны, ритмичны, пульс - 82 ударов в 1 минуту, АД - 130/80мм.рт.ст. Живот мягкий, без болезненности. При пальпации паравертебральных точек поясничного отдела позвоночника болезненно. На рентгенограмме – снижение костной плотности и компрессионный перелом тела L4.

Задание

1. Предварительный диагноз
2. Составить план обследования
3. Назначить лечение

5.3. Рекомендуемая литература

Основная литература:

1. Клинические рекомендации. Стандарты ведения больных. Вып. 2: рекомендовано Мин. образования. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2008. - 1376 с.
2. Руководство по геронтологии и гериатрии. Том IV. Клиническая гериатрия // Под ред. В.Н. Ярыгина, А.С. Мелентьева // М.: ГЭОТАР-Медиа, 2003. – 528 с.
3. Волкова А.И., Штайнгардт Ю.Н. Основы клинической гериатрии. – Томск: СибГМТУ, 2006. -362 с.
4. Погодина А.Б., Газимов А.Х. Основы геронтологии и гериатрии. – М., 2008.
5. Хорошина Л. П. Основные клинические симптомы и синдромы в гериатрической практике: учебное пособие / Л. П. Хорошина. - СПб.: Изд-во СПбМАПО, 2011. - 121 с.

Дополнительная литература:

1. Артериальная гипертензия в гериатрической практике: учебное пособие / В. Г. Чернобай, А. Л. Арьев, С. Д. Дзахова. - СПб.: Изд-во СПбМАПО, 2011. - 45 с.
2. Болевой синдром в гериатрической практике (клиника, диагностика, лечение): сборник научных трудов / Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования; ред.: А. Л. Арьев. - СПб.: Медицинская пресса, 2004. - 184 с.
3. Руководство по геронтологии и гериатрии. В 4 томах / ред. В. Н. Ярыгин, ред. А.С. Мелентьев. - М. : ГЭОТАР-МЕД, 2005. - Т.2: Введение в клиническую гериатрию. - 784 с.
4. Гериатрия в терапевтической практике: монография / О. В. Коркунко, Д. Ф. Чеботарев, Е. Г. Калиновская. - Киев: Здоровье, 1993. - 840 с.
5. Физиотерапия и курортология / ред. В. М. Боголюбов. - М.: БИНОМ, 2012. – Кн.3: Физиотерапия и реабилитация в неврологии, гинекологии, онкологии, гериатрии, стоматологии, дерматологии, косметологии, офтальмологии, оториноларингологии, лечении ран и переломов. - 312 с.
6. Хирургические болезни в гериатрии: избранные лекции / ред. Б. С. Борискин, ред. С. Н. Пузин, ред. Л. Н. Костюченко. - М.: БИНОМ, 2006. - 336 с.
7. Пептидная регуляция генома и старение: монография / В. Х. Хавинсон [и др.]. - М.: Изд-во РАМН, 2005. - 208 с.
8. Пожилой человек. Сестринский уход: пособие для медицинских сестер / ред. В. Н. Петров. - СПб.: Диля, 2006. - 416 с.
9. Развитие геронтологии в России: роль международного сотрудничества: монография / О.Н. Михайлова, В.Н. Анисимов, А.В. Сидоренко. - СПб.: Фирма КОСТА, 2005. - 240 с.
10. Реваскуляризация миокарда у пациентов пожилого и старческого возраста с ишемической болезнью сердца [Текст] / К. Л. Козлов [и др.]. - СПб.: Фирма КОСТА, 2004. - 48 с.

Методические рекомендации и пособия по изучению программы:

1. Интервенционная кардиология в гериатрии: учебное пособие / К. Л. Козлов [и др.]. - СПб.: Изд-во СПбМАПО, 2009. - 41 с.
2. Комплексные фитоадаптогены в онкологии и геронтологии/ О. А. Бочарова [и др.]// Вестник Российской академии медицинских наук. - 2009. - N 8. - С. 21 - 25.
3. Нарушения сердечного ритма в гериатрической практике (диагностика, подходы к лечению): учебное пособие / С. Д. Дзахова [и др.]. - СПб.: Изд-во СПбНИИ скорой помощи, 2011. - 42 с.
4. Арьев А.Л. Хроническая болезнь почек. Учебное пособие, Издательство: ООО "Фирма Стикс", 2012.- 47 с.
5. Арьев А.Л. Хроническая ишемическая болезнь органов пищеварения.- СПб,

2010.- 48 с.

6. Арьев А.Л., Гончаренко О.Т. Метаболический артрит. Учебное пособие для врачей. – СПб: ООО «Фирма «СТИКС», 2009. – 70 с.
7. Арьев А.Л., Серпов В.Ю., Советкина Н.В., Бондаренко Т.В. Сборник нормативно-правовых документов и методических материалов по организации гериатрической службы.- СПб, 2010.- 234 С.
8. Арьев А.Л., Советкина Н.В., Чесноков А.А. Медико-социальная экспертиза / Том II// Медико-социальная экспертиза при хроническом гломерулонефrite и хронической почечной недостаточности.- СПб, 2012.- 82 с.
9. Арьева Г.Т. Гигиена полости рта - фактор общесоматического здоровья пожилых и старых людей. Учебное пособие.- Издательство: ООО "Фирма Стикс", 2012.- 36 с
10. Арьева Г.Т. Методы оценки качества стоматологического здоровья. Учебное пособие. СЗГМУ им. И.И. Мечникова. СПб.: Издательство: ООО "Фирма "Стикс"" , 2013.- 20 с.
11. Дзахова С.Д., Арьев А.Л., Гончаренко О.Т. Острый инфаркт миокарда у лиц пожилого возраста. Учебное пособие.- СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Издательство: ООО «Фирма «Стикс», 2012.- 32 с.
12. Жулев Н. М., Жулев С.Н., Холин А.В., Овсянникова Н.А., Привалова М. А. Ишемический инсульт // Учебное пособие. – СПб.: Издательство «АураИнфо». – 2013. – 96 с
13. Жулев Н. М., Жулев С. Н., Овсянникова Н. А., Никищенко А. С., Гузалов П. И., Кондратьев С. А., Цзи Юйбо. Современные представления о диагностике и лечении болевого синдрома. Учебное пособие. – СПб.: Издательство «Группа М», 2013. – 64 с.
14. Кантемирова Р.К., Арьев А.Л., Дзахова С.Д., Чернобай В.Г. Визуальная оценка ЭКГ в практике участкового врача и гериатра. //Учебное пособие. – СПб.: Издательский дом МАПО. – 2002. – 42 с.
15. Кантемирова Р.К., Заболотных И.И. Метаболический синдром. Патогенез, клиническая картина, диагностика. Медико-социальная экспертиза. Реабилитация. – 122 с.
16. Козлов К.Л., Арьев А.Л., Шнейдер Ю.А., Титков А.Ю. Интервенционная кардиология в гериатрии. Учебное пособие.- СПб.- СПб: Издательство СПБМАПО 2009.. 45с..
17. Куницкая Н.А. Микрокристаллические артриты / Методическое пособие. – Ярославль: ЯрМедиаГрупп. – 2012. – 53 с.
18. Куницкая Н.А. Ревматическая полимиалгия / Учебно-методическое пособие.- СПб, 2012.- 35 с.
19. Мартов О.Н. Фармакотерапия при почечной недостаточности // Пособие для врачей. – СПб.: ТНА. – 2000 г. – 108 с.
20. Методические рекомендации по организации деятельности государственных учреждений гериатрической службы. /под ред. Проф. В.Х . Хавинсона. – СПб, 2007. – 36 с.
21. Овсянникова Н.А. Деменции. Клиника, диагностика, лечение. Учебное пособие для врачей. – СПб: ООО «СТИКС», 2009. – 52 с.
22. Селезнева Л.М., Арьев А.Л. Нестероидные противовоспалительные препараты в гериатрической практике // Учебное пособие: серия школа гериатра №2. – СПб: СПБМАПО. – 2000. – 48 с.
23. Селезнева Л.М., Арьев А.Л. Новое в гериатрической кардиологии // Учебное пособие: серия школа гериатра №5. – СПб.: СПБМАПО. – 2001.- 117 с.
24. Семенова О.Н., Арьев А.Л., Баранова В.Л., Кантемирова Р.К. и др. Кардиология. Алгоритмы диагностики и лечение пациентов пожилого и старческого возраста, перенесших блокаду Ленинграда. / Метод. Рекомендации для кардиологов, терапевтов и гериатров. – СПб, 2006. – 37 с.

25. Соболева Л.Г. Комлев А.Д., Гончаренко О.Т. Пневмония /Учебное пособие для врачей. – СПб, 2008. – 110 с.
26. Соболева Л.Г., Листопадов Ю.И., Комлев А.Д., Кузяев А.И., Гончаренко О.Т. Внегоспитальная пневмония (амбулаторное лечение).-СПБМАПО, 2010.- 42 с.
27. Соболева Л.Г., Листопадов Ю.И., Комлев А.Д., Кузяев А.И., Гончаренко О.Т. Внегоспитальная пневмония. - СПБМАПО, 2010.- 60 с.
28. Финская ходьба с палками как вид физической активности для лиц старшей возрастной группы// методические рекомендации (под ред. В.Х. Хавинсона).- СПб: 2012.- 48 с.
29. Хавинсон В. Х. Применение пептидных геропротекторов у лиц старших возрастных групп. Учебное пособие. – СПб.: ЗАО «Принт-Экспресс», 2013. – 54 с.
30. Хорошинина Л. П., Воробейчик Е.В. Дисбиоз кишечника у пожилых и старых людей / Учебное пособие для студентов и врачей. – СПб., 2010. – 64 с.