



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 » января 2019 г.

**ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

основной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры  
по специальности 31.08.46 Ревматология

Трудоемкость: 3 зе

Санкт-Петербург  
2019 г.

## 1. Общие положения

Государственная итоговая аттестация по основной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.46 Ревматология (далее – ГИА) проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры по специальности 31.08.46 Ревматология (далее – Программа) требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.46 Ревматология (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 исполнительной 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 за здоровыми и хроническими больными (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 взрослых 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, нуждающихся в оказании ревматологической медицинской помощи (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 и санаторно-курортном лечении (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.

– имеются незначительные упущения в 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**

В процессе подготовки и сдачи практических навыков обучающиеся должны изучить и продемонстрировать знание квалификационной характеристики врача-ревматолога, знание основных требований, предъявляемых к работнику в отношении специальных теоретических знаний по избранной специальности, а также знаний законодательных и иных нормативных правовых актов, положений, инструкций и других документов, методов и средств, которые работник должен уметь применять при выполнении должностных обязанностей.

Выпускник ординатуры должен изучить и иметь готовность и способность выполнять в полном объеме должностные обязанности врача-ревматолога, устанавливающие перечень основных функций с учетом полученного высшего профессионального образования по избранной специальности.

Должен подготовиться к демонстрации знаний, умений и навыков сформированных профессиональных компетенций врача-ревматолога, обеспечивающих выполнение профилактической, диагностической, лечебной, реабилитационной, психолого-педагогической, организационно- управленческой деятельности: получать информацию о заболевании; применять объективные методы обследования больного; выявлять общие и

специфические признаки заболевания; выполнять перечень работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния больного и клинической ситуации в соответствии со стандартом медицинской помощи; определять показания для госпитализации и организовывать ее; проводить дифференциальную диагностику; обосновывать клинический диагноз, план и тактику ведения больного; выполнять перечень работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии со стандартом медицинской помощи; осуществлять первичную профилактику в группах высокого риска; проводить экспертизу временной нетрудоспособности, направлять пациентов с признаками стойкой утраты трудоспособности для освидетельствования на МСЭ; проводить необходимые противоэпидемические мероприятия при выявлении инфекционного заболевания; проводить диспансеризацию здоровых и больных; проводить санитарно-просветительную работу среди больных и их родственников по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, пропаганде здорового образа жизни.

При подготовке к данному этапу ординатор должен ознакомиться с перечнем профессиональных умений для сдачи практических навыков, включенные в методическое обеспечение ГИА профильной кафедрой, быть готовым продемонстрировать владение алгоритмом выполнения обязательных врачебных диагностических и лечебных манипуляций, соответствующих квалификационным требованиям врача-терапевта.

При экзаменационном собеседовании проверяется способность экзаменуемого использовать приобретенные знания, умения и практические навыки для решения профессиональных задач врача-ревматолога.

Успешно прошедшим государственную итоговую аттестацию считается ординатор, сдавший выпускной экзамен по специальности на положительную оценку («удовлетворительно», «хорошо», «отлично»). При получении оценки «неудовлетворительно» решением экзаменационной комиссии назначается повторная сдача экзамена в установленном порядке. Экзаменуемый имеет право опротестовать в установленном порядке решение экзаменационной комиссии.

## **5.2. Вопросы, выносимые на государственный экзамен**

1. Организация ревматологической службы в России и С-Петербурге.
2. Основные типы иммунного ответа, особенности их формирования.
3. Представление о формах соединительной ткани, ее клеточных элементах и межклеточном веществе.
4. Строение и функции клеточных элементов соединительной ткани (фибробласты, макрофаги, тучные клетки).
5. Основы межклеточного взаимодействия, роль цитокинов в иммунном ответе.
6. Строение и функции межклеточного вещества соединительной ткани (коллагеновые и эластичные волокна).
7. Оценка суставного синдрома у больных ревматическими заболеваниями.
8. Осмотр суставов, понятие припухлости, деформации и деформации суставов.
9. Показания и противопоказания к внутрисуставному введению лекарственных препаратов при ревматических заболеваниях.
10. Острая ревматическая лихорадка, распространенность, заболеваемость, этиология, патогенез, патоморфология.
11. Диагностика острой ревматической лихорадки.
12. Клиника острой ревматической лихорадки.
13. Определение, этиология и патогенез псориатического артрита
14. Клиническая картина псориатического артрита.
15. Диагностика и дифференциальная диагностика псориатического артрита.
16. Лечение псориатического артрита.
17. Определение, этиология и патогенез болезни Шегрена.
18. Клиническая картина болезни Шегрена.

19. Диагностика и дифференциальная диагностика болезни Шегрена.
20. Лечение болезни Шегрена.
21. Определение, распространенность, этиология и патогенез болезни Лайма.
22. Клиническая картина болезни Лайма.
23. Диагностика и дифференциальная диагностика болезни Лайма.
24. Современная классификация системных васкулитов.
25. Основные принципы диагностики системных васкулитов.
26. Рабочая классификация системных васкулитов (2012г).
27. Определение, этиология, патогенез и клиника микроскопического полиангиита.
28. Лечение гигантоклеточного (височного) артериита.
29. Клиника гигантоклеточного (височного) артериита.
30. Принципы лечения некротизирующих васкулитов.
31. Определение, этиология и патогенез подагрического артрита.
32. Клинические варианты подагрического артрита.
33. Диагностика и дифференциальная диагностика подагры.
34. Лечение подагры.
35. Определение, этиология и патогенез дерматомиозита и полимиозита.
36. Особенности клинической картины дерматомиозита и полимиозита. Варианты течения.
37. Критерии диагностики дерматомиозита и полимиозита, дифференциальная диагностика.
38. Лечение дерматомиозита и полимиозита.
39. Клиническая картина пирофосфатной артропатии. Диагностика и дифференциальная диагностика.
40. Определение, этиология и патогенез пирофосфатной артропатии.
41. Ревматоидный артрит, определение, этиология и патогенез.
42. Методы интенсификации лечения РА. Оценка эффективности проводимой базисной терапии при РА.
43. Клиника суставной формы РА. Основные клинические признаки прогрессирования РА.
44. Рефрактерный ревматоидный артрит: его основные клинические признаки, подходы к терапии.
45. Клиника, диагностика и лечение особых вариантов течения РА – синдрома Фелти и болезни Стилла взрослых.
46. Современные принципы лечения РА.
47. Этиология, патогенез, классификация системной красной волчанки.
48. Клинические проявления системной красной волчанки.
49. Диагностика системной красной волчанки. Принципы терапии.
50. Критерии диагностики системной красной волчанки.
51. Лечение системной красной волчанки.
52. Диагностика антифосфолипидного синдрома. Критерии диагностики. Клиника.
53. Лечение антифосфолипидного синдрома. Особенности лечения первичного и вторичного АФС.
54. Клиническая картина системной склеродермии, основные клинические синдромы, принципы лечения.
55. Поражение внутренних органов при системной склеродермии.
56. Определение и классификация антифосфолипидного синдрома.
57. Катастрофический антифосфолипидный синдром.
58. Клиника неспецифического аортоартериита.
59. Лечение неспецифического аортоартериита.
60. Гранулематоз с полиангиитом (Вегенера): определение, клиника, классификационные критерии.

61. Лечение гранулематоза с полиангиитом (Вегенера).
62. Узелковый полиартериит: определение, клиника, классификационные критерии, лечение.
63. Неспецифический аортоартериит (болезнь Такааясу): определение, классификационные критерии.
64. Микроскопический полиартериит. Этиология, патогенез, клиника.
65. Микроскопический полиартериит. Диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
66. Смешанное заболевание соединительной ткани, определение, клиника, лечение.
67. Поражение легких при смешанном заболевании соединительной ткани.
68. Клиника, критерии диагностики, варианты течения анкилозирующего спондилоартрита.
69. Лечение анкилозирующего спондилоартрита.
70. Основные принципы профилактики остеопороза.
71. Этиопатогенетическая классификация остеопороза. Факторы риска развития ОП.
72. Основные группы препаратов, используемые для лечения остеопороза.
73. Синдром запястного канала: клиническая картина, диагностика, лечение.
74. Первичная фибромиалгия: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
75. Неспецифические миокардиты, этиология, патогенез, классификация, клиника.
76. Этиология и патогенез реактивных артритов.
77. Классификация реактивных артритов.
78. Клиника, диагностика и лечение реактивных артритов.
79. Туберкулезное поражение суставов и позвоночника. Клиника, диагностика, лечение.
80. Ревматическая полимиалгия. Диагностика, клиника, лечение.
81. Остеоартроз. Классификация, этиология, патогенез, факторы риска. Принципы терапии.
82. Аминохинолиновые препараты. Механизмы действия. Показания. Принципы назначения. Осложнения.
83. Реактивный артрит. Диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
84. Цитостатики: классификация, механизмы действия, показания, принципы назначения, осложнения.
85. Пульс-терапия ГКС и ЦС: показания, варианты, контроль осложнений.
86. Классификация НПВП по химическому строению и по степени селективного ингибирования ЦОГ-2
87. ГКС: показания, принципы назначения, осложнения.
88. Реабилитация больных ревматическими заболеваниями.
89. Ревматологический кабинет и работа врача-ревматолога в поликлинике.
90. Генно-инженерная биологическая терапия, механизмы действия, показания, принципы назначения, контроль осложнений.
91. Неблагоприятные реакции на генно-инженерные биологические препараты
92. Генно-инженерные биологические препараты и инфекции
93. Интерфероновые тесты в лабораторной диагностике латентной туберкулезной инфекции у больных ревматическими заболеваниями при терапии ингибиторами фактора некроза опухоли  $\alpha$
94. Иммуногенность генно-инженерных биологических препаратов при ревматических заболеваниях
95. Сравнительная эффективность и безопасность генно-инженерных биологических препаратов
96. Роль лабораторных биомаркеров в оценке эффективности терапии ревматических заболеваний генно-инженерными биологическими препаратами
97. Фармакотерапия моноклональными антителами

98. Ингибиторы ФНО: Инфликсимаб, Адалимумаб, Этанерцепт, Цертолизумаба пэгол, Голимумаб
99. Анти-В-клеточная терапия: Ритуксимаб, Белimumуаб
100. Блокатор ИЛ-6: Тоцилизумаб
101. Новые аспекты фармакотерапии ревматоидного артрита: ингибиторы малых молекул (тофацитиниб)

Ситуационные задачи по специальности «Ревматология»

ЗАДАЧА № 1.

Мужчина 34 лет обратился в клинику по поводу болей в нижней части спины и ягодицах, в позвоночнике, длящихся около года. Он жалуется на утреннюю скованность в течение 2 часов, которая уменьшается после различных движений и упражнений. 6 месяцев назад перенес эпизод внезапно возникшей боли в правом глазу (увеит\ирит), купирован глазными каплями, содержащими стероиды. У отца пациента были похожие боли в спине. При осмотре: суставы без видимых изменений. Пробы Томайера, Шобера, Форестье, Отта положительны. Со стороны внутренних органов особенностей нет.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Перечислите диагностические критерии заболевания.
3. Представьте стандарты лабораторно-инструментального обследования пациентов с данной патологией.
4. Представьте стандарты лечения пациентов с данным заболеванием.

ЗАДАЧА № 2.

Больная Ш., 45 лет, при поступлении в клинику жаловалась на боли и припухание в мелких суставах обеих кистей, стоп, в крупных суставах конечностей, ограничения подвижности в них, утреннюю скованность до обеда. Болеет 7 лет. Неоднократно лечилась в стационаре. Постоянно принимала 7,5 мг преднизолона в сутки, НПВП (по 50–75 мг/сут вольтарена или по 0,5 г/сут напроксена). При осмотре: деформация лучезапястных, пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых и локтевых суставов. ОАК: эритроциты —  $3,6 \cdot 10^{12}/л$ , Hb — 116 г/л, лейкоциты —  $9 \cdot 10^9/л$ , СОЭ — 50 мм/ч. РФ+++ , АЦЦП+++ . Рентгенография кистей: околосуставный остеопороз, сужение суставных щелей, множественные эрозии и узур в области проксимальных межфаланговых суставов.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Перечислите диагностические критерии заболевания.
3. Представьте стандарты лечения пациентов с данным заболеванием.

ЗАДАЧА № 3.

Больная Р. 26 лет поступила в клинику с жалобами на боль в пястно-фаланговых, лучезапястных, коленных суставах, припухлость этих суставов, ограничение движений в них. По утрам отмечает скованность в пораженных суставах до 12 часов дня. Заболевание возникло 7 месяцев назад после ОРВИ. При осмотре: деформация пястно-фаланговых, лучезапястных, коленных суставов, ограничение подвижности, снижение силы сжатия кистей. Пульс ритмичный (84 уд./мин), АД — 120/80 мм рт. ст. Границы сердца в норме. Тоны сердца ритмичные, удовлетворительной звучности. В легких и органах брюшной полости изменений не выявлено. ОАК: СОЭ — 36 мм/ч, СРБ +++ ,  $\alpha 2$ -глобулины — 11,6 %,  $\gamma$ -глобулины — 25 %. Р-графия кистей: признаки околосуставного остеопороза в области пястно-фаланговых суставов.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Перечислите диагностические критерии заболевания.



3. Представьте стандарты лабораторно-инструментального обследования пациентов с данной патологией.
4. Представьте стандарты лечения пациентов с данным заболеванием.

#### ЗАДАЧА № 4.

Пациентка 68 лет страдает РА около 25 лет. Длительное время постоянно принимает преднизолон (5–10 мг/сут). За время болезни проводилось лечение всеми препаратами базисной терапии, которое не принесло существенного эффекта. В последние 2–3 года сильных болей, припухания в области суставов не отмечает. Однако около 6 месяцев назад стали появляться отеки голеней. Госпитализация связана с необходимостью уточнения диагноза и коррекции схемы лечения. При осмотре: больная повышенного питания, кушингоидной конституции. Положение вынужденное из-за болей в крупных суставах ног при активных движениях. Кожные покровы сухие, есть трофические изменения на коже рук, голеней, деформация суставов кистей (ульнарная девиация, «шея лебедя»), движения в лучезапястных суставах отсутствуют. Деформация коленных суставов (X-образная), голеностопных суставов, стоп. Движения в тазобедренных, коленных суставах ограничены из-за анкилозов. Массивные отеки голеней до уровня коленных суставов. Над легкими перкуторно легочный звук, аускультативно — дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 2 см. Тоны сердца ритмичны, приглушены. АД — 145/100 мм рт. ст. ЧСС — 82 уд./мин. Живот мягкий, болезненный в эпигастральной области. Наблюдаются запоры. Диурез соответствует выпитой жидкости. ОАК: эритроциты —  $3,1 \cdot 10^{12}/л$ , Hb — 85 г/л, лейкоциты —  $8,2 \cdot 10^9/л$ , СОЭ — 75 мм/ч. ОАМ: белок — 1,52 г/л, есть сахар, лейкоциты 5–6 в п/зр., эритроциты — 0–1 в п/зр. БАК: мочевины — 14,5 мкмоль/л, креатинин — 190 мкмоль/л, СРБ — 5 г/л, общий белок — 42 г/л, серомукоид — 0,16, ревматоидный фактор (РФ) в пределах нормы.

#### ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Какие изменения можно обнаружить на рентгенограммах суставов?
4. Объясните механизм появления отеков у пациентки? С какими отеками их необходимо дифференцировать?
5. Лечебная тактика. Назначьте комплексное лечение на стационарном и амбулаторном этапе.

#### ЗАДАЧА № 5.

Пациентка Б., 24 года, переведена в отделение ревматологии из отделения нефрологии в тяжелом состоянии с жалобами на сильную головную боль, выраженную слабость, боли ноющего характера в области сердца, боли во всех суставах и мышцах, отеки на лице и на ногах, повышение температуры тела до 39 °С. Внезапно начала повышаться температура тела, появилась головная боль, боли в суставах. В это время была эпидемия гриппа, и больная расценила свое состояние как ОРВИ. К врачу обращаться не стала, лечилась народными средствами. В течение 2 недель состояние прогрессивно ухудшалось: похудела на 6 кг, нарастала выраженная слабость, появились отеки на лице и на ногах. Родственники вызвали участкового врача. Были взяты анализы крови и мочи. ОАК: эритроциты —  $2,1 \cdot 10^{12}/л$ , Hb — 74 г/л, лейкоциты  $3,2 \cdot 10^9/л$ , СОЭ — 56 мм/ч. ОАМ: белок — 2,3 г/л, эритроциты — 20–30 в поле зрения, лейкоциты — 15–20 в поле зрения, цилиндры — 5–6 в поле зрения. С диагнозом «острый гломерулонефрит» пациентка экстренно госпитализирована в отделение нефрологии. Однако учитывая многие системные проявления, после консультации ревматолога для дальнейшего обследования, уточнения диагноза и лечения переведена в отделение ревматологии. При осмотре: состояние тяжелое. Положение пассивное. Больная заторможена, но на вопросы отвечает правильно. Нормального телосложения. Температура тела — 38,5 °С. Одутловатость лица, век. Гиперемия щек и спинки носа, высыпания по типу крапивницы по всему телу. Множественные язвочки на слизистой в полости рта, хейлит. Периферические лимфоузлы до 1 см, безболезненны. Перкуторно над легкими легочный звук, притупление звука с обеих сторон в нижних долях. Дыхание везикулярное, ослабленное, в нижних отделах не проводится, единичные рассеянные сухие хрипы по всем полям. Границы сердца не расширены. Тоны приглушены, ритмичны, ЧСС — 110 уд./мин, мягкий дующий систолический шум во всех точках. АД на обеих руках — 160/105 мм рт. ст. Печень не увеличена, живот мягкий, безболезненный. Отечность голеней. Суставы кистей несколько отечны, при пальпации болезненны. Стул в норме, диурез снижен: выпивает около 1 литра в сутки, выделяет 800 мл.

## ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
2. Какие диагностические критерии данного заболевания у данной пациентки?
3. Какие лабораторные исследования необходимо выполнить пациентке? Какие изменения в общем и биохимическом анализах крови, ОАМ, характерные для данного заболевания, можно обнаружить? Какие иммунологические маркёры могут быть обнаружены при обследовании?
4. Какие инструментальные обследования могут выявить поражение тех или иных внутренних органов у этой пациентки?
5. Лечебная тактика. Назначьте комплексное лечение на стационарном и амбулаторном этапе.

## 3 А Д А Ч А 6

Больная А., 58 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 движениях 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: Нв-123 г/л, Л-7,3x10<sup>9</sup>/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 а1 - 4%, а2-9%, в - 9%, у-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<sup>3</sup>, менее 25% нейтрофилов).

Иммунология крови на иммуноглобулины А - 2,4 г/л, М - 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 сочленяющихся 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

## 3 А Д А Ч А 7

Больная С., 50 лет, парикмахер.

При поступлении предъявляет жалобы на утреннюю скованность в кистях до 12 часов дня, умеренные боли в мелких суставах кистей, локтевых, коленных и голеностопных суставах, усиливающиеся к утру и при малейшем движении, изменение формы поражённых суставов, ограничение движений в них, слабость в руках, одышку смешанного характера при подъёме на 2-ой этаж, периодически сердцебиение и колющие боли за грудиной, субфебрилитет, общую слабость.

Из анамнеза установлено, что заболевание началось 6-6,5 лет назад после нервно-эмоционального перенапряжения с припухлости и болей во 2-ом и 3-ем пястно-фаланговых суставах левой руки. Через месяц присоединились боли и отёки в области проксимальных межфаланговых и пястно-фаланговых суставов правой руки. Назначенное лечение индометацином привело к незначительному уменьшению суставного синдрома, однако полностью купировать его не удалось. Через 6 месяцев после перенесённого ОРВИ вновь усилился болевой синдром в кистях и появились боли в коленных и голеностопных суставах. В течение последних 3 лет на фоне обострения суставной симптоматики стало беспокоить сердцебиение, одышка при ранее переносимых нагрузках и боли за грудиной. Последнее ухудшение самочувствия связывает с физическим перенапряжением.

#### ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Телосложение правильное, питание удовлетворительное, по конституции - нормостеник, t тела - 37 С. Кожные покровы на руках достаточно сухие, с участками шелушения, тургор тканей рук снижен, расчёсов нет. Атрофия червеобразных мышц кистей. Сила рук 3 балла. На разгибательной поверхности предплечий - безболезненные плотноватые узелковые образования 0,5x0,8 см, не спаянные с окружающими тканями. Отмечается припухлость 2-5 проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей, повышение кожной температуры над этими суставами, болезненность их при пальпации и ограничение активных движений в них. Положителен симптом бокового сжатия кистей. Дефигурация локтевых суставов и болезненность их при пальпации. Положителен симптом баллотирования надколенника справа, припухлость и ограничение движений в правом коленном суставе. Крепитация и треск при движениях в левом коленном суставе и обоих голеностопных суставах.

Число дыхательных движений - 17 в минуту, ЧСС=PS=84 в минуту, АД=120/80 мм Hg, несколько приглушен 1-ый тон на верхушке сердца. В остальном внутренние органы без видимой патологии.

#### ЗАДАНИЕ

- 1) Установить предварительный диагноз
- 2) Составить план дополнительного обследования
- 3) Провести дифференциальный диагноз
- 4) Наметить тактику лечения
- 5) Провести трудовую экспертизу

#### ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Клин.ан.крови: Hb - 112 г/л, цв.пок. - 0,9, L -  $8,6 \times 10^9$  /л, СОЭ 38 мм/ч.

Анализ крови на сахар - 4,7 ммоль/л, ПТИ - 88%

Биох.ан.крови: общ.белок - 70,2 г/л, альбумины - 51%, глобулины a1 - 4%, a2 - 9,7%, в - 12,3%, у - 23%; билирубин - 15,5 мкмоль/л, холестерин - 4,8 ммоль/л, сиаловые кислоты-2,86 ммоль/л, СРБ-2, мочевиная кислота - 250 мкмоль/л, АСЛ - О - 125 ед., ревматоидный фактор 2, сывороточное железо - 22 мкмоль/л.

Иммунология крови на ЦИК - 125 ед., ревматоидный фактор Ig M - 60 усл. ед., Ig A - 16 усл.ед., антитела к нативной ДНК - 250 Me

Общ.ан.мочи: без существенных изменений

Кал на я/г - отриц.

Исследование синовиальной жидкости -  $22 \times 10^9$  клеток/мм<sup>3</sup>, преимущественно нейтрофилы, наличие рагоцитов.

Рентгенография кистей: явный околоуставной остеопороз, сужение суставных щелей проксимальных м/ф суставов, единичные узурсы эпифизов костей.

ЭКГ: нормальная элетропозиция сердца, синусовая тахикардия 85 в мин., диффузно-дистрофические изменения миокарда.

Эхокардиоскопия - аорта не уплотнена, не расширена (26мм). ЛП не увеличено (35мм). ЛЖ - кдр 45 мм, кср 35 мм. МЖП 9 мм. ЗСЛЖ 10 мм. Зоны гипо- и акинезии не выявлены. Фракция выброса 60 %. Клапанной патологии не обнаружено.

Рентгенография легких - легочные поля чистые, без инфильтративных изменений. Корни структурные. Купола диафрагмы расположены симметрично с обеих сторон. Сердце - контур не изменен.

Больной А., 34 лет, военнослужащий.

При поступлении жалобы на периодические боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, в левом тазобедренном, в правом лучезапястном суставах, обоих коленных и голеностопных суставах, усиливающиеся в конце рабочего дня и в ночное время, рези в глазах.

Из анамнеза выяснено, что болен в течение 9 лет, когда через месяц после дизурических явлений появились боли, припухлость и повышение местной температуры левого голеностопного сустава. Эти явления носили рецидивирующий характер. Затем присоединились боли в правом голеностопном и обоих коленных суставах. В течение последних 1-1,5 лет на фоне обострения стали появляться боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, температура тела повышалась до 37,5-38,1 градусов. СОЭ поднималось до 49 мм/ч. Периодически в течение последних двух лет на фоне обострения болей в суставах возникало ощущение песка в глазах, повышенное слезотечение и рези в глазах в конце рабочего дня.

#### ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Больной достаточно активный, телосложение правильное, питание удовлетворительное, трофические нарушения ногтей, по коже полиморфная сыпь, чешуйчатое шелушение в виде бляшек на конечностях. Инъецированность обеих склер.

В поясничном отделе позвоночника при пальпации болезненность и напряжение прямых мышц спины. Ограничение движений в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. Симптом Отта - 2,5 см, симптом Шобера - 1,5 см. Болезненность в области крестцово-подвздошных сочленений, положителен симптом Кушелевского. Умеренная дефигурация коленных, голеностопных и правого лучезапястного суставов за счет экссудативно-пролиферативных изменений. В указанных суставах ограничение движений и умеренная болезненность при пальпации. Незначительное повышение кожной температуры над коленными, голеностопными и правым лучезапястным суставом. Болезненность при пальпации ахиллова сухожилия, больше справа.

Внутренние органы без существенных изменений.

#### ЗАДАНИЕ

- 1) Установите предварительный диагноз
- 2) Составьте план дополнительного обследования с указанием ожидаемых результатов
- 3) Проведите дифференциальный диагноз
- 4) Наметьте тактику лечения
- 5) Проведите трудовую экспертизу

#### ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Клин. анализ крови: Нв-160 г/л, L-10,0x10<sup>9</sup>/л, СОЭ-39 мм/ч.

Биохим. анализ крови: общий белок-84,7 г/л, альбумины - 52%, глобулины - а1 - 3,8%, а2 - 9,2%, в - 12%, у - 23%; билирубин-10,6 мкмоль/л, холестерин- 4,6 ммоль/л, серомукоид-0,09 ед., гексозы-150 ед., СРБ-2, АСЛ - О - 125 ед., сиаловые кислоты - 2,88 ммоль/л, мочевая кислота - 375 мкмоль/л.

Анализ крови на сахар - 4,8 ммоль/л, ПТИ - 87%.

Общий анализ мочи - с/желт., нейтр., уд. вес 1017, белок - нет, сахар - нет, лейкоциты - 4-6 в п/зр., эритроц. - 0-1 в п/зр., эпителий - 2-4 в п/зр.

Кал на я/г - отриц.

Исследование крови на наличие HLA - B27 (+)

Иммунологическое исследование крови - ЦИК - 75%, ревматоидный фактор IgM - 10,5 усл.ед.

Исследование синовиальной жидкости - выявлена незначительная воспалительная клеточная реакция с преобладанием нейтрофилов.

Расширенный мазок на урогенитальную флору - обнаружено присутствие хламидий.

ЭКГ: вертикальная позиция сердца.

Рентгенография суставов: кисти- умеренно выраженный эпифизарный остеопороз в области правой кисти, единичные кистовидные просветления костной ткани. Голеностопных суставов - сужения суставных щелей, околоуставной остеопороз, справа - единичные эрозии и периостит в области ахиллова сухожилия. Поясничный отдел позвоночника - определяется крупный односторонний синдесмофит. Крестцово-подвздошные сочленения - слева суставные поверхности неровные, нечеткие, суставная щель сужена.

Консультация дермато-венеролога - аллергический дерматит в сочетании с кератодермией.

Консультация окулиста - глазное дно: диски зрительного нерва бледно-розовые, контуры четкие,

артерии и вены нормального калибра. Поверхностные сосуды склеры инъецированы, полнокровны.

### **З А Д А Ч А 9**

Больной Л., 39 лет, автослесарь.

При поступлении жалобы на постоянные боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, а также в тазобедренных и коленных суставах, усиливающиеся при движении, чихании, физической нагрузке, утреннюю скованность около 40 минут в позвоночнике, ограничение движений в пораженных суставах.

Из анамнеза выяснено, что страдает этим заболеванием около 10 лет. Начало болезни острое, с поражения поясничного отдела позвоночника, коленных и тазобедренных суставов. Коленные суставы припухали, воспалительные изменения в суставах носили рецидивирующий характер. В течение последних 2-х лет обострение заболевания сопровождается ощущением утренней скованности в пораженных суставах. Неоднократно находился на лечении у невропатолога по поводу болей в позвоночнике и резко ускоренного СОЭ до 50 мм/ч.

#### **ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ**

Больной с трудом передвигается из-за боли в коленных и тазобедренных суставах. По конституции астеник, питание удовлетворительное. Кожные покровы чистые, достаточной влажности.

Отмечается сглаженность поясничного лордоза, атрофия мышц, положительный симптом "тетивы". Выраженная припухлость и деформация коленных суставов за счёт экссудативных изменений. При пальпации определяется болезненность в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, в области крестцово-подвздошных сочленений и коленных суставов. Положительны симптомы Кушелевского, Отта, Шобера и Томайера.

Внутренние органы без существенных изменений.

#### **ЗАДАНИЕ**

- 1) Установите предварительный диагноз
- 2) Составьте план дополнительного обследования с указанием ожидаемых результатов .
- 3) Проведите дифференциальный диагноз
- 4) Наметьте тактику лечения
- 5) Провести трудовую экспертизу

### **З А Д А Ч А N 10**

Больная Т., 22 лет, секретарь-референт. Заболела около 7 месяцев назад: появились боли в крупных суставах, субфебрильная температура тела, увеличение СОЭ до 38 мм/час. Лечилась по поводу реактивного артрита, получала пенициллин и другие препараты. Через 6 месяцев стала нарастать слабость, появились головокружение, головная боль, резкое снижение остроты зрения на левый глаз. Терапевтом выявлено ослабление пульса на левой лучевой артерии, повышение АД. Направлена в стационар.

При поступлении: состояние относительно удовлетворительное. Кожа умеренно бледная, чистая. Периферические лимфоузлы не увеличены. Суставы не изменены, движения в них в полном объеме. Перкуторный звук ясный, легочный, дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. Левая граница сердца по срединно-ключичной линии, выслушивается систолический шум во всех точках аускультации сердца, над сосудами шеи, брюшной аортой. Резко ослаблена пульсация на левой лучевой артерии. АД на правой руке - 230/130 мм рт. ст., на левой - 150/130 мм рт. ст., на ногах - 220/110 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень по краю реберной дуги, край ровный, гладкий, пальпация безболезненна.

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

### **З А Д А Ч А N 11**

Больная Н., 43 лет. Больной себя считает в течение последних 5 лет, когда впервые появились боли в мелких суставах кистей, локтевых суставах, отмечала умеренное припухание указанных суставов, однако к врачу не обращалась, принимала анальгетики. В этот же период стала отмечать появление стойкой эритемы на щеках и спинке носа в весенне-летний период, периодически без видимой причины повышалась температура тела до субфебрильных цифр. Через 4 года от начала заболевания

больная стала отмечать боли практически во всех суставах, в поясничной области. Лечилась амбулаторно по поводу пояснично-крестцового остеохондроза, принимала НПВП, физиопроцедуры с незначительным эффектом. За последние 6 месяцев стала отмечать одышку при незначительной физической нагрузке, отеки ног в вечернее время, боли в правом подреберье и в правой половине грудной клетки, похудела на 10 кг. За 2 недели до обращения к врачу заметила увеличение размеров живота, появление болей за грудиной постоянного характера, одышка стала беспокоить а покое, облегчалась сидя и в коленно-локтевом положении, температура повышалась ежедневно до 38-38,5 С. С амбулаторного приема больная направлена в стационар. При осмотре: состояние средней тяжести, пониженного питания, кожа бледная, эритема на щеках и спинке носа. Пальпируются умеренно увеличенные задне-шейные, подмышечные лимфоузлы подвижные, эластичные, безболезненные. При осмотре суставов отмечается небольшая деформация пароксизмальных межфаланговых, пястно-фаланговых суставов, деформаций суставов не отмечается, пальпация умеренно болезненна. При перкуссии грудной клетки выявлено укорочение перкуторного звука в нижних отделах справа от уровня 4 межреберья, в зоне притупления дыхание не проводится, выше места притупления выслушиваются звучные мелкопузырчатые хрипы, ЧДД - 26 в мин. Левая граница относительной сердечной тупости в 5 межреберье по срединно-ключичной линии, тоны приглушены, ритмичны, выслушивается шум трения перикарда, ЧСС - 100 в мин., АД - 110/60 мм рт. ст. Живот увеличен в размерах, распластан, при перкуссии определяется притупление по боковым флангам живота, смещающееся вниз при перемене положения тела. Печень выступает из-под реберной дуги на 3 см. Отеки голеней. Положительный симптом Пастернацкого с обеих сторон.

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

#### ЗАДАЧА N 12

Больной М., 18 лет. За месяц до поступления перенес ОРВИ, лечился амбулаторно анальгином, парацетамолом, бисептолом. На фоне приема лекарств отметил боль и припухание в коленных суставах, геморрагические высыпания на коже голеней. После отмены лекарств и приема антигистаминных препаратов боль в суставах и высыпания исчезли. Через 3 недели в связи с появившимся субфебрилитетом самостоятельно возобновил прием бисептола. Состояние резко ухудшилось: температура тела повысилась до 38,8 С, появились геморрагические высыпания на голенях, бедрах, ягодицах, резко усилилась головная боль.

С подозрением на менингит госпитализирован в инфекционное отделение. Через 2 дня присоединились схваткообразная боль в животе и понос с примесью крови. Однократно была рвота цвета "кофейной гущи".

При осмотре: состояние крайне тяжелое, температура тела 38С. Больной резко бледен, истощен. На коже разгибательных поверхностей голеней и стоп множественные сливные геморрагические высыпания. Коленные и голеностопные суставы деформированы, движения в них резко болезненны. Пульс ритмичный, слабого наполнения - 110 в мин. Перкуторный звук ясный легочный, дыхание везикулярное, хрипов нет., ЧДД - 24 в мин. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС - 110 в мин. АД - 100/60 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот втянут, при поверхностной пальпации резко болезненный. Стул 3-4 раза в сутки с примесью крови. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон.

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

#### ЗАДАЧА N 14

Больной Н., 20 лет, студент. Страдает врожденным пороком сердца - дефект межжелудочковой перегородки в мышечной части. При поступлении жалуется на сильную слабость, ознобы с подъемом температуры до 39-40 С, проливные поты при снижении температуры, одышку при малейшей физической нагрузке, артралгии.

Болен в течение недели, когда через 3-4 дня после экстракции коренного зуба справа отметил повышение температуры тела, слабость. Принимал жаропонижающие препараты без эффекта. Лихорадка и слабость прогрессировали, присоединились боли в суставах, одышка. Бригадой скорой

помощи доставлен в стационар.

При осмотре: состояние тяжелое, пониженного питания, кожа бледно-желтого цвета, пальпируются подчелюстные лимфоузлы слева - 1,5 x 2 см, эластичный, безболезненный, справа - 2 x 3 см, эластичный, умеренно болезненный. Температура тела - 38,9 С. Суставы не изменены. При перкуссии грудной клетки перкуторный звук ясный легочный, дыхание везикулярное, в нижних отделах ослабленное, единичные незвучные влажные мелкопузырчатые хрипы, ЧДД - 24 в мин. Левая граница относительной сердечной тупости в 5 межреберье по срединно-ключичной линии, тоны приглушены, ритмичны, выслушивается грубый систолический шум в 3-4 межреберье слева от грудины, проводящийся в межлопаточную область, диастолический шум над аортой в положении стоя, ЧСС - 100 в мин., АД - 110/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под реберной дуги на 5 см. Пальпируется селезенка. Отеки голеней. Положительный симптом Пастернацкого с обеих сторон.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Намечить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальный диагноз.
4. Определить тактику лечения.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ N 14

1. Общий анализ крови: СОЭ - 44 мм/час, эр. -  $2,6 \times 10^{12}/л$ , Нв - 107 г/л, цв.п. - 0,7, лейкоц. -  $19,3 \times 10^9/л$ , б - 0%, э - 2%, п/я - 10%, с/я - 71%, лимф. - 12%, мон. - 5%.
2. Общий анализ мочи: прозрачная, слабо-кислая, уд. вес - 1008, белок - 0,066 г/л, сахара нет, желчн. пигм. - 0, лейкоц. - 0-1-2 в п/зр., эр. - 2-3-5 в п/зр., эпителий - 0-1-3 в п/зр., бактерии ++, соли - мочевиная кислота.
3. ЭКГ - прилагается.
4. ЭХО-КС - аорта не уплотнена, 25 мм, левое предсердие - 40 мм, ЛЖ - КДР 43 мм, КСР - 30 мм, фракция выброса - 0,58, МЖП - 15мм, дефект в мышечной части диаметром - 0,8 см, ЗСЛЖ - 17 мм, аортальный клапан - крупные вегетации на створках, амплитуда открытия - 1,0, митральный клапан - без патологии, в Д-режиме выявлены патологические потоки на аортальном клапане и через дефект в межжелудочковой перегородке, правый желудочек незначительно расширен.

#### ЗАДАЧА N 15

Больная С., 19 лет, студентка. Предъявляет жалобы на боли в коленных, локтевых, голеностопных, лучезапястных и плечевых суставах, непостоянного мигрирующего характера, немотивированную общую слабость, повышенную утомляемость, субфебрильную лихорадку, одышку при незначительной физической нагрузке, перебои и чувство "замирания" в работе сердца.

Из анамнеза известно, что в школьном возрасте перенесла острую ревматическую лихорадку, лечилась в стационаре пенициллином. Приступив год назад к учебе в университете, стала отмечать одышку при физической нагрузке (подъеме в лестницу на 2-3 этаж, быстрой ходьбе), иногда тупые ноющие боли в прекордиальной области. К врачу не обращалась, самостоятельно принимала корвалол, валидол, валериану. За месяц до поступления в стационар перенесла фоликулярную ангину, лечилась эритромицином в течение 6 дней. Несмотря на исчезновение болей в горле и нормализацию температуры тела, значительного улучшения общего самочувствия не отмечала, нарастала слабость, появилась потливость, через 2 недели стала повышаться температура тела до субфебрильных цифр, в течение нескольких дней присоединились указанные при поступлении жалобы.

При осмотре: состояние средней степени тяжести, кожа бледная, влажная, акроцианоз, застойный румянец на щеках. Гиперемия и дефигурация левого голеностопного и правого лучезапястного суставов, все крупные и средние суставы болезненны при пальпации. При аускультации легких - ослабление дыхания и небольшое количество незвучных мелкопузырчатых хрипов в нижних отделах обоих легких, ЧДД - 20 в мин. Левая граница относительной сердечной тупости в 5 межреберье на 1 см кнутри от передней подмышечной линии, правая - в 4 межреберье на 0,5 см кнаружи от правого края грудины. Конфигурация сердца митральная. При аускультации сердца - ослабление первого тона на верхушке, акцент II тона на легочной артерии, выслушивается систолический шум с максимумом на верхушке, проводящийся в левую подмышечную область. Тоны аритмичны, выслушивается 8-10 внеочередных сокращений в мин. ЧСС - 78-84 в мин. АД - 110/70 мм рт. ст. Печень выступает из-под реберной дуги на 6 см, край закруглен, ровный, слегка болезненный при пальпации. Отеки голеней.

1. Установить предварительный диагноз.

2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальный диагноз.
4. Определить тактику лечения.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ 15

1. ЭКГ - прилагается.
2. Общий анализ крови: СОЭ - 44 мм/час, эр. -  $3,6 \times 10^{12}/л$ , Нв - 117 г/л, цв.п. - 0,9, лейкоц. -  $9,3 \times 10^9/л$ , б - 0%, э - 2%, п/я - 8%, с/я - 71%, лимф. - 13%, мон. - 6%.
3. Общий анализ мочи: желтая, слабо-кислая, уд. вес - 1008, белок - 0,066 г/л, сахара нет, эпителий плоский - 1-7-12 в п/зр., лейкоц. - 5-7 в п/зр., эр. - 0-1-5 в п/зр., цилиндры гиалиновые 1-3 в п/зр.
4. Биохимический анализ крови: АСТ - 12 ед/л, мочевины - 8,6 ммоль/л, билирубин - 17,0 мкмоль/л, СРБ - 1, белок - 70 г/л.
5. Гликемия: 5,76 ммоль/л, ПТИ - 64%.
6. ЭХО-КС: аорта не уплотнена, не расширена (25 мм), левое предсердие увеличено (43 мм), ЛЖ не расширен (КДР - 43 мм, КСР - 30 мм), фракция выброса - 0,58, МЖП утолщена (24 мм), ЗСЛЖ утолщена (25 мм), аортальный клапан не изменен, митральный клапан - уплотнены створки, в М-режиме однонаправленное движение створок, неполное смыкание, в Д-режиме выявлен патологический поток на митральном клапане, правый желудочек не расширен (30 мм).

#### ЗАДАЧА N 16

Больной М., 55 лет, водитель. 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.

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

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ N 16

1. Клинический анализ крови: Нв - 158 г/л, эр. -  $4,5 \times 10^{12}/л$ , лейкоц. -  $7,9 \times 10^9/л$ , СОЭ - 26 мм/час.
2. Анализ крови на сахар - 4,66 ммоль/л, ПТИ - 87%.
3. Биохимический анализ крови: билирубин - 13,5 мкмоль/л, холестерин - 5,8 ммоль/л, креатинин - 65 мкмоль/л, остаточный азот - 16,5 ммоль/л.
4. Биохимический анализ крови на ревмопробы: мочевая кислота - 589 мкмоль/л, СРБ - 2, ревматоидный фактор - 0, АСЛ-О - 125 ед., сиаловые кислоты - 2,99 ммоль/л (по нейтраминовой кислоте), общий белок - 77,5 г/л, белковые фракции - альбумины - 53%, глобулины а1 - 3%, а2 - 9%, в - 14%, у - 21%.



5. Общий анализ мочи: уд. вес - 1015, реакция слабо-кислая, белок - 0,066 г/л, эр. - 0-2 в п/зр., лейкоц. - 0-2-4 в п/зр.
6. Кал на я/г - отрицательный.
7. ЭКГ - прилагается.
8. Исследование синовиальной жидкости: наличие игольчатых кристаллов, расположенных внутриклеточно и двоякопреломляющих свет в поляризационном микроскопе. Цитоз 10 000 - 60 000 клеток на мм<sup>3</sup> (преимущественно нейтрофилы).
9. Аспирация содержимого тофусов - наличие кристаллов мочевой кислоты.
10. УЗИ почек - почки расположены типично, подвижность сохранена, чашечно-лоханый комплекс не изменен. В области кортикальной зоны левой почки прослеживаются очаги незначительно выраженной гиперэхогенности и симптомы микролитиаза.
11. Анализ мочи по Нечипоренко: эр. - 1000x10<sup>3</sup>/л, лейкоц. - 4000x10<sup>3</sup>/л.
12. Анализ мочи по Зимницкому: дневной диурез - 1200 мл, ночной диурез - 700 мл, уд. вес - 1003-1015 ед.
13. Компьютерная томография области почек: обнаружены очаги интерстициального фиброза и микроконкременты в области кортикального слоя левой почки.
14. Консультация уролога: данных за микробное поражение почек нет. Картина почечной патологии не противоречит метаболической нефропатии.
15. Рентгенография - прилагается.

### ЗАДАЧА N 17

Больная З., 59 лет, станочница. При поступлении жалобы на периодические боли в суставах нижних конечностей, которые резко усиливались при длительной ходьбе, физическом напряжении, спуске по лестнице, чувство утренней скованности в них около получаса, треск при движениях в коленных суставах, неприятные ощущения в поясничном отделе позвоночника.

Из анамнеза выяснено, что страдает данным заболеванием 12 лет. Начало заболевания постепенно с поражения коленных и голеностопных 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 коленных суставах и применения индометациновой мази. В последнее время состояние ухудшилось, боли в суставах и позвоночнике стали более интенсивными и продолжительными, присоединилось чувство утренней скованности.

Объективно: телосложение правильное, питание повышенное, передвигается с трудом из-за болей в коленных и голеностопных суставах. Кожные покровы внешне не изменены, зон поверхностей кожной термоасимметрии не выявлено. Деформация коленных суставов за счет преобладания пролиферативных изменений, объем активных движений в них несколько снижен, объем пассивных движений сохранен. 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.

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

### РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ N 17

1. Анализ крови: Нв - 123 г/л, лейкоц. - 7,3x10<sup>9</sup>/л, СОЭ - 20 мм/час.
2. Анализ крови на сахар - 4,9 ммоль/л, ПТИ - 90%.
3. Биохимический анализ крови: общий белок - 79,2 г/л, альбумины - 53%, глобулины а1 - 4%, а2 - 9%, в - 9%, у - 25%, ревматоидный фактор - 0, мочевая кислота - 335 мкмоль/л, АСЛ-О - 125 ед., сиаловые кислоты - 2,36 ммоль/л, холестерин - 5,2 ммоль/л, билирубин - 12,4 мкмоль/л, СРБ - 1.
4. Анализ мочи - без изменений.
5. Кал на я/г - отрицательный.
6. Синовиальная жидкость - незначительное помутнение, отсутствие кристаллов, лейкоциты (менее 2000 клеток/мм<sup>3</sup>, менее 25% нейтрофилов).
7. Иммунология крови на иммуноглобулины А - 2,4 г/л, М - 1,0 г/л, G - 10,0 г/л.
8. ЭКГ - прилагается.

9. Рентгенография поясничного отдела позвоночника - прилагается.
10. Рентгенография коленных суставов - прилагается.
11. Сцинтиграфия с пирофосфатом технеция: повышение концентрации препарата в области верхнего поясничного отдела позвоночника, в коленных суставах.
12. Тепловизионное обследование суставов: при исследовании в инфракрасных лучах определяются зоны резко выраженной гипотермии в области коленных суставов.

### ЗАДАЧА N 18

Больная А., 18 лет, студентка, жалуется на периодическое затруднение дыхания (затруднен выдох), “свист в груди”, приступы сухого кашля, особенно частые ночью и утром, субфебрильную температуру, потливость. Заболела 2 недели назад, когда после переохлаждения появился сильный насморк. Температуру не измеряла, не лечилась, продолжала посещать занятия в институте. Через 2-3 дня появились боли в горле, осиплость голоса, приступообразный сухой кашель, потливость. Через 5 суток проснулась ночью с ощущением затрудненного дыхания, сопровождающегося “свистом в груди” и мучительным сухим кашлем. После горячего питья почувствовала себя лучше, уснула, но утром проснулась с теми же ощущениями. Темп. до 37,50С. Лечилась домашними средствами, банками и горчичниками на грудную клетку, но описанные выше признаки продолжались каждые сутки.

Объективно: темп. 37,30С. Выраженная потливость, небольшая гиперемия слизистой зева. На всем протяжении обоих легких - ясный легочный звук, жесткое дыхание, рассеянные немногочисленные хрипы разной высоты, сухие. Во время формированного выдоха увеличивается количество свистящих сухих хрипов. Остальные данные физикального обследования без особенностей.

1. Установите предварительный диагноз.
2. Наметьте план дополнительного обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Определите тактику лечения.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ N 18 :

Общий анализ крови: эр. - 4,5x10<sup>12</sup>/л, Нв - 120 г/л, цв.п. - 0,9 ; тромбоциты - 230x10<sup>9</sup>/л, лейкоциты - 10x10<sup>9</sup>/л, пал. - 7%, сегм. - 53%, лимф. - 32%, мон. - 8%, СОЭ - 20 мм/час.

Общий анализ мочи: светло-желтая, реакция кислая, прозрачность полная, уд. вес - 1020, белок - 0,033 г/л, сахара нет, лейкоциты - 3-5 в п/зр., эр. - нет, цилиндров нет.

Анализ крови на ДФА: 260 ед., СРБ - умеренно положительный.

Анализ мокроты общий: не удалось собрать мокроту.

Бактериологический анализ мокроты: не удалось собрать мокроту.

Серологическое исследование - высокий титр антител к вирусным антителам и микоплазмам.

Рентгенография - прилагается.

ЭКГ - прилагается.

Исследование функций внешнего дыхания: снижение жизненной емкости легких на 15%, форсированной жизненной емкости легких, снижение пневмотахометрии до 80% от должной.

### ЗАДАЧА N 19

Больной 22 лет поступил в стационар с жалобами на повышение температуры до 39,0С, кашель с небольшим количеством вязкой мокроты желтоватого цвета, одышку инспираторного характера при незначительной физической нагрузке, боли в правой половине грудной клетки ноющего характера, усиливающиеся при кашле и глубоком дыхании, общую слабость, потерю аппетита. Неделю назад заболел ОРВИ. Несмотря на проводившееся амбулаторное лечение аспирином и бисептолом, состояние не улучшилось. Вчера вечером был отмечен новый подъем температуры и появились перечисленные выше жалобы.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Одышка в покое с ЧД 22 в 1 минуту. Слабый диффузный цианоз лица. При обследовании системы органов дыхания выявлено усиление голосового дрожания и притупление перкуторного звука на участке площадью 6 см<sup>2</sup> угла правой лопатки. Дыхание здесь жесткое, выслушиваются сухие свистящие и мелкопузырчатые звучные хрипы. Тоны сердца несколько приглушены. Пульс - 96 в 1 минуту., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД - 120/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги.

1. Установить предварительный диагноз

2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ N 19 :

Общий анализ крови: эр. -  $4,5 \times 10^{12}/л$ , Нв - 120 г/л, цв.п. - 0,9 ; тромбоциты -  $240 \times 10^9/л$ , лейкоциты -  $12,0 \times 10^9/л$ , пал. - 8%, сегм. - 52%, лимф. - 32%, мон. - 8%, СОЭ - 30 мм/час.

Общий анализ мочи: светло-желтая, реакция кислая, прозрачность- полная, уд. вес - 1020, белок - 0,033 г/л, сахара нет, лейкоц. - 3-5 в п/зр., эр. - нет, цилиндров нет.

Анализ крови на ДФА: 260 ед., СРБ - умеренно положит.

Анализ мокроты общий: желтоватая, слизисто-гнойная, вязкая, без запаха, эпителий плоский - 2-3 в п/зр., мерцательный - 4-6 в п/зр., альвеолярный - 5-7 в п/зр., лейкоциты - 80-100 в п/зр., атипические клетки и БК не обнаружены, Гр+кокковая флора.

Бактериологический анализ мокроты - высеяна пневмококковая флора, чувствительная к бензилпенициллину, цефалоспорином, эритромицину, линкомицину.

Серологическое исследование - титр антител к вирусным антигенам в пределах нормы.

Рентгенография легких - прилагается.

ЭКГ - прилагается.

#### З А Д А Ч А N 20

Больная Т., 35 лет, поступила с жалобами на общую слабость, тошноту, периодические головные боли. При просмотре амбулаторной карты выявлены изменения в анализах мочи в виде протеинурии. При осмотре лицо пастозное, кожные покровы бледные, сухие. АД - 170/110 мм рт. ст., сердечные тоны ритмичные, акцент II тона над аортой. В легких без особенностей. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются. Общий анализ крови: эр. -  $3,0 \times 10^{12}/л$ , Нв - 100 г/л, ц.п.- 0,9, лейкоц. -  $7,8 \times 10^9/л$ , формула без отклонений, СОЭ - 35 мм/час. Общий анализ мочи: уд. вес - 1002, белок - 1,0 г/л, лейкоц. - 4-5 в п/зр., эр. - 5-8 в п/зр, цилиндры гиалиновые, зернистые. Проба Реберга : креатинин - 250 мкмоль/л, клубочковая фильтрация - 30 мл/мин., канальцевая реабсорбция - 97%.

1. Предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Лечение. Показания к гемодиализу.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ N 20 :

УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, контуры ровные, мелковолнистые, размеры - 7,8-4,0 см, паренхима истончена, значительно уплотнена - 0,9 см, отсутствие дифференциации между корковым и мозговым слоем. Признаки нефросклероза. ЧЛК без особенностей, подвижность почек в пределах нормы.

Проба Реберга: см. задачу.

#### З А Д А Ч А N 21

Больной М., 17 лет, при поступлении жалоб не предъявлял. Неделю назад появились катаральные явления, поднялась субфебрильная температура. На 3-й день от начала заболевания заметил изменение цвета мочи - стала красноватая. Направлен в стационар.

При поступлении состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски и влажности. АД - 120/80 мм рт. ст. В легких при аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, ясные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное, отеков нет. При обследовании - общий анализ мочи: уд. вес - 1018, белок - 0,18 г/л, лейкоц. - 1-2-3 в п/зр., эр. - много в п/зр., цилиндры гиалиновые, зернистые; общий анализ крови : без особенностей.

Предварительный диагноз.

План обследования.

С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз.

Лечение.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ N 21 :

УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, размеры 10-5 см, паренхима - 19 мм, несколько

повышенной экзогенности, ЧЛК не изменен, подвижность почек в положении стоя не увеличена. Теней подозрительных на конкременты не выявлено.

УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, размеры справа 11-5,5 см, слева 10,5-5 см, паренхима - 16 мм, не уплотнена, однородной структуры. ЧЛК справа деформирован, в нижней чашечке эхопозитивная тень размером 1\*0,8 см. Подвижность почек не изменена.

Анализ мочи на БК люминесцентным методом: не обнаружено.

Проба Зимницкого: дневной диурез - 700 мл, ночной диурез - 500 мл, уд. вес - 1008-1026.

Проба Зимницкого: дневной диурез - 900 мл, ночной диурез - 1300 мл, уд. вес - 1001-1006.

Уровень креатинина - 88 мкмоль/л, мочевины - 4,0 ммоль/л.

Проба Реберга: клубочковая фильтрация - 100 мл/мин., канальцевая реабсорбция - 99%, креатинин крови - 80 мкмоль/л, мин. диурез - 1,1 мл/мин.

Проба Реберга: клубочковая фильтрация - 40 мл/мин., канальцевая реабсорбция - 97%, креатинин крови - 250 мкмоль/л, мин. диурез - 1,3 мл/мин.

Анализ крови на иммуноглобулины: уровень IgG - 14 г/л(N), IgM - 1,9 г/л (N), IgA - 5,3 г/л (повышены).

10. Нефробиопсия: в препарате фрагмент почечной паренхимы с числом клубочков до 10, во всех клубочках отмечается пролиферация клеток мезангия, расширение мезангиального матрикса.

Заключение: данная морфологическая картина может быть расценена как мезангиопролиферативный гломерулонефрит.

11. При иммуногистологическом исследовании в мезангии обнаружены депозиты, содержащие преимущественно IgA. Заключение: IgA нефрит.

#### З А Д А Ч А N 22

У больного М., 30 лет, через 2 недели после перенесенной ангины, утром внезапно появились отеки. В анамнезе заболевания почек нет. При поступлении: общее состояние средней тяжести, бледность и одутловатость лица, массивные отеки ног, поясницы, асцит, жидкость в плевральной полости. В легких при аускультации в нижних отделах дыхание ослабленное. Сердечные тоны ритмичные, ясные. АД - 190/120 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный при пальпации в области проекции почек. Общий анализ мочи: уд. вес - 1010, белок - 0,6 г/л, эр. - 50-60 в п/зр., цилиндры: гиалиновые, зернистые. Общий анализ крови: Нв - 120 г/л, эритроциты -  $4,6 \times 10^{10}/л$ , лейкоц. -  $8,3 \times 10^9/л$ , СОЭ - 20 мм/час.

Предварительный диагноз.

План обследования.

Дифференциальный диагноз.

Лечение.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ N 22 :

Динамика уровня креатинина: 200 мкмоль/л - 130 мкмоль/л - 100 мкмоль/л ; 80 мкмоль/л - 90 мкмоль/л - 88 мкмоль/л ; 120 мкмоль/л - 200 мкмоль/л - 350 мкмоль/л (нарастание креатинина в течение трех месяцев).

Анализ крови на электролиты: К - 5,3 ммоль/л, Na - 150 ммоль/л, Са - 2,2 ммоль/л, С1 - 97 ммоль/л АСЛ-О - 320 ед.

Общий белок: 65 г/л

УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, размеры 12,5x7 см, паренхима отечная 22 мм, ЧЛК не изменен.

Глазное дно: признаки почечной ретинопатии.

Глазное дно: диски зрительных нервов с четкими контурами, артерии и вены не изменены. Патологии не выявлено.

Рентгенография грудной клетки: усиление легочного рисунка за счет сосудистого компонента, корни расширены, слабо дифференцируются.

Нефробиопсия: в препарате фрагмент почечной паренхимы с числом клубочков до 8, во всех клубочках отмечается выраженная пролиферация эндотелия капилляров и клеток мезангия с расширением мезангиального матрикса. Мембраны тонкие. Во всех клубочках отмечается наличие лейкоцитов. Морфологическая картина может быть расценена как острый гломерулонефрит.

10. Нефробиопсия: в препарате фрагмент почечной паренхимы корковый и мозговой слой с числом

клубочков до 18, в 12 отмечается пролиферация капсулы с формированием полулуний, в оставшихся клубочках диффузная пролиферация клеток мезангия эндотелия, базальные мембраны на отдельных участках разрыхлены. Эпителий канальцев в состоянии белковой дистрофии, умеренная лимфогистиоцитарная инфильтрация интерстиция. Заключение: экстракапиллярный гломерулонефрит (нефрит с полулуниями).

### ЗАДАЧА N 23

У больного С., жителя сельской местности, внезапно поднялась температура до 40<sup>0</sup>С, резко уменьшилось количество мочи, появились боли в пояснице, тошнота, рвота. При поступлении состояние тяжелое, лицо гиперемировано, на коже живота единичные петехиальные высыпания, выраженная инъеция сосудов склер. АД - 110/70 мм рт. ст. В легких при аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, приглушены. Живот мягкий, болезненный при пальпации в области проекции почек. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Отеков нет. Диурез - 100 мл.

При обследовании: креатинин - 660 мкмоль/л, мочевины - 27,0 ммоль/л, калий - 6,5 ммоль/л. Общий анализ крови: эр. -  $4,1 \times 10^9$ /л, Нв - 131 г/л, ц.п. - 0,9; лейкоц. -  $15,2 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 1%, нейтрофилы: пал. - 12%, сегм. - 65%, лимфоциты - 8%, моноциты - 14%, СОЭ - 46 мм/час. Общий анализ мочи: уд. вес - 1002, белок - 0,38 г/л, лейкоц. - 1-2-3 в п/зр., эр. - 15-20 в п/зр. УЗИ: резкое увеличение размеров почек.

Предварительный диагноз.

Какие дополнительные методы необходимы для подтверждения диагноза.

Дифференциальный диагноз.

Неотложная терапия. Показания к гемодиализу.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ N 23 :

Кровь на ГЛПС: положительный результат в разведении 1/128, нарастание титров в парной сыворотке.

Кровь на лептоспироз: отрицательная.

Динамика электролитов: калий - 6,5-7,0-5,8-4,9-3,0-4,5 ммоль/л, натрий - 145-135-129-135 ммоль/л, кальций - 2,3-2,2 ммоль/л, хлор - 110-100-97 ммоль/л.

Динамика уровня креатинина: 660-720-500-375-210-100-88 мкмоль/л.

Динамика уровня мочевины: 27-34-36,5-28-19-13-7-5,5-5 ммоль/л.

Общий анализ крови, общий анализ мочи см. в задаче.

УЗИ почек: почки резко увеличены в размерах до 14 на 7,5 см, паренхима отечная, пониженной эхогенности, толщиной 25 мм ЧЛК сдавлен отечной паренхимой.

Рентгенография органов грудной клетки: очаговых и инфильтративных изменений нет, легочный рисунок усилен за счет сосудистого компонента.

### ЗАДАЧА N 24

Больная В., 57 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 -  $483 \times 10^9$ /л, общий белок - 42 г/л, альбумины - 19 г/л, креатинин - 120 мкмоль/л, суточная протеинурия - 8,2 г.

Предварительный диагноз.

План обследования. Какой наиболее достоверный способ диагностики заболевания почек.

Между какими заболеваниями в первую очередь следует проводить дифференциальный диагноз.

Лечение.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ N 24 :

Нефробиопсия: в препарате фрагмент почечной паренхимы с числом клубочков до 12, во всех

клубочках утолщение базальной мембраны с удвоением, скудная пролиферация клеток мезангия. Эпителий канальцев в состоянии белковой дистрофии, в строме очаговая лимфоидная инфильтрация. Заключение: мембранозная нефропатия.

Нефробиопсия: в препарате фрагмент почечной паренхимы, корковый и мозговой слой с числом клубочков до 6, 2 из которых склерозированы, остальные клубочки обычных размеров, с отложением в капиллярных петлях гомогенных аморфных масс (+ окраска конго-рот). Заключение: амилоидоз почек.

### ЗАДАЧА N 25

В терапевтическое отделение поступила больная З., 36 лет, с диагнозом “пневмония”. Больна две недели, появились субфебрильная температура, одышка при ходьбе, сухой кашель. Лечилась самостоятельно эритромицином, бромгексином, ингаляциями. Состояние не улучшилось, температура держалась в пределах 37,5 - 38,20С. Обратилась в поликлинику. Госпитализирована. При осмотре: пониженного питания, бледная, небольшой цианоз губ. Лимфатические узлы шейные и подмышечные размером 0,6-0,8 см, безболезненные. На слизистой оболочке полости рта - афты. Частота дыхания до 30 в мин., в легких ослабленное везикулярное дыхание. Хрипов нет. Тоны сердца приглушены. Пульс - 36 в мин, АД - 110/70 мм рт. ст. Печень и селезенка не увеличены. Из анамнеза жизни: в детстве ангины, скарлатина, ОРЗ. Опоясывающий лишай 3 года назад. В течение последнего года трижды была интерстициальная пневмония, лечилась в стационаре. Последние 5-6 месяцев часто бывает жидкий стул по 2-3 раза в день. Похудела на 4 кг. Связывает плохое самочувствие с потерей ребенка, который часто болел и умер в 5-ти месячном возрасте 3 года тому назад от пневмонии. 4 года назад работала по контракту вместе с мужем в Африке, где чувствовала себя хорошо. Врачом терапевтического отделения поставлен диагноз “хроническая пневмония”. Назовите признаки, позволяющие усомниться в поставленном диагнозе. Выскажите свое мнение о диагнозе. Проведите дифференциальный диагноз. Наметьте план обследования. Определите тактику ведения больного.

### ЗАДАЧА N 26

Больной К., 53 лет, шофер, обратился в поликлинику 20.10 с жалобами на слабость, тяжесть в правом подреберье, снижение аппетита, изменение цвета мочи, небольшой зуд кожи. Заболевание началось постепенно в начале октября с появления большей, чем обычно, усталости после рабочего дня. Затем стал отмечать снижение аппетита, потерю веса, зуд кожи, темный цвет мочи.

Объективно: состояние средней степени тяжести, умеренная желтушность кожи с единичными расчесами. В легких - без патологии. Пульс - 60 в мин., АД - 130/80 мм рт. ст. Язык обложен. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см (размеры по Курлову 16, 12, 11 см). Край мягкоэластической консистенции, заострен, гладкий, слегка болезненный. Селезенку пальпировать не удалось. Моча темно-коричневого цвета, кал обесцвечен. Сознание ясное, настроение плохое, считает, что неизлечимо болен. Эпиданамнез: месяца назад длительно лечился у стоматолога. Госпитализирован с подозрением на вирусный гепатит. В стационаре при исследовании функциональных печеночных проб выявлены следующие показатели: билирубин общий - 80 мкмоль/л, связанный - 50 мкмоль/л, АСТ - 930, АЛТ - 1460 нмоль/с л, тимоловая проба - ед., сулемовая - 1,8 мл, холестерин - 9,5 ммоль/л. При серологическом исследовании крови обнаружены HbsAG, антитела к ядерному АГ класса М, HbsAG.

Поставьте диагноз, продифференцируйте.

Дайте оценку тяжести состояния.

Определите терапевтическую тактику.

Перечислите свои мероприятия в очаге.

### ЗАДАЧА N 27

Больная К., 32 лет, продавец в магазине “Молоко”, заболела остро 22.08 вечером. Почувствовала слабость, недомогание, умеренную головную боль, познабливание, затем возникло чувство жара. Температуру тела не измеряла. Одновременно с указанными симптомами появились схваткообразные боли внизу живота, кашицеобразный стул до 5 раз за вечер. К утру 23.08 боли в животе усилились и локализовались преимущественно слева. Стул за ночь около 15 раз. В испражнениях заметила слизь и

кровь. Были частые болезненные позывы на стул. Температура утром 39,4\*С. Вызван на дом врач амбулатории. Больная проживает в отдельной квартире с семьей из трех человек. Члены семьи здоровы. Заболевание желудочно-кишечного тракта в анамнезе нет.

Объективно: больная вялая, температура тела 38,8\*С. Тургор кожи снижен. Со стороны органов дыхания патологии нет. Пульс - 96 в мин., ритмичный. АД - 115/70 мм рт. ст. Язык суховат, обложен коричневым налетом. Живот мягкий, болезненный при пальпации в левой подвздошной области. Сигмовидная кишка спазмирована, болезненна. Осмотрены испражнения, которые имели вид лужицы слизи с прожилками крови.

Диагноз и его обоснование.

Как следует решить вопрос о госпитализации.

Какие документы следует оформить при выявлении больного острой дизентерией.

Какие лабораторные исследования следует провести у данной больной.

Наметить план лечения больной.

### ЗАДАЧА N 28

Больная Ж., 36 лет, заболела остро. Среди ночи появился жидкий водянистый стул, повторная рвота, позже присоединилась слабость, головокружение. Больная обратилась в участковую больницу Раменского района, где был поставлен диагноз “острое пищевое отравление”. Было сделано промывание желудка, введены кордиамин подкожно и в/в 500 мл 5%-раствора глюкозы с витамином С. Состояние больной ухудшилось: участилась рвота до 15-20 раз, жидкий водянистый стул без счета, беспокоила резкая слабость. Появились судороги конечностей, сильная жажда. Больная в крайне тяжелом состоянии переведена в ЦРБ.

Объективно: акроцианоз и цианоз носогубного треугольника, черты лица заострены, темные круги вокруг глаз, генерализованные судороги. Голос осиплый, тургор кожи снижен (кожная складка расправляется медленно), температура тела 35,5\*С, пульс нитевидный, АД - 40/0 мм рт. ст. Язык сухой, обложен сероватым налетом, живот втянут, мягкий, перистальтика усилена. Стул водянистый, типа рисового отвара. Моча не отделяется. Больная в сознании, вялая, в контакт вступает с трудом.

Какие дополнительные вопросы следует задать больной для уточнения анамнеза.

Поставьте ваш диагноз.

Определите степень обезвоживания.

Проведите дифференциальный диагноз с пищевым токсикоинфекциями и острой дизентерией.

Правильно ли лечил больную врач участковой больницы.

### ЗАДАЧА N 29

Больной А., 29 лет, рабочий, доставлен в ЛОР-отделение в тяжелом состоянии с диагнозом “паратонзиллярный абсцесс”. Заболел остро 3 дня тому назад. С ознобом повысилась температура до 38\*С. Отметил сильную боль в горле, слабость. Занимался самолечением - употреблял спиртное, полоскал горло, принимал анальгин, аспирин. На второй день болезни температура стала выше - 39,5\*С, заметил увеличение шеи, верхняя пуговица рубашки не застегивалась. Сегодня чувствует еще хуже, стало трудно глотать, появились выделения из носа, отек шеи увеличился, голос стал сдавленным. Сильно ослабел, не смог идти в поликлинику, вызвал врача, который направил больного в ЛОР-отделение.

При осмотре: общее состояние тяжелое, температура -39,1\*С. Выраженный отек шеи с двух сторон, распространяющийся вверх к ушам и вниз - ниже ключицы. Слизистая ротоглотки резко отечна, миндалины почти смыкаются, полностью покрыты налетом серо-белого цвета, распространяющимся на небные дужки и язычок. Пограничная с налетом слизистая гиперемирована с цианотичным оттенком. Голос сдавленный. Из носа слизисто-гнойные выделения. Кожа в области носовых ходов мацерирована, на носовой перегородке - пленка (осмотр врача ЛОР). Одышка, ЧД - 26 в мин., АД - 180/100 мм рт. ст.

Поставьте диагноз. Обоснуйте его.

Проведите дифференциальный диагноз.

Ваши предложения по лечению больного.

Как контролировать возникновение осложнений.

### З А Д А Ч А 30

Больной К., 35 лет, заболел остро: появился сильный озноб, ломота в теле, головная боль, температура повысилась до 39,8\*С. Одновременно появился сухой кашель и довольно сильные боли в левой половине грудной клетки, связанные с дыханием. Самостоятельно принимал аспирин, анальгин, но температура снижалась незначительно, самочувствие ухудшалось, стала нарастать одышка, однократно была рвота, и больной вызвал скорую помощь. При осмотре: состояние тяжелое, температура 40,2\*С, больной вял, с трудом разговаривает (мешает одышка). Лицо гиперемировано, склерит, конъюнктивит, герпетические высыпания на губах, акроцианоз. Дыхание поверхностное, 40 в мин. В легких слева укорочение перкуторного звука ниже уровня IУ ребра, там же дыхание резко ослаблено, в нижних отделах дыхание не выслушивается, на уровне У-УІ ребра шум трения плевры. Над правым легким дыхание не изменено, хрипов нет. Тоны сердца глухие, ритмичные. Пульс - 128 в мин., АД - 90/60 мм рт. ст. Печень и селезенка не увеличены; моча немного темнее обычного. Язык сухой, негусто обложен белым налетом, энантемы на слизистой полости рта нет. Менингеальных симптомов нет. Накануне заболевания вернулся из командировки из Вьетнама. Можно ли заподозрить чуму, и, если да, то на основании чего. Какой диагноз наиболее вероятен. Проведите дифференциальную диагностику.

### З А Д А Ч А N 31

Больной В., 45 лет, обратился к врачу повторно 08.01 с жалобами на кашель со скудной мокротой, умеренную боль в грудной клетке слева, плохой аппетит, головную боль с локализацией в лобной области, повышение температуры тела до 38\*С. Считает себя больным с 04.01, когда появилась головная боль в лобной области, озноб, повысилась температура тела до 37,8\*С, отмечалась ломота в теле. С 05.01 присоединились скудные выделения из носа, боль в области грудины. Обратился к врачу. Была назначена симптоматическая терапия (обильное питье с медом, глюконат кальция, рутин, на ночь солпадеин). Состояние несколько улучшилось. Слабость уменьшилась. 07.01 температура тела была нормальная. 08.01 появился кашель, сначала сухой, затем с трудно отделяемой мокротой, присоединились боль в грудной клетке слева, вновь повысилась температура до 38\*С.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. На крыльях носа подсыхающие герпетические высыпания. Умеренный цианоз губ. Слизистая глотки слегка гиперемирована, на мягком небе небольшая зернистость. Число дыханий - 26 в мин. В легких слева в нижних отделах под лопаткой и по аксиллярной линии притупление перкуторного звука, выслушиваются мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, пульс соответствует температуре. АД - 120/70 мм рт. ст. Менингеальных симптомов нет.

Поставьте диагноз.

Решите вопрос о необходимости госпитализации.

План лечения.

### З А Д А Ч А N 32

Больной В., 15 лет, ученик 10 класса, обратился к школьному врачу с жалобами на сильную головную боль, озноб, позывы к рвоте. Болен 2-й день, отвечает небольшую боль в горле. Температура тела 39,9\*С. Состояние довольно тяжелое. Была повторная рвота, не приносящая облегчения. Обращали внимание бледность, вялость, светобоязнь. Кожа без сыпи, пульс - 104 в мин., АД - 140/70 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное. Язык густо обложен белым налетом, влажный. При осмотре ротоглотки - небольшая гиперемия дужек и миндалин, яркая гиперемия и шероховатость задней стенки глотки. Живот мягкий, безболезненный. Дизурических явлений нет, стул нормальный. Отмечается умеренно выраженная ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига и Брудзинского отрицательные. Эпидемиологический анамнез - в школе имеются случаи заболевания ОРЗ

Школьный врач поставил предположительный диагноз "грипп. пищевая токсикоинфекция".

Каково ваше мнение.

Проведите дифференциальный диагноз.

Какой должна быть врачебная тактика.



### З А Д А Ч А N 33

Мужчина 30 лет, инженер, жалуется на ноющие боли области сердца, одышку, отеки на ногах, общую слабость. Заболел 3 месяца назад, когда после переохлаждения повысилась температура тела до 39\*С, через 10 дней почувствовал себя здоровым, вышел на работу, но периодически отмечал субфебрилитет. Две недели назад появились боли в груди, нарастала слабость, затем присоединились отеки ног. В анамнезе - бронхоаденит.

Объективно: акроцианоз, набухшие шейные вены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Верхушечный толчок не пальпируется. Границы относительной и абсолютной тупости совпадают: правая - на 3 см снаружи от края грудины, левая - по передней подмышечной линии, верхняя - П ребро. Тоны сердца ослаблены, короткий систолический шум на верхушке, никуда не проводится. Пульс - 112 в минуту, ритмичный. АД - 100/70 мм рт. ст. Живот болезненный при пальпации в эпигастриальной области и правом подреберье. Печень выступает на 6 см, уплотнена.

Поставьте диагноз.

Проведите дифференциальную диагностику.

Наметьте план дообследования.

Назначьте лечение.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ N 33 :

ЭКГ - прилагается.

ЭХО-кардиография - значительное утолщение перикарда, значительное количество жидкости в полости перикарда.

При пункции перикарда удалено 300 мл серозно-фибринозной жидкости.

Общий анализ крови: эр. - 4,5x10<sup>12</sup>/л, Нв - 125 г/л, лейкоц. - 10,9x10<sup>9</sup>/л, эоз. - 1%, пал. - 8%, сегм. - 45%, лимф. - 40%, мон. - 4%, СОЭ - 34 мм/час.

Сыворотка крови: СРБ +++ , АСТ - 20 Е/л, АЛТ - 16 Е/л, КФК - 2,4 ммоль/гл.

Общий анализ мочи: уд. вес - 1020, белок - 0,066%, эр. - 2-4 в п/зр., лейкоц. - 3-4 в п/зр.

Рентгенография органов грудной клетки - прилагается.

### З А Д А Ч А N 34

Больной 30 лет, поступил в стационар с жалобами на резкое ухудшение самочувствия. Вечером накануне 16.10.98 г. в 18.00 внезапно почувствовал себя плохо - появился озноб, резкая головная боль, поднялась температура тела до 39-40\*С, появился сухой и болезненный кашель, выраженная одышка. Вскоре присоединилась боль в грудной клетке справа, усиливалась при глубоком вдохе, при кашле. В день поступления в стационар отмечает отхождение кровянистой "ржавой" мокроты.

Объективно: общее состояние тяжелое. Одышка в покое с ЧД - 22 в 1 мин. При обследовании системы органов дыхания отмечается отставание в дыхании правой стороны грудной клетки; над пораженным участком легкого определяется укорочение перкуторного звука с тимпаническим оттенком, выслушивается жесткое дыхание. Крепитация (crepitatione indurata) ясно определяется на высоте вдоха. Голосовое дрожание и бронхофония несколько усилены. Тоны сердца несколько приглушены. Пульс - 96 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД - 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

Установить предварительный диагноз.

Наметить план дополнительного обследования.

Провести дифференциальную диагностику.

Определить тактику лечения.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ N 34 :

Рентгенограмма - прилагается.

Общий анализ мокроты: слизисто-гнойный, лейкоциты - 20-3 в п/зр., эритроциты - 10-15 в п/зр., альвеолярный эпителий.

Биохимический анализ крови: альбумины - 45% - (50-61%), альфа-1-глобулины - 6,8% - (3-6%), альфа-2-глобулины - 12% - (5,8-8,9%), бета-глобулины - 14,5% - (11,0-13,0), гамма-глобулины - 30% - (15,5-21,9), фибриноген - 556 мг % (200-400 мг %), СРБ +/-.

Общий анализ крови: лейкоциты - 25x10<sup>9</sup>/л, СОЭ - 39 мм/час.

### З А Д А Ч А N 35

Больная 52 лет, жалуется на одышку с затрудненным выдохом, кашель с выделением небольшого количества вязкой, слегка желтоватой мокроты, субфебрильную температуру. С детства страдает хроническим бронхитом. С 30-летнего возраста стали беспокоить приступы экспираторного удушья. Последнее ухудшение состояния началось несколько дней назад в связи с перенесенной ОРВИ : усилился кашель, длительно держалась субфебрильная температура, выросла экспираторная одышка. 2 часа назад развился тяжелый приступ экспираторного удушья.

Объективно: общее состояние тяжелое. Вынужденное положение сидя с фиксированным плечевым поясом. Экспираторная одышка с ЧД - 26 в 1 мин. Дистанционные сухие хрипы. Сглаженность над- и подключичных ямок. Участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. Диффузный цианоз, выраженный акроцианоз. Умеренные отеки ног. Перкуторный звук над легкими коробочный. Дыхание ослабленное, выслушиваются рассеянные сухие свистящие хрипы. Абсолютная сердечная тупость не определяется. Правая граница относительной сердечной тупости по правой парастернальной линии. Тоны сердца приглушены. Пульс - 115 в 1 мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД - 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, плотноватая, слегка болезненная, край заострен. Установить предварительный диагноз.

Наметить план дополнительного обследования.

Провести дифференциальную диагностику.

Определить тактику лечения.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ N 35 :

Общий анализ крови: эр. -  $4,1 \times 10^{12}/л$ , Нв - 130 г/л, цв.п. - 0,9; тромбоциты -  $330 \times 10^9/л$ , лейкоц. -  $11,0 \times 10^9/л$ , эоз. - 7%, пал. - 5%, сегм. - 56%, лимф. - 26%, мон. - 6%, СОЭ - 25 мм/час.

Общий анализ мочи: светло-желтая, реакция кислая, прозрачность - полная, уд. вес - 1018, белок - 0,165 г/л, сахара нет, лейкоц. - 6-8 в п/зр., эр. - 4-6 в п/зр., цилиндров нет.

Анализ крови на: общий белок - 68 г/л, альбумины - 48%, глобулины - 52%, альфа-1гЛ. - 6,6%, альфа-2-гЛ. - 10,0%, бета-гЛ. - 12%, гамма-гЛ. - 22,4%, ДФА - 280 ед, СРБ - умеренно положит.

Иммунологический анализ крови: снижение Т- и увеличение В-лимфоцитов, увеличение кол-ва Е-иммуноглобулинов.

Анализ мокроты общий: прозрачная, вязкая, стекловидная лейкоц. - 20 в п/зр., эоз. - 20-35 в п/зр., спирали Куршмана++, кристаллы Шарко-Лейдена+++ , БК и атипические клетки не обнаружены.

Рентгенография органов грудной клетки - прилагается.

ЭКГ - прилагается.

Спирография - дыхательная недостаточность III степени обструктивного типа.

Пневмотахометрия - мощность выдоха составляет 80% от мощности вдоха.

### З А Д А Ч А N 36

Больной К., 58 лет, шофер, доставлен в терапевтическое отделение машиной "скорой помощи" с жалобами на чувство удушья с затруднением выдоха, продолжающееся в течение 12 часов. С начала приступа через каждые 30 мин. применял ингаляции беротека по 2 дозы, которые не приносили облегчения. Кроме того, больного беспокоили головная боль, тупые боли и чувство тяжести в правом подреберье, отеки ног.

В анамнезе: малопродуктивный кашель в течение 20 лет. За последние 10 лет появилась одышка при физической нагрузке, которая постепенно приобрела постоянный характер. В течение последнего года даже при незначительной физической нагрузке одышка доходила до удушья. Одышку снимал ингаляциями беротека, приемом теофедрина.

Объективно: состояние тяжелое. Вынужденное положение ортопное, одышка в покое с резко затрудненным удлиненным выдохом, диффузный цианоз, акроцианоз, лицо одутловатое, набухшие яремные вены, отеки голеней (в области крестца). Грудная клетка расширена в передне-заднем размере, "застывшая" в положении вдоха, межреберные промежутки широкие. Голосовое дрожание ослаблено над всей поверхностью легких. При перкуссии - коробочный звук, опущение нижних границ легких. При аускультации - ослабленное дыхание, рассеянные сухие свистящие хрипы на выдохе. ЧДД - 24 в минуту. На глаз видна надчревная пульсация. Верхушечный толчок не виден и не пальпируется. Границы относительной тупости сердца определяются с трудом: правая - в 4 межреберье на 2 см наружи от правого края грудины, левая - в 5 межреберье по срединно-

ключичной линии. Тоны сердца глухие, ритмичные. Пульс - 100 в 1 минуту, малого наполнения и напряжения. АД - 100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. В отлогих отделах живота определяется наличие свободной жидкости. Печень плотная, несколько болезненная, пальпируется на 5 см ниже уровня реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

Установить предварительный диагноз.

Наметить план дополнительного обследования.

Провести дифференциальную диагностику.

Определить тактику лечения.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ N 36 :

Рентгенограмма - прилагается.

Общий анализ крови: эр. -  $5,3 \times 10^{12}$ , Нв - 153 г/л, ц.п. - 0,9; л -  $5,5 \times 10^9$ , э - 6%, п - 4%, с - 60%, л - 24%, м - 6%, СОЭ - 15 мм/час.

Анализ мокроты: прозрачная, вязкая, стекловидная; лейкоцит в небольшом количестве - 15-20 в п/зр., эозинофилы - 5-10 в п/зр., спирали Куршмана ++, кристаллы Шарко-Лейдена +++.

ФВД : уменьшение ОФВ 1, увеличение ООЛ и ФОЕ (на 100% и более). После введения бронхолитиков - увеличение ОФВ 1 уменьшение ООЛ и ФОЕ.

ЭКГ - прилагается.

Кожные аллергические пробы: повышенной чувствительности к стандартному набору аллергенов не выявлено.

Иммунологический анализ крови: снижение Т- и увеличение В-лимфоцитов, увеличение кол-ва иммуноглобулинов Е.

#### З А Д А Ч А N 37

У больной Л., 32 лет, работающей ткачихой, в течение последних двух месяцев появились приступы удушья экспираторного характера, чаще в ночное время, сопровождающиеся кашлем с выделением небольшого количества мокроты слизистого характера, отделяющейся с трудом. В анамнезе: часто болела пневмониями.

Объективно: состояние средней тяжести. Положение ортопное. Выражен акроцианоз. Вены шеи набухшие, не пульсируют. Дыхание ритмичное, со свистом. Экспираторная одышка с числом дыханий в минуту - 26. Перкуторный звук над легкими с коробочным оттенком. Подвижность легочного края ограничена. Аускультативно: дыхание жесткое, рассеянные сухие свистящие хрипы. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. ЧСС - 96 в 1 мин. Пульс - 96 в 1 минуту, одинаков на обеих руках, мягкий, пониженного наполнения. АД - 115/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Органы брюшной полости без особенностей.

Установить предварительный диагноз.

Наметить план дополнительного дообследования.

Провести дифференциальную диагностику.

Определить тактику лечения.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ N 37 :

Рентгенограмма - прилагается (вне приступа в пределах нормы).

ФВД после купирования приступа удушья в пределах нормы.

ЭКГ - прилагается (вне приступа в пределах нормы).

Кожные аллергические пробы: положительная реакция на пробу с хлопковой пылью.

Анализ крови: эр. -  $5,3 \times 10^{12}$ ; Нв - 136 г/л, ц.п. - 0,8; л -  $5,5 \times 10^9$ , э - 15%, п - 2%, с - 58%, л - 20%, м - 5%, СОЭ - 5 мм/час.

Анализ мокроты: лейкоциты - 3-5 в п/зр., эозинофилы - 5-7 в п/зр., спирали Куршмана +, кристаллы Шарко-Лейдена +.

#### З А Д А Ч А N 39

Больной М., 46 лет, шофер, заболел остро: 14 декабря повысилась температура тела до 38,50 С, появились катаральные явления. Лечился амбулаторно без особого эффекта. 18 декабря появились неприятные ощущения за грудиной, чувство нехватки воздуха, которые нарастали. Доставлен в стационар в тяжелом состоянии. Кожные покровы синюшны, холодные на ощупь. В легких - укорочение перкуторного звука в заднебоковых отделах ниже угла лопатки, в этих областях

дыхание ослаблено, влажные незвонкие мелкопузырчатые хрипы. ЧД - 22 в минуту. Пульс - 100 в минуту, аритмичный, слабого наполнения. АД - 90/60 мм рт. ст. Границы относительной тупости сердца: правая - на 2 см от края грудины, левая - на 3 см снаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца глухие, на верхушке - систолический шум. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень выступает на 3 см, плотноватая.

Поставьте диагноз.

Проведите дифференциальную диагностику.

Наметьте план дообследования.

Назначьте лечение.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ N 39 :

ЭКГ - прилагается.

ЭХО-КС - снижение сердечного выброса, полость левого желудочка дилатирована.

Общий анализ крови: эр. -  $4,2 \times 10^{12}/л$ , Нв - 130 г/л, лейкоц. -  $15,1 \times 10^9/л$ , эоз. - 4%, пал. - 5%, сегм. - 45%, лимф. - 36%, мон- 9%, СОЭ - 6 мм/час.

Сыворотка крови : СРБ ++, КФК - 3,6 ммоль/гл, ЛДГ - 320 Ед/л, АСТ - 36 Ед/л.

Общий анализ мочи: уд. вес - 1016, белок - 0,06% , гиалиновые цилиндры - ед. в п/зр.

Посев крови стерилен.

Рентгенограмма - прилагается.

#### З А Д А Ч А N 40

Больной С., 49 лет, шофер. На амбулаторном приеме жалуется на боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, лопатку. Боль приступообразная, возникающая во время быстрой ходьбы, сопровождается чувством страха, в покое быстро проходит. Болен в течение 2-х месяцев, лечился вначале у невропатолога с диагнозом "Межреберная невралгия". Принимал анальгин, горчичники, физиотерапевтические процедуры, но состояние не улучшилось. Длительно много курит. Страдает гипертонической болезнью. Отец и старший брат перенесли инфаркт миокарда.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Имеет избыточный вес. Над легкими ясный легочный звук, дыхание везикулярное. Незначительное расширение сердца влево. На верхушке сердца ослабление 1 тона, над аортой - акцент II тона. АД - 170/100 мм рт. ст. Пульс ритмичен, 88 в минуту, несколько напряжен. Органы брюшной полости без особенностей. ЭКГ в покое без особенностей.

Установите диагноз.

Наметьте план дополнительного обследования.

Проведите дифференциальную диагностику.

Назначьте лечение.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ N 40 :

Велоэргометрия: выявлена депрессия сегмента ST на 2 мм в отведении anterior по Нэбу при выполнении нагрузки мощностью 100 ватт, сопровождающаяся появлением сжимающей боли за грудиной.

Холтеровское мониторирование: выявлено 4 эпизода депрессии сегмента ST на 1,5-2 мм во время подъемов по лестнице на 2-3-й этаж.

Эхокардиоскопия - утолщение задней стенки левого желудочка.

Общий анализ крови: эр. -  $4,8 \times 10^{12}/л$ , Нв - 135 г/л, цв.п. - 1,0; тромбоциты -  $240 \times 10^9/л$ , лейкоциты -  $5,5 \times 10^9/л$ , пал. - 2%, эоз.- 3%, сегм. - 65%, лимф. - 28%, мон. - 2%, СОЭ - 7 мм/ час, холестерин - 8,0 ммоль/л, бета-липопротеиды - 6,6 г/л, ПТИ - 100%, время свертывания - 4 мин., сахар - 5,5 ммоль/л, натрий - 135 ммоль/л, калий - 4,0 ммоль/л, кальций - 2,4 ммоль/л, креатинин - 0,1 ммоль/л.

Общий анализ мочи: светло-желтая, реакция кислая, прозрачность полная, уд. вес - 1016, белка и сахара нет, лейкоц. - 2-4 в п/зр., эр. - 1-2 в п/зр., цилиндров нет. Проба по Зимницкому: уд. вес - 1016-1020; дневной диурез - 800,0 мл; ночной диурез - 300,0 мл; об. диурез - 1100,0 мл.

Консультация окулиста: гипертоническая ангиопатия сетчатки, Salus 1-П.

Консультация невропатолога: патологии не выявлено.

#### З А Д А Ч А N 41

Больной С., 52 лет, инженер, поступил в стационар с жалобами на сжимающие боль за грудиной с иррадиацией в левую лопатку, появляющиеся преимущественно при ходьбе, иногда в покое и купирующиеся- таблетками нитроглицерина, одышку.

Страдает болями в сердце около 10 лет. За последние 2-3 года боли стали беспокоить чаще. По этому поводу неоднократно лечился в стационаре с временным улучшением. На протяжении последних 5 месяцев в связи с частыми приступами стенокардии получал по одной таблетке 2 раза в день, обзидан по 20 мг 3 раза в день, 1-2 таблетки нитроглицерина при болях. На фоне этого лечения последние 2 недели стал отмечать одышку при ходьбе, учащение и утяжеление приступов стенокардии, которые возникали при незначительных физических нагрузках и в покое. Для их купирования принимал 3-4 таблетки нитроглицерина.

При обследовании в стационаре: температура 36,8\*С, пульс - 96 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Границы сердца смещены влево от срединно-ключичной линии на 1 см. Тоны глухие. АД - 130/70 мм рт. ст. В легких на фоне жесткого дыхания в нижне-боковых отделах с обеих сторон единичные влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

Установить предварительный диагноз.

Провести дифференциальную диагностику.

Наметить план обследования.

Назначить лечение.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ N 41 :

Велоэргометрия: выявлена депрессия сегмента ST на 2 мм в отведении anterior по Нэбу при выполнении нагрузки мощностью 25 ватт, сопровождающаяся появлением сжимающей боли за грудиной.

Эхокардиоскопия: расширение полости левого желудочка и левого предсердия; утолщение задней стенки левого желудочка, стенки аорты. Снижение фракции выброса левого желудочка до 40%.

Рентгенография органов грудной клетки: усиление легочного рисунка за счет сосудистого компонента. Расширение тени сердца влево и вверх, сглаженность талии сердца. Расширение и уплотнение аорты.

Общий анализ крови: эр. -  $4,7 \times 10^{12}/л$ , Нв - 135 г/л, цв.п. - 1,0; тромбоциты -  $260 \times 10^9/л$ , лейкоц. -  $6,0 \times 10^9/л$ , пал. - 2%, эоз. - 1%, сегм. - 65%, лимф. - 30%, мон. - 2%, СОЭ - 7 мм/час.

Анализ крови на: АСТ - 0,28 ммоль/л, АЛТ - 0,3 ммоль/л, СРБ - отрицательный, КФК - 0,9 ммоль/гл, ПТИ - 105%, время свертывания - 2 мин., холестерин - 7,5 ммоль/л, бета-липопротеиды - 6,5 г/л.

Общий анализ мочи: светло-желтая, реакция кислая, прозрачность полная, уд. вес - 1018, белка и сахара нет, лейкоц. - 2-4 в п/зр., эр. - 1-2 в п/зр.

#### З А Д А Ч А N 42

Больной К., 56 лет, поступил в стационар с жалобами на одышку в покое преимущественно инспираторного характера, отеки ног, ноющие боли в области сердца, сердцебиение и перебои а сердце, тяжесть и ноющие боли в правом подреберье.

Заболел 3 месяца назад без видимой причины, когда отметил появление одышки при небольшой физической нагрузке. Несмотря на проводившееся амбулаторное лечение мочегонными, сердечными гликозидами, состояние прогрессивно ухудшалось, в связи с чем госпитализирован. Выяснено, что отец и старший брат больного умерли от сердечной недостаточности, хотя не страдали гипертонией и ишемической болезнью сердца.

Объективно: общее состояние тяжелое. Ортопноное. Одышка в покое с ЧД 28 в 1 мин.

Удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные. Акроцианоз, слабый диффузный цианоз лица. Отмечается набухание и пульсация шейных вен. Выраженные отеки стоп и голеней.

Грудная клетка правильной формы. Перкуторный звук притуплен в нижних отделах легких.

Дыхание жесткое, в нижних отделах незвучные мелкопузырчатые хрипы.

Область сердца внешне не изменена. Верхушечный толчок разлитой, ослаблен, определяется в У межреберье по передней подмышечной линии. Границы относительной тупости существенно расширены во все стороны: правая - на 2,0 см кнаружи от правой парастернальной линии, верхняя - во II межреберье, левая - совпадает с верхушечным толчком. Тоны сердца на верхушке приглушены, II тон акцентирован на легочной артерии. Патологический 3 тон на верхушке, здесь же мягкий систолический шум. Пульс - 104 в 1 мин., аритмичный за счет частых (до 10 в 1 мин.) экстрасистол,

пониженного наполнения и напряжения. АД - 95/70 мм рт ст Живот мягкий, умеренно болезнен в правом подреберье. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, плотноватая, край закруглен.

Установить предварительный диагноз.

Наметить план дополнительного обследования с указанием ожидаемых результатов.

Провести дифференциальную диагностику.

Определить тактику лечения.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ N 42 :

Эхокардиоскопия: расширение полостей сердца, незначительное утолщение задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки. Снижение фракции выброса левого желудочка до 40%.

Общий анализ крови: эр. -  $4,2 \times 10^{12}/л$ , Нв - 120 г/л, цв.п. - 0,9; тромбоциты -  $400 \times 10^9/л$ , лейкоц. -  $8,0 \times 10^9/л$ , пал. - 3%, эоз. - 2%, сегм. - 60%, лимф. - 28%, мон. - 7%, СОЭ - 10 мм/час.

АСТ - 0,35 ммоль/л, АЛТ - 0,4 ммоль/л, ДФА - 200 ед., СРБ - отрицательный, об. белок - 7,8 г/л, альбумины - 57%, альфа-1-глобулины - 5%, альфа-2-глобулины - 10%, бета-глобулины - 9%, гамма-глобулины - 19%.

Общий анализ мочи: уд. вес - 1018, белок - 0,099 г/л, лейкоц. - 2-4 в п/зр., эр. - 3-5 в п/зр., гиалиновые цилиндры.

#### З А Д А Ч А N 43

У больного Л., 16 лет, на мед. осмотре в военкомате выявлено повышение артериального давления до 180/120 мм рт. ст. Направлен на обследование в стационар. Предъявляет жалобы на головные боли, носовые кровотечения, боли в ногах после длительной ходьбы.

При осмотре отмечается гиперстеническая конституция больного, развитый плечевой пояс, гиперемия лица. Пульс на лучевой артерии напряжен, ритмичный с частотой 64 в мин. Левая граница сердца на 2 см снаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, на всех точках аускультации выслушивается грубый систолический шум, проводящийся на сосуды шеи и в межлопаточное пространство. АД на плечевой артерии - 170/110 мм рт. ст., на бедренной артерии - 150/80 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Печень и селезенка не пальпируются. Нижние конечности холодные, бледные, пульсация сосудов слабая.

Установить предварительный диагноз.

Наметить план дополнительного обследования.

Провести дифференциальную диагностику.

Определить тактику лечения.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ N 43 :

Анализ крови: эр. -  $4,8 \times 10^{12}/л$ , лейкоц. -  $6,0 \times 10^9/л$ , СОЭ - 8 мм/час, СРБ - (+), АСЛ-О - 63 ед., ДФА - 180 ед., фибриноген - 220 ед., альбумины - 60%, альфа-1-глобулины - 4%, альфа-2-глобулины - 7%, бета-глобулины - 10%, гамма-глобулины - 19%.

Анализ мочи: отсутствие изменений.

Глазное дно: отсутствие признаков гипертонической ангиопатии.

ЭКГ - прилагается.

ФКГ: изменение амплитуды 2 тона на аорте, систолический шум на аорте ромбовидной формы.

ЭХО-КГ: признаки гипертрофии левого желудочка.

Сфигмография: увеличение объемного кровотока и артериального давления на верхних и снижение этих показателей на нижних конечностях.

Рентгенограмма - прилагается.

Аортография: сужение в области перешейка аорты.

10. Ультразвуковое исследование почек: отсутствие патологических изменений.

#### З А Д А Ч А N 44

Больная К., 32 лет, жалуется на одышку при незначительной физической нагрузке, чувство тяжести в правом подреберье, увеличение размеров живота, отеки ног. В детстве перенесла полиартрит. Два года назад появилась мерцательная аритмия. Изредка отмечается кровохарканье.

Объективно: акроцианоз, "митральная бабочка", положительный венный пульс на шее,

эпигастральная пульсация. Дыхание жесткое, в задне-нижних отделах легких выслушиваются

незвучные мелкопузырчатые хрипы. ЧДД - 22 в мин. Пульс слабого наполнения и напряжения, аритмичный, 82 в мин. Дефицита пульса нет. Правая граница сердца на 2 см кнаружи от правого края грудины, верхняя во 2 межреберье, левая по левой срединно-ключичной линии. 1 тон на верхушке усилен, выслушивается ритм перепела, 2 тон на легочной артерии акцентирован, на верхушке выслушивается диастолический шум. У основания мечевидного отростка выслушивается систолический шум с усилением на вдохе. АД - 110/90 мм рт. ст. Живот умеренно увеличен в размере за счет асцита и увеличенной печени, которая выступает на 6 см из-под реберной дуги, плотная, болезненная, отмечается систолическая пульсация. Отеки ног.

Установить предварительный диагноз.

Наметить план дополнительного обследования.

Провести дифференциальную диагностику.

Определить тактику лечения.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ N 44 :

Анализ крови:  $4,3 \times 10^9$ /л, СОЭ - 16 мм/час, СРБ - (-), эр. -  $4,7 \times 10^{12}$ /л, ДФА - 220 ед., фибриноген - 250 мг%, альбумины - 56%, альфа-1-глобулины - 4%, альфа-2-глобулины - 7%, бета-глобулины - 12%, гамма-глобулины - 19%, АСЛ-О - 220 ед.

ЭКГ - прилагается.

ФКГ: изменение амплитуды 1 и 2 тонов, наличие дополнительного тона, диастолический шум на верхушке и в точке Боткина, систолический шум у основания мечевидного отростка.

ЭХО-КГ: уменьшение площади левого аV отверстия. Створки МК - П-образной формы; задняя подтянута. Отмечается расширение полости левого предсердия и правого желудочка + правого предсердия. В "Д" режиме увеличение скорости МК (стенотический поток); на ТК регургитация в полость правого предсердия при закрытом ТК.

Рентгенограмма - прилагается.

#### ЗАДАЧА N 45

Больной П., 45 лет, при обращении к врачу предъявлял жалобы на головокружение, боли сжимающего характера в области сердца при физической нагрузке, одышку при ходьбе, дважды наблюдался кратковременный обморок.

При объективном обследовании обращает на себя внимание бледность кожных покровов лица, пульсация сосудов шеи; левая граница сердца в У! межреберье на 2 см кнаружи от левой сосковой линии, правая по правому краю грудины, верхняя на уровне III ребра. Тоны сердца ритмичные, 1 тон на верхушке ослаблен, II тон во втором межреберье справа от грудины акцентирован, там же выслушивается диастолический шум, проводящийся вдоль левого края грудины к верхушке. Пульс высокий и скорый, 120 уд. в мин. АД - 150/60 мм рт. ст. Дыхание в легких с жестким оттенком, ЧДД - 20 в мин. Живот мягкий, печень по краю реберной дуги. Отеков нет.

Установить предварительный диагноз.

Наметить план дополнительного обследования.

Провести дифференциальную диагностику.

Определить тактику лечения.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ N 45 :

Анализ крови: лейкоц. -  $6,0 \times 10^9$ /л, эр. -  $4,8 \times 10^{12}$ /л, СОЭ - 10 мм/час, СРБ - (+), ДФА - 200 ед., АСЛ-О - 63 ед., реакция Вассермана - (+), РИТ - (++) , А - 55%, альфа-1-глобулины - 5%, альфа-2-глобулины - 8%, бета-глобулины - 12%, гамма-глобулины - 20%, формоловая проба - (-), стерильность - (-).

ЭКГ - прилагается.

ФКГ: изменение амплитуды 1 тона на верхушке; диастолический шум во II межреберье справа от грудины.

ЭХО-КС: стенки аорты АК уплотнены. Полость левого желудочка расширена. Митральный клапан сепарирован. На передней створке МК - flutter. Межжелудочковая перегородка (МЖП) и задняя стенка левого желудочка (ЗСЛЖ) гиперкинетичны. В дальнейшем - утолщение МЖП и ЗСЛЖ. В "Д" режиме патологический кровоток в ВТЛЖ в диастолу.

Рентгенограмма - прилагается.

Консультация дермато-венеролога: наличие в анамнезе признаков перенесенного сифилиса.

#### ЗАДАЧА N 46

У больной Н., 25 лет, на мед. осмотре выявлен шум при аускультации сердца. Жалоб не предъявляет, считала себя здоровой. При опросе выяснилось, что в возрасте 10 лет перенесла полиартрит, лечилась домашними средствами. Неоднократно болела ангинами.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, легкий цианотический румянец на лице; дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧДД - 18 в мин. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 76 уд. в мин. Правая граница сердца по правому краю грудины, верхняя на уровне III ребра, левая на 1 см снаружи от левой срединно-ключичной линии в V межреберье. Тоны сердца ритмичные, 1 тон на верхушке умеренно ослаблен, выслушивается систолический шум дующего характера, проводящийся в левую подмышечную область. АД - 110/75 мм рт. ст. Живот мягкий, печень и селезенка не пальпируются. Периферических отеков нет.

Установить предварительный диагноз.

Наметить план дополнительного обследования.

Провести дифференциальную диагностику.

Определить тактику лечения.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ N 46 :

Анализ крови: лейкоц. -  $5,0 \times 10^9/\text{л}$ , эр. -  $4,2 \times 10^{12}/\text{л}$ , СОЭ - 8 мм/час, СРБ - (-), ДФА - 180 ед., фибриноген - 300 мг%, АСЛ-О - 63 ед., альбумины - 60%, альфа-1-глобулины - 3%, альфа-2-глобулины - 8%, бета-глобулины - 13%, гамма-глобулины - 16%.

ЭКГ - прилагается.

ФКГ: изменение амплитуды 1 тона на верхушке, там же регистрируется систолический шум.

ЭХО-КГ: створки МК уплотнены; задняя створка в противофазе, гиперкинезия передней створки МК.

Отмечается расширение полости левого предсердия (л пр > аорта), расширение полости левого желудочка (ЛЖ). Выявляется умеренная гиперкинезия межжелудочковой перегородки (МЖП) и задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ), как перегрузка объемом. В "Д" режиме - патологический сброс крови в полость левого предсердия в систолу ЛЖ.

#### ЗАДАЧА N 47

У больного П., 38 лет, повысилась температура тела до 39,0С. Назначенная противовоспалительная терапия в течение двух недель положительного эффекта не дала.

Объективно: состояние тяжелое, кожные покровы бледные, влажные. Перкуторно в нижних отделах легочный звук с тимпаническим оттенком. При аускультации дыхание ослаблено с обеих сторон. В межлопаточном пространстве выслушиваются сухие хрипы.

Анализ крови: л -  $9,0 \times 10^9/\text{л}$ , лимф. - 10%, м - 12%, СОЭ - 45 мм/час.

Реакция Манту с 2 ТЕ - отр.

БК в мокроте не найдены.

Установить предварительный диагноз.

Наметить план дообследования.

Провести дифференциальную диагностику.

#### ЗАДАЧА N 48

Участковый врач-педиатр, 25 лет, заболела неделю тому назад: повысилась температура тела до 37,80С, появилась припухлость на шее. Поставлен диагноз: ОРЗ, шейный лимфаденит. Назначено лечение эритромицином, согревающий компресс на шею. На фоне лечения повысилась температура тела до 39,00С, появилась резкая головная боль, многократная рвота, менингеальный синдром. Проба Манту - папула 23 мм. Год назад был контакт с больным открытой формой туберкулеза.

Наиболее вероятные заболевания.

Какие необходимо провести дополнительные обследования в первую очередь.

Определить лечебную тактику.

#### ЗАДАЧА N 49

Мужчина 57 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 37,40С.

Из анамнеза: 10 лет назад перенес очаговый туберкулез легких и был снят с учета.

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. При аускультации в обеих



легких выслушивается жесткое дыхание, единичные сухие хрипы и в межлопаточном пространстве мелкопузырчатые хрипы после покашливания.

Анализ крови: э - 4,8x10<sup>12</sup> , Нв - 142 г/л, л - 9,2x10<sup>9</sup> , п - 2, с - 78, л - 12, м - 8, СОЭ - 25 мм/час.

В мокроте МБТ методом бактериоскопии не обнаружены.

Установить предварительный диагноз.

Наметить план дополнительного обследования.

Провести дифференциальную диагностику.

Назначить лечение.

### З А Д А Ч А N 50

Больной П., 35 лет, в 16-летнем возрасте перенес экссудативный плеврит, спустя 20 лет у него был выявлен диссеминированный туберкулез легких в фазе распада. МБТ +. Лечился 14 месяцев в стационаре и санатории. Отмечено прекращение бактериовыделения, рассасывание и уплотнение очагов в легких, но справа во 2-ом сегменте сформирована полость с толстыми стенками. От хирургического лечения больной отказался.

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. При перкуссии справа над правой верхушкой легкого сзади определяется притупление легочного звука: в этой же зоне при покашливании определяются стойкие влажные хрипы среднего калибра. Со стороны других систем и органов при физикальном обследовании отклонений не выявлено.

Анализ крови: эр. - 4,5x10<sup>9</sup> , Нв - 130 г/л, л - 8,0x10<sup>9</sup> , п - 0, с/я - 75, лимф. - 20, м - 5, СОЭ - 12 мм/час.

Поставить клинический диагноз и обосновать его.

Определить тактику врача-фтизиатра после отказа больного от операции.

Тактика участкового врача-терапевта в отношении данного больного.

### 5.3. Рекомендуемая литература

Основная:

№ п/ п	Название	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	Болезни суставов : Руководство для врачей	В.И. Мазуров	СПб. : СпецЛит, 2008.	5	35
2	Диффузные болезни соединительной ткани	В.И. Мазуров	СПб. : СпецЛит, 2009	3	35
3	Ревматология: национальное руководство	Е.Л. Насонов	М. : ГЭОТАР-МЕД, 2010	10	35
4	Клиническая ревматология	В.И. Мазуров	СПб. : Фолиант, 2001.	5	35
5	Ревматология	Н.А. Шостак	М. : ГЭОТАР-МЕД, 2012	1	35

Дополнительная литература:

№ п/п	Название	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1.	Антифосфолипидный синдром: диагностика и лечение	В. И. Мазуров, Е. А. Трофимов, С. Ю. Уваров	СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2012	6	35
2.	Системная красная волчанка: диагностика и лечение. СКВ-подобный синдром	В.И. Мазуров, Е.А. Трофимов, Я.А. Лейнеман	СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2015	3	35

3.	Ортопедия : Национальное руководство	С. П. Миронов, Г. П. Котельников	Б.м. : ГЭОТАР-Медиа, 2013	2	35
4.	Сустав: Морфология, клиника, диагностика, лечение	В.Н. Павлова, Г.Г. Павлов, Н.А. Шостак, Л.И. Слуцкий	М. : МИА, 2011	1	35
5.	Реабилитация при заболеваниях сердца и суставов	С. М. Носков, В. А. Маргазин, А. Н. Шкробко	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	35
6.	Острая ревматическая лихорадка	И. А. Онущенко	СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2013.	6	35
7.	Детская кардиология и ревматология	Л. М. Беляева	М. : Мед. информ. агентство, 2011	1	35
8.	Консервативное лечение остеоартроза	С. М. Носков	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014	1	35