



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 » 07 2019 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

основной образовательной программы высшего образования - программы ординатуры
по специальности 31.08.49 Терапия

Трудоемкость: 3 зе

Санкт-Петербург
2019 г.

1. Общие положения

Государственная итоговая аттестация по основной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.49 Терапия (далее – ГИА) проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры по специальности 31.08.49 Терапия (далее – Программа) требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.49 Терапия (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 терапевтической 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-терапевта, 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-терапевта, 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-терапевта, 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-терапевта.

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.

1.2. Вопросы, выносимые на государственный экзамен

1. Железodefицитные анемии. Определение. Этиология и патогенез. Клиника. Лабораторные признаки ЖДА. Дифференциальный диагноз. Лечение железodefицитной анемии Прогноз Профилактика, реабилитация.
2. В₁₂ дефицитная анемия. Определение. Этиология и патогенез. Клиника. Лабораторные признаки. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз Профилактика, реабилитация.
3. Фолиеводефицитная анемия. Определение. Этиология и патогенез. Клиника. Лабораторные признаки. Дифференциальный диагноз. Лечение анемии. Профилактика, реабилитация.
4. Апластическая анемия. Определение. Этиология и патогенез. Клиника. Лабораторные признаки. Дифференциальный диагноз. Лечение анемии. Прогноз. Профилактика, реабилитация.
5. Гемолитическая анемия. Определение. Этиология и патогенез. Клиника. Лабораторные признаки. Дифференциальный диагноз. Лечение анемии. Прогноз Профилактика, реабилитация.
6. Гемофилии. Определение. Этиопатогенез. Клиническая картина. Диагностика гемофилий. Лечение гемофилий. Прогноз. Профилактика, реабилитация.
7. Тромбоцитопении. Идиопатическая аутоиммунная тромбоцитопения (болезнь Верльгофа) Этиопатогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.

8. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови (ДВС - синдром, тромбгеморрагический синдром) Определение. Этиопатогенез. Варианты (типы) заболевания. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Прогноз Профилактика.
9. Виды регуляции иммунного ответа. Что такое иммунологическая толерантность? Как объяснить понятие «иммуностимуляция» и «иммунодепрессия»?
10. Основные типы иммунного ответа, особенности их формирования. Основы межклеточного взаимодействия, роль цитокинов в иммунном ответе.
11. История развития клинической фармакологии в мире и в РФ; Законодательные акты, регламентирующие деятельность врачей-клинических фармакологов, обращение лекарственных средств; Законодательные акты, регламентирующие мониторинг безопасности лекарственных средств в РФ;
12. Роль клинического фармаколога в ЛПУ. Организация службы клинической фармакологии; Федеральная формулярная система. Формулярная система в ЛПУ. Практическое значение, принципы создания и функционирования; Понятие о лекарственном обеспечении ЛПУ, о стандартах оказания медицинской помощи;
13. Понятие о доказательной медицине. Уровни доказательности; Порядок регистрации лекарственных средств в РФ. Основные понятия о доклинических, клинических и постмаркетинговых испытаниях лекарственных средств;
14. Роль фармакоэпидемиологического анализа в изучении закономерностей применения и последствий применения лекарственных средств на уровне ЛПУ, города, страны;
15. Острый тубулоинтерстициальный нефрит. Причины развития. Клиника. Диагностика. Принципы терапии. Профилактические мероприятия.
16. Хронический тубулоинтерстициальный нефрит. Основные причины развития. Клиническая картина заболевания. Лабораторная диагностика. Основные принципы терапии. Профилактика, реабилитация
17. Хронический пиелонефрит. Этиопатогенез. Критерии диагностики (клиника, лабораторные и инструментальные методы). Принципы терапии (этиотропная, патогенетическая и симптоматическая терапия). Профилактика, реабилитация.
18. Гломерулонефриты. Определение. Этиология, патогенез. Патоморфология. Классификация. Гломерулярные синдромы. Основные принципы выбора терапии при гломерулонефритах. Прогноз. Профилактика, реабилитация.
19. Амилоидоз почек. Классификация. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение. Прогноз. Профилактика, реабилитация
20. Хроническая болезнь почек. Эпидемиология. Критерии диагноза и классификация. Факторы риска развития и прогрессирования ХБП. Профилактика и основные подходы к лечению. Профилактика, реабилитация
21. Рак почки. Клиника, диагностика. Принципы лечения. Прогноз. Профилактика, реабилитация
22. Современная классификация невротических и стрессовых расстройств.
23. Какие классы нейрорептиков применяют в соматической практике?
24. Какова тактика применения антидепрессантов у пациентов с психологическими расстройствами?
25. Какова роль фитотерапии в лечении психологических расстройств? Роль физиотерапии в лечении пациентов с психологическими расстройствами.
26. Острая ревматическая лихорадка, распространенность, заболеваемость, этиология, патогенез, патоморфология. Диагностика острой ревматической лихорадки. Клиника острой ревматической лихорадки. Профилактика, реабилитация
27. Определение, этиология и патогенез псориатического артрита. Клиническая картина, диагностика и дифференциальная диагностика, лечение псориатического артрита. Профилактика, реабилитация

28. Определение, этиология и патогенез болезни Шегрена. Клиническая картина, диагностика и дифференциальная диагностика, лечение болезни Шегрена. Профилактика, реабилитация
29. Определение, распространенность, этиология и патогенез болезни Лайма. Клиническая картина, диагностика и дифференциальная диагностика, лечение болезни Лайма. Профилактика, реабилитация
30. Современная классификация системных васкулитов. Основные принципы диагностики системных васкулитов. Рабочая классификация системных васкулитов (Chapel Hill Consensus).
31. Определение, этиология и патогенез подагрического артрита. Клинические варианты подагрического артрита. Диагностика и дифференциальная диагностика подагры. Лечение подагры. Профилактика, реабилитация
32. Определение, этиология и патогенез дерматомиозита и полимиозита. Особенности клинической картины дерматомиозита и полимиозита. Варианты течения. Критерии диагностики дерматомиозита и полимиозита, дифференциальная диагностика. Лечение дерматомиозита и полимиозита. Профилактика, реабилитация
33. Ревматоидный артрит, определение, этиология и патогенез. Методы интенсификации лечения РА. Оценка эффективности проводимой базисной терапии при РА. Клиника суставной формы РА. Основные клинические признаки прогрессирования РА. Рефрактерный ревматоидный артрит: его основные клинические признаки, подходы к терапии. Синдром Фелти и болезни Стилла взрослых. Профилактика, реабилитация
34. Этиология, патогенез, классификация системной красной волчанки. Клинические проявления системной красной волчанки. Диагностика системной красной волчанки. Принципы терапии. Критерии диагностики системной красной волчанки. Лечение системной красной волчанки. Профилактика, реабилитация
35. Определение и классификация антифосфолипидного синдрома. Катастрофический антифосфолипидный синдром. Диагностика антифосфолипидного синдрома. Критерии диагностики. Клиника. Лечение антифосфолипидного синдрома. Особенности лечения первичного и вторичного АФС. Профилактика, реабилитация
36. Клиническая картина системной склеродермии, основные клинические синдромы, принципы лечения. Поражение внутренних органов при системной склеродермии. Профилактика, реабилитация
37. Клиника неспецифического аortoартериита. Лечение неспецифического аortoартериита. Профилактика, реабилитация
38. Гранулематоз Вегенера: определение, клиника, классификационные критерии. Лечение гранулематоза Вегенера. Профилактика, реабилитация
39. Узелковый полиартериит: определение, клиника, классификационные критерии, лечение. Профилактика, реабилитация
40. Неспецифический аortoартериит (болезнь Такаясу): определение, классификационные критерии. Профилактика, реабилитация
41. Микроскопический полиартериит. Этиология, патогенез, клиника. Микроскопический полиартериит. Диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Профилактика, реабилитация
42. Клиника, критерии диагностики, варианты течения анкилозирующего спондилоартрита. Лечение анкилозирующего спондилоартрита. Профилактика, реабилитация
43. Этиопатогенетическая классификация остеопороза. Факторы риска развития ОП. Основные принципы профилактики, реабилитации остеопороза. Основные группы препаратов, используемые для лечения остеопороза.
44. Остеоартроз. Классификация, этиология, патогенез, факторы риска. Принципы терапии. Профилактика, реабилитация

45. Цитостатики: классификация, механизмы действия, показания, принципы назначения, осложнения. Генно-инженерная биологическая терапия, механизмы действия, показания, принципы назначения, контроль осложнений.
46. Пульс-терапия ГКС и ЦС: показания, варианты, контроль осложнений. ГКС: показания, принципы назначения, осложнения.
47. Эпидемиология сахарного диабета. Этиология и патогенез сахарного диабета. Факторы риска заболевания. Классификация сахарного диабета. Ранняя диагностика сахарного диабета. Проведение и оценка теста на толерантность к глюкозе. Диагностические критерии сахарного диабета, критерии компенсации сахарного диабета. Клиника сахарного диабета. Дифференциальная диагностика
48. Классификация микро- и макроангиопатий при сахарном диабете. Диабетическая нефропатия. Диабетическая ретинопатия. диабетическая нейропатия, синдром диабетической стопы.
49. Показание к инсулинотерапии. Суточная потребность в инсулине. Осложнения инсулинотерапии. Классификация таблетированных сахароснижающих препаратов. Показания, противопоказания к назначению сахароснижающих таблетированных препаратов. Диетотерапия при сахарном диабете.
50. Этиология, патогенез, клиника, диагностика кетоацидоза и кетоацидотической комы, гипогликемических состояний, гипогликемической комы, гиперосмолярной комы. Дифференциальная диагностика коматозных состояний у больных сахарным диабетом. Лечение коматозных состояний при сахарном диабете и их профилактика.
51. Этиологические и патогенетические факторы развития диффузно-токсического зоба. Патогенез основных клинических синдромов при токсическом зобе. Диагностика, дифференциальная диагностика, лечение диффузно-токсического зоба. Осложнения диффузно-токсического зоба.
52. Этиологические факторы, приводящие к развитию гипотиреоза. Классификация гипотиреоза. Клинические проявления гипотиреоза. Лабораторная и инструментальная диагностика гипотиреоза.
53. Этиопатогенез острой и хронической надпочечниковой недостаточности. Классификация острой, хронической надпочечниковой недостаточности. Клинические и лабораторные проявления острой и хронической надпочечниковой недостаточности. Диагностика острой, хронической надпочечниковой недостаточности. Основные принципы заместительной терапии при острой и хронической надпочечниковой недостаточности.
54. Болезнь и синдром Иценко-Кушинга, клиника, диагностика, лечение. Профилактика, реабилитация
55. Этиология и патогенез синдромов при акромегалии. Клинические проявления акромегалии. Диагностика акромегалии. Дифференциальная диагностика акромегалии. Методика лечения акромегалии. Профилактика, реабилитация
56. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Профилактика, реабилитация
57. Алкогольные поражения печени. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Профилактика, реабилитация
58. Функциональная диспепсия. Классификация. Принципы терапии. Профилактика, реабилитация
59. НПВС- гастропатия. Профилактика, реабилитация. Диагностика. Лечение.
60. Постхолецистэктомический синдром. Определение. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Профилактика, реабилитация
61. Злокачественные опухоли толстой кишки. Закономерности метастазирования. Клиническая симптоматология. Принципы скрининга колоректального рака. Профилактика, реабилитация

62. Рак желудка. Предопухолевые и предрасполагающие факторы, скрининг. Клиническая картина, диагностика. Профилактика, реабилитация
63. Хронический панкреатит. Определение. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Профилактика, реабилитация
64. Хронический гастрит. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Профилактика, реабилитация
65. Язвенная болезнь желудка и ДПК. Клиника, диагностика. Принципы и схемы эрадикационной терапии *Helicobacter pylori*. Вопросы профилактики, реабилитации.
66. Острый и хронический холецистит. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Профилактика, реабилитация
67. Циррозы печени. Осложнения. Диагностика. Лечение. Профилактика, реабилитация
68. Неалкогольная жировая болезнь печени. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Профилактика, реабилитация
69. Болезнь Крона. Этиология. Патогенез. Клиника. Лечение в зависимости от локализации. Профилактика, реабилитация
70. Желчнокаменная болезнь. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение. Профилактика, реабилитация
71. Язвенный колит. Этиология. Патогенез. Клиника. Лечение в зависимости от локализации. Профилактика, реабилитация
72. Первичный билиарный холангит. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Профилактика, реабилитация
73. Аутоиммунный гепатит. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Профилактика, реабилитация
74. Синдром раздраженного кишечника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика, реабилитация
75. Эпидемиология, факторы риска, этиология бронхиальной астмы. Патогенез бронхиальной астмы Клиническая картина Диагностика бронхиальной астмы. Классификация бронхиальной астмы. Фенотипы бронхиальной астмы. Определение степени контроля заболевания
76. GINA, история вопроса. Современная классификация бронхиальной астмы. Определение степени тяжести. Тактика выбора поддерживающей терапии. Ступенчатая терапия бронхиальной астмы. Осложнения и неотложные состояния бронхиальной астмы, неотложная помощь. Лечение обострения бронхиальной астмы, показания для госпитализации
77. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ХОБЛ. Табакокурение, эпидемиология, оценка степени никотиновой зависимости, положения «Международной рамочной конвенции по борьбе против табака» методы отказа.
78. Патогенез ХОБЛ. GOLD, история вопроса. Современная классификация ХОБЛ. Основные положения диагностики ХОБЛ. Коморбидность ХОБЛ. Обострение ХОБЛ, роль обострений на течение заболевания. Дифференциальная диагностика ХОБЛ. Лечение Основные положения фармакотерапии ХОБЛ
79. Рак легких- определение, классификации Рак легких, клинические проявления. Скрининг, группы риска Диагностика рака легких. Дифференциальный диагноз. Рекомендации по обследованию больных с подозрением на рак легкого. Тактика лечения. Профилактика, реабилитация
80. Пневмонии, определение, классификация, показания для госпитализации
81. Внебольничная пневмония- определение, классификация. Критерии тяжелого течения ВП, классификация по МКБ Этиология внебольничной пневмонии. Сопутствующие заболевания/факторы риска, ассоциированные с определенными возбудителями ВП. Патогенез внебольничной пневмонии Профилактика, реабилитация
82. Эмфизема легких, определение, классификация, диагностика, осложнения, лечение

83. Определение интерстициальных заболеваний легких. Классификация интерстициальных заболеваний легких.
84. Идиопатический легочных фиброз. Понятие. Клиника, диагностика, лечение. Профилактика, реабилитация
85. Саркоидоз легких. Понятие. Клиника, диагностика, лечение. Профилактика, реабилитация
86. Острый и хронический бронхит. Понятие. Клиника, диагностика, лечение. Профилактика, реабилитация
87. Дислипотеинемии. Классификация. Этиология. Принципы лечения. Лабораторная и инструментальная диагностика атеросклероза. Лекарственное лечение гиперлипидемий. Профилактика атеросклероза. Диета при гиперлипидемиях.
88. Хроническая ИБС. Классификация. Стратификация коронарного риска у больных с хронической ИБС. Стенокардия. Классификация, лечение. Медикаментозное лечение хронической ИБС. Показания к хирургическому лечению ИБС.
89. Антитромбоцитарная терапия ишемической болезни сердца. Антитромботические препараты. Механизм действия, показания, противопоказания.
90. Особые формы ИБС: вазоспастическая стенокардия, безболевого ишемия миокарда, микроваскулярная стенокардия (кардиальный синдром X).
91. Классификация ИМ, критерии диагностики. Осложнения инфаркта миокарда. Диагностика. Лечение.
92. Клиника, диагностика, лечение пациента с ОКС без стойкого подъема сегмента ST.
93. Клиника, диагностика, лечение пациента с ОКС со стойким подъемом сегмента ST.
94. Показания к реваскуляризации при острых формах ИБС. Тромболитическая терапия и первичная коронарная баллонная ангиопластика. Особенности антитромботической терапии.
95. Остановка кровообращения. Техника проведения реанимационных мероприятий.
96. Первичная артериальная гипертензия. Классификация. Стратификация риска. Принципы обследования больных с артериальной гипертензией. Принципы лечения артериальной гипертензии.
97. Вторичные артериальные гипертензии. Диагностика. Принципы лечения.
98. Артериальные гипотензии. Причины. Диагностика. Лечение.
99. Миокардиты. Этиология. Диагностика, принципы лечения. Осложнения при миокардитах. Особенности лечения сердечной недостаточности при миокардитах.
100. Констриктивный перикардит. Показания к хирургическому лечению.
101. Тампонада сердца. Диагностика, лечение.
102. Дилатационная кардиомиопатия. Классификация. Этиология. Медикаментозное и хирургическое лечение дилатационных кардиомиопатий.
103. Гипертрофическая кардиомиопатия. Классификация, этиология, лечение. Стратификация риска внезапной смерти при гипертрофической кардиомиопатии.
104. Перипаретальная, рестриктивная кардиомиопатии, аритмогенная дисплазия правого желудочка.
105. Острая ревматическая лихорадка. Этиология, патогенез. Клиническая картина. Диагностика, лечение, профилактика.
106. Инфекционный эндокардит. Этиология, диагностика. Медикаментозное лечение инфекционного эндокардита. Показания к оперативному лечению.
107. Экстрасистолия, парасистолия. Классификация. диагностика, лечение.
108. Предсердные тахикардии. Классификация, ЭКГ-диагностика, лечение.
109. Атриовентрикулярные реципрокные тахикардии. Механизмы развития, медикаментозное и немедикаментозное лечение.
110. Фибрилляция и трепетание предсердий. Классификация, ЭКГ-диагностика. Принципы выбора лечебной тактики у пациента с фибрилляцией предсердий. Профилактика

- тромбоэмболий в большой круг кровообращения при фибрилляции предсердий. Медикаментозные и хирургические методы лечения фибрилляции предсердий.
111. Желудочковые тахикардии. Классификация, ЭКГ-диагностика, лечение.
 112. Фибрилляция желудочков. Риск внезапной сердечной смерти при различных нозологических формах. Профилактика внезапной сердечной смерти при хронической ИБС. Первичная и вторичная профилактика.
 113. Стеноз митрального клапана. Этиология, диагностика, лечение. Профилактика, реабилитация
 114. Недостаточность митрального клапана. Этиология, диагностика, лечение. Профилактика, реабилитация
 115. Недостаточность аортального клапана. Этиология. Диагностика, лечение. Профилактика, реабилитация
 116. Стеноз аортального клапана. Этиология. Диагностика, лечение. Профилактика, реабилитация
 117. Синоатриальные блокады. Классификация, ЭКГ-диагностика, лечение.
 118. Атриовентрикулярные блокады. Классификация, ЭКГ-диагностика, лечение. Кардиостимуляторы. Классификация.
- Показания и противопоказания к временной и постоянной кардиостимуляции.
119. Патогенез ХСН. Классификация В.Х. Василенко и Н.Д. Стражеско. Классификация ХСН NYHA. Диагностика сердечной недостаточности. Клинические методы оценки тяжести ХСН. Принципы лечения ХСН. Цели лечения. Немедикаментозные компоненты лечения. Медикаментозная терапия. Основные классы применяемых препаратов.
 120. Ресинхронизирующая терапия при сердечной недостаточности. Показания.
 121. Классификация острой сердечной недостаточности по Т. Killip и J. Forrester. Острая левожелудочковая недостаточность. Лечение в зависимости от этиологии.
 122. Острая правожелудочковая недостаточность. Этиология. Лечение. Профилактика, реабилитация
 123. Адреномиметики. Механизм действия, показания, противопоказания.
 124. Альфа-адреноблокаторы Механизм действия, показания, противопоказания. Антиаритмические препараты. Механизм действия, показания, противопоказания.
 125. Бета-блокаторы. Механизм действия, показания, противопоказания.
 126. Блокаторы кальциевых каналов. Механизм действия, показания, противопоказания.
 127. Вазодилататоры прямого действия. Механизм действия, показания, противопоказания.
 128. Очаговый туберкулез легких: патогенез, патоморфология, методы выявления, клиника, диагностика, лечение.
 129. Инфильтративный туберкулез легких: патогенез, патоморфология, клиника, диагностика, лечение.
 130. Кавернозный туберкулез легких: диагностика, лечение.
 131. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких: патогенез, причины формирования, клиника, диагностика, лечение.
 132. Дизентерия острая и хроническая. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, клиническая картина, осложнения, прогноз, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
 133. Грипп. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, клиническая картина, осложнения, прогноз, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
 134. Вирусный гепатит В, С. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, клиническая картина, осложнения, прогноз, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика. Исходы.

135. ВИЧ – инфекция. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, клиническая картина, осложнения, прогноз, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
136. Современное состояние гастроэнтерологической помощи населению и пути ее дальнейшего совершенствования. Основные принципы организации гастроэнтерологической службы.
137. Основы медико-социальной экспертизы. Временная утрата трудоспособности. Современное состояние и задачи медико-социальной экспертизы.
138. Значение медицинского и социального факторов при определении трудоспособности больных. Экспертиза временной нетрудоспособности.

Пример ситуационных задач по специальности «Терапия»

ЗАДАЧА 1

Мужчина 45 лет, прораб. Обратился с жалобами на ежедневную изжогу после еды, усиливающуюся при наклонах туловища и в горизонтальном положении; боли за грудиной жгучего характера, без иррадиации, чувство «кома в горле» после приема пищи, отрыжку кислым, избыточное слюноотделение во время сна.

Анамнез заболевания: начало заболевания около 2-х лет назад, когда появилась эпизодическая изжога при употреблении острой, жирной пищи, переедании; затем появились боли за грудиной жгучего характера, сопровождающиеся кислой отрыжкой. По поводу загрудинных болей обратился к терапевту по месту жительства, выполнено ЭКГ – без патологии. При использовании нитроглицерина для купирования болевого синдрома за грудиной – эффекта не было. Рекомендован прием антацидов, ЭФГДС в плановом порядке. Около 2-х месяцев усилилась изжога до 5 раз в неделю независимо от характера пищи, появилась отрыжка кислым повышенное слюноотделение. В течение 2-х недель состояние ухудшилось: усилились боли, изжога стала ежедневной; для купирования симптомов принимал Маалокс с кратковременным положительным эффектом.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Повышенного питания, масса тела - 95 кг. (ИМТ – 32,2 кг/м²). Кожный покров телесного цвета. Отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 17 в минуту. Область сердца без особенностей, границы не изменены. Сердечные тоны ритмичные, приглушены, частотой 66 в минуту. АД - 130/80 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот увеличен за счет подкожной клетчатки, мягкий, безболезненный. Пальпация кишечника затруднена из-за абдоминального ожирения. Печень по краю реберной дуги. Пузырные симптомы отрицательные. Зоны Шоффара, Губергрица - Скульского безболезненные. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с двух сторон.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин - 140 г/л, СОЭ - 6 мм/час, эритроциты - $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $8,6 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные - 5%, сегментоядерные - 56%, лимфоциты - 37%.

Биохимический анализ крови: общий белок - 70 г/л, альбумины - 39 г/л, фракции глобулинов в пределах нормы, глюкоза - 6,2 ммоль/л, билирубин общий - 17,9 мкмоль/л; прямой – 3,6 ммоль/л; АЛТ - 27 U/L (норма 4-42 U/L); АСТ - 25 U/L (5-37 U/L); амилаза крови - 19 г/л (12-32 г/л в час).

ЭГДС: слизистая нижней трети пищевода несколько отечна, умеренно гиперемирована, кардия зияет, при натуживании в грудную полость пролабирует слизистая желудка; в желудке умеренное количество жидкости, слизи; слизистая желудка и ДПК без особенностей.

Rg – графия пищевода и желудка: пищевод свободно проходим, прослеживаются продольные складки на всём протяжении. Желудок в форме крючка, газовый пузырь небольшой. В положение Тренделенбурга дно желудка выступает в грудную полость в виде округлого образования, вертикально желудок занимает обычное положение, складки

слизистой желудка обычного калибра, перистальтика желудка и эвакуация своевременна, луковица ДПК без особенностей.

Вопросы к задаче:

- А) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- В) Составьте план обследования больного. Обоснуйте свой ответ.
- Г) Какие немедикаментозные методы лечения могут быть предложены пациенту?
- Д) Составьте и обоснуйте план лечения.

ЗАДАЧА 2

Мужчина 30 лет поступил с жалобами на затруднение при глотании твердой пищи, ежедневные эпизоды рвоты непереваренной только что съеденной пищей, снижение массы тела на 10 кг за 6 месяцев.

Из анамнеза известно, что 1 год назад с суицидальной целью пациент выпил раствор щелочи. Через месяц пациент отметил нарушение прохождения твердой пищи, а через два месяца - кашицеобразной. Обратился в клинику хирургии, где было выполнено бужирование пищевода. После бужирования проходимость пищи улучшалась, однако через 2 месяца после этого вновь снизилась (затруднение при прохождении полужидкой пищи). Полгода назад появилась рвота непереваренной пищей, в течение последних 3 месяцев рвота стала носить ежедневный характер.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ=15,3 кг/м². Кожный покров чистый, бледный. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, систолический шум над верхушкой, не проводится. ЧСС – 95 уд. в мин., АД – 100/60 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализе крови — анемия (эритроциты $3,2 \times 10^{12}$ л, гемоглобин 102 г/л, цветовой показатель – 0,7, микроцитоз), увеличение СОЭ до 22 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок – 47 г/л, альбумины – 18 г/л, фракции глобулинов в пределах нормы, глюкоза – 3,2 ммоль/л, билирубин общий – 16,3 мкмоль/л; прямой – 3,6 ммоль/л; АЛТ – 21 U/L (норма 4-42 U/L); АСТ – 17 U/L (5-37 U/L). ЭКГ – синусовая тахикардия, ЧСС=100 уд. в мин, промежуточное положение электрической оси сердца. По результатам ЭГДС на 37 см от резцов сужение просвета пищевода до 0,5 см, слизистая тускло-бледно-розовая.

Заключение: эзофагит 1-2 ст состояние после химического ожога пищевода.

Вопросы к задаче:

- А) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- В) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента, включая консультации специалистов.
- Г) Какова дальнейшая тактика ведения пациента. Обоснуйте свой выбор.
- Д) С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику у данного пациента? Обоснуйте Ваш выбор.

ЗАДАЧА 3

Мужчина 68 лет в течение полугода жалуется на неприятные ощущения, давящие боли в левой половине грудной клетки. В течение этого времени наблюдается у кардиолога по поводу ишемической болезни сердца, стабильной стенокардии напряжения II функционального класса, гипертонической болезни I стадии. Эффект от приема нитратов неопределенный. Электрокардиограмма, записанная в покое, без патологии. В клиническом анализе крови отмечалась стойкая гипохромная анемия. При очередном обращении отметил учащение болей в грудной клетке, появление дисфагии. При расспросе выявлены жалобы на повышенную утомляемость, снижение аппетита, тошноту после приема пищи, отвращение к мясной пище. За 6 месяцев похудел на 8 кг.

При осмотре — состояние удовлетворительное. ИМТ=25,0 кг/м². Кожный покров чистый, бледный. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, систолический шум над верхушкой, не проводится. ЧСС – 85 уд. в мин., АД – 140/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализе крови — эритроциты $3,1 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 97г/л, увеличение СОЭ до 28 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок - 50 г/л, альбумины - 28 г/л, фракции глобулинов в пределах нормы, глюкоза - 3,3 ммоль/л, билирубин общий - 19,3 мкмоль/л; прямой – 3,8 ммоль/л; АЛТ - 25 U/L (норма 4-42 U/L); АСТ - 18 U/L (5-37 U/L), железо – 7,3 мкмоль/л (11 до 31 мкмоль/л), ОЖСС- 90 мкмоль/л (50-85 мкмоль/л), общий холестерин – 6,8 ммоль/л, ТГ – 1,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л. ЭКГ – синусовый ритм, ЧСС=80 уд. в мин, горизонтальное положение электрической оси сердца, признаки гипертрофии левого желудочка. По результатам ЭГДС на 28 см от резцов определяется подслизистое образование, равномерно циркулярно суживающее просвет пищевода до 0,9 см, стенка в зоне роста ригидная, имеет белесый оттенок, наблюдается контактная кровоточивость.

Вопросы к задаче:

- А) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- В) Составьте план обследования больного, включая консультации специалистов.
- Г) С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику у данного пациента? Обоснуйте Ваш выбор.
- Д) Какова дальнейшая тактика ведения пациента. Обоснуйте свой выбор.

ЗАДАЧА 4

Больная П., 48 л. жалуется на жгучие боли в нижней части грудины, через 20-30мин после еды, ежедневные, отрыжку воздухом, затруднение глотания жидкой, холодной пищи, эпизоды икоты в течение дня и поперхивания только что съеденной пищей.

Из анамнеза: более 5 лет отмечает изжогу, жгучие загрудинные боли, усиливающиеся в горизонтальном положении, после обильной еды. В течение 6 месяцев – затруднение при глотании, частые запоры.

Из анамнеза жизни: курит, часто употребляет острую пищу.

Объективно: состояние удовлетворительное. Больной повышенного питания. ИМТ=29 кг/м². Язык влажный, обложен у корня. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумы не выслушиваются. ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии при наклоне вперед. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В клиническом и биохимическом анализе крови отклонений не выявлено. ЭКГ – синусовый ритм, ЧСС=70 уд. в мин, горизонтальное положение электрической оси сердца, вариант нормы. Проведена ЭГДС, при которой выявлены множественные участки гиперемии слизистой оболочки, складки расположены продольно, умеренное (3см) расширение просвета пищевода в нижней трети с небольшим количеством прозрачной жидкости.

Вопросы к задаче:

- А) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- В) Составьте план обследования больного. Обоснуйте свой ответ.
- Г) Какие немедикаментозные методы лечения могут быть предложены пациенту? Обоснуйте ваш выбор.
- Д) Какова дальнейшая тактика ведения пациента. Обоснуйте свой выбор.

ЗАДАЧА 5

Пациент 40 лет, бухгалтер, обратился к врачу с жалобами на боли в эпигастральной области

через 2 часа после еды, ночные и тошачковые боли, постоянную изжогу, отрыжку кислым, чувство тяжести в эпигастральной области после приёма пищи.

Из анамнеза известно, что пациент курит в течение 20 лет по пачке в день, питается нерегулярно, у отца и страшего брата – язвенная болезнь. 4-5 раз в год отмечает обострения хронического фарингита. Диспепсические явления отмечает около 2 лет; к врачу не обращался, самостоятельно эпизодически принимал Альмагель с кратковременным положительным эффектом.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ 31,0 кг/м². Кожный покров чистый, обычной окраски. Температура тела нормальная. Миндалины не увеличены, умеренно гиперемированы. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 65 уд.в мин., АД – 120/70 мм рт.ст. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

ЭФГДС: пищевод свободно проходим, продольные складки утолщены, очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода, кардия смыкается не полностью. В желудке натощак содержится небольшое количество светлой жидкости и слизи. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извитые. Луковица 12-перстной кишки рубцово деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,3 см в диаметре с четкими, гиперемированными, отечными краями. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии. Уреазный тест на наличие *H. pylori* – положительный. Хромогастроскопия- гиперхлоргидрия.

Вопросы к задаче:

А) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

В) Необходимо ли выполнить эндоскопический контроль после лечения, через какой срок?

Г) Какие немедикаментозные методы лечения могут быть предложены пациенту? Обоснуйте ваш выбор.

Д) Какое медикаментозное лечение Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.

ЗАДАЧА 6

Больной Р., 65 л. жалуется на тупые боли в эпигастральной области через 20 мин. после еды, отрыжку воздухом, снижение аппетита, вздутие живота, неустойчивый стул.

С молодых лет отмечал периодические ноющие боли в эпигастрии, через 2 ч после еды, ночные, натощачковые, изжогу, отрыжку кислым. Самостоятельно принимал соду, альмагель. В течение последних 3 л. появилась тяжесть в эпигастральной области сразу после еды, вздутие живота, неустойчивый стул, усиливающиеся после погрешностей в диете.

Из анамнеза жизни: курит, питается нерегулярно, часто ест всухомятку.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожный покров телесного цвета. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 17 в минуту. Область сердца без особенностей, границы не изменены. Сердечные тоны ритмичные, приглушены, частотой 76 в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Язык густо обложен. Живот умеренно болезненный в эпигастральной области, урчит при пальпации толстой кишки. Печень по краю рёберной дуги. Пузырные симптомы отрицательные. Зоны Шоффара, Губергрица - Скульского безболезненные. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с двух сторон.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин - 147 г/л, СОЭ - 5 мм/час, эритроциты - $4,6 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $6,6 \times 10^9/л$.

Биохимический анализ крови: общий белок - 75 г/л, альбумины - 35 г/л, глюкоза - 4,2 ммоль/л, билирубин общий - 17,9 мкмоль/л; прямой – 3,5 ммоль/л; АЛТ - 20 U/L (норма 4-42 U/L); АСТ - 26 U/L (5-37 U/L); амилаза крови - 20 г/л (12-32 г/л в час).

ЭГДС: бледность и истончение слизистой тела и антрального отдела желудка, повышенная

ранимость, гипотония. НР+++.

Вопросы к задаче:

- А) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- В) Оцените прогноз для жизни и трудовой деятельности пациента.
- Г) Составьте план обследования пациента.
- Д) Составьте и обоснуйте план лечения.

ЗАДАЧА 7

К врачу обратился мужчина 27 лет, водитель-дальнобойщик, с жалобами на боли в эпигастральной области через 30-60 минут после приёма пищи купируются через 1-2 часа, изжогу, тошноту, на высоте болей однократно была рвота, после которой пациент отметил улучшение самочувствия.

Болен около 7 лет, когда впервые на фоне нерегулярного питания отметил боли в эпигастральной области после приёма пищи. Обратился в поликлинику по месту жительства, по данным обследования установлен диагноз – хронический поверхностный гастрит. В дальнейшем отмечал ежегодные обострения в осенне-весенний период. Принимал антациды с положительным эффектом, соблюдал диету. Однократно проводилась эрадикационная терапия с кларитромицином, контроля лечения не выполнялось.

Ухудшение состояние в течение 2-х недель, когда появились вышеописанные жалобы, прием антацидов давал кратковременный положительный эффект.

Из анамнеза жизни: курит в течение 8 лет по 15 сигарет в день.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожный покров телесного цвета.

Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 18 в минуту. Область сердца без особенностей, границы не изменены. Сердечные тоны ритмичные, ясные, частотой 66 в минуту. АД - 120/70 мм рт. ст. При пальпации определяется умеренная болезненность в эпигастральной области. Печень по краю рёберной дуги. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с двух сторон.

В клиническом и биохимическом анализах крови патологии не выявлено.

ЭГДС: слизистая тела и антрального отдела желудка гиперемирована, с множеством мелких эрозий в антральном отделе. НР++. Слизистая оболочка ДПК без особенностей.

Хромогастроскопия – гиперхлоргидрия.

Вопросы к задаче:

- А) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- В) С какими заболеваниями желудка необходимо проводить дифференциальный диагноз?
- Г) Какие немедикаментозные методы лечения могут быть предложены пациенту?
- Д) Какова тактика диспансерного наблюдения пациента?

ЗАДАЧА 8

Мужчина 64 лет обратился к врачу с жалобами на ноющие боли в эпигастрии через 15-20 минут после еды, непродолжительные, проходящие самостоятельно минут через 20-30 или после приёма антацидов, рвоту пищей, приносящую облегчение, снижение массы тела за месяц на 7 кг. Боли в эпигастрии беспокоят около 1,5 месяцев.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожный покров обычной окраски, чистый.

Тоны сердца ясные, звучные, ритмичные, ЧСС – 72 удара в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст.

Дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень по краю рёберной дуги. Размеры по Курлову – 10см×9см×8 см.

Селезёнка не пальпируется.

ФЭГДС: в средней трети желудка язвенный дефект 3,5 см в диаметре, взята биопсия.

Вопросы к задаче:

- А) Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.

- Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- В) С чем необходимо проводить дифференциальный диагноз, обоснуйте.
- Г) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
- Д) Какое лечение Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.

ЗАДАЧА 9

Больной Д. 42 лет обратился с жалобами на постоянные, давящие, усиливающиеся через 3-4 часа после погрешностей в диете боли в эпигастрии, с иррадиацией в спину, снижение массы тела на 3 кг за последний год. 2 года назад перенес холецистэктомию по поводу ЖКБ. Через год после операции стали появляться описанные выше боли. Болевой синдром купируется приемом спазмолитиков. В течение последнего года у пациента появился кашицеобразный стул до 3х раз в день, без патологических примесей.

При осмотре состояние больного удовлетворительное. Телосложение правильное. Рост – 175 см, вес – 90 кг, ИМТ – 29 кг/м². При сравнительной перкуссии лёгких определяется ясный лёгочный звук. Аускультативно дыхание жёсткое, побочных дыхательных шумов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС=80 уд/мин, АД - 150/80 мм рт. ст. Язык влажный, у корня обложен белым налётом. При пальпации живота отмечается болезненность в эпигастрии, в правом подреберье. Имеется болезненность в зоне Шоффара. Положительный симптом Мейо-Робсона. Симптомов раздражения брюшины нет. Размеры печени по Курлову – 14х12х11 см. Печень выступает из-под рёберной дуги на 2 см, край умеренной плотности, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

По данным обследования: клинический анализ крови без отклонений от нормы, по данным биохимического анализа крови АЛТ, АСТ, ГГТП, ЩФ, амилаза, липаза в пределах нормы, общий билирубин – 25,3 ммоль/л, общий холестерин – 6,7 ммоль/л, по данным копрограммы выявлен жир нейтральный (+), мышечные волокна (+). По данным УЗИ органов брюшной полости отмечается диффузные изменения печени и поджелудочной железы, состояние после холецистэктомии, холедох 5 мм.

Вопросы к задаче:

- А) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- В) Составьте план дополнительного обследования пациента
- Г) Показания для проведения постоянной заместительной ферментной терапии при хроническом билиарнозависимом панкреатите
- Д) Назовите группы препаратов для медикаментозного лечения

ЗАДАЧА 10

Пациент, 36 лет, обратился с жалобами на тошноту постоянного характера после приема пищи, снижение аппетита, приступы голода, повышенная потливость, метеоризм, неоформленный стул до 3х раз в день без патологических примесей после приема пищи, снижение массы тела на 4 кг за 1,5 месяца. Считает себя больным около 5 месяцев, когда стал отмечать нарушение стула, около 2х месяцев беспокоят тошнота и снижение аппетита. В анамнезе частое употребление алкогольных напитков, не регулярное питание преимущественно в ресторанах быстрого питания.

При осмотре: состояние удовлетворительное, рост – 174 см, масса тела – 81 кг, индекс массы тела — 26,8 кг/м². Кожный покров сухой, симптомы Тужилина и Грота. При исследовании сердечно-сосудистой системы и системы органов дыхания патологии не выявляется. Язык - «малиновый». Живот мягкий, при пальпации болезненный в точке Дежардена. Размеры печени по Курлову 11х9х9 см.

Сахар крови 3,1 ммоль/л, общий белок 61 г/л

Вопросы к задаче:

- А) Предположите наиболее вероятный диагноз

- Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз
- В) Составьте план дополнительного обследования пациента
- Г) Какие диетические рекомендации необходимо дать пациенту
- Д) Назовите недостаточность каких основных витаминов может вызывать хронический панкреатит с нарушением внешнесекреторной недостаточностью

ЗАДАЧА 11

У больной 57 лет появились опоясывающие боли в эпигастрии, тошнота, рвота с примесью желчи, желтуха, моча цвета пива. Боли в эпигастрии беспокоят около 10 лет, появляются после приема острой, жирной пищи, алкоголя. В течение последнего года наблюдаются жидкий стул, снижение массы тела. Употребление алкоголя отрицает.

Объективно: состояние удовлетворительное, рост – 165 см, масса тела – 51 кг, индекс массы тела — 18,7 кг/м². Кожный покров и видимые слизистые иктеричны, сухие, шелушащиеся, на коже живота «рубиновые капельки». Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 91 в 1 минуту. В легких дыхание жесткое, побочных дыхательных шумов нет. Язык обложен серо-желтым налетом, сухой. Живот при пальпации подвздут, болезнен в эпигастриальной области, определяется симптом Курвуазье. Размеры печени по Курлову 10—8—7 см, слабо положительны симптомы Кера и Мюсси.

Общий билирубин 96,2 ммоль/л, прямой — 86 ммоль/л, непрямой — 10,2 ммоль/л, желчные пигменты в моче ++.

Вопросы к задаче:

- А) Предположите наиболее вероятный диагноз
- Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз
- В) Какой инструментальный метод исследования необходимо рекомендовать для подтверждения диагноза
- Г) Составьте дифференциально-диагностический ряд по заболеваниям
- Д) Тактика ведения пациента после выписки из стационара

ЗАДАЧА 12

Мужчина 44 лет, водитель. Поступил в приёмное отделение стационара. Жалобы на резкую боль постоянного характера в эпигастриальной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошноту, однократно рвоту съеденной пищей, не приносящую облегчения, умеренное вздутие живота, общую слабость, отсутствие аппетита.

Начало заболевания связывает с злоупотреблением алкоголя. Подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались приемом но-шпы.

Ранее часто отмечал ощущение тяжести и вздутия в животе после приёма жирной пищи. В настоящее время отмечает тяжесть в животе, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 3 раза в течение последние сутки. Со слов жены – злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожный покров верхней половины туловища гиперемирован, чистые. Язык сухой, обложен желтым налётом. В лёгких дыхание жесткое, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 92 удара в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Живот несколько вздут, участвует в акте дыхания, болезненный при пальпации в эпигастриальной области.

Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень при пальпации плотная, безболезненная, около края рёберной дуги. Размер по Курлову - 10×9×9 см. Селезёнка не пальпируется.

Лабораторные данные. Общий анализ крови: лейкоциты – 9,6×10⁹/л, СОЭ – 16 мм/ч. Анализ кала – стеаторея, креаторея, амилорея. УЗИ ОБП: печень увеличена, поджелудочная железа неоднородной структуры за счет гипо- и гиперэхогенных очагов, немногочисленных кальцификатов, неравномерное расширение главного панкреатического протока до 3мм, размеры головки увеличены до 4,5 см.

Вопросы к задаче:

- А) Предположите наиболее вероятный диагноз
- Б) Обоснуйте диагноз
- В) Укажите причину кальцификатов у пациентов с хроническим панкреатитом
- Г) Укажите признаки хронического панкреатита по данным УЗИ
- Д) Укажите показания к плановому хирургическому вмешательству у пациентов с хроническим панкреатитом

ЗАДАЧА 13

Больная Ж., 50 л., жалуется на резкую боль в правом подреберье, эпигастрии, иррадиирующую в правую половину спины, правое плечо, правую половину шеи, горечь во рту, тошноту, однократную рвоту желчью, не принесшую облегчения, возникшие после употребления жирной и жареной пищи, повышение температуры тела до 37,3.

В анамнезе более 5 лет отмечает тупые ноющие боли в правом подреберье, возникающие после погрешностей в диете, иррадиирующие в правое плечо; горечь во рту, неустойчивый стул, повышенную утомляемость. В связи с этим самостоятельно принимала но-шпу с положительным эффектом. Вчера впервые возник интенсивный приступ болей в правом подреберье, не проходящий после приема но-шпы более 2 часов.

Объективно: состояние средней тяжести. Больная повышенного питания. ИМТ – 35,5 кг/м². Иктеричность склер и уздечки языка. Пульс=100 ударов в 1 мин, ритмичный. АД=130 и 80 мм.рт. ст. Язык сухой, обложен белым налётом. Живот вздут, болезненный в правом подреберье, напряжен. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, край ровный, острый, пальпация болезненна. Селезёнка не увеличена. Положительные симптомы Керра, Ортнера, Мерфи, Мюсси.

В клиническом анализе крови: Нб – 141г/л; эритроциты – $4,6 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – $11,2 \times 10^9$ /л; нейтрофилы сегментоядерные – 55%; нейтрофилы палочкоядерные – 14%, юные – 9%; лимфоциты – 20%; моноциты – 1%; эозинофилы – 1%; базофилы – 0%; тромбоциты – 215×10^9 /л; СОЭ – 19 мм/ч.

В биохимическом анализе крови: общий билирубин – 38 мкмоль/л; непрямой билирубин – 13,0 мкмоль/л; прямой билирубин – 25,0 мкмоль/л; АЛТ – 58 ед/л; АСТ – 43 ед/л; ГГТП – 105 ед/л; ЩФ – 150 ед/л; глюкоза – 5,2 ммоль/л; креатинин – 64 мкмоль/л; мочевины – 3,2 ммоль/л; общий белок – 72 г/л; амилаза – 42 ед/л; ХС – 8,2 ммоль/л.

При обзорной рентгенографии органов брюшной полости патологии не выявлено. По данным УЗИ органов брюшной полости: гепатомегалия КВР 17,0 см, контуры ровные, эхогенность диффузно повышена, сосудистый рисунок обеднён, структура не изменена. Желчный пузырь увеличен (до 6,5 см в поперечнике), выявлено диффузное утолщение до 7 мм и двойной контур его стенок. В просвете желчного пузыря визуализируются 2 конкремента размерами 14 мм и 16 мм. В просвете ductuscysticus визуализируется конкремент размером 4 мм. Ductuscholedochus 7 мм. Поджелудочная железа нормальных размеров и формы, эхогенность не повышена. Панкреатический проток не расширен.

Вопросы к задаче:

- А) Предположите наиболее вероятный диагноз
- Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз?
- В) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента
- Г) С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику данной патологии?
- Д) Обоснуйте Вашу лечебную тактику в данном клиническом случае?

ЗАДАЧА 14

Больная С, 59 лет, поступила в клинику с жалобами на резкие, постоянные, интенсивные боли, режущего и колющего характера в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку и в правую подключичную область, сопровождающиеся тошнотой и отрыжкой с горьким

привкусом.

Подобные приступы наблюдались ранее, продолжались по 2—3 часа, купировались приёмом но-шпы. Настоящий болевой приступ возник внезапно 3 часа назад после употребления жирной пищи.

Объективно: Состояние удовлетворительное, температура тела 36,4°C. Кожный покров бежевой окраски, чистый. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. ИМТ=32,3 кг/м². Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, побочные дыхательные шумы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс—72 в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД—130 и 70 мм.рт. ст. Язык влажный, обложен беловато-желтым налётом. При пальпации живот мягкий, отмечается резкая болезненность в правом подреберье, в месте проекции желчного пузыря. Симптомы Ортнера и Мюсси-Георгиевского положительны. Печень и селезенка не пальпируются. Симптомов раздражения брюшины нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

В клиническом анализе крови: Нб – 134г/л; эритроциты – $4,6 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – $7,2 \times 10^9$ /л; нейтрофилы сегментоядерные – 55%; нейтрофилы палочкоядерные – 4%, юные – 0%; лимфоциты – 35%; моноциты – 3%; эозинофилы – 2%; базофилы – 1%; тромбоциты – 235×10^9 /л; СОЭ – 7 мм/ч.

В биохимическом анализе крови: общий билирубин – 12,0 мкмоль/л; непрямого билирубин – 9,0 мкмоль/л; прямой билирубин – 3,0 мкмоль/л; АЛТ – 18 ед/л; АСТ – 12 ед/л; ГГТП – 35 ед/л; ЩФ – 39 ед/л; глюкоза – 4,4 ммоль/л; креатинин – 65 мкмоль/л; мочевины – 3,5 ммоль/л; общий белок – 68 г/л; амилаза – 43 ед/л; ХС – 6,7 ммоль/л.

При обзорной рентгенографии органов брюшной полости патологии не выявлено. По данным УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, контуры ровные, эхогенность и структура не изменена. Желчный пузырь увеличен (до 6,3 см в поперечнике), выявлено диффузное утолщение до 5 мм его стенок. В просвете желчного пузыря визуализируются множественные конкременты, занимающие 70% просвета желчного пузыря размерами от 10 мм до 26 мм. Ductuscholedochus 7 мм. Поджелудочная железа нормальных размеров и формы, эхогенность не повышена. Панкреатический проток не расширен.

Вопросы к задаче:

- А) Предположите наиболее вероятный диагноз?
- Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз?
- В) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента
- Г) С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику данной патологии?
- Д) Обоснуйте Вашу лечебную тактика в данном клиническом случае?

ЗАДАЧА 15

Больная Д., 30 лет, предъявляет жалобы на умеренные распирающие боли в правом подреберье, длительностью 20—40 минут, появляющиеся после нервно-психической нагрузки, при длительном перерыве в еде, или после погрешностей в диете (жирная, жареная пища), отрыжку с горьким привкусом, склонность к запорам до 3х дней.

Перечисленные жалобы беспокоят в течение 2х лет, возникли после родов. Самостоятельно принимала но-шпу без положительного эффекта.

Состояние удовлетворительное. Положение тела активное. Правильного телосложения, избыточного питания. ИМТ=28 кг/м². Кожный покров и видимые слизистые оболочки бежевой окраски, чистые, влажные. Дыхание везикулярное, побочные дыхательные шумы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс — 74 в 1 мин., АД 110 и 60 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом у корня. Живот мягкий, при глубокой пальпации умеренно болезненный в правом подреберье. Печень не увеличена. Пузырные симптомы отрицательные.

В клиническом анализе крови: эритроциты – $4,6 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – $5,2 \times 10^9$ /л; нейтрофилы

сегментоядерные – 57%; нейтрофилы палочкоядерные – 3%; лимфоциты – 33%; моноциты – 5%; эозинофилы – 1%; базофилы – 0%; Нв – 141 г/л; тромбоциты – 257×10^9 /л; СОЭ – 4 мм/ч. В биохимическом анализе крови: общий билирубин – 14 мкмоль/л; непрямой билирубин – 12,0 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,0 мкмоль/л; АЛТ – 18 ед/л; АСТ – 13 ед/л; ГГТП – 28 ед/л; ЩФ – 47 ед/л; глюкоза – 3,7 ммоль/л; креатинин – 64 мкмоль/л; мочевины – 3,2 ммоль/л; общий белок – 72 г/л; амилаза – 42 ед/л; ХС – 4,2 ммоль/л.

По данным УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, контуры ровные, эхогенность и структура не изменены. Желчный пузырь не увеличен, деформирован, с перегибом в шейке; толщина его стенок – 4 мм. В просвете желчного пузыря визуализируется желчь. Ductuscholedochus 7 мм. Поджелудочная железа нормальных размеров и формы, эхогенность не повышена. Панкреатический проток не расширен.

ФГДС – пищевод не изменен, кардиальный жом смыкается не полностью. Желудок расправляется воздухом, перистальтика активная. Привратник зияет. В просвете желудка определяется небольшое количество желчи.

Дуоденальное зондирование: увеличено время выделения порции А, увеличено время выделения порции В. Количество желчи в порциях не изменено, воспалительных элементов не выявлено.

Вопросы к задаче:

- А) Предположите наиболее вероятный диагноз?
- Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз?
- В) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента
- Г) Составьте и обоснуйте план лечения.
- Д) Какие препараты являются препаратами выбора для терапии данной пациентки? Какова продолжительность медикаментозной терапии?

ЗАДАЧА 16

Пациентка А. 38 лет обратилась к участковому врачу-терапевту с жалобами на распирающие боли в правом подреберье после приёма жирной жареной пищи, иррадиирующие в правую лопатку и правую ключицу, горечь во рту, возникающую преимущественно в утренние часы, чередование кашицеобразного стула и запоров до 3х дней, метеоризм.

Из анамнеза известно, что подобные жалобы беспокоят в течение 2х лет, возникли после перенесенной плановой лапароскопической холецистэктомии по поводу хронического калькулезного холецистита.

При объективном осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ=27 кг/м². Кожный покров и видимые слизистые бежевой окраски, чистые. Со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной систем без особенностей. Язык влажный, обложен желтоватым налётом у корня. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, слегка болезненный в эпигастральной области.

В клиническом анализе крови: эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 135 г/л, цветовой показатель – 0,96, тромбоциты – 317×10^9 , лейкоциты – $6,7 \times 10^9$, СОЭ – 2 мм/ч.

В биохимическом анализе крови: АЛТ – 28 Ед/л, АСТ – 25 Ед/л, амилаза – 77 Ед/л, щелочная фосфатаза – 80 Ед/л.

По данным УЗИ органов брюшной полости – печень не увеличена, контуры ровные, эхогенность и структура не изменены. Желчный пузырь удален. Ductuscholedochus 9 мм.

Поджелудочная железа нормальных размеров и формы, эхогенность не повышена.

Панкреатический проток не расширен.

Вопросы к задаче:

- А) Предположите наиболее вероятный диагноз?
- Б) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки?
- В) С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику данной патологии?
- Г) Составьте план лечения?

Д) Как Вы оцените эффективность проводимой терапии?

ЗАДАЧА 17

56-летний мужчина за последние 6 месяцев отмечает увеличение живота в размерах. В течение последних 2х дней беспокоит повышение температуры тела до 38,5 ° С, боли в животе разлитого характера.

Из анамнеза известно, что пациент злоупотреблял крепкими алкогольными напитками.

Шкала SAGE – 3 положительных ответа на Вопросы к задаче. Шкала AUDIT-C – 8 баллов.

Объективно: Состояние тяжелое. Сознание – ступор. Пониженного питания. Рост 178 см. Вес 70 кг. Окружность живота – 105 см. Кожный покров, склеры и видимые слизистые иктеричны с землистым оттенком, сухие. Температура 38,5 ° С. Изменение фаланг пальцев и ногтей по типу «барабанных палочек и часовых стекол». Пальмарная эритема, телеангиоэктазии на передней поверхности грудной клетки, на шее. Гинекомастия. Отеки стоп и голеней. Пульс – 100 ударов в 1 мин, ритмичный, слабого наполнения. АД=100 и 60 мм рт ст. Язык обложен бело-желтым налетом. Живот увеличен в размерах, не участвует в дыхании, болезненный и напряженный при пальпации во всех отделах, симптом флюктуации - положительный. Печень у края реберной дуги, край острый, безболезненный. В левом подреберье пальпируется селезенка. Пузырные симптомы отрицательные.

В клиническом анализе крови: эритроциты – $3,6 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $15,2 \times 10^9/л$; нейтрофилы сегментоядерные – 55%; нейтрофилы палочкоядерные – 15%, юные – 11%; лимфоциты – 17%; моноциты – 1%; эозинофилы – 1%; базофилы – 0%; Hb – 76г/л; тромбоциты – $132 \times 10^9/л$; СОЭ – 29 мм/ч.

В биохимическом анализе крови: общий билирубин – 58 мкмоль/л; непрямого билирубин – 18,0 мкмоль/л; прямой билирубин – 40,0 мкмоль/л; АЛТ – 78 ед/л; АСТ – 53 ед/л; ГГТП – 805 ед/л; ЩФ – 750 ед/л; глюкоза – 3,2 ммоль/л; креатинин – 124 мкмоль/л; мочевины – 3,2 ммоль/л; общий белок – 55 г/л, альбумин – 26 г/л; амилаза – 42 ед/л; ХС – 3,4 ммоль/л. ПТИ- 53%

По данным УЗИ органов брюшной полости: визуализируются узлы-регенераты размерами до 3-4 мм. КВР 12,0 см, контуры неровные, эхогенность диффузно повышена, сосудистый рисунок обеднен. Воротная вена – 14 см. Желчный пузырь не увеличен, в просвете желчного пузыря визуализируется неизменная желчь. Ductus choledochus 7 мм. Поджелудочная железа нормальных размеров и формы, эхогенность повышена. Панкреатический проток не расширен.

По данным ФГДС выявлены извитые варикозно-расширенные вены нижней трети пищевода до 7 мм.

Проведен лапароцентез -получено 500 мл мутной жидкости с желтоватым оттенком, белок 55 г/л. Клеточный состав: 532/мкг с 98% нейтрофилов и 2% мононуклеаров.

Посев асцитической жидкости: рост кишечной палочки.

Вопросы к задаче:

А) Сформулируйте наиболее вероятный диагноз?

Б) С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику данной патологии?

В) Назовите критерии прогностической шкалы Чайлда-Пью и классификацию в соответствии с количеством баллов.

Г) Составьте план лечения пациента?

Д) Сформулируйте и обоснуйте прогноз данного пациента?

ЗАДАЧА 18

41-летний мужчина в течение нескольких месяцев отмечает появление прогрессирующей утомляемости при физической и психоэмоциональной нагрузке, сонливости днём, «летучих» болей в суставах, желтухи, а также отмечает снижение аппетита. Из анамнеза: Страдает язвенным колитом в течение 15 лет. 5 лет назад выполнена левосторонняя гемиколэктомия с

наложением толстокишечного анастомоза через 6 месяцев.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Пониженного питания. Рост – 184 Вес – 62 кг. Живот втянут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Пальпация печени болезненна, печень вытупает из-под края реберной дуги на 3 см, край тупой, болезненный, гладкий. Размеры печени по Курлову 13*11*9 см. Селезенка не пальпируется. Пузырные симптомы отрицательные.

В клиническом анализе крови – показатели в пределах нормальных значений, СОЭ – 22 мм/сек.

В биохимическом анализе крови: АЛТ – 250 ед/л, АСТ – 207 ед/л, общий билирубин – 15,0 мкмоль/л, щелочная фосфатаза 160 Ед/л, γ -глобулины – 20,3 г/л, IgG – 30 мкг/мл.

По данным скрининга аутоиммунных заболеваний печени выявлены высокие титры ANA (1:80) с гомогенным типом свечения.

Вопросы к задаче:

- А) Сформулируйте наиболее вероятный диагноз у пациента?
- Б) Какие обследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза?
- В) Составьте план дифференциальной диагностики?
- Г) Сформулируйте план лечения пациента?
- Д) Перечислите побочные эффекты терапии глюкокортикостероидами?

ЗАДАЧА 19

Женщина 44 лет обратилась к врачу с жалобами на кожный зуд, общую слабость, повышенную утомляемость, тупые ноющие боли в области правого подреберья, тошноту, отрыжку воздухом, снижение аппетита. Считает себя больной в течение последних 8 месяцев, когда стала отмечать периодически появляющийся зуд всего тела.

Лабораторно: уровни холестерина и щелочной фосфатазы в сыворотке повышены до 2,5 норм; титр антимитохондриальных антител повышен, титр антинуклеарных антител не повышен. Общая концентрация билирубина в сыворотке крови увеличена. Проведена биопсия печени. Морфологическое исследование - асептическое, гранулематозное замещение желчных протоков среднего диаметра.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела 36,8 С. Кожные покровы физиологической окраски, сухие, со следами расчесов по задней поверхности грудной клетки, в области бедер, голени. Видимые слизистые оболочки, склеры иктеричные. Тургор сохранен. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Отеков нет. Рс- 80 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/80 мм рт.ст. ЧД 14 в мин. Язык влажный, обложен желтоватым налетом, больше у корня. Живот обычной формы, участвует в акте дыхания, мягкий, умеренно болезненный при пальпации области правого подреберья. В остальном по системам и органам без особенностей. Со слов больной стул 1 раз в день, оформленный, без патологических примесей.

Вопросы к задаче:

- А) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- В) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
- Г) Препараты какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
- Д) С какими нозологическими формами необходимо дифференцировать данный диагноз и возможные осложнения?

ЗАДАЧА 20

Мужчина 48 лет обратился к врачу с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, тупые ноющие боли в области правого подреберья, тошноту, отрыжку воздухом, снижение аппетита, периодически возникающий кожный зуд.

Из анамнеза известно, что пациент употребляет алкоголь (более 60 г этанола в сутки) в течение 13 лет. Два года назад появились боли ноющего характера в области правого подреберья, общая слабость, тошнота, периодически возникающий кожный зуд, усиливающийся в вечернее время. За медицинской помощью пациент не обращался. Периодически принимал баралгин, антигистаминные средства, ферментные препараты; эффекта от принимаемых препаратов не отметил. Настоящее обострение в течение последних трех недель, когда после употребления алкоголя появились слабость, почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошнота, отрыжка воздухом, снижение аппетита. Операций, гемотрансфузий не было.

При осмотре: состояние удовлетворительное; рост 178 см, вес 79 кг, ИМТ 24,9 кг/м². Кожный покров желтушной окраски, склеры иктеричны; выявляются телеангиэктазии на груди, спине, плечах, «пальмарная» эритема. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 70 в 1 мин; АД 130/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом у корня. Живот мягкий, при поверхностной пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 11×8×7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность. Селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Результаты исследований: Общий анализ крови: эритроциты – $4,4 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $6,3 \times 10^9/л$; нейтрофилы сегментоядерные – 64%; нейтрофилы палочкоядерные – 1%; лимфоциты – 28%; моноциты – 4%; эозинофилы – 2%; базофилы – 1%; Hb – 148 г/л; тромбоциты – $217 \times 10^9/л$; СОЭ – 18 мм/ч. Биохимия крови: общий билирубин – 25 мкмоль/л; не прямой билирубин – 22,5 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,5 мкмоль/л; АЛТ – 203 ед/л; АСТ – 214 ед/л; ГГТП – 89 ед/л; ЩФ – 298 ед/л; ТГ – 3,9 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 2,8 ммоль/л; ХС-ЛПВП – 1,5 ммоль/л; глюкоза – 5,0 ммоль/л; креатинин – 62 мкмоль/л; мочевины – 2,8 ммоль/л; альбумин – 43 г/л; общий белок – 71,5 г/л; альфа-1-глобулины – 3,2 г/л; альфа-2-глобулины – 5,7 г/л; бета-глобулины – 7,1 г/л; γ -глобулины – 12,5 г/л; альфа-фетопротеин – 3,1 ед/л; ферритин – 54 мкг/л; трансферрин – 2,6 г/л; калий – 3,7 ммоль/л; Na – 137,5 ммоль/л; железо – 21,5 мкмоль/л; амилаза – 44 ед/л; ХС – 5,3 ммоль/л. ПТИ – 84%. Иммуноферментный анализ: HBsAg (-); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (-); HBeAg (-); анти-HBe (-); анти-HBcIgM (-); анти-HCV – отриц. Эластометрия печени: определена стадия F2 (по шкале METAVIR), умеренный фиброз. Кал на скрытую кровь – отриц. Рентгенологическое исследование лёгких: без патологических изменений. ЭКГ – без патологических изменений. Общий анализ мочи: в пределах нормы.

Вопросы к задаче:

- А) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- В) Составьте план обследования больного. Обоснуйте свой ответ.
- Г) Составьте и обоснуйте план лечения.
- Д) Разработайте план диспансерного наблюдения пациента

ЗАДАЧА 21

Мужчина, 37 лет, обратился по поводу постоянных болей в животе, больше в нижних отделах, вздутия, урчания в животе, стула кашицеобразного характера без примеси крови и слизи до 3 раз в сутки, тошноты по утрам, головных болей.

Болеет около 2 лет. После перенесенной острой кишечной инфекции стали появляться вздутие в животе сразу же после еды, дискомфорт в левой подвздошной области, уменьшающийся после дефекации. Симптомы не постоянные, возникают периодически до 2-3 раз в месяц, ночью не беспокоят. Самостоятельно принимал ферментные препараты, без эффекта. Пациент обеспокоен своим состоянием, подавлен, ипохондрически настроен. Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Температура тела – 36,6 С. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 73 в

мин., АД-120/80 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, вздут, болезненный при пальпации в околопупочной и левой подвздошной областях, не напряжен. Печень, селезенка не увеличены. Мочеиспускание в норме. Стул кашицеобразный до 3 раз в сутки.

Вопросы к задаче:

А) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

В) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Г) Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.

Д) Через 20 недель по результатам обследования: стул сократился до 1-2 раз в сутки, оформленный, без патологических примесей, болевой абдоминальный синдром купирован, КАК и ОАМ, кровь на билирубин, АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТП - в норме, анализ кала на суточную потерю жира, определение уровня кальпротектина в кале - в пределах референтных значений, УЗИ органов брюшной полости, ФГДС, ЭКГ без патологии. Колоноскопия - Слизистая оболочка прямой, сигмовидной кишки умеренно гиперемирована, сосудистый рисунок сохранен на всем протяжении. Анализ кала на дизгруппу, кровь на РНГА к кишечной группе - результат отрицательный.

Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

ЗАДАЧА 22

За медицинской помощью обратилась больная 26 лет, на момент осмотра жалобы на жидкий стул до 10 раз в день, с небольшим количеством слизи, без крови, светло-желтого цвета, вздутие и боли внизу живота перед дефекацией, повышение температуры тела до 38 С, слабость.

Из анамнеза 3 недели назад после ДТП проходила стационарное лечение (14 дней) с диагнозом: автотравма, сочетанная травма позвоночника и конечностей, закрытый перелом правой ключицы со смещением, закрытый перелом позвонка L1. Проведено оперативное лечение. В стационаре на 6-ой день внутримышечного введения цефатоксима по 1.0 г 2 раза в день появились боли в животе и жидкий стул до 10 раз в день, повысилась температура тела. Осмотрена инфекционистом, сданы анализы кала на дизгруппу, кровь на РНГА к кишечной группе - результат отрицательный. Поставлен диагноз - антибиотикоассоциированный колит. На фоне приема метронидазола по 250 мг 3 раза в день (7 дней), линекса температура тела нормализовалась, стул сократился до 2 раз в день, стал кашицеобразной консистенции. Из выписного эпикриза: КАК и ОАМ, кровь на билирубин, АЛТ, АСТ, ЩФ, креатинин, калий, натрий, кальций, протеинограмма, коагулограмма - в норме. УЗИ брюшной полости, рентген легких без патологии. Обследование кишечника не проводилось.

Продолжала наблюдение амбулаторно у травматолога по месту жительства. Лекарственных препаратов не принимала. 2 дня назад вновь повысилась температура тела до 38 С, появились боли внизу живота, участился стул до 10 раз в день, стала принимать линекс без эффекта, в связи с чем обратилась за медицинской помощью. От повторной госпитализации больная категорически отказывается.

Анамнез жизни: бытовые условия удовлетворительные, наследственность не отягощена, хронические заболевания отрицает, аллергологический анамнез без особенностей.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Т тела 37.8 С. Кожные покровы физиологической окраски, сухие, чистые, тургор сохранен. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Отеков нет. Рс- 90 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, не напряжен. АД 120\80 мм рт ст. Границы сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧД 14 в мин. Над легкими перкуторно ясный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Голосовое дрожание одинаковое с обеих сторон. Язык влажный, чистый. Живот обычной формы, участвует в акте дыхания, мягкий, умеренно болезненный при пальпации сигмовидной

кишки и илеоцекальной области. Печень у края реберной дуги, край печени эластичный, безболезненный, размеры по Курлову в норме. Селезенка не пальпируется. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Перистальтика обычная. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Со слов больной стул 10 раз в день, жидкий, светло-желтого цвета, со слизью, без примеси крови, мочеиспускание в норме.

Вопросы к задаче:

А) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

В) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Г) Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.

Д) Через 3 дня по результатам обследования: Клинический анализ крови: лейкоцитоз, нейтрофилез, повышение СОЭ. Колоноскопия с биопсией- Слизистая оболочка прямой, сигмовидной и нисходящей ободочной кишкой отечна и гиперемирована, определяются серовато-желтые бляшки диаметром в среднем от 0,5 до 2,0 см на приподнятом основании, плотно спаяны со слизистой, кровоточат при попытке их отделить, участки измененной слизистой визуализируются в виде мостиков между участками изъязвления.

ПЦР кала на *Clostridium difficile* токсигенные штаммы- выявлен специфический энтеротоксин. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

ЗАДАЧА 23

Больной С. 29 лет, обратился к врачу с жалобами на тупые, ноющие малоинтенсивные боли в нижних отделах живота ближе к левому фланку, возникающие перед дефекацией, либо усиливающиеся сразу после опорожнения кишечника, длящиеся около 30-40 минут, разжиженный стул с примесью слизи и небольшого количества алой крови, частота стула до 6 раз в сутки, в том числе, в ночное время, ложные позывы на дефекацию с выделением из прямой кишки только слизи с примесью алой крови, ощущение урчания в животе в течение дня, снижение веса на 5 кг за прошедшие 4 месяца.

Из анамнеза: нарушение стула впервые отметил 6 месяцев назад после поездки на юг в летнее время и связал указанный симптом с употреблением больших количеств овощей и фруктов. Диарея сохранялась и прогрессировала и после возвращения из отпуска. Самостоятельно принимал смекту, мезим без эффекта. Через 1,5 месяца отметил появление в кале слизи и прожилок крови, затем появились слабые боли по левому флангу живота. Постепенно усилились диарея и боли в животе, увеличилось количество примеси крови в кале, что и послужило поводом для обращения к врачу.

При осмотре: Состояние удовлетворительное, $t = 37.0^{\circ}\text{C}$, рост 180 см, вес 60 кг. ИМТ-18,5. Кожный покров и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. Пульс – 93 в 1 мин. АД – 120/85 мм. рт. ст. Язык умеренно обложен сероватым налетом, влажный. Живот участвует в дыхании, умеренно равномерно вздут, при поверхностной пальпации мягкий, определяется умеренная болезненность по левому флангу живота, при глубокой пальпации болезненность в левой подвздошной области, где пальпируется спазмированная, плотноэластическая, болезненная сигмовидная кишка; остальные отделы толстой кишки безболезненны. Печень не пальпируется. Селезенка не пальпируется. Отеков нет.

В анализе крови: $\text{Hb} = 104 \text{ г/л}$, анизоцитоз, пойкилоцитоз, $\text{ЦПК} = 0.75$, лейкоциты = $12,6 \times 10^9/\text{л}$. $\text{СОЭ} = 38 \text{ мм/час}$.

Копрограмма: кал неоформленный, мышечные волокна, крахмал внутриклеточный в небольшом количестве, лейкоциты до 30-40 в поле зрения, эритроциты в значительном количестве, слизь в большом количестве. Фекальный кальпротектин 532 мкг/г.

Общий белок сыворотки 62,3 г/л, альбумины – 49,3%, глобулины 50,7%, СРБ – 10.

Ректороманоскопия без подготовки: аппарат введен до 18 см. Слизистая оболочка прямой кишки диффузно гиперемирована, отечная, выраженная контактная кровоточивость,

множественные эрозии, местами, сливные, покрытые фибрином. В просвете кишки слизь, окрашенная кровью, и жидкие каловые массы в небольшом количестве. В вышележащих отделах сигмовидной кишки слизистая розовая, сосудистый рисунок сохранен.

Вопросы к задаче:

- А) Предположите наиболее вероятный диагноз
- Б) Обоснуйте поставленный Вами основной диагноз
- В) Укажите с какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз
- Г) Составьте план лечения пациента, указав основные группы препаратов
- Д) Назначьте терапию для поддержания ремиссии

ЗАДАЧА 24

Больной Н. 25 лет предъявляет жалобы на частый (до 10-15/сут) жидкий стул с примесью крови и слизи, боли в левой подвздошной области, повышение температуры тела до 38,3°C, резкую общую слабость, похудание. Нарушение стула отмечает в течение 1,5 месяцев, частота стула постепенно увеличивалась. Около 2 недель появились боли в левой подвздошной области, 7 дней назад в кале появилась кровь, повысилась температура, появились слабость, недомогание, головокружение. За пределы города за последние 6 месяцев не выезжал. Контакт с инфекционными и лихорадящими больными отрицает. Госпитализирован в инфекционную больницу.

Объективно: состояние средней степени тяжести. ИМТ=18. Кожный покров бледный, высыпаний нет. Пульс 90 ударов в мин. Тоны сердца ритмичные, на верхушке систолический шум. Дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. Язык слегка обложен белым налетом, влажный. Живот овальной формы, несколько вздут. При пальпации определяется умеренная болезненность в области нисходящего отдела толстой кишки.

Симптомов раздражения брюшины нет. Печень не выступает из-под края реберной дуги.

Размеры печени по Курлову - 10×9×8 см. Селезенка не пальпируется. Отеков нет.

Общий анализ крови: гемоглобин – 89 г/л, СОЭ – 35 мм/ч, лейкоциты - 13,0×10⁹/л; лейкоформула: базофилы - 1%, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 20%, сегментоядерные нейтрофилы - 50%, лимфоциты - 17%, моноциты - 9%.

Биохимический анализ крови: общий белок – 60 г/л, альбумин – 40 %, АЛТ – 42,68 ед/л, АСТ – 32 ед/л, СРБ – (++++), фибриноген – 7 г/л.

Копрограмма: цвет кала – коричневый, характер – неоформленный, в поле зрения – большое количество лейкоцитов, эритроцитов. Реакция Трибуле – резко положительная.

Кал на дизгруппу отрицательный.

РНГА с дизентерийным, иерсиниозным, псевдотуберкулезным АГ-отрицательно.

Кал-цисты амебы не обнаружены

Ирригоскопия: отмечается быстрое заполнение толстой кишки бариевой взвесью, равномерное сужение просвета кишки (симптом «водопроводной трубы»), расширение ректоректального пространства, сглаженность гаустр, ячеистый рельеф слизистой в области поперечно-ободочной кишки, в области прямой и сигмовидной кишки – множественные дефекты наполнения.

Вопросы к задаче:

- А) Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
- Б) Назовите дополнительные инструментальные исследования.
- В) Перечислите внекишечные проявления при данной патологии.
- Г) Тактика лечения данного заболевания.
- Д) Укажите кишечные осложнения ЖК

ЗАДАЧА 25

Больной К. 27 лет, жалуется на боли в правой подвздошной области постоянного характера (ночью нередко просыпается от болей). На этом фоне периодически возникают приступы интенсивных болей по типу колики. Беспокоит выраженная слабость, снижение массы тела

на 7 кг за год, стул 4-5 раз в сутки в виде жидкой кашицы, без патологических примесей, обильный. Отмечает повышение температуры до 37,6°C ежедневно, особенно к вечеру. Анамнез заболевания: заболел 1 год назад, когда внезапно, среди полного здоровья появились интенсивные боли в правой подвздошной области, повышение температуры до 38,0°C. Осмотрен хирургом, диагностирован острый аппендицит. При ревизии обнаружены утолщенная подвздошная кишка с отечной рыхлой стенкой, увеличенные брыжеечные лимфоузлы. Червеобразный отросток не изменён. Произведена аппендектомия. В послеоперационном периоде появилась гипертермия до 38,5°C, на фоне введения антибиотиков температура снизилась до субфебрильных цифр, однако полностью не исчезла. Боли в правой подвздошной области сохранялись, стали носить тупой постоянный характер. Около недели боли стали интенсивными, по типу колики, возникают в ночное время. Пациент стал отмечать учащение стула, вначале до 2-х раз в сутки, затем 4-5 раз, каловые массы вначале имели характер густой каши («коровий кал»), затем стали жидкими. В испражнениях периодически появлялись слизь и кровь в небольшом количестве. Постепенно нарастала слабость, за год болезни пациент потерял 7 кг массы тела. Объективно: Состояние средней тяжести. Пониженного питания, кожа несколько суховата, тургор снижен. ИМТ=18. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Пульс - 95 ударов в минуту, АД - 105/70 мм рт. ст. На верхушке сердца систолический шум. Язык обложен белым налётом. Живот участвует в дыхании, обычной конфигурации. При пальпации - болезненность в правой подвздошной области, здесь же пальпируется уплотненная болезненная слепая кишка и несколько выше раздутые урчащие петли тонкой кишки. На остальном протяжении патологических изменений не выявлено. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень по краю рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Отеков нет. При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин – 103 г/л, СОЭ - 34 мм/час, эритроциты - $3,6 \times 10^{12}$ /л, ЦПК=0.84, лейкоциты - $12,6 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 51%, лимфоциты - 37%. Биохимический анализ крови: общий белок - 52 г/л, Общий билирубин - 16,4 ммоль/л, глюкоза - 5,5 ммоль/л., холестерин - 3,9 ммоль/л, калий - 3,5 ммоль/л, натрий - 142 ммоль/л. RRS: Осмотрены прямая кишка и сигмовидная, слизистая на всем протяжении без патологических изменений.

Ирригоскопия: бариевая взвесь ретроградно заполняет все отделы толстой кишки и подвздошную на протяжении 15-20 см. Имеются сужения дистального отдела подвздошной кишки и неровные контуры, отсутствие гаустр в слепой и восходящей кишках.

Вопросы к задаче:

- А) Сформулируйте диагноз.
- Б) Составьте план обследования пациента
- В) Назовите основные морфологические признаки заболевания.
- Г) Составьте план лечения при данной локализации процесса.
- Д) Назовите показания к хирургическому лечению БК

ЗАДАЧА 26

Пациент К., 42 лет, обратился к участковому терапевту с жалобами на повышение температуры тела до 38,0°C, боли в локтевых, лучезапястных, коленных суставах и суставах кистей, жидкий обильный трудно смываемый стул до 5 раз в сутки, схваткообразные боли в околопупочной области, снижение массы тела на 3 кг за 2 недели.

Из анамнеза известно, что летучие боли в суставах и периодическое повышение температуры тела до 38,0°C отмечает в течение 1 года, самостоятельно принимал НПВП с положительным эффектом. В течение последних 2х недель беспокоят боли в околопупочной области живота и жидкий жирный стул до 5 раз в сутки.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы чистые, сухие. Рост- 182 см, Вес-76 кг. Пульс-78 уд.в 1 мин, ритмичный. Язык обложен белым

налетом, влажный. Живот правильной формы, участвует в дыхании, при пальпации мягкий, болезненный в околопупочной области и точке Поргеса. Положительный симптом Образцова. Печень и селезенка не пальпируются. Пузырные симптомы отрицательные. Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон. Пальпируются паховые лимфатические узлы с двух сторон – подвижные, безболезненные, размерами до 1,5 см.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 100 г/л, эритроциты – $3,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $11,1 \times 10^9$ /л, (юные 3 п/я 10 с/я 45 лимф 36 мон 4 эоз 1 баз 1) тромбоциты – 230×10^9 /л, СОЭ – 24 мм/ч.

В биохимическом анализе крови: общий белок-60 г/л, альбумин-35 г/л, билирубин общий – 9,8 мкмоль/л, АЛТ – 15 Е/л, АСТ – 11 Е/л, γ -ГТП – 45 Е/л, ЩФ – 47 Е/л, натрий – 137 мкмоль/л, калий – 4,3 мкмоль/л, креатинин – 48 мкмоль/л, мочевины – 4,4 мкмоль/л, СРБ-0,3 мг/л.

Копрограмма: жидкий, коричневого цвета, перевар раст клетчатка +, неперевар раст клетчатка ++, нейтральный жир +++, триглицериды ++, мышечные волокна -.

ФГДС – пищевод не изменен, кардиальный жом смыкается полностью. Желудок расправляется воздухом, перистальтика активная. Привратник сомкнут. Слизистая оболочка двенадцатиперстной кишки гиперемирована, отёчная, взята биопсия из залуковичного отдела двенадцатиперстной кишки.

Гистологическое исследование биоптата слизистой оболочки залуковичного отдела двенадцатиперстной кишки: на фоне укорочения и утолщения ворсинок определяется инфильтрация собственного слоя слизистой оболочки крупными макрофагами с пенистой протоплазмой, содержащими ШИК-положительные бациллярные образования, также определяются многочисленные липидные включения различных размеров.

При электронно-микроскопическом исследовании биоптата слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки в собственном слое слизистой оболочки выявлены мелкие палочковидные бактерии.

Вопросы к задаче:

- А) Предположите наиболее вероятный диагноз
- Б) Составьте и обоснуйте план дифференциальной диагностики данного заболевания
- В) Какова этиология данного заболевания
- Г) Сформулируйте план лечения?
- Д) Ваша дальнейшая тактика ведения пациента?

ЗАДАЧА 27

Больной К., 49 лет, жалуется на схваткообразные боли спастического характера в левой подвздошной области, затруднение дефекации, чувство неполного опорожнения кишечника. После дефекации болевой синдром обычно уменьшается, но тупая ноющая боль в левой половине живота сохраняется и носит постоянный характер.

Болеет более года, когда после длительного приема антибиотиков (по поводу затяжной пневмонии) появились расстройства стула, боли в нижне-боковых отделах живота, лечился пробиотическими препаратами, стул нормализовался, но сохранялся болевой абдоминальный синдром, стали беспокоить запоры, в связи с чем обратилась к гастроэнтерологу по месту жительства, был обследован - по результатам ирригоскопии - в сигмовидной и нисходящей ободочной кишках кишечная стенка имеет неровный контур, образует мешковидные выпячивания по ее контуру, размером от 0,2-0,3 до 1-2 см, имеющие суженное основание. В клиническом анализе крови-лейкоцитоз, нейтрофилез, повышение СОЭ. Копрограмма: кал плотный, темно-коричневый, с щелочной реакцией, слизь ++, лейкоциты ++.

Объективно: состояние удовлетворительное. Нормостеник. Язык влажный, обложен у корня. Живот мягкий, отмечается болезненность в левой подвздошной и левой мезогастральной областях. В остальном – без особенностей.

Вопросы к задаче:

- А) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- В) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
- Г) Препараты какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
- Д) С какими нозологическими формами необходимо дифференцировать данный диагноз и возможные осложнения?

ЗАДАЧА 28

Больной С. 29 лет, программист, обратился к врачу с жалобами на тупые, ноющие малоинтенсивные боли в нижних отделах живота ближе к левому фланку, возникающие перед дефекацией, либо усиливающиеся сразу после опорожнения кишечника, длящиеся около 30-40 минут, разжиженный стул с примесью слизи и небольшого количества алой крови, частота стула до 6 раз в сутки, в том числе, в ночное время, ложные позывы на дефекацию с выделением из прямой кишки только слизи с примесью алой крови, ощущение урчания в животе в течение дня, снижение веса на 5 кг за прошедшие 4 месяца.

Из анамнеза: нарушение стула впервые отметил 6 месяцев назад после поездки на юг в летнее время и связал указанный симптом с употреблением больших количеств овощей и фруктов. Диарея сохранялась и прогрессировала и после возвращения из отпуска.

Самостоятельно принимал смекту, мезим без эффекта. Через 1,5 месяца отметил появление в кале слизи и прожилок крови, затем появились слабые боли по левому флангу живота.

Постепенно усилились диарея и боли в животе, увеличилось количество примеси крови в кале, что и послужило поводом для обращения к врачу.

При осмотре: Состояние удовлетворительное, $t - 37.0^{\circ}\text{C}$, рост 180 см, вес 60 кг. ИМТ-18,5.

Кожный покров и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. Пульс – 93 в 1 мин. АД – 120/85 мм.рт. ст. Язык умеренно обложен сероватым налётом, влажный. Живот участвует в дыхании, умеренно равномерно вздут, при поверхностной пальпации мягкий, определяется умеренная болезненность по левому флангу живота, при глубокой пальпации болезненность в левой подвздошной области, где пальпируется спазмированная, плотноэластическая, болезненная сигмовидная кишка; остальные отделы толстой кишки безболезненны. Печень не пальпируется. Селезёнка не пальпируется. Отеков нет.

В анализе крови: $\text{Hb} = 104 \text{ г/л}$, анизоцитоз, пойкилоцитоз, $\text{ЦПК} = 0.75$, лейкоциты = $12,6 \times 10^9/\text{л}$. $\text{СОЭ} = 38 \text{ мм/час}$.

Копрограмма: кал неоформленный, мышечные волокна, крахмал внутриклеточный в небольшом количестве, лейкоциты до 30-40 в поле зрения, эритроциты в значительном количестве, слизь в большом количестве. Фекальный кальпротектин 532 мкг/г.

Общий белок сыворотки 62,3 г/л, альбумины – 49,3%, глобулины 50,7%, СРБ –10.

Ректороманоскопия без подготовки: аппарат введен до 18 см. Слизистая оболочка прямой кишки диффузно гиперемирована, отёчная, выраженная контактная кровоточивость, множественные эрозии, местами, сливные, покрытые фибрином. В просвете кишки слизь, окрашенная кровью, и жидкие каловые массы в небольшом количестве. В вышележащих отделах сигмовидной кишки слизистая розовая, сосудистый рисунок сохранен.

Вопросы к задаче:

- А) Предположите наиболее вероятный диагноз
- Б) Обоснуйте поставленный Вами основной диагноз
- В) Укажите с какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз
- Г) Составьте план лечения пациента, указав основные группы препаратов
- Д) Назначьте терапию для поддержания ремиссии

ЗАДАЧА 29

Больной К. 27 лет, жалуется на боли в правой подвздошной области постоянного характера (ночью нередко просыпается от болей). На этом фоне периодически возникают приступы интенсивных болей по типу колики. Беспокоит выраженная слабость, снижение массы тела на 7 кг за год, стул 4-5 раз в сутки в виде жидкой кашицы, без патологических примесей, обильный. Отмечает повышение температуры до 37,6°C ежедневно, особенно к вечеру. Анамнез заболевания: заболел 1 год назад, когда внезапно, среди полного здоровья появились интенсивные боли в правой подвздошной области, повышение температуры до 38,0°C. Осмотрен хирургом, диагностирован острый аппендицит. При ревизии обнаружены утолщенная подвздошная кишка с отечной рыхлой стенкой, увеличенные брыжеечные лимфоузлы. Червеобразный отросток не изменён. Произведена аппендектомия. В послеоперационном периоде появилась гипертермия до 38,5°C, на фоне введения антибиотиков температура снизилась до субфебрильных цифр, однако полностью не исчезла. Боли в правой подвздошной области сохранялись, стали носить тупой постоянный характер. Около недели боли стали интенсивными, по типу колики, возникают в ночное время. Пациент стал отмечать учащение стула, вначале до 2-х раз в сутки, затем 4-5 раз, каловые массы вначале имели характер густой каши («коровий кал»), затем стали жидкими. В испражнениях периодически появлялись слизь и кровь в небольшом количестве. Постепенно нарастала слабость, за год болезни пациент потерял 7 кг массы тела.

Объективно: Состояние средней тяжести. Пониженного питания, кожа несколько суховата, тургор снижен. ИМТ=18. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Пульс - 95 ударов в минуту, АД - 105/70 мм рт. ст. На верхушке сердца систолический шум. Язык обложен белым налётом. Живот участвует в дыхании, обычной конфигурации. При пальпации - болезненность в правой подвздошной области, здесь же пальпируется уплотненная болезненная слепая кишка и несколько выше раздутые урчащие петли тонкой кишки. На остальном протяжении патологических изменений не выявлено. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень по краю рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Отеков нет. При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин – 103 г/л, СОЭ - 34 мм/час, эритроциты - $3,6 \times 10^{12}/л$, ЦПК=0.84, лейкоциты - $12,6 \times 10^9/л$, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 51%, лимфоциты - 37%. Биохимический анализ крови: общий белок - 52 г/л, Общий билирубин - 16,4 ммоль/л, глюкоза - 5,5 ммоль/л., холестерин - 3,9 ммоль/л, калий - 3,5 ммоль/л, натрий - 142 ммоль/л. RRS: Осмотрены прямая кишка и сигмовидная, слизистая на всем протяжении без патологических изменений.

Ирригоскопия: бариевая взвесь ретроградно заполняет все отделы толстой кишки и подвздошную на протяжении 15-20 см. Имеются сужения дистального отдела подвздошной кишки и неровные контуры, отсутствие гаустр в слепой и восходящей кишках.

Вопросы к задаче:

- А) Сформулируйте диагноз
- Б) Составьте план обследования пациента.
- В) Назовите основные морфологические признаки заболевания.
- Г) Составьте план лечения при данной локализации процесса.
- Д) Назовите показания к хирургическому лечению БК?

ЗАДАЧА 30

Больная Н., 28 лет, предъявляет жалобы на боли в околопупочной области, тупого характера, без иррадиации через 3—4 часа после приема пищи, вздутие, чувство распирания, стул неустойчивый, 1-3 раза в день, обильный, кал желтого цвета, кашицеобразный; снижение веса; выраженную слабость и утомляемость; сердцебиение и одышку при физической нагрузке; раздражительность, бессонницу. С детства отмечает неустойчивый стул, низкую массу тела, обследовалась в детском возрасте, выявлены дисбактериоз кишечника, УЗИ-признаки перегиба желчного пузыря,

лечилась препаратами пробиотического действия (Хилак Форте), желчегонного действия с временным положительным эффектом. Ухудшение состояния после рождения ребенка. Сопутствующие заболевания – Аутоиммунный тиреоидит, эутиреоз.

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Положение тела активное. Правильного телосложения, пониженного питания.

Вес-47 кг Рост-165 см. Окружность плеча – 19,5 см. Кожный покров бледной окраски, кожа сухая, тургор ее снижен, отмечается гиперкератоз локтей и коленей. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 94 в 1 мин. АД 115 и 65 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот втянут, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, определяется болезненность в околопупочной области. Положительный симптом Образцова. Печень и селезенка не пальпируются.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 94 г/л, эритроциты – $3,72 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $6,1 \times 10^9$ /л, лимфоциты – 1500×10^9 /л, тромбоциты – 266×10^9 /л, СОЭ – 34 мм/ч..

В биохимическом анализе крови: общий белок-52 г/л, альбумин-30 г/л, билирубин общий – 12,8 мкмоль/л, АЛТ – 19 Е/л, АСТ – 15 Е/л, γ -ГТП – 25 Е/л, ЩФ – 56 Е/л, натрий – 137 мкмоль/л, калий – 4,3 мкмоль/л, креатинин – 44 мкмоль/л, мочевины – 4,3 мкмоль/л, СРБ-0,3 мг/л. Копрограмма – мышечные волокна перевар. +, триглицериды ++, крахмал внутриклеточный ++, растительная клетчатка перевар.+, раст. клетчатка неперев. ++, йодофильная флора ++ Реакция кала на скрытую кровь – отрицательная

По данным ФГДС выявлены признаки гастрита, субатрофического дуоденита. Выполнена биопсия слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Нр (+++).

Вопросы к задаче:

А) Предположите наиболее вероятный диагноз

Б) Обоснуйте поставленный диагноз?

В) Какие лабораторно-инструментальные обследования необходимо назначить для подтверждения предварительного диагноза?

Г) Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания?

Д) Составьте и обоснуйте план лечения в случае подтверждения предварительного диагноза?

ЗАДАЧА 31

Пациентка Н., 32 лет обратилась к гастроэнтерологу с жалобами на отрыжку воздухом, тяжесть в эпигастральной области после приёма пищи, стул со склонностью к запорам до 3-х дней, вздутие и урчание в животе.

Из анамнеза известно, что склонность к запорам отмечает с детского возраста, обследовалась, по результатам обследования: ирригоскопии выявлена нарушение моторно-эвакуаторной функции, долихосигма. В течение 5 лет беспокоят зудящие высыпания на разгибательных поверхностях предплечий, голеней, спине, обратилась к дерматологу, по результатам биопсии верифицирован диагноз герпетиформного дерматита Дюринга.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы сухие, гиперкератоз локтей и коленей, на спине и разгибательной поверхности локтей - полиморфная папулезная сыпь с эскориациями. Рост- 160 см, Вес-56 кг. Пульс-64 уд. в 1 мин, ритмичный. Язык обложен белым налетом у корня. Живот правильной формы, участвует в дыхании, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не пальпируются

Клинический анализ крови: гемоглобин – 125 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $6,1 \times 10^9$ /л, тромбоциты – 230×10^9 /л, СОЭ – 4 мм/ч.

В биохимическом анализе крови: общий белок-72 г/л, альбумин-38 г/л, билирубин общий – 11,8 мкмоль/л, АЛТ – 13 Е/л, АСТ – 10 Е/л, γ -ГТП – 35 Е/л, ЩФ – 46 Е/л, натрий – 137 мкмоль/л, калий – 4,3 мкмоль/л, креатинин – 48 мкмоль/л, мочевины – 4,4 мкмоль/л, СРБ-0,3 мг/л.

Серологическое исследование крови: anti-tTG IgA – 42 U/ml и anti-tTG IgG – 46 U/ml

Вопросы к задаче:

А) Предположите наиболее вероятный диагноз?

- Б) Обоснуйте поставленный диагноз?
- В) Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания?
- Г) Какие лабораторно-инструментальные обследования необходимо назначить для подтверждения предварительного диагноза?
- Д) Составьте и обоснуйте план лечения в случае подтверждения предварительного диагноза?

ЗАДАЧА 32

Пациентка Р., 20 лет обратилась с жалобами на периодические боли в околопупочной области, жидкий стул 6-7 типов по Бристольской шкале 1-2 раза в сутки без видимых патологических примесей, вздутие и урчание в животе после употребления молочных продуктов.

Из анамнеза известно, что абдоминальный болевой синдром и послабление стула беспокоят с детства.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы чистые, влажные. Рост- 168 см, Вес-66 кг. Пульс-68 уд.в 1 мин, ритмичный. Язык обложен белым налетом у корня. Живот правильной формы, участвует в дыхании, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Положительный симптом Образцова. Печень и селезенка не пальпируются. Пузырные симптомы отрицательные. Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 125 г/л, эритроциты – $4,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $7,1 \times 10^9$ /л, тромбоциты – 230×10^9 /л, СОЭ – 4 мм/ч.

В биохимическом анализе крови: общий белок-70 г/л, альбумин-37 г/л, билирубин общий – 9,8 мкмоль/л, АЛТ – 15 Е/л, АСТ – 11 Е/л, γ -ГТП – 45 Е/л, ЩФ – 47 Е/л, натрий – 137 мкмоль/л, калий – 4,3 мкмоль/л, креатинин – 48 мкмоль/л, мочевины – 4,4 мкмоль/л, СРБ-0,3 мг/л.

Копрограмма: оформленный, коричневого цвета, перевар раст клетчатка +, неперевар раст клетчатка ++, нейтральный жир -, триглицериды -, мышечные волокна -.

ФГДС – Слизистая оболочка верхних отделов ЖКТ без патологии.

ФКС – Слизистая оболочка толстой кишки и терминального отдела подвздошной кишки осмотрена полностью. Патологии не выявлено.

Вопросы к задаче:

- А) Предположите наиболее вероятный диагноз?
- Б) Какой метод обследования необходимо назначить пациентке для верификации диагноза? Каковы диагностические критерии данного заболевания?
- В) С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику и какие лабораторно-инструментальные исследования необходимо назначить для проведения дифференциального диагноза?
- Г) Составьте план лечения пациентки?
- Д) Каков, на Ваш взгляд, патогенез диареи при данной патологии?

ЗАДАЧА 33

Пациент К., 30 лет обратился к гастроэнтерологу с жалобами на периодические (1 раз в 6 месяцев) приступообразные интенсивные боли в животе без четкой локализации, сопровождающиеся повышением температуры тела до $39,5^{\circ}\text{C}$, длительностью до 2х суток, купирующиеся приемом НПВП (кеторолак, ибупрофен), а также боли в правом коленном суставе.

Из анамнеза известно, что болевые абдоминальные приступы беспокоят с детства, в возрасте 5 лет выполнена аппендэктомия, однако данных за аппендицит при гистологическом исследовании операционного материала не получено. В дальнейшем, неоднократно госпитализирован в стационары с диагнозом «Острый живот», однако диагноз не подтверждался.

Из анамнеза жизни: армянин, дедушка умер от хронической почечной недостаточности.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы чистые, влажные. Рост- 178 см, Вес-78 кг. Пульс-62 уд.в 1 мин, ритмичный. Язык обложен белым налетом у корня. Живот правильной формы, участвует в дыхании, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не пальпируются. Пузырные симптомы отрицательные. Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 145 г/л, эритроциты – $5,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $6,1 \times 10^9$ /л, тромбоциты – 250×10^9 /л, СОЭ – 3 мм/ч.

В биохимическом анализе крови: общий белок-72 г/л, альбумин-36 г/л, билирубин общий – 10,8 мкмоль/л, АЛТ – 18Е/л, АСТ – 15 Е/л, γ -ГТП – 45 Е/л, ЩФ – 37 Е/л, натрий – 137 мкмоль/л, калий – 4,3 мкмоль/л, креатинин – 140 мкмоль/л, мочевины – 4,4 мкмоль/л, СРБ-0,3 мг/л, фибриноген 2 г/л.

Копрограмма: оформленный, коричневого цвета, перевар раст клетчатка +, неперевар раст клетчатка ++, нейтральный жир -, триглицериды -, мышечные волокна -.

ФГДС – Слизистая оболочка верхних отделов ЖКТ без патологии.

ФКС – Слизистая оболочка толстой кишки и терминального отдела подвздошной кишки осмотрена полностью. Патологии не выявлено.

УЗИ органов брюшной полости – патологии не выявлено.

УЗИ почек – диффузные изменения паренхимы почек.

Вопросы к задаче:

- А) Предположите наиболее вероятный диагноз?
- Б) Составьте план обследования для верификации диагноза?
- В) Проведите дифференциальную диагностику данной патологии?
- Г) Составьте план лечения пациента?
- Д) Сформулируйте Вашу дальнейшую тактику ведения пациента?

ЗАДАЧА 34

Пациент 30 лет. Поступил в терапевтическое отделение по экстренным показаниям с диагнозом пневмония в нижней доле правого легкого, тяжелой степени. В течение 2-3 недель отмечал слабость, снижение аппетита, утомляемость. 2 дня назад вечером появился озноб, повышение температуры тела до 38-39, сухой кашель, одышка в покое. При объективном осмотре: состояние средней тяжести за счет интоксикации и дыхательной недостаточности, кожные покровы бледные, влажные. В полости рта признаки афтозного стоматита. В легких справа в нижних отделах выслушиваются крепитирующие хрипы, дыхание ослаблено. Тоны сердца приглушены, тахикардия до 110 в 1 мин., АД 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, периферические лимфоузлы не увеличены, гепатоспленомегалии не выявлено. Стул, диурез в норме.

В анализе крови: гемоглобин 58 г/л, нормохромия, лейкоциты $9,8 \times 10^9$ /л, лимфоциты 36%, палочкоядерные 21%, моноциты 5%, сегментоядерные 15%, бласты 18%, миелоциты 5%, тромбоциты 65×10^9 /л, СОЭ 46 мм/час.

На рентгенограммах легких выявлена инфильтрация в нижней доле правого легкого.

Вопросы к задаче:

- А) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- В) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
- Г) Какие рекомендации и препараты вы бы рекомендовали пациенту терапии. Обоснуйте свой выбор.

ЗАДАЧА 35

Пациентка 54 лет поступила в терапевтическое отделение стационара с жалобами на выраженную слабость, утомляемость, одышку и сердцебиение при незначительной физической нагрузке. Из анамнеза известно, что подобные жалобы появились и стали нарастать в течение последних 3-4 месяцев, когда появились и стали нарастать данные

жалобы, направлена в стационар для обследования и лечения с диагнозом ИБС, ХСН? При объективном осмотре отмечается умеренная бледность кожных покровов, лимфоаденопатии не выявлено. В легких хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 96 в 1 мин., АД 135/85 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена, пальпируется нижний полюс плотной селезенки. Асцита нет, пастозность стоп. Диурез и стул в норме.

В клиническом анализе крови: Нв — 69 г/л, эритроциты — $2,1 \times 10^{12}/л$, тромбоциты - $68 \times 10^9/л$, лейкоциты - $26 \times 10^9/л$, сегм. - 33%, пал. - 9%, баз. - 8%, эоз. - 10%, миел. - 7%, промиел. - 4%, миелобласты - 2%, лимф. - 18%, мон. - 9%, СОЭ - 32 мм/ч.

Вопросы к задаче:

- А) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз
- В) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
- Г) Какие рекомендации и препараты вы бы рекомендовали пациенту терапии. Обоснуйте свой выбор.

ЗАДАЧА 36

Пациент 67 лет, во время обследования перед плановой операцией по поводу катаракты в клиническом анализе крови выявлены следующие изменения : гемоглобин - 135 г/л, эритроциты - $4,1 \times 10^{12}/л$, тромбоциты $196 \times 10^9/л$, лейкоциты - $48 \times 10^9/л$, сегментоядерные 17%, палочкоядерные 2%, эозинофилы 1%, базофилы 0%, лимфоциты 72%, пролимфоциты 5%, бласты - 1%, СОЭ — 3 мм/ч. Изменения в крови выявлены впервые, у гематолога ранее не наблюдался. При осмотре кожные покровы обычного цвета, пальпируются шейные, подмышечные мягко-эластичные лимфоузлы до 1-1.5см, подвижные, безболезненные. В легких без особенностей. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 82 в 1 мин., АД 130/85 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Асцита, отеков нет. Физиологические отправления в норме.

Вопросы к задаче:

- А) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- В) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
- Г) Какие рекомендации и препараты вы бы рекомендовали пациенту терапии. Обоснуйте свой выбор.

ЗАДАЧА 37

Пациент 48 лет обратился к участковому терапевту с жалобами на головную боль, головокружение, слабость, зуд кожи после душа. Данные жалобы отмечает в течение 1-2 лет. Ранее, со слов пациента, был повышенный гемоглобин, всегда гиперемированное лицо, но к гематологу не обращался. Курит, алкоголь употребляет умеренно. Врач обратил внимание на гиперемию лица, повышение АД 165/100 мм, увеличение селезенки и назначил анализ крови. В клиническом анализе крови: гемоглобин 195 г/л, эритроциты $6,8 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $11 \times 10^9/л$, тромбоциты - $480 \times 10^9/л$, СОЭ - 1 мм/ч

Вопросы к задаче:

- А) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- В) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
- Г) Какие рекомендации и препараты вы бы рекомендовали пациенту терапии. Обоснуйте свой выбор.

ЗАДАЧА 38

Пациентка Л., 67 лет, обратилась с жалобами на кратковременные эпизоды потери сознания, резкую слабость, головокружение, шум в голове, сопровождающиеся частым сердцебиением, которые бес-покоят ее в течение месяца. Страдает хроническим гастритом,

гипертонической болезнью по поводу которой в течение трех последних лет регулярно принимает эналаприл по 20 мг/сут, с хорошим эффектом. Около двух месяцев назад обратилась к терапевту по месту жительства по поводу болей в шейном отделе позвоночника. Состояние было расценено как остеоартроз, в связи с чем назначен диклофенак (50 мг 3 раза в сутки), который пациентка принимает регулярно до настоящего времени, с хорошим эффектом, однако около месяца назад она отметила появление тёмного, дёгтеобразного, стула.

При осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы и конъюнктивы бледные. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД -17 в минуту. Тоны сердца сохранены, ритмичные, при аускультации выслушивается систолический шум во всех точках, шум волчка. ЧСС - 110 в минуту. АД - 90/50 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезёнка не увеличены.

В анализах крови: гемоглобин - 60 г/л, эритроциты - 2,6 млн, ЦП - 0,58. Анализ мочи без патологии.

В анализе кала: Реакция Грегерсена резко положительная.

Вопросы к задаче:

- А) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- В) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
- Г) Какие рекомендации и препараты вы бы рекомендовали пациенту терапии. Обоснуйте свой выбор.

ЗАДАЧА 39

Пациентка А, 66 лет, обратился к неврологу с жалобами на необычные неприятные ощущения в виде покалывания и онемения в руках и ногах, слабость в конечностях, затруднения при движении, изменение походки, «ватные ноги» снижение зрения, а также снижение настроения, сонливость, потерю концентрации внимания. Чувство тяжести за грудиной связанная с физической нагрузкой.

Указанные симптомы возникли около четырёх месяцев назад и постепенно нарастали. В анамнезе у больной - хронический гастрит с пониженной секреторной функцией, аутоиммунный тиреоидит (медикаментозный эутиреоз на фоне приема 50 мг L-тироксина в сутки).

При осмотре состояние удовлетворительное. Больная пониженного питания. Кожные покровы сухие, бледные, определяется небольшая иктеричность склер, язык чистый, умеренная сглаженность сосочков языка «лакированный язык». Отёков нет, периферические лимфоузлы не увеличены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД -17 в минуту. Тоны сердца ритмичные, шумы не выслушиваются, ЧСС - 72 в минуту. АД -135/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края рёберной дуги на 2 см по среднеключичной линии, ее край гладкий, ровный, безболезненный при пальпации. В неврологическом статусе признаки сенсомоторной полинейропатии, положительный симптом Лермитта.

В анализах крови: гемоглобин - 8,2 г/л, эритроциты - 2,1 млн, ЦП - 1,3, средний объем эритроцитов -104 фл., лейкоциты - 4,2 тыс., обнаружены полисегментоядерные нейтрофилы, тромбоциты - 123 тыс. (картина периферической крови приведена на рисунке ниже), СОЭ - 22 мм/ч, общий билирубин -1,8 мг%, прямой билирубин - 0,2 мг%,ТТГ-5,3МЕ/л. В анализах мочи и кала - без отклонений от нормы. Дайте письменные Эталон ответа на следующие

Вопросы к задаче:

Вопросы к задаче:

- А) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- В) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
- Г) Какие рекомендации и препараты вы бы рекомендовали пациенту терапии. Обоснуйте

свой выбор.

ЗАДАЧА 40

Пациент Р., 62 года, обратилась к гастроэнтерологу с жалобами на снижение аппетита, привкус металла во рту, чувство тяжести в эпигастрии, возникающее после приема любой пищи, отрыжку воздухом, вздутие живота, неустойчивый стул, жжение и боли в кончике языка.

Указанные симптомы беспокоят больную на протяжении двух месяцев. Из анамнеза известно, что три года назад пациенту была произведена правосторонняя гемиколонэктомия по поводу рака восходящего отдела толстой кишки (наблюдается в онкологическом диспансере, данных о рецидиве заболевания нет).

При осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные с лимонно-жёлтым оттенком, склеры иктеричны. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 18 в минуту. Тоны сердца сохранены, ритмичные, шумы над областью сердца и крупными сосудами не выслушиваются. ЧСС - 92 в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Язык ярко-розовый, блестящий, с небольшим количеством сосочков, отпечатки зубов, налёта нет. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезёнка не увеличены.

В анализах крови: гемоглобин - 75 г/л, эритроциты - 2 млн, ЦП - 1,3, ретикулоциты - 4 д, лейкоциты - 3 тыс. (п/я - 2, с/я - 68), лим-фоциты - 25, моноциты - 5, тромбоциты - 110 тыс., тельца Жолли и кольца Кебота. СОЭ - 45 мм/ч, выраженный анизоцитоз, пойкилоцитоз; Исследование пунктата костного мозга: выявило наличие мегалобластического типа кроветворения, пунктат костного мозга богат клеточными элементами, созревание нейтрофилов несколько ускорено. Эритропоэз смешанный, нормобласты составляют 22%, мегалобласты 9% билирубин общий - 2,2 мг%, билирубин прямой - 0,1 мг%, АСТ - 16 МЕ, АЛТ - 20 МЕ. Узи брюшной полости: гепатоспленомегалия, признаки ДЖВП, диффузные изменения поджелудочной железы.

В общем анализе мочи повышен уробилин, в остальном без патологии. В анализе кала признаки внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы. Реакция Грегерсена отрицательная.

Вопросы к задаче:

- А) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- В) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
- Г) Какие рекомендации и препараты вы бы рекомендовали пациенту терапии. Обоснуйте свой выбор.

ЗАДАЧА 41

Пациент Ф., 69 лет, предъявляет жалобы на слабость, утомляемость, неустойчивость походки, потерю в весе 12 кг, отсутствие аппетита, жжение и боли в кончике языка, которые постепенно нарастают в течение четырёх лет и появление которых он связывает с психоэмоциональным стрессом по поводу смерти жены пять лет назад. Наличие хронических заболеваний отрицает. Курит в течение 40 лет.

Пациент пониженного питания. Кожные покровы сухие, бледные, определяется небольшая иктеричность склер, язык чистый, следы от зубов отсутствуют, умеренная сглаженность сосочков языка. В лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет. ЧД - 17 в минуту. Тоны сердца сохранены, ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС - 72 в минуту. АД - 135/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края рёберной дуги на 2 см по среднеключичной линии, ее край гладкий, ровный, безболезненный при пальпации.

В анализах крови: гемоглобин - 10,4 г/л, эритроциты - 2,4 млн, Лейкоциты - 2,4 на 10^9 . тромбоциты 110 на 10^9 ЦП - 1,2, ретикулоциты - 2 д, обнаружены полисегментоядерные нейтрофилы, СОЭ - 7 мм/ч, общий билирубин - 1,8 мг%, прямой билирубин - 0,2 мг%. В анализах мочи и кала без отклонений от нормы. ФГДС Хронический атрофический гастрит.

УЗИ брюшной полости гепатомегалия.

Вопросы к задаче:

- А) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- В) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
- Г) Какие рекомендации и препараты вы бы рекомендовали пациенту терапии. Обоснуйте свой выбор.

ЗАДАЧА 42

Больной Д., 20 лет. В течение 15 лет наблюдаются периодические боли в животе, одновременно отмечается бледность и желтушность кожных покровов. У отца также обнаружена анемия, спленомегалия по поводу которой наблюдается у гематолога. Неделю назад после перенесённого гриппа состояние резко ухудшилось, повысилась температура до 38-40С, появилась головная боль, головокружение, боли в животе, была рвота, заметно побледнел и пожелтел. При осмотре пациента: вялый, бледный, адинамичный, кожа и склеры иктеричные. Систолический шум на верхушке, тахикардия. Живот мягкий, печень на 2 см, селезёнка на 6 см ниже рёберной дуги, плотная.

В анализе крови: эр- $1,01 \times 10^{12}/л$, Нв- 44 г/л, ц.п.-1,0, ретикулоцитоз 45,0%, п-10, с-41%, Э-3, Л-3,5; м-1, нормобластов 32 на 100 эритроцитов, микросфероцитов 50%, СОЭ- 57 мм/час. Реакция Кумбса отрицательная, билирубин 86 мкм/л за счет непрямой фракции. В костном мозге нормобластическая реакция.

Вопросы к задаче:

- А) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- В) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
- Г) Какие рекомендации и препараты вы бы рекомендовали пациенту терапии. Обоснуйте свой выбор.

ЗАДАЧА 43

Пациент 24 лет поступил в пульмонологическое отделение с жалобами на лихорадку до 39° С, выраженную общую слабость, кашель со слизисто – гнойной мокротой, одышку в покое. Болен 7 дней. Диагностирована двусторонняя полисегментарная пневмония: в S 10 справа, в S 4, 5, 9, 10 слева тяжелого течения, осложненная острой дыхательной недостаточностью. Больной помещен в ОРИТ, где проводилась антибактериальная терапия, не инвазивная ИВЛ, симптоматическое лечение. ОАК: гемоглобин 112 г/л, эритроциты $3,8 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $5,3 \times 10^9/л$, с/я 76,5 %, лимфоциты 20,6 %, моноциты 2,9 %, СОЭ 32 мм/час. Иммунограмма: лейкоциты $3,8 \times 10^9/л$, лимфоциты $0,8 \times 10^9/л$ (10.5%), CD3 51%, CD4 30%, CD8 26%, CD16 11%, CD20 12%, CD25 12%, IgM 0.39 г/л, IgA 2.35 г/л, IgG 10.5г/л, ФАН30 39%, ФАН120 52%, ФЧ30 3, ФЧ120 4, КФЧ 1.3

Вопросы к задаче:

- А) Дайте заключение по результатам клинического и иммунологического лабораторного обследования
- Б) Наиболее вероятный этиологический фактор пневмонии при данной иммунограмме. Укажите группы риска заражения.
- В) Укажите виды проводимой медикаментозной иммунокоррекции.
- Г) Возможно ли проведение иммунокоррекции, какими средствами? Укажите частоту введения препарата.
- Д) Необходимо ли в данном случае рекомендовать препараты для улучшения местного иммунитета, перечислите какие. Обоснуйте ответ.

ЗАДАЧА 44

Пациентка 35 лет жалуется на периодическое появление герпетических высыпаний на коже в области лица, гениталий. Симптомы герпетической инфекции более 10 лет, до недавнего времени были редкие. В течение 2 лет отмечает ежемесячные рецидивы лабиального герпеса, генитального - 4-5 раз в год. Периодически принимает ацикловир при обострениях с положительным эффектом; полгода назад курс лечения тилороном внутрь без эффекта. В анамнезе: онихомикоз 3 года назад; двое родов в 29 и 31 год. Практикует вегетарианство около года. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледноваты, сухие. Волосы тонкие, тусклые; ногтевые пластинки деформированы, ломкие. На губах корочки в местах разрешившихся герпетических высыпаний. По внутренним органам без особенностей.

ОАК: гемоглобин 88 г/л, эритроциты $3,2 \times 10^{12}/л$, гипохромия, микроцитоз, лейкоциты $3,8 \times 10^9/л$, формула без особенностей, СОЭ 20 мм/ч. Иммунограмма: абсолютная лейкопения, лимфопения, СД3 48%, СД4 33%, ИРИ 0,9.

Вопросы к задаче:

- А) Сформулируйте клинический диагноз и клинико-иммунологическое заключение.
- Б) Назовите вероятную причину иммунологической недостаточности. Обоснуйте.
- В) Составьте план дообследования пациентки
- Г) Укажите факторы риска развития железодефицитной анемии
- Д) Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 45

Пациент 26 лет жалуется на появление фурункулов на коже различных анатомических областей. Считает себя больным в течение 3 лет, за этот период отмечалось более 10 фурункулов в области туловища, нижних конечностей, лица, требующих хирургического лечения и антибактериальной терапии. 2 года назад – нагноение гематомы левой голени после травмы; полгода назад – абсцесс ягодичной области после внутримышечной инъекции анальгина. Настоящее ухудшение около недели, появилась болезненная припухлость правой подмышечной области, осмотрен хирургом, 2 дня назад выполнено вскрытие, дренирование правостороннего гидраденита; принимает ципрофлоксацин внутрь. Наследственность, аллергологический анамнез не отягощены; хронические заболевания отрицает.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Нормотермия. Среднего физического развития, без дефектов. Кожные покровы обычной окраски, множественные рубцы в области ягодиц, спины, ног. Вскрытый абсцесс правой подмышечной области под повязкой. Периферические лимфоузлы не пальпируются. По внутренним органам без особенностей. Анализ крови: гемоглобин 145 г/л, лейкоциты $10,4 \times 10^9/л$, нейтрофилы 78%, лимфоциты 10%, СОЭ 25 мм/ч.

Иммунограмма: СД3 50%, СД4 55%, СД8 15%, СД20 6%; ИРИ 3,5; ФАН 40%, ФЧ 6, показатель завершенности фагоцитоза в норме, НСТ тест повышен; IgM 0,1 г/л, IgA 1,8 г/л, IgG 3 г/л.

Вопросы к задаче:

- А) Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
- Б) Сделайте клинико-иммунологическое заключение
- В) Какова лечебная тактика?
- Г) Что такое метабиотики? Показано ли применения этих препаратов у данного пациента?
- Д) Показан ли пациенту виферон? Механизм действия.

ЗАДАЧА 46

Пациент 71 г. наблюдался в поликлинике по поводу хронических заболеваний: неатопической бронхиальной астмы, ИБС, гипертонической болезни. В течение 2-х лет выявлялась анемия легкой степени неясной этиологии. По поводу анемии получал препараты железа, витамин В12, соответствующую диету без положительного эффекта. В

анализах крови в динамике регистрировались гемоглобин 90 – 86 г/л, эритроциты 3 х 10¹²/л, моноцитоз 14%, увеличение СОЭ. В течение одного года перенес три внебольничных пневмонии. Выполнена в связи с частыми инфекциями иммунограмма, при проведении электрофореза белков сыворотки обнаружен М– градиент.

Вопросы к задаче:

- А) О каком заболевании необходимо подумать
- Б) Какие дополнительные исследования необходимо провести
- В) Какие клинические проявления характерны для данного заболевания
- Г) Какие изменения гуморального звена наблюдаются при этом заболевании?
- Д) Дальнейшая тактика лечения

ЗАДАЧА 47

Пациентка 41 года получает лечение по поводу серопозитивного ревматоидного артрита метотрексатом с положительным клиническим эффектом. При иммунологическом мониторинге в динамике выявлено снижение основных субпопуляций лимфоцитов (CD3, CD4, CD16, CD25)

Вопросы к задаче:

- А) Каковы могут быть причины подобных изменений со стороны лимфоидных клеток
- Б) Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
- В) Определите прогноз заболевания.
- Г) Показания для назначения пульс терапии метипредом
- Д) Какой витамин обязательно сочетается с лечением метотрексатом. Обоснуйте.

ЗАДАЧА 48

Пациент 65 лет в течение 5 лет в переходное время года (весной – осенью) отмечает кашель со слизисто-гноющей мокротой, который проходит после лечения антибиотиками и муколитиками. Имеет длительный стаж курения (около 30 лет). С начала текущего года появился приступообразный кашель в дневное и ночное время с выделением мокроты серо – зеленого цвета, одышка при ходьбе или на высоте кашлевого приступа. Лечился амбулаторно амоксициллином, беродуалом (ДАИ) без улучшения самочувствия, в связи с чем направлен на стационарное лечение. Отягощена наследственность по эмфиземе легких у отца.

При обследовании: ОАК: умеренный лейкоцитоз со сдвигом влево, нейтрофилез, ускорена СОЭ. Анализ мокроты: слизисто-гноющая, лейкоциты до 100 в поле зрения. Посев мокроты: выделен *Streptococcus pneumoniae* 102. КТ легких: легочный рисунок несколько усилен, отмечается диффузное умеренное утолщение стенок бронхов. Спирография: ФЖЕЛ – 74,2%, ОФВ1 – 69,6%, индекс Тиффно – 87,1%, МОС (75%) – 38,9%, МОС (50%) – 49,2%, МОС (25%) – 59,2%, проба с бронхолитиком ОФВ1 + 8,9% (130 мл).

Вопросы к задаче:

- А) Сформулируйте клинический диагноз
- Б) Какое лечение требуется больному
- В) Составьте план диспансерного наблюдения
- Г) Какую иммунопрофилактику следует назначить
- Д) Какие основные рекомендации следует дать пациенту?

ЗАДАЧА 49

Пациентка 22 лет предъявляет жалобы на повышенную температуру до 39°C, кашель с отхождением мокроты, боль в грудной клетке при дыхании, ломоту в икроножных мышцах. Данные жалобы беспокоят в течение 7 дней, к врачам не обращалась, в домашних условиях лечилась жаропонижающими и отхаркивающими средствами в связи с сохранением жалоб

поступила в больницу им Петра Великого. При обследовании:
по данным клинического анализа крови - Лейкоциты – $13,2 \cdot 10^9$ /л, нейтрофилы 92%,
Эритроциты $4,2 \cdot 10^{12}$ /л, Гемоглобин - 124 г/л, СОЭ – 14 мм/ч
по данным рентгенологического обследования легких – корни легких не расширены,
инфильтрация нижней доли правого легкого, синусы свободны
Из анамнеза также известно, что у пациентки в анамнезе аллергия на ампициллин
(проявление в виде крапивницы)

Вопросы к задаче:

- А) Сформулируйте предварительный диагноз.
- Б) Предположите возможного (возможных) возбудителей данного заболевания
- В) Назначьте эмпирическую антибактериальную терапию на основании данных о возможных возбудителях
- Г) Опишите возможные побочные эффекты лекарственной терапии, опишите меры их профилактики
- Д) Укажите критерии эффективности назначенной антибактериальной терапии.

ЗАДАЧА 50

Пациентка 28 лет, поступила в плановом порядке для оперативного лечения хронической варикозной болезни нижних конечностей. При осмотре - трофических изменений кожи нижних конечностей нет, пациентка не лихорадит, по данным клинического анализа крови - лейкоциты – $6,5 \cdot 10^9$ /л, нейтрофилы 57%, лимфоциты – 30%, моноциты - 8%, эозинофилы - 2%, базофилы - 3%; Эритроциты $4,2 \cdot 10^{12}$ /л, Гемоглобин - 126 г/л, СОЭ – 4 мм/ч. Из сопутствующей патологии – страдает хроническим бронхитом, в настоящее время - вне обострения. В послеоперационном периоде был назначен цефтриаксон 1,0 г 2 раза в сутки в течение 5 дней.

Вопросы к задаче:

- А) Предположите спектр возбудителей, которые могут вызвать инфекцию области оперативного вмешательства
- Б) Оцените адекватность выбранного препарата, какие альтернативные препараты могут быть назначены пациенту
- В) Какой период времени проводится антибактериальная профилактика у данного пациента? В какой момент необходимо задуматься о переводе пациента на антибактериальную терапию?
- Г) Как вы будете оценивать эффективность и безопасность терапии?
- Д) Возможно ли развитие побочных эффектов на фоне данной терапии?

ЗАДАЧА 51

Пациент 30 лет поступил на терапевтическое отделение с жалобами на слабость, повышение температуры до $37,4^\circ\text{C}$, потливость в течение 2 месяцев. На амбулаторном этапе - получал антибактериальные препараты амоксициллин/клавуланат 625 мг 2 раза в сутки без значительного положительного эффекта. Из анамнеза известно, что пациент в течение длительного времени употреблял в/в наркотики. При осмотре обращает на себя внимание систолический шум на трикуспидальном клапане. На отделении выполнены следующие исследования, 3 года назад диагностирован СПИД, гепатит С и В. На отделении выполнены следующие исследования:

клинический анализ крови - лейкоциты – $9,8 \cdot 10^9$ /л, нейтрофилы 82%, лимфоциты – 7%, моноциты - 5%, эозинофилы - 3%, базофилы - 3%; Эритроциты $3,8 \cdot 10^{12}$ /л, Гемоглобин - 110 г/л, СОЭ – 35 мм/ч
биохимический анализ крови АСТ – 35 ммоль/л, АЛТ - 37 ммоль/л, креатинин 120 мкмоль/л
посев крови – на 2е сутки рост *S. aureus* (оксациллин - резистентный, ампициллин - резистентный, цефтриаксон - чувствительный, гентамицин – чувствительный, ципрофлоксацин – чувствительный, ванкомицин – чувствительный).

Установлен диагноз: инфекционный эндокардит. Была назначена антибактериальная терапия (ванкомицин 1,0 г 2 раза в сутки в/в кап), однако на фоне проводимой терапии (в течение 10 дней) было получено ухудшение состояния – повышение температуры до 38°C, появление кашля с гнойной мокротой, болей в грудной клетке. Было выполнено рентгенологическое исследование грудной клетки - выявлены множественные абсцессы обоих легких, по данным клинического анализа крови - лейкоциты $15,7 \cdot 10^9$ /л, нейтрофилы 90%, по данным биохимического анализа крови – креатинин возрос до 140 мкмоль/л.

Вопросы к задаче:

- А) Каков генез развития абсцессов легких, характерно ли данное осложнение для бактериального эндокардита трикуспидального клапана?
- Б) Согласны ли Вы с первичным назначением ванкомицина?
- В) В связи с чем произошло нарастание уровня креатинина?
- Г) Как вы будете оценивать эффективность и безопасность терапии?
- Д) Возможно ли развитие побочных эффектов на фоне антибактериальной терапии?

ЗАДАЧА 52

Пациентка 77 лет поступила на хирургическое отделение с кишечной непроходимостью, в процессе операции была выявлена опухоль сигмовидной кишки, обтурирующая просвет кишки, перфорации кишки выявлено не было. В послеоперационном периоде получала ципрофлоксацин 400 мг 2 раза в сутки + метронидазол 500 мг 3 раза в сутки, в связи с дыхательной недостаточностью продолжала находиться на ИВЛ. На 2-е сутки после операции уровень температуры 37 °С, уровень лейкоцитов $10,0 \cdot 10^9$ /л, нейтрофилы 75%, однако на 8-е сутки послеоперационного периода отмечено нарастание уровня лейкоцитов до $17,2 \cdot 10^9$ /л, нейтрофилы 95%, температура тела - 38 °С, при санации трахеобронхиального дерева - гнойное отделяемое. Выполнен рентген легких – инфильтрация легочной ткани в средних отделах левого легкого. Диагностирована нозокомиальная пневмония.

Вопросы к задаче:

- А) Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?
- Б) Укажите возможных возбудителей данного заболевания?
- В) Выберите антибактериальный препарат для лечения данной патологии.
- Г) Какие методы лабораторно-инструментального исследования могут быть использованы для контроля эффективности и безопасности антибактериальной терапии?
- Д) Опишите возможные побочные эффекты лекарственной терапии и меры их профилактики

ЗАДАЧА 53

Пациент 40 лет поступил на хирургическое отделение с диагнозом острый аппендицит, после подготовки прооперирован. Из протокола операции известно, что у пациента имел место гангренозный аппендицит, распространенный перитонит. По данным клинического анализа крови - Лейкоциты – $12,5 \cdot 10^9$ /л, нейтрофилы 85%; Эритроциты $4,6 \cdot 10^{12}$ /л, Гемоглобин - 128 г/л, СОЭ – 10 мм/ч, температура тела 38,0 °С. Из анамнеза известно, что пациент страдает гепатитом алкогольной этиологии, циррозом печени

Вопросы к задаче:

- А) Необходимо ли проведение антибиотикопрофилактики в периоперационном периоде у такого пациента? Если «да» то какой препарат может быть использован для этих целей?
- Б) Необходимо ли проведение антибактериальной терапии? Если «да», то назначьте эмпирическую антибактериальную терапию? Какой спектр микроорганизмов должна покрывать назначенная антибактериальная терапия?
- В) Какие антибактериальные препараты вы будете назначать пациенту с осторожностью?
- Г) Как вы будете оценивать эффективность и безопасность терапии?
- Д) Возможно ли развитие побочных эффектов на фоне данной терапии?

ЗАДАЧА 54

Пациентка 67 лет на терапевтическое отделение с диагнозом остроглоттрахеобронхита. Была назначена терапия амоксициллином/клавулоном. На фоне данной терапии у пациентки поднялась уменьшился бронхитический синдром, но появилась диарея, вырос лейкоцитоз в клиническом анализе крови.

Вопросы к задаче:

- А) Ваш предположительный диагноз?
- Б) Укажите возможных возбудителей данного заболевания?
- В) Выберите антибактериальный препарат для лечения данной патологии.
- Г) Какие методы лабораторно-инструментального исследования могут быть использованы для контроля эффективности и безопасности антибактериальной терапии?
- Д) Какова будет продолжительность антибактериальной терапии?

ЗАДАЧА 55

Пациентка 56 лет длительно страдает сахарным диабетом, в течение 3 лет периодически получает лечение в стационарах города по поводу диабетической стопы. В настоящее время поступила для оперативного лечения язвенно-некротического дефекта 3 пальца левой стопы и голени. За время нахождения на отделении прооперирована (произведена хирургическая обработка раны, ампутация 3 пальца левой стопы), проводилась антибактериальная терапия (цефтриаксон 1,0 г 2 раза в сутки). Однако на фоне проводимого лечения рана длительно не заживает, имеются некрозы, гнойное отделяемое из послеоперационной раны, температура тела 37,5°C, по данным клинического анализа крови Лейкоциты – $9,5 \cdot 10^9$ /л, нейтрофилы 74%, лимфоциты – 16%, моноциты - 8%, эозинофилы - 2%; Эритроциты $4,0 \cdot 10^{12}$ /л, Гемоглобин - 118 г/л, СОЭ – 34 мм/ч

Вопросы к задаче:

- А) Обоснуйте необходимость назначения/смены антибактериальной терапии
- Б) Какие исследования необходимо провести для решения вопроса о смене антибактериальной терапии
- В) Предположите возможного (возможных) возбудителей характерных для данной ситуации
- Г) Назначьте антибактериальную терапию
- Д) Опишите возможные побочные эффекты лекарственной терапии, опишите меры их профилактики

ЗАДАЧА 56

Пациента 33 лет в течение 2 недель отмечается лихорадка до 37,8; дизурия, боли в поясничной области. При проведении дообследования (анализы крови и мочи, УЗИ почек) был установлен диагноз правостороннего пиелонефрита и цистита.

На фоне терапии амоксициллином сохраняется лихорадка и лейкоцитурия.

По данным клинического анализа крови Лейкоциты – $10,5 \cdot 10^9$ /л, нейтрофилы 78%, лимфоциты – 12%, моноциты - 8%, эозинофилы - 2%; Эритроциты $4,0 \cdot 10^{12}$ /л, Гемоглобин - 111 г/л, СОЭ – 44 мм/ч

Вопросы к задаче:

- А) Обоснуйте необходимость назначения/смены антибактериальной терапии
- Б) Какие исследования необходимо провести для решения вопроса о смене антибактериальной терапии
- В) Предположите возможного (возможных) возбудителей характерных для данной ситуации
- Г) Назначьте антибактериальную терапию
- Д) Опишите возможные побочные эффекты лекарственной терапии, опишите меры их профилактики

ЗАДАЧА 57

Женщина 62 лет по направлению кардиолога обратилась к гастроэнтерологу для подбора оптимальной гастропротективной терапии. Пациентка страдает ИБС, фибрилляцией предсердий, 3 месяца назад перенесла плановую операцию ЧКВ – установка стентов в коронарные сосуды. Принимает однократно в день аспирин 100 мг, клопидогрел 75 мг, дабигатран 110 мг 2 раза в день. Эпизодически 2-3 раза в неделю принимает ибупрофен при головной боли. На этом фоне появились боли в эпигастрии. При ФГДС выявлены эрозии в желудке, признаков кровотечения нет.

Вопросы к задаче:

- А) Сформулируйте предварительный гастроэнтерологический диагноз.
- Б) Перечислите диагностические критерии заболевания.
- В) Представьте стандарты лабораторно-инструментального обследования пациентов с данной патологией.
- Г) Представьте стандарты лечения пациентов с данным заболеванием.
- Д) Какие еще препараты обладают цитопротективным эффектом при НПВП-гастропатии

ЗАДАЧА 58

Пациент 41 года мужчина обратился с жалобами на ежедневную изжогу, отрыжку съеденной пищей. Описанные жалобы беспокоят более 20 лет. На фоне приема ИПП изжога полностью исчезает. Принимает ИПП «по требованию». Страдающий ожирением II степени, ведет пассивный образ жизни, курит, употребляет газированные напитки ежедневно. При ФГДС выявлены недостаточность кардии, косвенные признаки грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, Эрозивный эзофагит (стадия В по Лос-Анджеленской системе). Цилиндроклеточная метаплазия в пищеводе C2&M4 (морфологически с кишечной метаплазией без дисплазии).

Вопросы к задаче:

- А) Сформулируйте предварительный диагноз.
- Б) Перечислите диагностические критерии заболевания.
- В) Представьте стандарты лабораторно-инструментального обследования пациентов с данной патологией.
- Г) Представьте стандарты лечения пациентов с данным заболеванием.
- Д) Этому пациенту строго показано хирургическое лечение ГЭРБ, пищевода Баррета.

ЗАДАЧА 59

Пациентка 28 лет, поступила экстренно с диагнозом инфекционный эндокардит нативного аортального клапана впервые диагностированный. Заболела после курса хирургического стоматологического лечения. Лихорадит фебрильно с ознобами, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы до юных форм, СОЭ 48 мм/ч. В течение 2-х недель принимает перорально амоксициллин/клавуланат 1000 мг 2 раза в день.

Вопросы к задаче:

- А) Предположите спектр возбудителей, которые могут вызвать инфекцию нативного аортального клапана
- Б) Оцените адекватность выбранного препарата, какие альтернативные препараты могут быть назначены пациенту
- В) Какие методы лабораторной диагностики необходимы для оптимизации антибактериальной терапии
- Г) Как вы будете оценивать эффективность и безопасность терапии?
- Д) Возможно ли развитие побочных эффектов на фоне длительной 4-8 недель антибактериальной терапии инфекционного эндокардита?

ЗАДАЧА 60

Больная К. 58 лет страдает артериальной гипертензией (АД – 175/105–160/95 мм рт. ст.). Отмечает повышение АД в течение 18 лет. Постоянно принимает Атенолол 50 мг в сутки, Гидрохлортиазид 25 мг в сутки. За последние десять лет прибавила в весе 30 кг. Объективно: повышенного питания. Рост - 158 см, вес - 91 кг. Индекс массы тела – 36,5 кг/м². Объем талии - 120 см, объем бёдер - 128 см. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Отёков нет. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 90 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень у рёберного края.

Биохимический анализ крови: холестерин общий – 7,2 ммоль/л; триглицериды – 3,12 ммоль/л; ХС-ЛПВП – 0,9 ммоль/л; креатинин – 95,9 мкмоль/л; глюкоза крови натощак – 6,3 ммоль/л; через 2 часа после приёма 75 г глюкозы – 9,0 ммоль/л.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, относительная плотность – 1014, прозрачная, реакция кислая, белок, сахар отсутствуют, лейкоциты – единичные в поле зрения.

Анализ мочи на микроальбуминурию – 200 мг/сутки.

СКФ: 75 мл/мин по формуле СКД-ЕРІ.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС – 70 ударов в минуту, гипертрофия левого желудочка.

ЭХО-КГ: клапанной патологии не выявлено, полости сердца не расширены, индекс массы миокарда левого желудочка - 121 г/м², признаки диастолической дисфункции, ФВ – 65%.

Вопросы к задаче:

А) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

В) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Г) Какие группы антигипертензивных препаратов Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Правильно ли назначена комбинация бета-блокатор и диуретик? Обоснуйте свой выбор.

Д) Через 6 месяцев регулярной антигипертензивной терапии (комбинация Амлодипина в дозе 10 мг/сутки и препарата из группы блокаторов РААС (ингибитор АПФ или антагонист рецепторов к ангиотензину II) + Розувостатин 20 мг/сутки + соблюдение диеты – АД в пределах 120–130/70–80 мм рт.ст., глюкоза натощак – 5,4 ммоль/л, общий холестерин – 5,0 ммоль/л, ТГ – 1,8 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,2 ммоль/л, креатинин – 100 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) = 71 мл/мин; альбуминурия – 10 мг/сутки. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

ЗАДАЧА 61

Больная 18 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в поясничной области, учащенное, болезненное мочеиспускание, озноб.

Из анамнеза известно, что часто болеет ОРВИ, периодически отмечает тупые боли внизу живота, на этом фоне бывает субфебрильная температура; иногда отмечается болезненное мочеиспускание.

При осмотре: кожные покровы обычной окраски, температура 37,8°C. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Число дыхательных движений – 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Частота сердечных сокращений – 96 в минуту. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Мочеиспускание учащено и болезненно. Отёков нет.

Общий анализ крови: гемоглобин – 114 г/л, эритроциты – 4,5×10¹²/л, лейкоциты – 18,5×10⁹/л, палочкоядерные нейтрофилы – 10%, сегментоядерные нейтрофилы – 70%, лимфоциты – 22%, моноциты – 9%, СОЭ – 28 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность -1012, реакция - щелочная, белок - 0,06%, лейкоциты – сплошь на все поле зрения, эритроциты – 1-2 в поле зрения, бактерии – значительное количество.

УЗИ почек: почки расположены правильно, размеры парная 10.2х3.8см; левая 9,8х3.4 см.. Чашечно-лоханочная система расширена с обеих сторон

Вопросы к задаче:

- А) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- В) Укажите дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.
- Г) Назовите группы лекарственных препаратов для начальной терапии и обоснуйте свой выбор.
- Д) Назовите мероприятия диспансерного наблюдения за больной при достижении ремиссии

ЗАДАЧА 62

Больной В., 59 лет, химик, работает в контакте с органическими растворителями в лабораторных условиях, стаж работы 30 лет. Курит до 1 пачки сигарет в день. Алкоголь умеренно. Поступил с жалобами на слабость, пониженную работоспособность, жажду, большое количество выделяемой мочи за сутки (более 2,5 л, особенно ночью). Из анамнеза известно, что со школьного возраста страдает мигренью, по поводу которой постоянно принимал Цитрамон, метамизол натрия и другие анальгетические средства. В последние 10 лет из-за постоянной мигрени принимает в сутки 2–3 таблетки цитрамона. При осмотре: бледность кожных покровов со слегка желтушным оттенком. В лёгких без особенностей. На верхушке сердца — систолический шум, пульс 76 в мин, ритмичный, артериальное давление (АД) 135/80 мм. рт.ст. Печень и селезёнка не пальпируются, размеры их не увеличены, отёков нет. При лабораторном обследовании: анализ мочи — относительная плотность 1006, реакция щелочная, белок 0,66 г/л, лейкоцитов 8–10 в поле зрения, эритроцитов 6–8 в поле зрения. В пробе Зимницкого колебания относительной плотности мочи от 1002 до 1011, дневной диурез 600 мл, ночной диурез 1400 мл. Общий анализ крови: гемоглобин 106 г/л, лейкоциты $4,4 \times 10^9$ /л, скорость оседания эритроцитов 25 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок 72 г/л, альбумин 39 г/л, креатинин сыворотки 325 мкмоль/л. СКФ-ЕРІ-16 мл/мин/1,73 м². При УЗИ почек — размеры обеих почек 85x38 мм, контуры неровные, толщина паренхимы 12 мм.

Вопросы к задаче:

- А) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- В) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
- Г) Обоснуйте тактику ведения больного.
- Д) Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

ЗАДАЧА 63

Больная З., 54 лет. Предъявляет жалобы на сухость во рту, слабость, похудание в течение последних 3 месяцев на 7 кг, отечность обеих ног, онемение, отсутствие чувствительности в ногах. Сахарный диабет диагностирован 10 лет назад, получала пероральную сахароснижающую терапию метформин, год назад ампутирован 1-й палец правой стопы. При поступлении состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности. По данным аускультации в лёгких дыхание везикулярное, тоны сердца приглушены, ритмичны. АД – 130 и 80 мм рт. ст. Живот при пальпации безболезненный, печень не увеличена.

ОАК: WBC – $5,3 \times 10^9$ /л; RBC – $3,8 \times 10^{12}$ /л; HGB – 112 г/л; HCT – 33,9 %; MCV – 89 fL; MCH – 29,3 pg; MCHC – 32,9 g/dl; RDW – 14,7 %; PLT – 293×10^{12} /л; LYM – 38,5 % (2×10^{12} /л); MON – 4,4 % ($0,2 \times 10^{12}$ /л); GRA – 57,1 % ($3,1 \times 10^{12}$ /л); СОЭ – 45 мм/ч.

ОАМ: Моча светло-желтая, прозрачная; уд. вес – 1010–1025; белок – 0,033–0,33 ‰; сахар – 0,5–2,0 ‰, ацетон – отр., желчн. пигм. – отр., лейкоц. – 12–25, эритроциты – до 25 в поле зрения.

Глюкоза крови: 8,19 – 15,4 ммоль/л.

БАК: общий белок – 76 г/л; мочевины – 10,2 ммоль/л; креатинин – 200 ммоль/л; билирубин общий – 12,4 мкмоль/л; холестерин – 6,2 ммоль/л; глюкоза – 5,02 ммоль/л; АЛТ – 16 Е/л;

АСТ – 19 Ед/л.

Рентгенография ОГК: усиление легочного рисунка, расширение корней, расширение тени сердца, релаксация диафрагмы. Заключение: Исключить патологию сердца. Застой в легких.

Заключение окулиста: Почти зрелая осложненная катаракта OS, артефакция OD.

Диабетическая ретинопатия, пролиферативная стадия OU.

Заключение невролога: Диабетическая полинейропатия. Энцефалопатия диабетическая, дисциркуляторная с вестибулоатаксией

Вопросы к задаче:

А) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз Диабетической нефропатии

В) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Г) Обоснуйте тактику ведения больного.

Д) Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

ЗАДАЧА 64

Пациент М., 40 лет, развозчик товаров в торговом центре, 13.03.2018 переведен в нефрологическое отделение многопрофильного стационара из хирургического отделения городской больницы в связи с прогрессирующим ухудшением почечной функции.

Жалобы при поступлении на общую слабость, боли в левой икроножной мышце, уменьшение диуреза до 600 мл/сут в течение последней недели, похудание, миалгии, сыпь на нижних конечностях, боли в суставах в течение последних 3 месяцев.

Анамнез. 3,5 месяца тому назад обратился в поликлинику с жалобами на слизисто-гнойные выделения из носа, субфебрилитет. Состояние было расценено как острый двусторонний катаральный гайморит. Лечение получал амбулаторно с положительным эффектом. Перед закрытием больничного листа сдавал общий анализ мочи, клинический анализ крови, биохимический анализ крови – показатели в пределах референсных значений; АД в пределах нормальных значений. Выписан к труду.

Однако в последующий период беспокоили летучие боли в крупных суставах, слабость, похудание, миалгии, эпизоды субфебрильной температуры.

3 недели тому назад отметил острые боли и отек левой голени, обратился в поликлинику по месту жительства и был госпитализирован в хирургическое отделение городской больницы.

При ультразвуковой доплерографии вен нижних конечностей выявлен острый тромбоз, тромбоз малой подкожной вены левой голени. В биохимическом анализе крови на момент поступления отмечено повышение креатинина – 125 мкмоль/л. В общем анализе мочи (ОАМ) - следы белка, единичные эритроциты. По поводу тромбоза назначен гепарин с последующим переводом на варфарин.

Через 2 недели от момента поступления при контроле лабораторных показателей выявлено СОЭ 73 мм/ч, гемоглобин 104 г/л, сывороточный креатинин 980 мкмоль/л, в ОАМ – белок 0,75 г/л, гематурия. На фоне терапии фуросемидом в дозе 200 мг/сут в/в диурез 600 мл/сут.

Для уточнения диагноза и лечения переведен в нефрологическое отделение многопрофильного стационара.

Объективные данные. Температура тела 37,0°C. Общее состояние тяжелое, сознание ясное. Активность ограничена из-за болей в левой икроножной мышце. Кожные покровы бледные, пастозность лодыжек. Точечная геморрагическая сыпь в области стоп, нижней 1/3 голени. Левая икроножная мышца болезненна при пальпации, плотная на ощупь. Суставы внешне не изменены, движения умеренно болезненны в коленных суставах.

Пульсация a.dorsalis pedis отчетливая с обеих сторон. АД на обеих руках – 140/80 мм рт.ст., пульс 84 уд/мин, ритмичный. Границы сердца расширены до левой среднеключичной линии, тоны сердца приглушены, ритмичные, систолический шум на верхушке. При перкуссии легких – ясный легочный тон, дыхание жесткое. Живот мягкий, безболезненный; нижний край печени на 1 см ниже реберной дуги; селезенка не увеличена. Почки не пальпируются, поколачивание по реберной дуге сзади чувствительно с обеих сторон.

Лабораторно-инструментальное обследование. Общий анализ крови: эритроциты- $3,9 \times 10^{12}/л$, гемоглобин- 104 г/л, лейкоциты - $11,1 \times 10^9/л$, сегментоядерные -53%, палочкоядерные-2%, эозинофилы- 2%, базофилы - 1%, лимфоциты -38%, моноциты-4%, тромбоциты - $147 \times 10^9/л$, СОЭ 71 мм/час.

Биохимический анализ крови: глюкоза - 4,8 ммоль/л, креатинин - 1154 мкмоль/л, мочевины – 26 ммоль/л, СКФ по формуле СКД-ЕРІ-4 мл/мин, билирубин общий-12 мкмоль/л, АЛАТ-8 Е/л, АсАТ -7 Е/л, общий белок - 76 г/л, холестерин- 4,8 ммоль/л, калий - 6,2 ммоль/л, кальций общий -2,44 ммоль/л.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1002, белок 2,7 г/л, лейкоциты – 10-12 в п/зр, эритроциты – до 100 в п/зр.

Суточная потеря белка - 2,1 г/сут, при диурезе 650 мл.

УЗИ-почек: размеры почек- левая– 110x50мм, правая – 105x46 мм. Диффузные изменения почек. Кисты левой почки.

ФГДС: Эрозивный гастрит. Рубцовая деформация луковицы 12ПК. Эрозивный пилоробульбит. Дуоденит.

Вопросы к задаче:

А) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

В) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Г) Какова тактика лечения пациента? Препараты какой группы Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

Д) Спустя 3 недели от начала комбинированной патогенетической терапии (кортикостероиды + ЦФ) у пациента улучшилась функция почек; увеличился суточный диурез, показатели креатинина, мочевины снизились и не нарастали в междиализные дни, что позволило прекратить гемодиализ. УЗДГ показало реканализацию в месте тромбоза вены левой голени (продолжено лечение варфарином, целевое МНО 2,0-3,0). Через 1,5 мес в биохимическом анализе креатинин 0,120 ммоль/л, мочевины – 7,2 ммоль/л; АД колеблется в пределах 120-130/70-80 мм рт.ст., суточный диурез 1,5-1,8 л/сут. Суточная потеря белка – 0,8 г/л. В ОАМ белок-0,5 г/л, эритроцитурия 5-6 в п/зр. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

ЗАДАЧА 65

Больная У. 24 лет, фельдшер, была направлена в стационар с жалобами на боли воспалительного ритма в суставах кистей, голеностопных суставах, наличие утренней скованности в суставах до 1 часа. Также отмечает повышение температуры тела до субфебрильных цифр по вечерам, появление сыпи на лице в области скул, общую слабость, выпадение волос.

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

При осмотре: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы:

эритематозная сыпь в виде «бабочки» на коже лица, области декольте. Симметричные отёки до нижней трети голени. Слизистые чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 92 ударов в 1 минуту, АД – 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под края рёберной дуги по срединно-ключичной линии. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул регулярный, оформленный.

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

Обследование. Общий анализ крови: эритроциты – $3,6 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 86 г/л, тромбоциты – $100 \times 10^9/л$, лейкоциты – $1,6 \times 10^9/л$, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 59%, лимфоциты – 25%, моноциты – 4%, СОЭ – 22 мм/ч. Общий анализ мочи – мутная, цвет – желтый, плотность – 1,022, реакция – кислая, белок – 0,560 г/л, глюкоза – отрицательная, лейкоциты – 20-25 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: креатинин – 118 мкмоль/л, мочевины – 8,8 ммоль/л, общий белок – 67 г/л, альбумины – 45%, α_1 – 4%, α_2 – 15%, β – 9%, γ – 27%, фибриноген – 6,3 г/л. Антитела к ДНК и антинуклеарный фактор – более 200 Ед/мл.

Вопросы к задаче:

А) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

В) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Г) Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.

Д) Через 6 месяцев регулярной терапии и соблюдения рекомендаций: эритроциты – $4,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 119 г/л, тромбоциты – $210 \times 10^9/л$, лейкоциты – $5,1 \times 10^9/л$, глюкоза натощак – 4,9 ммоль/л, общий холестерин – 4,9 ммоль/л, креатинин – 108 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕП) = 60,3 мл/мин; суточная потеря белка – 0,240 г/сут. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

ЗАДАЧА 66

Пациент Е. 23 лет, автомеханик, заболел две недели назад после переохлаждения.

Участковым врачом-терапевтом по месту жительства диагностирован острый тонзиллит. Была рекомендована терапия Амоксициллином курсом 10 дней, однако через 3 дня в связи со значительным улучшением самочувствия и нормализацией температуры тела лечение пациент прекратил. Через две недели после указанных событий больной отметил появление отёков на лице, общую слабость и недомогание, снизился аппетит, появилась головная боль, также моча стала тёмно-красного цвета, уменьшилось её количество.

Наряду с вышеперечисленными симптомами пациента беспокоили боли в животе и пояснице. При измерении артериального давления – АД 140/90 мм рт. ст.

При осмотре: кожные покровы бледные. При аускультации лёгких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет, ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД – 140 и 90 мм рт. ст. ЧСС – 90 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печёночной тупости по Курлову – 11-9-8 см. Диурез – 700 мл в сутки.

Проведено лабораторное исследование.

Общий анализ крови: гемоглобин – 136 г/л, лейкоциты – $10,8 \times 10^9/л$, СОЭ – 70 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1025, протеинурия – 1,5 г/л, лейкоциты – 14-15 в поле зрения, эритроциты – сплошь покрывают все поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок – 62 г/л, альбумин – 39 г/л, холестерин – 4,5 ммоль/л, мочевины – 5,6 мкмоль/л, креатинин – 110 мкмоль/л, СКФ – 79,4 мл/мин/1,73 м² по СКД-ЕП, титр АСЛ-О – 1:1000. УЗИ почек: почки увеличены в размерах, контуры ровные, расположение типичное; дифференцировка слоёв паренхимы

нарушена, экзогенность паренхимы умеренно повышена; чашечно-лоханочная система без деформаций и эктазий.

Вопросы к задаче:

- А) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- В) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
- Г) Назначьте необходимую терапию.
- Д) Укажите, в каких случаях при данном заболевании проводится иммуносупрессивная терапия.

ЗАДАЧА 67

Мужчина 37 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на головные боли. Из анамнеза известно, что головные боли появились два года назад. Появление головных болей связывает с перенесением ангины. Тогда же, примерно через неделю после ангины, отметил появление мочи цвета «мясных помоев», при этом мочеиспускание было безболезненным, болей в поясничной области не было. Моча цвета «мясных помоев» регистрировалась в течение 2 дней, затем приобрела обычный жёлтый цвет. К врачам не обращался. Эпизод мочи цвета «мясных помоев» в течение суток повторился спустя год во время ОРВИ. Обследование также не проводилось. Семейный анамнез: мать – 60 лет, часто болеет ангинами, в течение 2 лет – гипертоническая болезнь. Отец умер в возрасте 55 лет от онкологической патологии.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 24,2 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 удара в минуту, АД – 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах крови: эритроциты - $4,57 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 137 г/л, лейкоциты - $5,51 \times 10^9/л$, лейкоцитарная формула не изменена; тромбоциты - $254 \times 10^9/л$, СОЭ - 26 мм/час. Общий холестерин – 4,9 ммоль/л, ТГ – 1,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,2 ммоль/л, ХС-ЛПНП - 2,8 ммоль/л; глюкоза натощак – 4,2 ммоль/л, креатинин – 135 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) - 58 мл/мин, мочевины – 9,4 ммоль/л, мочевая кислота – 0,40 ммоль/л, общий билирубин - 7,4 мкмоль/л (непрямой), АЛТ - 39 МЕ/л, АСТ - 28 МЕ/л, общий белок - 70 г/л, альбумины - 36 г/л.

В анализах мочи: относительная плотность - 1014, цвет жёлтый, реакция кислая, белок - 0,88 г/л, эритроциты - 10-15 в поле зрения, лейкоциты - 3-4 в поле зрения, эпителий плоский – единичные клетки в поле зрения, бактерии отсутствуют, слизи нет, ураты +.

Суточная протеинурия - 500 мг.

УЗИ почек: положение почек обычное, размеры - 11х5,6 см, паренхима - 1,7 см. Чашечно-лоханочный комплекс не изменён. Дополнительных образований и конкрементов не выявлено.

Вопросы к задаче:

- А) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- В) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
- Г) Препарат какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
- Д) Обоснуйте длительность терапии у данного пациента.

ЗАДАЧА 68

Женщина 48 лет, продавец, жалуется на отеки нижних конечностей, выраженную слабость, недомогание, боли в пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах обеих

кистей, ограничение объёма движений, утреннюю скованность в указанных суставах до 10 часов, похудание.

Больна 15 лет. Постепенно появились боль, припухлость, ограничение подвижности, утренняя скованность в течение 30 мин. во II-III пястно-фаланговых суставах, преимущественно в ночное и утреннее время, периодически – общая слабость, одышка при физической нагрузке. В последующем в процесс вовлеклись проксимальные межфаланговые суставы обеих кистей, лучезапястные суставы, снизилась масса тела, эпизодически отмечалось повышение температуры тела до 38,1°C. Отеки голеней около 3-х месяцев.

За медицинской помощью не обращалась, периодически принимала Нимесулид с хорошим эффектом. В течение последнего месяца появились боли в локтевых, голеностопных суставах и мелких суставах стоп, припухлость этих суставов и увеличилась длительность утренней скованности, что существенно затрудняет самообслуживание.

При осмотре: пониженного питания. Кожа бледная, тургор снижен. Симметричные отёки до нижней трети голеней. На разгибательной поверхности локтевых суставов - округлые плотные образования d=1-2 см, безболезненные при пальпации. С обеих сторон пальпируются увеличенные подчелюстные, подмышечные лимфоузлы, умеренно плотные, безболезненные. Атрофия мышц тыльных поверхностей кистей. Определяется припухлость и болезненность при пальпации II-IV пястно-фаланговых и II-III проксимальных межфаланговых суставов, переразгибание во II-III дистальных, сгибательная контрактура II-III проксимальных межфаланговых суставов с обеих сторон. Объём активных движений в указанных суставах снижен. Ульнарная девиация кистей. По внутренним органам – без видимой патологии.

При лабораторном обследовании:

Общий анализ крови: гемоглобин - 70 г/л, эритроциты – $2,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $8,8 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 38%, лимфоциты - 45%, моноциты - 9%, СОЭ - 58 мм/час, тромбоциты – $418,1 \times 10^9$ /л.

Биохимическое исследование крови: РФ - 104 МЕ/л (N - до 16 МЕ/л), фибриноген - 6,6 г/л, общий белок – 58 г/л, альбумины – 32%, глобулины: α_1 – 6%, α_2 – 16%, β – 19%, γ – 27%, СРБ – 68,6 мг/л (N - 1-6 мг/л), холестерин крови – 8,5 ммоль/л. АЦЩП – 74 Ед/мл (N - до 10 Ед/мл).

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1014, белок – 4,4 г/л, эритроциты – 0-1 в поле зрения, восковидные цилиндры – 2-3 в поле зрения. Суточная протеинурия – 4,5 г.

На рентгенографии кистей, стоп: суставные щели резко сужены на уровне проксимальных суставов кистей. Определяются множественные костные эрозии, подвывихи, анкилоз, эпифизарный остеопороз, кистовидные просветления на уровне пястно-фаланговых суставов, плюснефаланговых суставов, суставов кисти.

Вопросы к задаче:

А) Предположите наиболее вероятный диагноз и его осложнения.

Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

В) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Г) Составьте план лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.

Д) Определите прогноз заболевания и тактику дальнейшего ведения пациента.

ЗАДАЧА 69

Больная К. 58 лет страдает артериальной гипертензией (АД – 175/105–160/95 мм рт. ст.).

Отмечает повышение АД в течение 18 лет. Постоянно принимает Атенолол 50 мг в сутки, Гидрохлортиазид 25 мг в сутки. За последние десять лет прибавила в весе 30 кг.

Объективно: повышенного питания. Рост - 158 см, вес - 91 кг. Индекс массы тела – 36,5 кг/м². Объём талии - 120 см, объём бёдер - 128 см. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Отёков нет. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 90 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень у рёберного края.

Биохимический анализ крови: холестерин общий – 7,2 ммоль/л; триглицериды – 3,12 ммоль/л; ХС-ЛПВП – 0,9 ммоль/л; креатинин – 95,9 мкмоль/л; глюкоза крови натощак – 6,3 ммоль/л; через 2 часа после приёма 75 г глюкозы – 9,0 ммоль/л.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, относительная плотность – 1014, прозрачная, реакция кислая, белок, сахар отсутствуют, лейкоциты – единичные в поле зрения.

Анализ мочи на микроальбуминурию – 200 мг/сутки.

СКФ: 75 мл/мин по формуле СКД-ЕРІ.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС – 70 ударов в минуту, гипертрофия левого желудочка.

ЭХО-КГ: клапанной патологии не выявлено, полости сердца не расширены, индекс массы миокарда левого желудочка - 121 г/м², признаки диастолической дисфункции, ФВ – 65%.

Вопросы к задаче:

А) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

В) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Г) Какие группы антигипертензивных препаратов Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Правильно ли назначена комбинация бета-блокатор и диуретик? Обоснуйте свой выбор.

Д) Через 6 месяцев регулярной антигипертензивной терапии (комбинация Амлодипина в дозе 10 мг/сутки и препарата из группы блокаторов РААС (ингибитор АПФ или антагонист рецепторов к ангиотензину II) + Розувостатин 20 мг/сутки + соблюдение диеты – АД в пределах 120–130/70–80 мм рт.ст., глюкоза натощак – 5,4 ммоль/л, общий холестерин – 5,0 ммоль/л, ТГ – 1,8 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,2 ммоль/л, креатинин – 100 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) = 71 мл/мин; альбуминурия – 10 мг/сутки. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

ЗАДАЧА 70

Мужчина, 50 лет, в плановом порядке осмотрен кардиологом через неделю после выписки из стационара. Пациент пожаловался на слабость, миалгии, субфебрилитет в течение последних 2-х дней.

Анамнез. 1,5 года тому назад диагностирована стенокардия II ФК, принимал Бисопролол 5 мг в сутки и Кардикет 40 мг 2 раза в сутки. Последние несколько месяцев отмечал утяжеление течения стенокардии – сжимающие боли за грудиной при ходьбе появлялись при ходьбе на расстояние 200 метров или при подъёме на один пролёт лестницы.

В течение ~5 лет знает о частых эпизодах повышения АД до максимальных цифр 160/90 мм рт. ст. Гипотензивные препараты не принимал.

Пациенту назначена ВЭМ; проба была прекращена на нагрузке 75 Вт из-за появления депрессии ST на 2 мм в отведениях V4, V5, V6. «Двойное произведение» составило 195. ЭХО-КГ: гипертрофия левого желудочка. Рекомендована коронарная ангиография (КАГ) для выработки дальнейшей тактики ведения (чрескожное коронарное вмешательство или аорто-коронарное шунтирование).

Неделю тому назад пациент выписался из кардиологического отделения, где ему была выполнена КАГ. В течение 6 час до процедуры КАГ и 12 часов после - получал инфузии физраствора со скоростью 150 мл/час для профилактики контраст - индуцированной нефропатии. Перед процедурой КАГ уровень сывороточного креатинина был равен 133 мкмоль (СКФ по СКД-ЕРІ 53 мл/мин). Через 24 час после процедуры уровень креатинина - 124 мкмоль/л; пациент был выписан.

Курил в течение 20 лет по ½ пачки в день. Бросил курить 5 лет назад. Семейный анамнез: отец внезапно умер в возрасте 59 лет.

При осмотре общее состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 37,3°C. ИМТ – 24 кг/м². Окружность талии – 96 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски, за исключением небольшой зоны некроза на большом пальце левой стопы. Пульсация на a. dorsalis pedis отчетливая с обеих сторон. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны

сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 86 ударов в минуту, АД – 180/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Периферических отеков нет. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: креатинин – 354 мкмоль/л, СКФ (СКД-ЕРІ) – 16 мл/мин, общий холестерин – 6,5 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 3,5 ммоль/л, ТГ – 2,7 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,1 ммоль/л.

В общем анализе мочи: относительная плотность – 1,014, белок – 0,2 г/л, эритроциты – большое количество.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС – 86 ударов в минуту, горизонтальное положение электрической оси сердца. Амплитуда зубцов: S в отв. V2 = 20 мм, R в отв. V5 = 25 мм.

Вопросы к задаче:

- А) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- В) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента относительно синдрома холестеринемической атероземии и почечной атероземии.
- Г) Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.
- Д) Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика в отношении ОПП? Обоснуйте Ваш выбор. Прогноз ОПП.

ЗАДАЧА 71

Больная, женщина 65 лет, СД 2 типа, диабетическая нефропатия, ХБП 5 стадия (Д), получает хронический гемодиализ последние 2 года, ввод в диализ был по неотложным показаниям на центральном катетере. Нативная АВФ на левом плече после повторных реконструкций.

Жалобы на слабость, отсутствие аппетита, кожный зуд. АД – до диализа 110/70 мм рт.ст. При обследовании: гемоглобин 90 г/л, СРБ в норме, альбумин 34 г/л, ферритин 300, TSAT – 30%, фосфор 2,1 ммоль/л, кальций 2,4 ммоль/л, иПТГ 600 пг.

Получает диализ 3 раза в неделю, по 4,5 часа, скорость кровотока по фистуле 350 мл/мин, мочевины до диализа 38 ммоль/л переносимость процедур удовлетворительная.

Плановая терапия: Эритропоэтин 12000 МЕ/нед, Препараты железа 50 мг/нед в/в. Карбонат кальция, Альфакальцидол 05 мкг 3 раза в неделю.

Вопросы к задаче:

- А) Предположительный диагноз осложнений.
- Б) С какими состояниями нужно проводить дифференциальную диагностику?
- В) Дополнительные методы обследования
- Г) Тактика лечения
- Д) Каковы возможные варианты хирургического лечения стеноза а-в фистулы?

ЗАДАЧА 72

Больная, женщина 66 лет, Гипертоническая нефропатия, ХБП 5 (Д), получает хронический гемодиализ 4,5 года. В анамнезе на додиализном этапе дважды ишемический инсульт в 23 и 35 лет, невынашивание беременности на ранних сроках, повторные вмешательства с целью формирования постоянного сосудистого доступа в том числе с использованием перманентного катетера (при объективном осмотре пальпируется болезненный нефункционирующий протез на правом бедре) и развитием несостоятельности в течении 3-8 мес. Перманентный катетер функционирует 6 мес. Последний год периодически лейкоцитоз до $10-12 \times 10^{12}$, гемоглобин 90-100 г/л. СРБ в норме. Повторные посевы из перманентного катетера отрицательные

Вопросы к задаче:

- А) Предположительный диагноз
- Б) Дополнительное обследование

- В) Изменения в лечении:
- Г) Каковы дальнейшие перспективы модальности заместительной терапии?
- Д) Каковы основные риски применения варфарина?

ЗАДАЧА 73

Женщина 36 лет, жалуется на беспричинное беспокойство, ожидание плохого исхода любого начинания, беспокойство за здоровье родителей, переживает, если кто-то задерживается, сразу возникают мысли о каком-то катастрофическом событии. Жалуется на плохой сон, трудности засыпания, частые пробуждения, утром чувствует себя разбитой, не отдохнувшей. Периодически чувствует учащенное сердцебиение, «ком в горле при еде», головные боли напряжение. Больна в течение полутора лет, не связывает ни с каким событием. Наследственность по психическим заболеваниям неотягощена. Вредных привычек нет. В анамнезе редкие ОРВИ. Женщина в браке имеет дочь 12 лет, месячные идут в срок, перед месячными состояние ухудшается. Были проведены ряд лабораторно - инструментальных исследований: клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимические маркеры: АЛТ, амилаза, ЩФ, креатинин, глюкоза, мочевины, ТТГ, Т³, Т⁴, рентген легких, ЭКГ, мониторинг ЧСС и АД, УЗИ сердца. Патологических изменений не выявлено

Вопросы к задаче:

- А) Поставьте предварительный диагноз
- Б) Обоснуйте поставленный вами диагноз
- В) Выберите дальнейшую тактику лечения
- Г) Какая медикаментозная терапия применяется при данном диагнозе
- Д) Прогноз для жизни при данном заболевании

ЗАДАЧА 74

Мужчина 58 лет с диагнозом ГБ, ИБС, аорто - коронарным шунтированием 2 года назад, жалуется в течение месяца на атипичные боли в сердце: «тупые» за грудиной, постоянные в течение всего дня и ночи, хуже в утренние часы, боль не связана с физической нагрузкой, не проходит после употребления нитроглицерина. Отмечает ухудшение общего состояния, слабость, отсутствие каких - то интересов, хочется только лежать, плохое настроение, ощущение собственной вины, плохой сон – раннее пробуждение в 3-4 часа утра, отсутствие аппетита, отсутствие каких - то надежд на улучшение и наличие предположений, что будет еще хуже, крайне тягостное состояние. Из семейного анамнеза: двоюродный брат отца закончил жизнь самоубийством.

Вопросы к задаче:

- А) Поставьте предварительный диагноз
- Б) Обоснуйте поставленный вами диагноз
- В) Выберите дальнейшую тактику лечения
- Г) Возможно ли применение фитотерапии для лечения данного пациента? Обоснуйте.
- Д) Прогноз для жизни при данном заболевании

ЗАДАЧА 75

Юноша 22 год, студент Высшей школы Экономики, 4 курс, поступил на кардиологическое отделение с жалобами на головную боль, «мушки перед глазами», АД -200/120, ноющие боли в области верхушки сердца, общую слабость. Считает больным в течение 8 месяцев, стал ощущать общую слабость, ухудшение внимания, памяти, при стрессовых ситуациях повышение давления 160-170/90-100. Астенического телосложения. По психотипу относится к интровертам. В подростковом возрасте отмечал повышенную потливость. Учился на платном отделении, приехал с Волгограда. Со второго курса, понял, что не туда поступил. Учиться не интересно, что интересно не знает. После третьего курса брал академ. отпуск. Живет в съемной квартире (снимают родители), длительное время по 2-3 месяца

живут вместе с сыном. Отношения с сокурсниками не складываются, друзей нет, девушки нет. Наследственность: отец страдает ГБ, в 58 лет перенес ишемический инсульт без паралича. Отягощенности по психическим заболеваниям нет. В стационаре было проведено обследование на возможность вторичной гипертензии, заболеваний почек и эндокринной системы нет. Патологии сердца нет. Соматически здоров. В стационаре АД быстро стабилизировалось.

Вопросы к задаче:

- А) Поставьте предварительный диагноз
- Б) Обоснуйте поставленный вами диагноз
- В) Выберите дальнейшую тактику лечения
- Г) Назовите типы соматоформной вегетативной дисфункции в зависимости от характера преобладающих жалоб.
- Д) Прогноз для жизни при данном заболевании

ЗАДАЧА 76

Женщина 30 лет. Амбулаторная пациентка. В течение 3 лет жалуется на жидкий стул по утрам 3-4 раза подряд. Стул кашицеобразный и более жидкий, однородный, малообъемный, в течение дня и ночи не бывает. Крови не было, иногда слизь. Перед дефекацией иногда беспокоят боли и метеоризм. Масса тела не уменьшалась. Пациентка боится далеко выходить из дома из-за страх непроизвольной дефекации. Сузила диету до 3 продуктов, от которых, по мнению пациентки, нет метеоризма и болей. Работает парикмахером по 12 часов через 2 дня. Чтобы добраться до работы одевает памперсы. Во время работы дефекаций нет, чувствует себя хорошо. Пациентка живет одна, боится встречаться с молодыми людьми, которые очень часто с ней знакомятся, из-за страх непроизвольной дефекации. Отмечает повышенное беспокойство из-за незначительные события. Из семейного анамнеза: бабушка по материнской линии страдала психическим заболеванием (какое, пациентка не знает). Пациентка обследована – органической патологии не выявлено.

Вопросы к задаче:

- А) Поставьте предварительный диагноз
- Б) Обоснуйте поставленный вами диагноз
- В) Выберите дальнейшую тактику лечения
- Г) Дифференциальная диагностика синдрома раздраженного кишечника
- Д) Прогноз для жизни при данном заболевании

ЗАДАЧА 77

Мужчина 42, соматически здоровый 2,5 года назад, впервые в метро почувствовал нехватку воздуха, слабость, чувство горячей волны по всему телу, усиление ЧСС, необъяснимый страх, не мог ехать дальше, выбежал из метро. Посидел на лавочке, дыхание нормализовалось, страх прошел. Наземным транспортом доехал до дома. Через 2 дня приступ повторился. Больше не мог ездить в метро, уже при подходе к станции появлялся страх, сердцебиение, головокружение. Обратился к кардиологу, по мнению пациента, это состояние было связано с сердцем. Прошел обследование, заболеваний сердца не выявлено. Через 3 месяца такие же приступы стали возникать в автобусе. Через короткое время пациент не мог ездить на наземном транспорте. Продолжал обследоваться у врачей различных специальностей (невропатолога, эндокринолога, гастроэнтеролога и т.д.) Через 4 месяца пациент уже не выходил из дома, через 100 метров от дома возникал приступ. Во время приступа боялся потерять сознание и умереть. При обследовании никаких соматических заболеваний не выявлено.

Вопросы к задаче:

- А) Поставьте предварительный диагноз
- Б) Перечислите критерии, подтверждающие диагноз
- В) Определите и опишите тип приступов

- Г) Перечислите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальный диагноз
Д) Перечислите группы препаратов, применяемые при данных состояниях

ЗАДАЧА 78

Женщина 54 года, после развода с мужем жалуется на подъемы АД, сердцебиение, тупые, длительные боли в области сердца, плохой сон, страх за будущее, чувство одиночества. Была госпитализирована в кардиологическое отделение. Проведено обследование. Проведено мониторирование АД и ЧСС, УЗИ сердца, ВЭЛ, биохимические маркеры. Данных за ишемическую болезнь сердца нет.

Вопросы к задаче:

- А) Поставьте предварительный диагноз
Б) Перечислите синдромы, имеющиеся у пациентки
В) Перечислите группы препаратов для лечения
Г) Перечислите состояния (по системам) для дифференциального диагноза
Д) Прогноз для жизни при данном заболевании

ЗАДАЧА 79

Мужчина, 28 лет, обратился к врачу с жалобами на одышку инспираторного характера, которая появилась 8 месяцев назад и усилилась в динамике. Одышка появляется при ходьбе в обычном темпе. Ходит медленнее подруги из-за одышки. Одышка не возникает в горизонтальном положении, сон не нарушен, кашель по ночам не беспокоит. Одышка сопровождается непродуктивным кашлем в дневное время. Кашель появился 7 месяцев назад. Боли в грудной клетке, приступы сердцебиения, приступы удушья и дистантные сухие хрипы, а так же появление отеков отрицает. Пациент поправился на 6 кг за последний год. Хроническую соматическую патологию и вредные привычки отрицает. Аллергологический анамнез спокойный. Домашних животных дома нет. 12 месяцев назад завел волнистого попугайчика. Наследственность не отягощена. Эпидемиологический анамнез спокойный. При объективном осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Суставы в норме. Отеки не определяются. Тоны сердца ясные, чистые. ЧСС – 84 уд. в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Сатурация при дыхании комнатным воздухом 97% по пульсоксиметру. ЧД 18 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При осмотре патологии не выявлено. По результатам лабораторных и инструментальных обследований: КАК, БХ анализ крови, ЭКГ без отклонений от нормы. Рентгенограмма органов грудной клетки – диффузное затенение легких с узелками. По спирометрии: ОФВ1 2.2 л (62% от прогнозируемого), ФЖЕЛ 28 л (67% от прогнозируемого), ОФВ1/ФЖЕЛ 98%.

Вопросы к задаче:

- А) Предположите наиболее вероятный диагноз.
Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Г) Как лечить подострый экзогенный аллергический альвеолит?
Д) Меры профилактики рецидивов

ЗАДАЧА 80

Мужчина 44 , водитель грузовика. За последние 10 лет поправился на 25 кг. Предъявляет жалобы на храп, «остановками дыхания во сне» со слов родственников, отмечает дневную сонливость, частые ночные пробуждения, в среднем на засыпание уходит менее 30 минут, продолжительность сна около 8 часов. Сон не приносит удовлетворения. Стал раздражительным и невнимательным. ИМТ 44кг/м², рост 185 см, вес 139 кг. Размер воротничковой зоны 48.3 см. Хронические соматические заболевания: ДДЗП. Постоянной терапии не получает. По результатам анализа опросников: «Индекс бессонницы» 8 баллов.

Шкала сонливости Эпворта 18 из 24 баллов, Шкала выраженности усталости 56 баллов.)
Объективно: Состояние удовлетворительное. ЧСС 104 ударов в минуту, ритмичный.
Сатурация 95% по пульсоксиметру при дыхании комнатным воздухом. АД 170 и 100 мм.рт.ст. Тоны сердца: приглушены, 1 тон не изменен, акцент 2 го на ЛА, чистые.
Дыхание жесткое, хрипов нет. Нормальный нижнечелюстной размер, свободные верхние дыхательные пути, обструкции глотки нет. Спирометрия в пределах нормы, нет признаков, подтверждающих другие заболевания.

Вопросы к задаче:

- А) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- В) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
- Г) Как лечить синдром обструктивного апноэ сна?
- Д) Меры профилактики рецидивов

ЗАДАЧА 81

Мужчина, 62 лет, обратился к пульмонологу. На момент осмотра предъявлял жалобы на одышку инспираторного характера при физической нагрузке (ходьба в обычном темпе), приступообразный кашель с отхождением небольшого количества светлой мокроты, преимущественно непродуктивный. Из данных анамнеза заболевания известно, что два года назад при прохождении планового флюорографического обследования органов грудной клетки впервые были выявлены изменения в обоих легких. За это время одышка усилилась. При объективном осмотре: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Рост 174 см. Индекс массы тела 21,2. Кожный покров обычного цвета. Деформация дистальных фаланг пальцев кистей по типу "барабанных палочек" и ногтевых пластинок - по типу "часовых стекол" Щитовидная железа не увеличена. Периферические лимфатические узлы без особенностей. Грудная клетка расширена в сагиттальном направлении, обе половины симметрично участвуют в акте дыхания. Частота дыхательных движений 24 в 1 мин. Насыщение крови кислородом 96%. Перкуторно - некоторое притупление легочного звука в нижних отделах. При аускультации над легкими выслушиваются жесткое дыхание, а также единичные сухие хрипы на вдохе в нижних отделах с обеих сторон по типу "треска целлофана" или "треска одежной липучки" (velecro). В остальном без патологических изменений. При дообследовании в общем анализе крови, общем анализе мочи, биохимическом анализе крови отклонений от нормы не выявлено. По данным спирографии отмечались нарушения функции внешнего дыхания по смешанному типу с преобладанием рестрикции: объем форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ1) 60% (2,26 л); форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ) 53% (2,64 л); ОФВ1/ФЖЕЛ 0,86. Тест с 6-минутной ходьбой: пройденное расстояние 327 м; десатурация до 92%. Данные эхокардиографии: незначительное повышение среднего давления в легочной артерии до 34 мм рт. ст. При анализе газового состава артериальной крови диагностирована гипоксемия: парциальное давление кислорода в артериальной крови 49 мм рт. ст. Данные КТВР органов грудной клетки: грудная клетка обычной формы и размеров, деструктивных изменений в структуре ребер, позвонков, лопаток и ключиц не выявлено. В обоих легких обнаружены диффузные неравномерные изменения, преобладающие в кортикальных отделах легких. Изменения представлены умеренно выраженными ретикулярными изменениями и "сотового легкого", тракционные бронхоэктазы.

Вопросы к задаче:

- А) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- В) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
- Г) Как лечить ИЛФ

Д) Показано проведение биопсии легких ?

ЗАДАЧА 82

Мужчина, 33 года. Жалобы на заложенность носа, кровянистые выделения из носа, по месту жительства получал антибактериальную терапию по поводу гайморита. Также проводилась пункция, санация гайморовых пазух — без существенного эффекта. Через месяц отмечал подъем температуры до субфебрильных цифр, появление ноющих болей в области обоих коленных суставов, не сопровождавшихся припухлостью; одышка при минимальной физической нагрузке, непродуктивный кашель, кровохарканье. При объективном осмотре: Кожный покров обычного цвета. Щитовидная железа не увеличена. Периферические лимфатические узлы без особенностей. Грудная клетка расширена в сагиттальном направлении, обе половины симметрично участвуют в акте дыхания. Частота дыхательных движений 20 в 1 мин. Насыщение крови кислородом 96%. Перкуторно - некоторое притупление легочного звука в нижних отделах. При аускультации над легкими выслушиваются жесткое дыхание. В остальном без патологических изменений. По результатам спирометрии — рестриктивные нарушения. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки выявлены инфильтративные изменения в легких, при проведении рентгеновской компьютерной томографии выявлена инфильтрация легочной ткани, сферические тени в S6, S9 с распадом. При обследовании выявлены нефротический синдром, снижение остроты зрения, диплопия. В анализе крови — лейкоцитоз, сдвиг лейкоформулы влево, СОЭ — 38 мм/ч, ЦИК — 256 усл. ед, СРБ -1248 мг/л, ревматоидный фактор -48 МЕ/мл, азотемия (мочевина — 16,6 ммоль/л, креатинин — 218 мкмоль/л). В анализе мочи – микрогематурия (эритроциты – свежие 18-20 в поле зрения), протеинурия (суточная -2,07 г/л, общий белок- 57 г/л).

Вопросы к задаче:

- А) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- В) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
- Г) Лечение поражений легких при данном заболевании
- Д) Профилактика осложнений терапии системными глюкокортикостероидами

ЗАДАЧА 83

Женщина 34 лет, Общие жалобы. Жалобы на слабость, одышку при минимальной физической нагрузке, общую потливость, непродуктивный кашель, утром температура 37.5 С.

АНАМНЕЗ. Считает себя больным с 2005 года. когда впервые появились боли в поясничном отделе позвоночника с иррадиацией в ноги, было расценено как ДДЗП. В 2012 году выполнено МРТ - диагностирован сакроилеит. Проведено фетипирование по HLA B27- диагностирована болезнь Бехтерева. С 2015 года на терапии ингибиторами фактора некроза опухоли (Ремикейд). Настоящее ухудшение с 25.03 марта, когда появилось першение в горле, поднялась температура тела до 38С. Лечилась НПВС и Ингавирином. 30.03 выписана к труду. 5.04 повторное повышение температуры тела до 38-39С, обратилась к врачу - рекомендован прием Тимифлю (пинимала 5 дней) без эффекта. В связи с чем, был рекомендован прием Вильпрафена. 09.04 ночью появились боли в грудной клетке, усиливающиеся при глубоком вдохе и кашле, одышка. Объективные данные. Состояние средней тяжести. Положение: активное. Сознание: ясное. Телосложение астеник. Конституциональный тип астенический. Рост, м. 1,70. Вес, кг. 53. ИМТ 18.34. Окраска бледно-розовая. Потливость общая. Отеки не определяются. Щитовидная железа не увеличена. Периферические лимфоузлы не увеличены.. Общее развитие мышечной системы хорошее. Конфигурация суставов нормальная. Ритм правильный. ЧСС 96 ударов в минуту, ритмичный, сатурация при дыхании комнатным воздухом 98%. Сердечные тоны ясные,

чистые. Пульс лучевой артерии ритм правильный, наполнение удовлетворительное, нормальный, равномерный. Артериальное давление 100/68 мм.рт. Форма грудной клетки астеническая. Тип дыхания грудной. Глубина дыхания обычное дыхание. Частота дыхательных движений 20-22 движений в минуту. Одышка инспираторная. Перкуторный звук над верхушками легких - легочный. Перкуторный звук над нижними долями легочный справа, притупление от угла лопатки слева. Ослабление голосового дрожания над нижней долей слева. Бронхиальное дыхание по все легочным полям, резко ослаблено в нижних отделах слева при аускультации в положении сидя, проводится во все отделы при аускультации в положении лежа. Хрипы не выслушиваются
Язык влажный. По форме живот обычной конфигурации. При глубокой пальпации патологических образований не определяется. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный.

Вопросы к задаче:

- А) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- В) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
- Г) Интерпретируйте результаты исследования плевральной жидкости

Глюкоза	5.7 ммоль/л
ЛДГ	426 Е/л
АДА	16 ЕД/л
Общий белок	56 г/л
КУМ (кислотоустойчивые микроорганизмы)	Отрицательный
Базофильные гранулоциты	1 %
лимфоциты	2 %
моноциты	4 %
Макрофаги	16 %
Эозинофильные гранулоциты	1 %
Нейтрофильные гранулоциты	65 %
Цитоз	10625 /мкл
Эритроциты	18250 /мкл
мезотелий	11 %
Цвет	розовый
Количество	5.0 мл
Прозрачность	мутная

Д) Назначьте лечение

ЗАДАЧА 84

Мужчина 29 лет, обратился к врачу с жалобами на приступообразный кашель с мокротой зеленого цвета, боль в грудной клетке усиливающуюся при кашле, повышение температуры тела до 39 0С, общую слабость.

Из анамнеза известно, что заболел остро после переохлаждения, когда отметил появление озноба, подъема температуру тела до 39 0С, сухого кашля. На следующие сутки стала отходить мокрота зеленого цвета. Амбулаторно получал антибактериальные препараты (амоксциллин 1000мг 2 раза в сутки и азитромицин 500 мг/сут), однако не смотря на проводимое лечение сохранялась лихорадка, усилился кашель. Обратился к терапевту по месту жительства. По результатам рентгенографии органов грудной клетки: сливная инфильтрация в средних и нижних отделах справа и слева, в средних отделах слева нельзя

исключить деструкцию. Работает электромонтажником на стройке. Профессиональные вредности: строительная пыль, низкие температуры. Наследственность: неотягощена. Вредные привычки: отрицает.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. ИМТ – 18,7 кг/м². Кожные покровы: физиологической окраски, влажные. Периферические лимфоузлы: не увеличены. Грудная клетка правильной формы, при пальпации безболезненная. Частота дыхания 22/мин. SaO₂ 94%. Голосовое дрожание не изменено. Границы легких не изменены. При сравнительной перкуссии определяется ясный легочный звук, от уровня 5 ребра – притупление с обеих сторон. При аускультации дыхание жесткое, в средних и нижних отделах с обеих сторон ослаблено. Хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 85 уд. в мин., АД – 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: лейкоциты- $5,8 \cdot 10^9$ /л, гемоглобин-142 г/л, нейтрофилы-58,8%, лимфоциты-21%, моноциты-12,8%, эозинофилы-5,8%, базофилы-1,6%, СОЭ-12 мм/час, СРБ-117,11 мг/л, КФК-3783 ед/л, КФК-МВ-91 ед/л, фибриноген – 6,9 г/л, КУМ-отрицательный.

Вопросы к задаче:

А) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Выделите основные синдромы.

В) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Г) Препарат какой группы антибактериальных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.

Д) Через неделю от начала терапии на рентгенограммах органов грудной клетки в 2-х проекциях в сравнении с представленными ранее рентгенограммами определяется положительная динамика в виде значительного уменьшения размеров и интенсивности инфильтрации справа, но еще сохраняется в S4-5, в левом легком инфильтративных изменений не выявлено, но легочный рисунок несколько усилен, синусы свободны, сердце и аорта – без особенностей.

Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

ЗАДАЧА 85

Мужчина 53 лет, обратился к врачу с жалобами на малопродуктивный, приступообразный кашель с мокротой серо-зеленого цвета с прожилками алой крови; одышку при незначительной физической нагрузке, боль в нижних отделах грудной клетки при дыхании и кашле, больше справа; слабость, отсутствие аппетита, снижение массы тела в течение месяца, повышение температуры тела до 37,2С.

Из анамнеза известно, что с раннего детского возраста верифицирована бронхиальная астма, проводимого лечения не помнит. С возраста 4 лет до 30 лет - ремиссия. С 30 летнего возраста отмечает приступы удушья на фоне простудных заболеваний, резких запахов краски и контакте с металлической пылью, купирующиеся сальбутамолом. Ухудшение в течение 2-х месяцев в виде субфебрильной температуры, появления одышки, сухого кашля. Обратился в поликлинику по месту жительства, назначен цефтриаксон. Улучшение состояния не отмечал. На фоне терапии- появление малопродуктивного кашля с мокротой зеленого цвета, боли в грудной клетке при дыхании и кашле. Последний месяц отмечает появление прожилок крови в мокроте. Амбулаторно назначен серетид 250/25 мкг по 2 вдоха 2 раза в день, аскорутин.

Без положительной динамики: нарастала слабость, снижение массы тела, сохранялась субфебрильная лихорадка введя чего госпитализирован. Работает слесарь-сантехник, токарь. Профессиональные вредности: металлическая пыль. Наследственность: у отца бронхиальная астма. Вредные привычки: курит в течение 38 лет по пачке сигарет в день, ИК = 38 пачка/лет. Аллергологический анамнез: запах краски, контакт с металлической стружкой – приступы удушья, пенициллин – крапивница.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 25 кг/м². Кожные покровы: бледные с мраморным оттенком. Периферические лимфоузлы над- и подключичные мелкие,

подвижные, безболезненные. Голосовое дрожание в нижних отделах справа ослабленно. Частота дыхания 23 в 1 минуту. SaO₂ 96 %. При перкуссии укорочение звука в нижней трети межлопаточного пространства справа. При аускультации жесткое дыхание. Побочные дыхательные шумы: сухие, свистящие хрипы в обеих сторон в нижних отделах, справа шум трения плевры. ЧСС-74 уд. в мин., АД -130/80 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Акценты II тона на аорте. Шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Печень: +2 см, край плотный, чувствительный. Размеры печени по Курлову: 13*12*8 см. Селезенка не пальпируется. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: лейкоциты-18,9*10⁹/л, гемоглобин-150 г/л, нейтрофилы палочкоядерные – 11%, нейтрофилы сегментоядерные – 80%, лимфоциты-6%, метамиелоциты-1%, СОЭ-10 мм/час, СРБ-9,75 мг/л, фибриноген – 4,81 г/л.

Рентгенография органов грудной клетки: инфильтративные изменения в S6 правого легкого, ателектаз нижней доли правого легкого.

Вопросы к задаче:

А) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

В) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Г) Препараты каких групп лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.

Д) Через неделю от начала терапии отсутствие приступов удушья. По результатам КТ органов грудной клетки и брюшной полости с контрастированием картина центрального S6 правого легкого с вторичным поражением внутригрудных лимфатических узлов.

Лабораторные показатели: лейкоциты-16,2*10⁹/л, нейтрофилы палочкоядерные-9%, нейтрофилы сегментоядерные-85%, СРБ-7,18 мг/л.

Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

ЗАДАЧА 86

Женщина 60 лет, обратился к врачу с жалобами на ежедневно возникающие многократные приступы удушья, с кратковременным эффектом от БАКД, одышку смешанного характера при умеренной физической нагрузке, общую слабость.

Из анамнеза известно, что более 20 лет жалобы на приступы удушья при контакте с пылью, пылью растений. По данному поводу наблюдалась у пульмонолога. В течение последнего года постоянно получала: спирова респимат 2,5 мкг/сут, зенхейл 200 мкг+5 мкг/сут. На данном фоне отмечала приступы удушья с частотой 1 раз в месяц. В течение последней недели, после переохлаждения отметила появление кашля, вплоть до удушья, подъем температуры до 39.2. По данному поводу принимала беродуал, отхаркивающие препараты, без положительного эффекта. Вызвала СМП, экстренно госпитализирована. Работает дизайнером мебели. Наследственность: у бабушки бронхиальная астма. Вредные привычки: табакокурение в течение 30 лет, не курит в течение 10 лет, ИК= 15 пачка/лет.

Аллергологический анамнез: пыль, пыльца растений – приступы удушья. Сезонность обострений: осень-весна.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 30 кг/м². Кожные покровы: чистые, физиологической окраски. Частота дыхания 21 в 1 минуту. SaO₂ 98 %. При сравнительной перкуссии определяется коробочный лёгочный звук. При аускультации дыхание жесткое. Побочные дыхательные шумы: сухие свистящие хрипы диффузной. ЧСС-78 уд. в мин., АД - 110/70 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Акценты II тона на легочной артерии. Шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: лейкоциты-11*10⁹/л, гемоглобин-150 г/л, нейтрофилы общие-85,5%, лимфоциты-9,1%, КФК-275 ед/л, КФК-МВ-23 ед/л, СРБ-170,46 мг/л, IgE-270 МЕ/мл.

ЭКГ: синусовая тахикардия с ЧСС 118 уд/мин., местные нарушения внутрижелудочковой проводимости, косвенные признаки гипертрофии левого желудочка, систолическая нагрузка на левый желудочек.

Рентгенография органов грудной клетки: свежих инфильтративных изменений не выявлено, пневмофиброз, корни легких не расширены, синусы свободны, средостение-возрастные изменения.

Вопросы к задаче:

А) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

В) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Г) Определите тактику лечения, обоснуйте свой выбор.

Д) Через неделю от начала терапии отсутствие приступов удушья. По результатам ФВД с бронхолитической пробой жизненная емкость легких в норме, значительные нарушения проходимости дыхательных путей (ОФВ1 52%, пост 59%).

Лабораторные показатели: лейкоциты- $4,4 \cdot 10^9$ /л, гемоглобин-131 г/л, нейтрофилы общие – 36,6%.

Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

ЗАДАЧА 87

Женщина 55 лет, обратился к врачу с жалобами на ежедневно возникающие приступы удушья, кашель с отхождением небольшого количества желтоватой мокроты.

Из анамнеза известно, что в течение 10 лет отмечает приступы удушья, возникающие с частотой 1 раз в 2-3 месяца. Купировала самостоятельно приемом $\frac{1}{4}$ таблетки эуфиллина (без рекомендаций врача). Однократно была госпитализирована в городскую больницу, в связи с жалобами на затяжной приступ удушья, кашель с отхождением небольшого количества желтоватой мокроты. Получаемую терапию не знает. После выписки для купирования приступов был рекомендован беродуал. Настоящее ухудшение в течение недели, когда появились жалобы на ежедневно возникающие приступы удушья, кашель с отхождением небольшого количества желтой мокроты. Использовала ингаляции беродуала по 3-4 вдоха 4-6 раз в сутки, с непродолжительной положительной динамикой. По экстренным показаниям госпитализирована на стационарное лечение. Работает табельщиком на заводе красный октябрь. Наследственность: у матери бронхиальная астма. Вредные привычки: курила в течении 20 лет по 5-10 сигарет в сутки, не курит последние 3 года, ИК= 10 пачка/лет.

Аллергологический анамнез: не отягощен.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – $20,5 \text{ кг/м}^2$. Кожные покровы чистые, без патологических высыпаний, бледные, цианоз носогубного треугольника. Частота дыхания 24 в 1 минуту. SaO₂ 95 %. При перкуссии коробочный оттенок. При аускультации дыхание жесткое, равномерно проводится во все отделы легких, рассеянные сухие свистящие хрипы над всеми полями. ЧСС-78 уд. в мин., АД -130/80 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: лейкоциты- $14,9 \cdot 10^9$ /л, гемоглобин-169 г/л, нейтрофилы общие-86%, лимфоциты-9%, СОЭ-33 мм/ч

ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 100 уд. в мин., межпредсерная блокада, тахисистолическая нагрузка на левый желудочек и правое предсердие, нарушение процесса реполяризации в области нижней стенки левого желудочка.

Рентгенография органов грудной клетки: легкие эмфизематозны, очагово-инфильтративных изменений не выявлено, апикальные наслоения с обеих сторон, корни легких структурны, синусы свободны, сердце, аорта – без особенностей.

Цитологическое исследование мокроты: слизистая мокрота с умеренным содержанием нейтрофильных лейкоцитов и макрофагов.

ФВД с бронхолитической пробой: ЖЕЛ-105%, ЖЕЛ пост-101%, ФЖЕЛ-76%, ФЖЕЛ пост-84%, ОФВ1-61%, ОФВ1 пост – 64%, ОФВ1/ФЖЕЛ-69%, ОФВ1/ФЖЕЛ пост-65%, МОС 25-75%-30%, МОС 25-75% пост-30%

Вопросы к задаче:

- А) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- В) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
- Г) Препараты каких групп лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.
- Д) Через неделю от начала терапии отсутствие приступов удушья. По результатам ФВД с бронхолитической пробой крайне резкие нарушения бронхиальной проходимости, проба с беродуалом положительная (ОФВ1 29%, пост 45%).
Лабораторные показатели: лейкоциты- $7,7 \cdot 10^9$ /л, гемоглобин-144 г/л, нейтрофилы общие – 62,6%.
Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

ЗАДАЧА 88

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, Нб — 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 узуры в области проксимальных межфаланговых суставов.

Вопросы к задаче:

- А) Сформулируйте предварительный диагноз.
- Б) Перечислите диагностические критерии заболевания.
- В) Представьте стандарты лечения пациентов с данным заболеванием.

ЗАДАЧА 89

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 к задаче:

- А) Сформулируйте предварительный диагноз.
- Б) Перечислите диагностические критерии заболевания.
- В) Представьте стандарты лабораторно-инструментального обследования пациентов с данной патологией.
- Г) Представьте стандарты лечения пациентов с данным заболеванием.

ЗАДАЧА 90

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

костей. 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 +++, α 2-глобулины — 11,6 %, γ -глобулины — 25 %. Р-графия кистей: признаки околосуставного остеопороза в области пястно-фаланговых суставов.

Вопросы к задаче:

- А) Сформулируйте предварительный диагноз.
- Б) Перечислите диагностические критерии заболевания.
- В) Представьте стандарты лабораторно-инструментального обследования пациентов с данной патологией.
- Г) Представьте стандарты лечения пациентов с данным заболеванием.

ЗАДАЧА 91

Больная М., 29 лет, кассир в гипермаркете. При поступлении жалобы на слабость, повышенную утомляемость, постоянные ноющие боли в обоих лучезапястных суставах, ПФС 2-4 пальцев кистей, в дистальном МФС I пальца правой стопы, утреннюю скованность в ЛЗС, ПФС, МФС до 30 мин. Из анамнеза заболевания выяснено, что больна в течение последних 6 месяцев, когда впервые появились боли в ЛЗС, припухлость и повышение местной температуры над ПФС 2-4 пальцев кистей. Появление болей связывала с большим количеством смен на работе, когда приходилось в течение длительного периода работать с кассовым аппаратом. В течение последнего месяца отметила появление болей в дистальном МФС I пальца правой стопы, повышение температуры тела до 37,3-37,5 градусов. От болей принимала НПВП- Табл. аэртал 100 мг *2 раза в сутки со слабо положительным коротким эффектом. Из семейного анамнеза- у брата псориаз, у мамы- недифференцированный артрит.

ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ: Положение в постели активное, телосложение астеническое, аппетит не нарушен, бледность кожи лица, сон нарушен из-за постоянных интенсивных болей в обл. I пальца правой стопы, ЛЗС, мелких суставов кистей. Помутнение ногтевой пластинки в обл. дистального МФС I пальца правой стопы, кожа над I пальцем правой стопы гиперемирована, припухлость в обл. ПлФС, МФС, ограничение в движении I пальца правой стопы, болезненность при пальпации, деформация 3 пальца правой стопы. Припухлость, повышение местной температуры, болезненность при пальпации над ПФС 2-4 пальцев кистей, больше справа. Припухлость ЛЗС больше справа, ограничение в движении. Внутренние органы без существенных изменений.

ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Клин. анализ крови: Нв-90 г/л, L-11.0x10⁹/л, Eг- 3.5, СОЭ-38 мм/ч.

Биохим. анализ крови : общий белок-67 г/л, билирубин-10 мкмоль/л, холестерин- 4.2 ммоль/л, СРБ-20, фибриноген-4.0 г/л., АЛТ-13 и/е, АСТ-16 и/е, железо 6.0 мкмоль/л; ферритин-8 мкг/л; глюкоза-5.5 ммоль/л; креатинин-0.080 ммоль/л;

Общий анализ мочи - с/желт., рН 6.5, уд. вес 1015, белок - нет, сахар - нет, лейкоциты – 0-1 в п/зр., эритроц. - 0 в п/зр., эпителий – 1-2 в п/зр.

Кал на я/г - отриц.

Исследование крови на наличие HLA - B27 (-)

Иммунологическое исследование крови – РФ (-), АЦЦП (-), ЦИК-0.040

ЭКГ: Ритм синусовый, ЧСС 70 в мин. Замедление проведения по правой ножке пучка Гиса.

Рентгенография суставов: кисти- выраженный околосуставной остеопороз, сужение суставной щели ЛЗС справа, множественные кистовидные просветления и эрозии в ПФС, МФС 2-4 пальцев кистей. Стопы - сужения суставных щелей, околосуставной остеопороз, справа –множественные краевые эрозии, сужение суставных щелей, подвывих в дист. МФС 3 пальцев правой стопы.

Консультация дермато-венеролога–дактилит, подногтевой гиперкератоз I пальца правой стопы.

Вопросы к задаче:

- А) Установите предварительный диагноз
- Б) Составьте план дополнительного обследования с указанием ожидаемых результатов
- В) Проведите дифференциальный диагноз
- Г) Наметьте тактику лечения

ЗАДАЧА 92

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-7,3x10⁹/л, СОЭ-20 мм/ч.

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

Биохим.анализ крови: общий белок - 79,2 г/л; альбумины 53%, глобулины а1 - 4%, а2-9%, в - 9%, у-25%, ревматоидный фактор - 0, мочева 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/мм³, 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.

Вопросы к задаче:

- А) Сформулировать диагноз
- Б) Назначить лечение
- В) Обосновать прогноз и экспертизу трудоспособности

ЗАДАЧА 93

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 к задаче: 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 к задаче:

- А) Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
- Б) Какие диагностические критерии данного заболевания у данной пациентки?
- В) Какие лабораторные исследования необходимо выполнить пациентке? Какие изменения в общем и биохимическом анализе крови, ОАМ, характерные для данного заболевания, можно обнаружить? Какие иммунологические маркёры могут быть обнаружены при обследовании?
- Г) Какие инструментальные обследования могут выявить поражение тех или иных внутренних органов у этой пациентки

ЗАДАЧА 94

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.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ: Общий анализ крови: эр. - $4,8 \times 10^{12}/л$, Hb - 139 г/л, цв.п. - 0,86, лейкоц. - $5,4 \times 10^9/л$, б - 0%, э - 3%, п/я - 1%, с/я - 60%, лимф. - 29%, мон. - 7%, СОЭ - 51 мм/час.

1. Общий анализ мочи: прозрачная, сл. кислая, уд. вес - 1018, белок - 0,33 г/л, сахара нет, желчные пигм. - 0, лейкоц. - 0-1-3 в п/зр., эр. - 1-3 в п/зр.
2. ЭКГ - прилагается.
3. Гликемия: 4,23 ммоль/л, ПТИ - 95%.
4. Биохимический анализ крови: СРБ - 2, ДФА - 250 ед., сывороточное железо - 25 ммоль/л, белок - 79 г/л, альбумины - 53%, а - 4%, б1 - 11%, б2 - 13%, г - 19%, фибриноген - 3,34, холестерин - 4,5 ммоль/л, билирубин - 12,4 мкмоль/л.
5. УЗИ внутренних органов: печень не увеличена, эхооднородна, сосуды и протоки не расширены, желчный пузырь свободен, стенка не утолщена, поджелудочная железа эхооднородна, контур ровный, проток не расширен, почки расположены типично, подвижны, ЧЛК не расширены, паренхима сохранена.
6. Рентгенограмма - прилагается.
7. Консультация окулиста: глазное дно - диски зрительных нервов серовато-розового цвета с расплывчатыми контурами (отек дисков и перипапиллярных отделов сетчатки). Артерии сетчатки резко и неравномерно сужены, местами с прерывистым просветом, стенки их утолщены. Вены извиты. В области макул сетчатка утолщена, неравномерно пигментирована. Отдельные мелкие атрофические очажки на месте рассосавшихся кровоизлияний.

Вопросы к задаче:

- А) Установить предварительный диагноз.
- Б) Наметить план дополнительного обследования.
- В) Провести дифференциальный диагноз.
- Г) Определить тактику лечения.

ЗАДАЧА 95

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 голених, 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. Общий анализ крови: СОЭ 54 мм/час, эр. - $1,2 \times 10^{12}$ /л, Нв - 70 г/л, цв.п. - 0,62, лейкоц. - $27,3 \times 10^9$ /л, б - 0%, э - 7%, п/я - 18%, с/я - 63%, лимф. - 10%, мон. - 2%.

1. Общий анализ мочи: уд. вес - 1015, белок - 0,9 г/л, лейкоц. - 1-2-3 в п/зр., эр. - 50-60 в п/зр.
2. ЭКГ - прилагается.
3. Рентгенограмма - прилагается.
4. Гликемия: 4,07 ммоль/л.

5. Биохимический анализ крови: АСТ - 5,0 ед/л, мочевая кислота - 0,29 ммоль/л, ревматоидный фактор - 0, СРБ - 2, ДФА - 250 ед.

6. УЗИ внутренних органов: печень не увеличена, эхооднородна, сосуды и протоки не расширены, желчный пузырь свободен, перегиб в пришеечной части, стенка не утолщена, поджелудочная железа эхооднородна, контур ровный, проток не расширен, почки расположены типично, подвижны, ЧЛК расширены, паренхима сохранена.

Анализ кала - реакция Грегерсена резко положительная.

Вопросы к задаче:

А) Установить предварительный диагноз.

Б) Наметить план дополнительного обследования.

В) Провести дифференциальный диагноз.

Г) Определить тактику лечения.

ЗАДАЧА 96

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 деформация 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 снаружи 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. ЭКГ - прилагается.

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%.

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.

Биохимический анализ крови: АСТ - 12 ед/л, мочевины - 8,6 ммоль/л, билирубин - 17,0 мкмоль/л, СРБ - 1, белок - 70 г/л.

Гликемия: 5,76 ммоль/л, ПТИ - 64%.

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). Рентгенография - прилагается.

Вопросы к задаче:

- А) Установить предварительный диагноз.
- Б) Наметить план дополнительного обследования.
- В) Провести дифференциальный диагноз.
- Г) Определить тактику лечения.

ЗАДАЧА 97

Больной М. 44 лет, Туберкулёзом не болел. При прохождении профилактической флюорографии патологии не выявляли, на обследование в противотуберкулёзный диспансер не посылали. Отметил ухудшение самочувствия с 26.03.00 г., когда появилась слабость, недомогание, озноб, повышение температуры тела до 38°С. Диагностирован грипп, по поводу которого в течение 10 дней амбулаторно лечился антигриппином, ампициллином. Температура нормализовалась, самочувствие улучшилось. Проведено флюорографическое обследование, патологии в лёгких не выявлено. Спустя 2 месяца состояние резко ухудшилось, появились выраженная слабость, сонливость, ночные поты, температура тела повысилась до 38,7°С. Диагностировали ОРЗ, больной принимал аспирин, сульфаниламидные препараты. Состояние оставалось неустойчивым, интоксикация сохранялась, температура несколько снизилась, но через 2 дня вновь повысилась до 39,7°С. Заподозрена пневмония. Через неделю госпитализирован в терапевтический стационар, где находился в течение 2 недель. Интенсивная неспецифическая терапия не дала эффекта. Сохранялись высокая лихорадка, слабость, потливость, плохой аппетит, больной потерял в весе 9 кг. В гемограмме обращало на себя внимание увеличение палочкоядерных лейкоцитов до 7%, увеличение числа моноцитов до 11% снижение лимфоцитов до 12 % при нормальном содержании лейкоцитов. СОЭ ускорена до 37 мм/час. При рентгенологическом обследовании при поступлении. убедительных данных в пользу активных туберкулёзных изменений не получено. На рентгенограммах грудной клетки определяли туберкулёму средостения паратрахеально и в С3 правого лёгкого. Обращало на себя внимание наличие неполное обызвествления в туберкулёмах. Легочный рисунок усилен в нижних отделах лёгких. При рентгенологическом обследовании через 10 дней выявлена тотальная диссеминация мелкими мноморфными очагами, лёгочный рисунок обеднён. Больной переведён в туберкулёзное отделение. При поступлении симптомы интоксикации умеренно выражены. Тахикардия до 98 уд/мин., число дыханий 26 в мин., АД 100/70мм.рт.ст. Реакция на пробу Манту с 2ТЕ отрицательная. В мокроте микобактерии туберкулёза при многократных исследованиях, в том числе и методом посева не обнаружены. Серологические реакции с туберкулёзным антигеном были.

Вопросы к задаче:

- А) Сформулируйте диагноз в соответствии с клинической классификацией заболевания.
- Б) Обоснуйте правильность вашего диагноза.
- В) Укажите предполагаемый источник бактериемии и факторы, способствующие развитию милиарного туберкулёза.
- Г) По какому режиму целесообразно проводить лечение пациента в соответствии стандарта по химиотерапии туберкулёза?
- Д) Укажите наиболее вероятный прогноз и исход милиарного туберкулёза у больного.

ЗАДАЧА 98

Больной 30 лет поступил в клинику по поводу впервые выявленного туберкулёза лёгких. Из анамнеза известно, что последняя ФГР проведена год назад без патологии. Заболел в сентябре 2002 года, когда отметил появление язвы в полости рта. Общее самочувствие не

менялось. Наблюдался и лечился у стоматолога, однако язвенный процесс в полости рта прогрессировал. В начале ноября повысилась температура до 38°C. В связи прогрессированием язвенно-некротического процесса госпитализирован в клинику челюстно-лицевой хирургии. Там проведено рентгенологическое исследование грудной клетки, где выявлена двусторонняя диссеминация, соответствующая туберкулёзной. При обследовании состояние удовлетворительное. В лёгких на фоне ослабленного дыхания выслушивались влажные хрипы слева в верхних отделах. В анализе крови СОЭ ускорена до 38 мм в час, число палочкоядерных лейкоцитов увеличено до 8%. В мокроте методом бактериоскопии обнаружены МБТ 1-3 в поле зрения. При рентгенологическом обследовании с обеих сторон в верхних и средних отделах лёгких с локализацией С1, С2 и С6 определяли туберкулёзные очаги, убывающие в каудальном направлении. В верхних отделах очаги более крупные, сгруппированные, сливающиеся. Среди скоплений очагов прослеживаются деструктивные полости, имеющие множественный характер. Воспалительный отёк интерстиция. При ЛОР осмотре определили инфильтративно-язвенные изменения туберкулёзного характера в глотке, гортани и на языке.

Вопросы к задаче:

- А) Сформулируйте диагноз в соответствии с клинической классификации заболевания.
- Б) Для подтверждения туберкулёзной этиологии язвенного процесса на языке целесообразно провести следующие исследования:
- В) Укажите какое кольцо гортани поражается при гематогенном туберкулёзе.
- Г) Когда целесообразно проводить бронхоскопическое исследование при туберкулёзе гортани и глотке?
- Д) Укажите режим химиотерапии обоснуйте его, какие методы введения препаратов могут быть использованы у больного.

ЗАДАЧА 99

Больной 20 лет обратился в поликлинику с жалобами на повышение температуры до 38°C течение 7-10 дней, слабость, кашель, боли в левой половине грудной клетки, 3 дня назад появилась одышка. При осмотре: перкуторный тон слева тупой, там же дыхание резко ослаблено. Гемограмма: лейкоциты- $9,2 \times 10^9$ /л, пал.-4%, сегм.-56%, лимф.-23%, мон-10%, эоз.-7%, СОЭ- 30 мм/час.. Рентгенологически: слева, начиная с 3 ребра, интенсивная гомогенная тень с нечетким косым верхним уровнем Госпитализирован с диагнозом: Левосторонний гидроторакс. При пункции удалено около 800 мл серозного экссудата. В мокроте и экссудате МБТ (-). На рентгенограмме, сделанной после эвакуации жидкости, патологии в легочной ткани не выявлено. Назначена терапия антибиотиками широкого спектра действия.

Вопросы к задаче:

- А) Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для установлении этиологии гидроторакса?
- Б) При исследовании плевральной жидкости содержание белка в ней соответствует 40 г/л, ЛД-Г2,8 ммоль/л АДА -65 ЕД найдены ДНК МБТ
При рентгенологическом исследовании количество жидкости в плевральной полости уменьшилось, но сохраняется При бронхоскопии неспецифический эндобронхи. Какие полученные результаты исследования указывают на туберкулёзную этиологию плеврального выпота.
- В) Сформулируйте правильный диагноз в соответствии с клинической классификацией.
- Г) Обоснуйте правильность диагноза.
- Д) Определите тактику лечения согласно стандарту химиотерапии.

ЗАДАЧА 100

Больная 65 лет, привлечена к обследованию в ПТД в связи с выявлением «виража» пробы Манту у 8-летнего внука. При активном расспросе выяснено, что 5лет назад перенесла

операцию правостороннюю мастэктомию по поводу рака молочной железы. Химиотерапия после операции. Ремиссия. После операции работала Флюорографически обследовалась не регулярно. В течение 6 последних месяцев отмечала утомляемость, повышение температуры до $37,2 - 37,5^{\circ}$, кашель со скудной мокротой. 2 месяца назад обратилась в поликлинику, на рентгенограмме грудной клетки в двух проекциях - ячеистый фиброз в области верхушки правого легкого, расцененный как последствия лучевой терапии. Анализ мокроты сдавала однократно, результатов не знает. При осмотре: истощена, западение над- и подключичной ямок справа, там же дыхание бронхиальное, влажные хрипы при покашливании. В гемограмме: Нв -108 г/л, лейкоциты – $9,0 \times 10^9$ /л, пал. – 10%, сегм. – 64%, лимф. – 19%, мон. – 11%, СОЭ –45 мм ч.

Вопросы к задаче:

- А) По каким представленным результатам обследования до проведения рентгенограммы грудной клетки можно предположить наличие полости у больной?
- Б) Какие исследования необходимо провести на этапе обследования в противотуберкулёзном диспансере?
- В) По результатам проведенного рентгенологического исследования: верхняя доля правого лёгкого уменьшена в объёме, в области верхушки С1 на фоне фиброзных изменений определяется полость 4х3см, верхней стенкой которой является апикальная плевра. Нижняя стенка полости неравномерна по ширине максимальной толщиной до 8 мм., внутренний характер её очертаний неровный. В верхней доле, а также нижних отделах обоих легких с поражением С6, С10, С8 документированы множественные различных размеров, в той числе неоднородной структуры крупные, очаги с нечеткими контурами с наклонностью к слиянию. В мокроте методом бактериоскопии дважды обнаружены МБТ более 10 в поле зрения, при использовании джин эксперт ДНК МБТ чувствительны к рифампицину В последующем культуральные методы исследования подтвердили чувствительность МБТ к противотуберкулёзным препаратам.
- Г) Обоснуйте диагноз
- Д) Оцените степень опасности эпидемического очага с учетом выявленной формы туберкулёза лёгких, характера бактериовыделения и наличия детей школьного возраста.

ЗАДАЧА 101

Больной 34 лет обратился в поликлинику с жалобами на периодическое повышение температуры до 38°C в течение последнего месяца, ночную потливость, снижение веса на 4 кг за последние три месяца, кашель с небольшим количеством слизисто-гноной мокроты. В анамнезе: в течение 4 лет состоит на учете в Центре СПИД, антиретровирусную терапию не получает; полгода назад освобожден из мест лишения свободы, где пробыл 2,5 года. При осмотре: пальпируются нижние латеральные шейные лимфатические узлы до 2,5 см в диаметре, безболезненные, не спаянные с окружающими тканями. Над легкими дыхание жесткое, хрипов нет. Гемограмма: лейкоциты - $4,2 \times 10^9$ /л, пал.-5%, сегм.-62%, лимф.- 18%, мон.- 13%, эоз.- 2%, СОЭ - 36 мм/час. Реакция Манту с 2 ТЕ - р 4 мм. В мокроте МБТ (-) методом бактериоскопии. Методом ПЦР обнаружена ДНК МБТ, устойчивая к изониазиду и рифампицину. Рентгенологически: корень слева расширен за счет увеличенных бронхопульмональных лимфоузлов, в прикорневых отделах слева очаговая диссеминация.

Вопросы к задаче:

- А) Сформулируйте диагноз в соответствии клинической классификацией туберкулёза.
- Б) Какие исследования необходимо провести, чтобы сформулировать диагноз ВИЧ-инфекции с указанием стадии и для проведения ВААРТ?
- В) Объясните почему в формулировке диагноза не указано наличие бактериовыделения и будет ли больной зарегистрирован как бактериовыделитель.
- Г) По какому режиму химиотерапии будет проводиться лечение туберкулёза его сроки в интенсивную фазу с количеством препарата?
- Д) Обоснуйте выбор режима химиотерапии необходимость ВААРТ у больного.

ЗАДАЧА 102

У подростка 17 лет из семьи мигрантов, где еще двое детей 3 и 4 года, в течение недели отмечается повышение температуры $37,5 - 38^0$, слабость, потливость, кашель с мокротой. При осмотре: справа в верхних отделах перкуторный тон укорочен, там же выслушивается бронхиальное дыхание, влажные хрипы после покашливания. На голенях –узловатая эритема. Гемограмма: лейкоциты – $9,1 \times 10^9$ /л, пал.-5%, сегм.-56%, лимф.- 21%, мон.- 12%, эоз. – 6%, СОЭ – 32 мм/ч. В мокроте МБТ (+) методом бактериоскопии. Рентгенологически: справа в S3 инфильтрация округлой формы 4x5см неомогенной структуры, с полостью распада в центре. Определяются пути оттока к корню (лимфангит). Правый корень расширен, уплотнен. В средних и нижних отделах правого легкого – множественные очаги. Проба Манту с 2 ТЕ Р 21мм.

Вопросы к задаче:

- А) Сформулируйте диагноз в соответствии классификации туберкулёза
- Б) Обоснуйте правильность постановки диагноза.
- В) Обоснуйте на каком основании можно считать первичный туберкулёзный комплекс осложненным.
- Г) Обоснуйте режим химиотерапии.
- Д) Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести в туберкулёзном очаге?

ЗАДАЧА 103

У больного 28 лет при профилактическом флюорографическом обследовании органов грудной клетки выявлена группа очаговых теней в области верхушки и первого межреберья справа. Очаги средних и крупных размеров, с нечеткими контурами, на фоне лимфангита. Направлен в ПТД. В результате дообследования был поставлен диагноз: очаговый туберкулёз С1, С2 правого легкого в фазе инфильтрации, МБТ (-). Получил курс противотуберкулёзной терапии в течение 10 месяцев. При этом участковый фтизиатр наблюдает стойкую положительную динамику. На рентгенограмме выявляются единичные плотные очаги на фоне фиброза в С2 правого легкого. Анализы крови в норме. МБТ за весь курс лечения всеми методами не обнаружены. Готов к выходу на работу.

Вопросы к задаче:

- А) Оцените своевременность выявления туберкулёза у больного и назовите формы туберкулёза легких, которые относятся к своевременно выявленным.
- Б) Сформулируйте диагноз после курса химиотерапии туберкулёза
- В) Обоснуйте режим химиотерапии у больного.
- Г) Оцените характер остаточных изменений после курса химиотерапии туберкулёза и обоснуйте ваш выбор.
- Д) Определите группу диспансерного наблюдения после завершения курса химиотерапии, срок наблюдения в ней. Сформулируйте диагноз при наблюдении в 3 группе диспансерного учета.

ЗАДАЧА 104

Больной 42 лет страдает фиброзно-кавернозным туберкулезом легких в течение 7 лет. Течение заболевания волнообразное. При очередном обострении процесса дважды отмечалось кровохарканье, которое было купировано консервативными методами лечения. После физической нагрузки внезапно появилось выделение крови при кашле одномоментно более 500 мл, с нарастающей инспираторной одышкой, цианозом и тахикардией. Состояние тяжелое. Теряет сознание.

Вопросы к задаче:

- А) Укажите степень легочного кровотечения.
- Б) Поставьте диагноз синдрома, появившегося на фоне легочного кровотечения.
- В) Объясните механизм данного осложнения легочного кровотечения.

- Г) Определите тактику врача при данном осложнении туберкулеза легких.
- Д) Укажите другие возможные осложнения легочного кровотечения у больного туберкулезом.

ЗАДАЧА 105

Пациентка 27 лет. При профилактической флюорографии выявлена двусторонняя диссеминация в средне-нижних отделах обоих легких с реакцией корней. Жалоб не предъявляет. Состояние удовлетворительное. Терапевтом назначено противопневмоническое лечение в течение 3 недель – без эффекта. При осмотре: пальпируются увеличенные подмышечные лимфатические узлы до 2 см, не спаянные с кожей, безболезненные. В легких перкуторный тон легочный, дыхание жесткое, хрипов нет. Гемограмма: Hb – 140 г/л, лейкоциты – $5,2 \times 10^9$ /л, пал. – 5%, сегм. – 55%, лимф. – 28%, мон. – 10%, эоз. – 2%, СОЭ – 21 мм/ч. В мокроте дважды МБТ(-) методом бактериоскопии. Проба Манту с 2 ТЕ – р. 3 мм. На обзорной рентгенограмме отмечается расширение корней легких за счет гиперплазии бронхопульмональных лимфоузлов. Множественные очаговые тени в средне-нижних отделах обоих легких с наибольшей плотностью в прикорневых зонах.

Вопросы к задаче:

- А) Какое заболевание наиболее соответствует представленному рентгенологическому синдрому лёгочной диссеминации?
- Б) Обоснуйте ваш предполагаемый диагноз.
- В) Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
- Г) При гистологическом исследовании ткани периферического подмышечного лимфоузла КУМ не выявлены. Выявлена гранулема без казеоза, состоящая из эпителиоидных и гигантских клеток Ланганса, макрофагов и CD4 лимфоцитов. Укажите заболевание, для которого характерно такое строение гранулемы, и подтвердило ли проведенное исследование предполагаемый диагноз.
- Д) Сформулируйте окончательный диагноз на основании гистологического исследования. У какого специалиста наблюдаются больные саркоидозом.

ЗАДАЧА 106

У больного 33 лет выявлен активный туберкулез легких в фазе распада с бактериовыделением. Лечится плохо: дважды уходил из стационара, злоупотребляет алкоголем. Женат, детей нет, проживает в коммунальной квартире. Там же еще проживают трое соседей, в том числе ребенок 6 лет. При обследовании контактных лиц установлено: двое взрослых соседей здоровы, у жены больного выявлены очаговые изменения в легких. Ребенку произведена туберкулинодиагностика. Вакцинирован БЦЖ при рождении, рубчик 5 мм. Динамика проб Манту с 2 ТЕ ежегодно: р. 11 мм, р. 7 мм, р. 5 мм, р. 3 мм, р. 3 мм, р. 13 мм.

Вопросы к задаче:

- А) Дайте определения очага туберкулёзной инфекции и назовите критерии его эпидемической опасности.
- Б) Укажите тип очага туберкулёзной инфекции обоснуйте выбор.
- В) Укажите типы контакта с больным туберкулезом в очаге обоснуйте.
- Г) Оцените результаты туберкулинодиагностики у ребенка последующим планом его обследования.
- Д) Укажите виды профилактики, необходимой в данном очаге туберкулеза.

ЗАДАЧА 107

Больная К, 54 года, учительница. При поступлении предъявляет жалобы на слабость, сухость во рту, жажду, учащенное мочеиспускание, кожный зуд. Из анамнеза известно, что считает себя больной в течение года, не придавала значение перечисленным жалобам к врачу не обращалась. Часто беспокоят гнойничковые высыпания и обострения хронического пиелонефрита. Мать умерла от ИМ в 60 лет страдала СД 2 типа.

ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ: Состояние удовлетворительное. Рост 170 см, масса тела 95 кг ИМТ 32,9кг/м. Кожные покровы бледно-розовые, сухие, имеются следы расчесов, черный акантоз в области шеи и подмышечных впадин. Уровень ПЖК ярко выражен в области живота и бедер. ОТ - 106см. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные. ЧСС- 76 в мин. АД 130/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет.

По другим органам и системам без особенностей. **ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ**

Клин. анализ крови: Нb-120 г/л ,L-7,0x10⁹ /л, СОЭ-7 мм/ч.

Биохим. анализ крови : общий белок-80 г/л, билирубин-10,6 мкмоль/л, холестерин- 7,1 ммоль/л, ЛПНП - 3,0 ммоль/л, триглицериды 1,9 ммоль/л,мочевая кислота - 470 мкмоль/л.

Анализ крови на сахар натощак - 9,2 ммоль/л, НbA1с-7,0%

Общий анализ мочи - с/желт., кислая., уд. вес 1020, белок - нет, глюкозурия, лейкоциты - 3-4 в п/зр., эритро. - 0-1 в п/зр., эпит - 2-3 в п/зр. бакт- отр.

Вопросы к задаче:

- А) Установите предварительный диагноз
- Б) Составьте план дополнительного обследования с указанием ожидаемых результатов
- В) Проведите дифференциальный диагноз
- Г) Наметьте тактику лечения

ЗАДАЧА 108

Пациентка М. 27 лет обратилась к участковому врачу-терапевту с жалобами на учащение сердцебиения в покое и при физической нагрузке, ощущение дрожи в теле, раздражительность, нарушение концентрации, бессонницу, слабость, плаксивость, ощущение песка в глазах, слезотечение, снижение массы тела на 9 кг в течение 4 последних месяцев, повышенный аппетит, постоянный субфебрилитет до 37,3С. Заболевание связывает с перенесенным стрессом. Самостоятельно принимала Афобазол, Тенотен, настойку пустырника без положительного эффекта.

ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Большая неусидчива, суетлива. Рост - 175 см, вес - 56 кг, ИМТ -18 кг/м². Кожные покровы пальпаторно тёплые, влажные, без высыпаний. Гиперемия лица, шеи, зоны декольте. Мелкий тремор вытянутых пальцев рук. Умеренно выраженный экзофтальм с обеих сторон, симптом Грефе, Розенбаха, Мебиуса, Кохера, Краузе положительные. Тоны сердца ясные, ритмичные, тахикардия - 120 ударов в минуту пульс ритмичный, удовлетворительных характеристик. АД - 148/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются.

Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа при осмотре однородная, симметрично увеличена, эластичная, при глотании свободно смещается, безболезненная. Видимое изменение конфигурации шеи.

ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Общий анализ крови: эритроциты – 3,6×10¹²/л, гемоглобин – 125 г/л, лейкоциты – 5,7×10⁹/л, тромбоциты – 366×10⁹ /л, СОЭ – 12 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок – 65 г/л, альбумин – 45 г/л, общий билирубин – 13,1 мкмоль/л, креатинин – 0,08 ммоль/л, глюкоза – 5,2 ммоль/л. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС - 126 ударов в минуту, нормальное положение ЭОС, одиночная наджелудочковая экстрасистола. Гормональное обследование: тиреотропный гормон - 0,007 мМЕ/л (норма 0,2-4,2 мМЕ/л), свободный тироксин - 77 пМоль/л (норма 9-22 пМоль/л).

Вопросы к задаче:

- А) Установите предварительный диагноз
- Б) Составьте план дополнительного обследования с указанием ожидаемых результатов
- В) Проведите дифференциальный диагноз

Г) Наметьте тактику лечения

ЗАДАЧА 109

Больная А., 54 лет, домохозяйка. При поступлении жалобы на отечность лица и конечностей, зябкость, слабость, снижение памяти, выпадение волос, боль в спине и суставах, осиплость голоса, запор. Заболевание начало развиваться три года назад после простуды безуспешно лечилась по поводу анемии. Ухудшение состояния последние два-три месяца. Направлена в стационар на дообследование и выбор тактики лечения.

ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ: Рост 164см, масса тела 86кг. Кожа бледная, сухая, шелушащаяся. Волосы сухие, ломкие, усилено выпадение волос. Определяется плотный отек лица, туловища, стоп, голеней. Больная малоподвижная, немногословная, безразличная, голос низкий. Пульс 56 уд/мин, ритмичный. Артериальное давление 130/90 мм.рт.ст.

Границы относительное сердечной тупости смещены влево от среднеключичной линии на 1.5см. Тоны сердца ослаблены, шумов нет, дыхание везикулярное, хрипов нет. Пальпация органов брюшной полости затруднена из-за плотного отека передней брюшной стенки. Сухожильные рефлексы снижены. Щитовидная железа плотная, не увеличена. Глазные симптомы отсутствуют.

ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Клин. анализ крови: Нб-100 г/л, Ег – 3.5×10^{12} L- 5.8×10^{12} , СОЭ-14 мм/ч.

Биохим. анализ крови : общий белок-60 г/л, билирубин-10,6 мкмоль/л, холестерин- 9.5 ммоль/л, СРБ-2

Анализ крови на сахар - 4,8 ммоль/л, ПТИ - 87%, ТТГ 5.6, Т4 св . – 8.9

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

Кал ная/г - отриц.

Иммунологическое исследование крови – АТ ТПО 270 ЕД (мл.)

ЭКГ: синусовая брадикардия с ч.с.с. 54 в мин., снижение вольтажа зубцов, удлинение интервала QT, уплощение зубца T.

Рентгенография легких: без патологии.

Консультация эндокринолога- аутоиммунный тиреоидит, декомпенсация.

Вопросы к задаче:

А) Установите предварительный диагноз

Б) Составьте план дополнительного обследования с указанием ожидаемых результатов

В) Наметьте тактику лечения

ЗАДАЧА 110

Больная А. 38 лет, секретарь. Обратилась с жалобами на пальпируемое образование передней поверхности шеи в области нижней трети справа. Появление объемного образования стала отмечать 3 месяца назад. Лекарственных препаратов не принимает. Объективные данные: сознание ясное. Рост 176 см. Вес: 72 кг. ИМТ= 23.24 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые чистые, умеренной влажности. Периферические л/у не увеличены. В области правой доли щитовидной железы пальпируется объемное образование размерами 1,0x1.5 см., мягко эластической консистенции, не спаяно с кожей, безболезненное. При нормальном положении шеи зоб не визуализируется. АД 125/70 мм.рт.ст. на обеих руках. ЧСС=Ps= 82 уд/мин. Пульс ритмичный, симметричный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Сердцебиение ритмичное. Тоны сердца ясные, шумов нет. ЧДД= 14 в мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Стул оформленный, 1 раз в сутки, без патологических примесей. Мочеиспускание свободное, моча светло-желтого цвета.

ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Клин. анализ крови: Нб-125 г/л, L- 7.0×10^{12} /л, СОЭ-8 мм/ч. Биохим. анализ крови : общий белок-72,7 г/л, альбумины – 38г/л; билирубин-9,6 мкмоль/л, холестерин- 4,0 ммоль/л, АСЛ -

О - 125 ед., креатинин 85 мкмоль/л, АЛТ 16 ЕД/л, АСТ 10 ЕД/л. Глюкоза - 4,3 ммоль/л.
Общий анализ мочи - с/желт., нейтр., уд. вес 1019, белок - нет, сахар - нет, лейкоциты – 1-2 в п/зр., эритроц. - 0-1 в п/зр., эпителий – 1-2 в п/зр.
ТТГ 1,4 мкМЕ/мл, свободный Т4 25.1 нмоль/л.

Вопросы к задаче:

- А) Установите предварительный диагноз
- Б) Составьте план дополнительного обследования с указанием ожидаемых результатов
- В) Проведите дифференциальный диагноз
- Г) Наметьте тактику лечения

ЗАДАЧА 111

Больная А., 69 лет, пенсионер. При обращении жалобы на снижение роста за последний год на 3 см, болезненность в поясничном отделе позвоночника, обоих ТБС механического характера. Из анамнеза известно, что у больной компрессионный перелом L3-L4 позвоночника 2 года назад, в результате подъема со стула. В прошлом году перелом правой лучевой кости, когда облокотилась о стену. Менопауза 20 лет назад. Из анамнеза: страдает ЯБЖ, ГЭРБ.

ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ: Больная малоподвижна, телосложение астеническое, пониженного питания, трофические нарушения ногтей. В поясничном отделе позвоночника при пальпации болезненность и напряжение прямых мышц спины. Ограничение движений в пояснично - крестцовом отделе позвоночника. Наличие складок кожи на спине и боках (симптом «лишней кожи»), уменьшение расстояния между реберными дугами и гребнями подвздошных костей меньше ширины 2 Расстояние от стены до затылка 8 см.

ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Клин. анализ крови: Нb-120 г/л, L-7,0x10⁹/л, СОЭ-12 мм/ч.

Биохим. анализ крови: общий белок-84,7 г/л; билирубин-10,6 мкмоль/л, холестерин- 4,6 ммоль/л, серомукоид-0,09 ед., гексозы-150 ед., СРБ-0,1, 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 - 2 в п/зр., эритроц. - 0-1 в п/зр., эпителий - 2-4 в п/зр.

Кал на я/г - отриц.

Ревматоидный фактор IgM - 10,5 усл.ед.

ЭКГ: Ритм синусовый, НБЛНПГ, ГЛЖ.

Рентгенография позвоночника: Перелом 1 степени (начальная деформация, снижение высоты тела на 20%)

Вопросы к задаче:

- А) Установите предварительный диагноз
- Б) Составьте план дополнительного обследования с указанием ожидаемых результатов
- В) Проведите дифференциальный диагноз
- Г) Наметьте тактику лечения

ЗАДАЧА 112

Женщина 25 лет, мастер спорта по плаванию. При профилактическом осмотре АД 85/55 мм рт. ст., ЧСС 52 в минуту. При активном расспросе жалобы на повышенную утомляемость, что связывает с чрезмерными физическими нагрузками. Ежедневные тренировки (2-3 раза в день на протяжении последних 10-12 лет), подготовка к соревнованиям. Эмоциональная подавленность, связанная с не достижением поставленных целей на предыдущих соревнованиях. Беспокойство по поводу предстоящих соревнований, трудности при изучении новой информации и запоминании, недосыпание (ночной сон 5 часов) с частыми ночными пробуждениями.

Из анамнеза известно, что подобные значения АД регистрировались на протяжении

последних 8-10 лет. Минимальные значения АД 80/50 мм рт.ст. однократно (после соревнований). Потери сознания, предобморочные состояния отрицает. Прием каких-либо лекарственных препаратов отрицает. Проживает одна. Менструальный цикл сохранен, Б-0. Наследственный анамнез: мать – 49 лет, отмечает склонность к гипотензии (привычные цифры АД 90/60 мм рт.ст.), бывают потери сознания в душных помещениях, обследовалась, патологии не выявлено; отец – 50 лет, страдает гипертонической болезнью, постоянный прием гипотензивных препаратов.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 19 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски, красный дермографизм, кожа ладонной поверхности кисти повышенной влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сердца во всех точках аускультации не изменено, шумы не выслушиваются. ЧСС – 54 уд.в мин., АД – 95/65 мм рт.ст. Активная ортостатическая проба отрицательная. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с двух сторон.

Клинический анализ крови Hb -150г/л, Eг – 4,5*10¹² /л, L - 5,7 *10⁹/л, Tromb - 300*10⁹/л. Общий анализ мочи: без патологических изменений.

Вопросы к задаче:

- А) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- В) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
- Г) Составьте план лечения. Обоснуйте его.
- Д) Что следует предпринять через 6 недель, при неэффективности вышеуказанных мер?

ЗАДАЧА 113

Мужчина, 65 лет, обратился к врачу с жалобами на нестабильное АД (колебания от 120/80 до 170/105 мм рт.ст.) в течение полугода, сопровождающееся головными болями.

Из анамнеза известно, что около 10 лет пациент страдает АГ, однако, несмотря на рекомендации врачей, постоянной антигипертензивной терапии не принимает. Во время последнего визита к терапевту полгода назад было зарегистрировано АД 185/95мм рт.ст; в анализе мочи выявлялась альбуминурия 100 мг/сутки, в биохимическом анализе крови дислипидемия, мочева кислота 520 мкмоль/л. Семейный анамнез: мать – 79 лет, страдает АГ, ИБС, перенесла ИМ; отец – умер в 45 лет от ИМ.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 39 кг/м². Окружность талии – 115 см, окружность бедер – 112 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона в точке аускультации аорты. ЧСС – 76 уд. в мин., АД – 160/95 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: общий холестерин – 7,1 ммоль/л, ТГ – 2,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,9 ммоль/л; креатинин 112 мкмоль/л, мочева кислота 560мкмоль/л, глюкоза натощак – 6,2 ммоль/л, через 2 часа после приема 75 г глюкозы – 8,6 ммоль/л. В анализе мочи альбуминурия 150 мг/сутки

Вопросы к задаче:

- А) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- В) Составьте и обоснуйте план дальнейшего обследования пациента.
- Г) Составьте план лечения пациента с указанием групп лекарственных препаратов. Препарат из какой группы антигипертензивных препаратов обязательно должен быть рекомендован пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор. Укажите цели терапии.
- Д) При повторном осмотре через 8 недель:

Соблюдение рекомендованной диеты

вес снижен на 2 кг

Терапии: кандесартан 16мг/сутки, индапамид ретард 1,5мг/сутки, амлодипин 5 мг/сутки, розувастатин 10 мг/сутки, метформин 1000мг/сутки.

На фоне терапии: АД колеблется в пределах 120-130/70-80 мм рт.ст., глюкоза натощак – 5,4 ммоль/л, общий холестерин – 5,0 ммоль/л, ТГ – 1,5 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,7 ммоль/л, креатинин – 108 мкмоль/л, мочевая кислота 450 мкмоль/л, альбуминурия – 10 мг/сутки.

Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте.

ЗАДАЧА 114

Мужчина, 55 лет, обратился к врачу с жалобами на нестабильное АД (колебания от 140/80 до 170/105 мм рт.ст.) в течение полугода, сопровождающееся головными болями.

Из анамнеза известно, что около 10 лет пациент страдает АГ, однако, несмотря на рекомендации врачей, постоянной антигипертензивной терапии не принимает. На протяжении последних 6 месяцев беспокоят сжимающие боли за грудиной, возникающие при подъеме на 4 этаж, купирующиеся в покое (через 5 мин). Во время последнего визита к терапевту полгода назад было зарегистрировано АД 185/95мм рт.ст; в анализе мочи выявлялась альбуминурия 100 мг/сутки, в биохимическом анализе крови дислипидемия, мочевая кислота 520 мкмоль/л. Семейный анамнез: мать – 79 лет, страдает АГ, ИБС, перенесла ИМ; отец – умер в 45 лет от ИМ.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 39,5 кг/м². Окружность талии – 116 см, окружность бедер – 115 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона в точке аускультации аорты. ЧСС – 96 уд. в мин., АД – 160/95 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: общий холестерин – 7,1 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 4,9 ммоль/л ТГ – 2,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,9 ммоль/л; креатинин 112 мкмоль/л, мочевая кислота 560мкмоль/л, глюкоза натощак – 6,2 ммоль/л, через 2 часа после приема 75 г глюкозы – 8,6 ммоль/л. В анализе мочи альбуминурия 150 мг/сутки

Вопросы к задаче:

А) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

В) Составьте и обоснуйте план дальнейшего обследования пациента.

Г) Составьте план лечения пациента с указанием групп лекарственных препаратов. Препарат из какой группы антигипертензивных препаратов обязательно должен быть рекомендован пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор. Укажите цели терапии.

Д) При повторном осмотре через 8 недель:

Ангинозные боли не беспокоят. Соблюдает рекомендованную диету, вес снижен на 2 кг

Терапии: бисопролол 5мг, кандесартан 16мг/сутки, индапамид ретард 1,5мг/сутки, амлодипин 5 мг/сутки, розувастатин 10 мг/сутки, метформин 1000мг/сутки, АСК 75мг – 1 раз в сутки.

На фоне терапии: АД колеблется в пределах 120-130/70-80 мм рт.ст., глюкоза натощак – 5,4 ммоль/л, общий холестерин – 5,5 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 3,9 ммоль/л ТГ – 1,5 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,1 ммоль/л, креатинин – 108 мкмоль/л, мочевая кислота 450 мкмоль/л, альбуминурия – 10 мг/сутки. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте.

ЗАДАЧА 115

Мужчина, 43 лет, вызвал СМП в связи с жалобами на жгущую боль за грудиной длительностью около часа.

Из анамнеза известно, что в течение 3 лет отмечает появление жгущих болей за грудиной

при повышенных физических нагрузках, быстро проходящих в покое. Настоящее ухудшение с 28.09., когда после физической нагрузки почувствовал жгущую боль за грудиной, которая сохранялась в течение часа, после чего вызвал СМП, госпитализирован. ЭКГ от 28.09. – рисунок 1.

Анамнез жизни.

Вредные привычки: стаж курения 25 лет, 1 пачка/сутки;

Наследственный анамнез – отец ИМ в возрасте 50 лет, мать – сахарный диабет

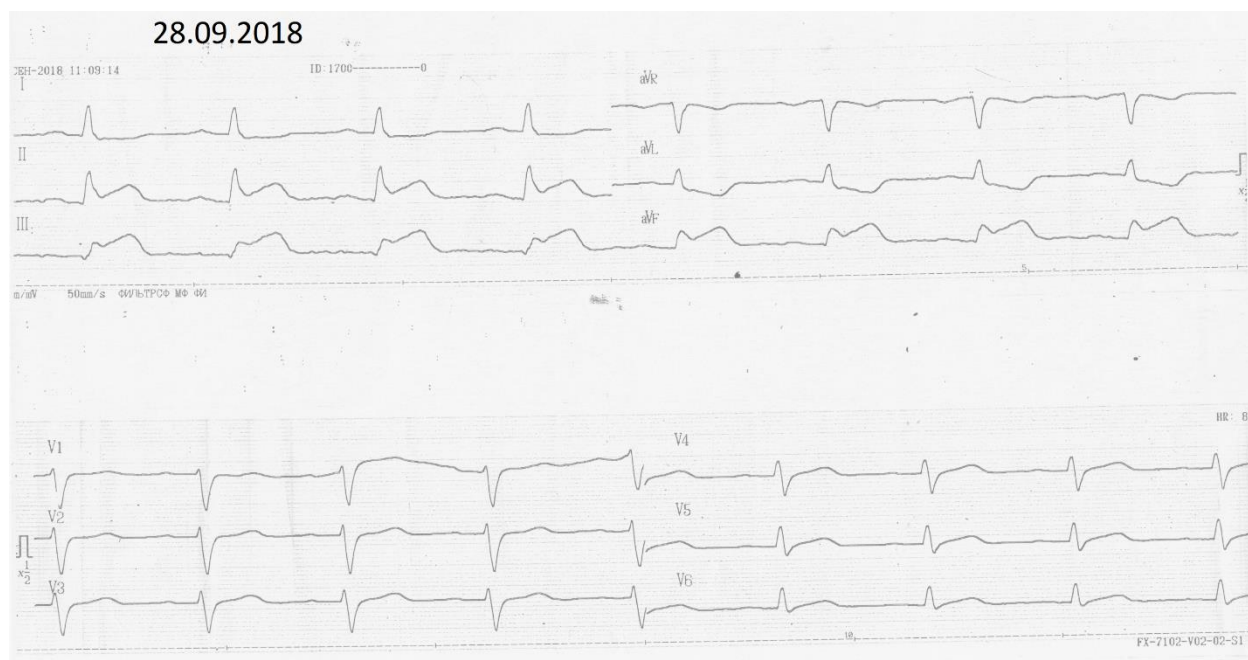
Данные объективного осмотра при поступлении: состояние средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски и влажности. ИМТ – 27 кг/м². Пульс 85 в мин., ритмичный, удовл.характеристик. АД 130/80 мм рт ст. Тоны сердца приглушены, соотношение тонов сохранено. Шумов нет. Чд 20 в мин. Дыхание жесткое. Хрипов нет. Язык влажный, налета нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется.

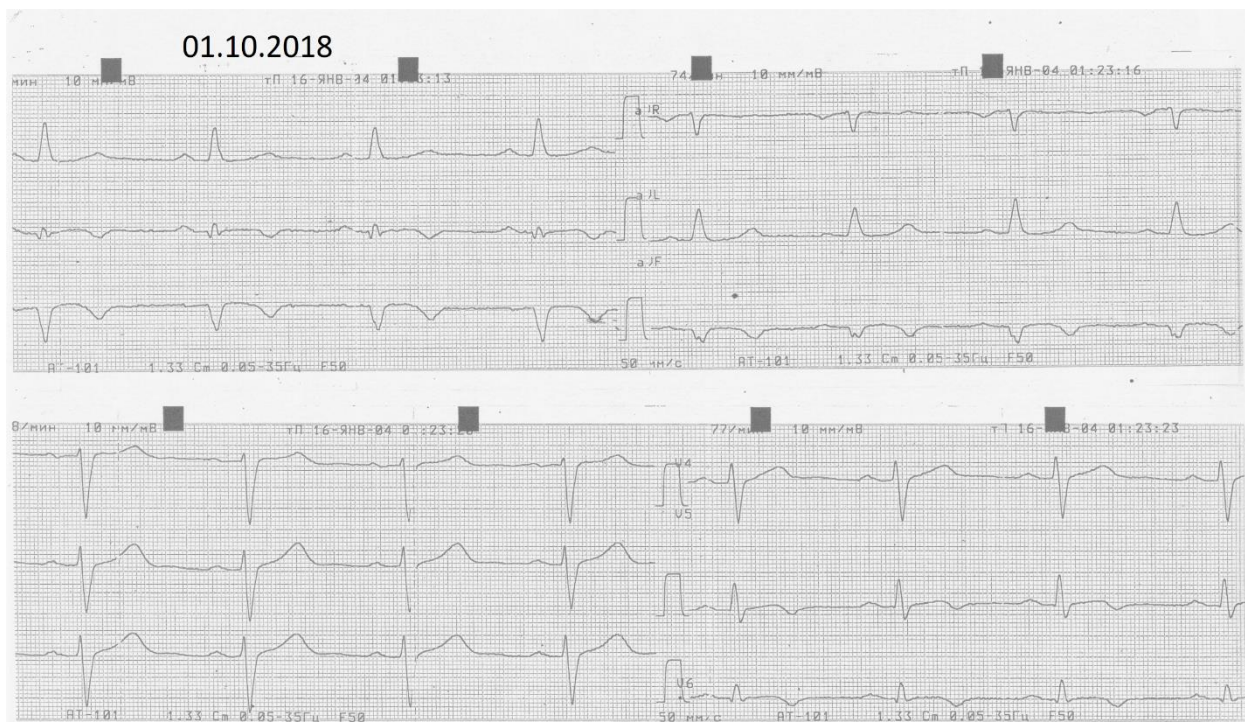
Таблица 1.

Левая коронарная артерия: ствол	Без значимых стенозов
Передняя межжелудочковая ветвь(ПМЖВ)	стеноз проксимальной трети 80 %
Диагональные ветви	Без значимых стенозов
Огибающая ветвь (ОВ)	Без значимых стенозов
Ветви тупого края (ВТК)	Без значимых стенозов
Правая коронарная артерия	Стеноз средней трети 50%, тромбоз от средней трети
Ветвь острого края (ВОК)	Не контрастируется
Заднебоковая ветвь	Не контрастируется
Задняя межжелудочковая ветвь	Не контрастируется

Таблица 2.

Показатель	Ед. изм.	Норма	28.09	29.09.	30.09.
Тропонин I	пг/мл	(0.0 - 26.0)	300	84460.1	32529.2





Вопросы к задаче:

А) Ваш предварительный диагноз.

Определите тактику ведения больного на амбулаторном этапе.

Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз, тактику ведения пациента на амбулаторном этапе.

В) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Г) Оцените данные КАГ (табл.1), результаты тропонинового теста (табл. 2), ЭКГ в динамике (рис.2). Сформулируйте окончательный клинический диагноз.

Д) Определите план лечения пациента в стационаре. Дайте рекомендации по лечению после выписки из стационара

ЗАДАЧА 116

Пациентка 52 лет обратилась к участковому врачу с жалобами на сухой кашель, длительную ноющую боль за грудиной, усиливающуюся при кашле, одышку, однократно повышение температуры тела до 38,2. Так же беспокоит боль по задней поверхности левой голени в области варикозно-расширенных вен, отечность голеней к вечеру. Вышеописанные жалобы беспокоят около 5 дней. Самостоятельно диагностировала ТЭЛА, настаивает на проведении полного обследования. АД на уровне 120-130/80 мм рт.ст. Хронические заболевания, нарушения ритма сердца отрицает. На протяжении последнего года прием заместительной гормональной терапии (КОК). Б2, Р2. А0. Работает продавщицей.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 26 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски и влажности. В области голеней венозный сосудистый рисунок выступает над кожей, в области левой голени по задней поверхности сосуды образуют извитые тяжи синеватого цвета, чувствительные при пальпации. Симптом Хоманса отрицательный. Пастозность голеней. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 72 уд. в мин., АД – 120/70 мм рт.ст. ЧДД 18 в мин, дыхание жесткое, явления бронхообструкции при форсированном выдохе, свистящие хрипы в нижне-боковых отделах. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Вопросы к задаче:

А) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Дайте обоснование диагноза ТЭЛА

Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

- В) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента подозрением на ТЭЛА.
- Г) Обоснуйте тактику лечения этого пациента.
- Д) Тактика ведения пациентки на амбулаторном этапе с подтвержденной ТЭЛА? Обоснуйте.

ЗАДАЧА 117

Вызов в палату: у пациента 72 лет на 5 день после резекции сигмовидной кишки по поводу циркулярного рака сигмовидной кишки (Т3N3M0) возникновение болевого синдрома в левой половине грудной клетки, усиливающегося при глубоком дыхании; одышка смешанного характера, кашель с мокротой с прожилками крови, выраженная общая слабость.

В анамнезе гипертоническая болезнь, инфаркт миокарда (3 года назад). Регулярный прием: эналаприл в дозе 10мг х 2 раза в день, бисопролол 5мг 1 раз в день, аторвастатин 20 мг 1 раз в день. На фоне терапии А/Д на уровне 120-130/80 мм рт. ст.

При осмотре: состояние средней тяжести. ИМТ – 32 кг/м². Кожные покровы чистые, бледные. Периферических отеков нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 102 уд. в мин., АД – 90/60 мм рт.ст. ЧДД 23 в мин, дыхание жесткое, ослабленно в нижние-боковых отделах, хрипы не выслушиваются. Повязка чистая, сухая. Живот мягкий, при пальпации чувствительный в области послеоперационной раны. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: глюкоза – 5,4 ммоль/л; креатинин – 95мкмоль/л, АЛТ 30 ЕД/л, АСТ 32ЕД/л, АСТ, билирубин 6,4мкмоль/л, натрий 140 ммоль/л, калий 4,0ммоль/л, КФК 198 Е/л (N 0–171), КФК-МВ 28 Е/л (N 0–24), тропонин Т 0,12 нг/мл (N 0,01–0,1). В клиническом анализе крови (Cito!). Нб 110г/л (исходно до операции 125г/л), Нт 0,4 (исходно 0,45), в остальном без изменений. ЭКГ синусовая тахикардия, ЧСС 112 в мин, в III отв. патологический зубец Q, в I отв. глубокий зубец S, элевация ST в отв III, aVF, V1-3.

Вопросы к задаче:

- А) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- В) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
- Г) Обоснуйте тактику лечения этого пациента. Оцените прогноз.
- Д) На фоне проводимой терапии (гепарин, контрольные АЧТВ 50-60с) состояние стабильно. На 15 сутки после развития ТЭЛА выписка. Нуждается ли пациент в продолжении антикоагулянтной терапии на амбулаторном этапе? Обоснуйте. Если да, дайте рекомендации по препаратам, длительности терапии.

ЗАДАЧА 118

Больная 39 лет обратилась в поликлинику с жалобами на боли в горле при глотании, першение, повышение температуры тела до 37,5 °С. Больна в течение 3 дней. Объективно: слизистая оболочка небных миндалин и передних небных дужек гиперемирована. Небные миндалины I степени гипертрофии, покрыты налётом беловатого цвета, легко снимающимся, налёт растирается между шпателями. Задняя стенка глотки умеренно гиперемирована. В анализе крови: лейкоциты - 13,5×10⁹ /л, эритроциты - 3,9×10¹²/л, гемоглобин - 121 г/л, палочкоядерные - 8%, сегментоядерные - 62%, лимфоциты - 26%, моноциты - 2%, эозинофилы - 2%, СОЭ - 25 мм/час.

Вопросы к задаче:

- А) Предположите наиболее вероятный диагноз
- Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- В) Через 2 дня у данной больной усилились жалобы на боль в горле, больше при глотании, больше справа, появилась боль в правом ухе, затруднение при глотании и при открывании рта, общее недомогание. Объективно: температура 38,5 °С. Голос имеет гнусавый оттенок, открывание рта затруднено. В глотке определяется гиперемия слизистой оболочки, инфильтрация паратонзиллярной области справа, асимметрия зева за счёт смещения правой

миндалины медиально. Язычок резко отёчен и смещён несколько влево. Подчелюстные лимфоузлы справа уплотнены, увеличены и болезненны. Как вы можете оценить подобную ситуацию? Поставьте диагноз и обоснуйте.

Г) Какие методы диагностики необходимо провести?

Д) Поставьте диагноз в соответствии с МКБ-10.

ЗАДАЧА 119

Мужчина 24 лет предъявляет жалобы на повышение температуры до 40 °С, сопровождавшееся ознобом; инспираторную одышку при небольшой физической нагрузке; боли в области сердца, не связанные с физической нагрузкой, умеренной интенсивности, длительные. Из анамнеза известно, что употребляет героин в течение 4 лет (инъекции в локтевые вены, область паха). За 2 недели до госпитализации отметил повышение температуры до 40 °С. В качестве жаропонижающих больной принимал нестероидные противовоспалительные препараты. Через 3 суток температура снизилась до 37,2-37,4 °С, самочувствие несколько улучшилось. Однако через 10 дней лихорадка возобновилась, в связи с чем пациент был госпитализирован. При осмотре: кожа бледная, чистая. Периферические лимфатические узлы не увеличены. ИМТ - 18 кг/м². Температура тела - 38,9 °С. В лёгких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, на основании мечевидного отростка – систолический шум, усиливающийся на высоте вдоха с задержкой дыхания. Акцент 2 тона на а. pulmonalis. АД - 110/60 мм рт. ст., ЧСС - 100 ударов в минуту. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края рёберной дуги, край печени гладкий. Отёки стоп и голеней. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено. В анализах: эритроциты - $3,3 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин - 126 г/л, лейкоциты - $15,8 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы - 15%, СОЭ - 42 мм/ч, альбумина сыворотки крови - 29 г/л, креатинин - 66 мкмоль/л, СКФ - 92 мл/мин/1,73м², СРБ - 120 мг/л (в норме - до 5 мг/л). В общем анализе мочи: удельный вес - 1016, эритроциты - 0-1 в поле зрения. При посеве крови на стерильность дважды выделен *S. aureus*, чувствительный к Оксациллину, Цефтриаксону. Данные ЭхоКГ: размеры камер сердца не увеличены. Митральный клапан: створки уплотнены, характер движения створок разнонаправленный. Трикуспидальный клапан: створки уплотнены, утолщены, визуализируются средней эхоплотности структуры на средней и передней створках размерами 1,86 и 1,11×0,89 см; характер движения створок разнонаправленный, трикуспидальная регургитация III–IV степени.

Вопросы к задаче:

А) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

В) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Г) Выберите тактику ведения больного, немедикаментозную и медикаментозную терапии. Обоснуйте свой выбор.

Д) Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

ЗАДАЧА 120

Больной Р. 59 лет, водитель такси, в понедельник вечером шёл с автостоянки домой, когда отметил появление выраженных болей за грудиной с иррадиацией в нижнюю челюсть и левую верхнюю конечность. Дома по совету жены пытался купировать болевой синдром Нитроглицерином без значимого эффекта. Суммарная продолжительность болевого синдрома более 20 минут, пациент вызвал скорую медицинскую помощь. Из анамнеза известно, что в течение последних 10 лет у пациента повышается артериальное давление, максимально до 170 и 90 мм рт. ст. Курит 20 сигарет в сутки в течение последних 20 лет. В течение месяца впервые отметил появление загрудинных болей после интенсивной физической нагрузки и проходящих в покое. Не обследовался, лечение не получал.

Наследственность: мать – 76 лет, страдает артериальной гипертензией, перенесла инфаркт миокарда, отец – умер в 55 лет от инфаркта миокарда. При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Рост – 168 см, вес – 90 кг, ИМТ – 32 кг/м². Тоны сердца приглушены, выслушивается акцент второго тона на аорте, ритм правильный. АД – 160 и 90 мм рт. ст. ЧСС – 92 ударов в минуту. Дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 22 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печеночной тупости по Курлову - 11×9×8 см. Периферических отеков нет. В анализах: общий холестерин – 6,7 ммоль/л, ТГ – 2,8 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,62 ммоль/л; глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л; креатинин – 124 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) = 54,5 мл/мин/1,73 м² (по амбулаторной карте снижение СКФ до 55 мл/мин/1,73 м² также регистрировалась 4 месяца назад), альбуминурия – 40 мг/сутки. На ЭКГ зарегистрирован синусовый ритм с ЧСС – 92 в минуту, элевация сегмента ST до 4 мм I, AVL, V1-5, депрессия сегмента ST до 2 мм II, III, AVF.

Вопросы к задаче:

- А) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- В) Каков выбор стратегии реперфузии миокарда в данном случае?
- Г) Какие препараты Вы рекомендуете пациенту в качестве пероральной антитромбоцитарной терапии? Обоснуйте свой выбор.
- Д) Пациент доставлен в регионарный сосудистый центр, проведено экстренное ЧКВ, выявлена окклюзия передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) левой коронарной артерии, без восстановления дистального русла. Выполнено стентирование ПМЖВ - 1 стент с лекарственным покрытием. На 3 день от момента первичного ЧКВ у пациента развился приступ болей за грудиной, с иррадиацией в левую верхнюю конечность, приступ купирован одной дозой Нитроглицерина. Как Вы расцените данный эпизод, какова дальнейшая тактика ведения пациента?

ЗАДАЧА 121

Больной Е. 32 года, бизнесмен, госпитализирован на 2 день болезни с диагнозом «грипп, гипертоксическая форма». Заболевание началось остро, даже внезапно. На фоне нормального самочувствия появился озноб, заболела голова, повысилась температура тела до 40,2 °С. Отмечал светобоязнь, лежал с закрытыми глазами, просил выключить телевизор. Вечером была дважды рвота, сохранялась «пульсирующая» головная боль. Утром следующего дня самочувствие ухудшилось: не понимал, где находится, стремился пойти на работу, при попытке встать упал. При поступлении состояние тяжелое, сознание затемнено. Дезориентирован, но отзывается на своё имя, жалуется на сильную головную боль. Температура тела 39,2 °С. Лицо очень бледное. На коже живота, ягодиц и нижних конечностей мелкая звёздчатая сыпь сине-фиолетового цвета, имеются также петехиальные элементы на руках. Резко выражены ригидность затылочных мышц и симптом Кернига. Пульс – 116 ударов в минуту, ритмичный, АД – 130/90 мм рт. ст. Тоны сердца ясные. При спинномозговой пункции получена под высоким давлением мутная жидкость с высоким нейтрофильным (99%) плеоцитозом – 15400 кл/мл; белок – 2,64 г/л; реакция Панди (++++).

Вопросы к задаче:

- А) Предположите наиболее вероятный диагноз
- Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- В) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
- Г) Укажите план лечения данного пациента
- Д) Через 1 месяц у больного жалобы на умеренную слабость, умеренную головную боль, снижение работоспособности, иногда головокружение. Миндалины не увеличены, налётов нет. АД – 100/60 мм рт. ст., пульс – 76 ударов в минуту. Контрольный бактериальный посев мазка из ротоглотки и из носа отрицательный. В общем анализе мочи повышение СОЭ – 26 мм/час. Какова дальнейшая тактика ведения пациента?

ЗАДАЧА 122

Больной А. 18 лет, учащийся, заболел 4 дня назад, когда температура тела повысилась до 38 °С, появились слабость, ломота в теле, головная боль. Врач-терапевт участковый диагностировал острое респираторное заболевание, назначил лечение на дому. На 5 день болезни температура снизилась, но появилась тёмная моча, на 6 день - желтушность кожи и склер. Повторно осмотрен врачом-терапевтом участковым. Направлен в стационар. При объективном обследовании были отмечены иктеричность кожных покровов и видимых слизистых, адинамия. Язык покрыт густым, белым налётом. Живот обычной формы, мягкий, чувствительный в области правого подреберья. Печень увеличена на 3 см, плотно-эластичной консистенции, чувствительная. Селезёнка не прощупывается. Моча цвета «пива», кал ахоличен. Одновременно заболело ещё несколько учащихся.

Вопросы к задаче:

- А) Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
- Б) Назовите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику.
- В) Составьте план обследования.
- Г) Составьте план лечения.
- Д) Какова тактика врача-терапевта

ЗАДАЧА 123

Больной 32 лет приехал из Узбекистана 7 дней назад. Заболевание началось с повышения температуры до 38 °С, слабости, снижения аппетита. В течение 5 дней температура утром 38 °С, вечером 39 °С, нарастала головная боль, слабость, исчез аппетит, задержка стула, бессонница. При осмотре врачом-терапевтом участковым на 7 день болезни – состояние средней тяжести, температура 38,4 °С, вялый, адинамичный. Кожа бледная, сухая, на коже живота выявлена розеолезная единичная сыпь. В лёгких без патологии. Тоны сердца приглушены, АД – 90/60 мм рт. ст., пульс – 78 ударов в минуту. Язык обложен густым серым налётом у корня, на боковых поверхностях отпечатки зубов. Живот вздут, при пальпации мягкий безболезненный. Пальпируются печень и селезёнка. Госпитализирован

Вопросы к задаче:

- А) Предположите наиболее вероятный диагноз
- Б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- В) Составьте и обоснуйте план лабораторной диагностики с целью подтверждения диагноза.
- Г) Препараты какой группы Вы бы назначили пациенту в составе комбинированной этиотропной терапии? Обоснуйте свой выбор.
- Д) Перечислите патогенетически обусловленные и опасные осложнения при данном заболевании.

5.3. Рекомендуемая литература

Основная литература:

1. Внутренние болезни. Сердечно-сосудистая система : учеб. пособие / Г. Е. Ройтберг, А.В. Струтынский. - 3-е изд. - М. : МЕДпресс-информ, 2013. - 895 с. : [4] л. цв. ил., рис. - Библиогр.: с. 894-895. - ISBN 978-5-98322-936-5.
2. Внутренние болезни. Лабораторная и инструментальная диагностика : учеб. пособие [для системы послевуз. образования врачей по спец. "Терапия"] / Г. Е. Ройтберг, А. В. Струтынский. - 3-е изд. - М. : МЕДпресс-информ, 2013. - 799 с. : [8] л. цв. ил., цв. ил., ил. - Библиогр.: с. 797-799. - ISBN 978-5-98322-873-3.
3. Руководство по факультетской терапии : учеб. пособие / С. А. Болдуева, И. В. Архаров, Е. Л. Беляева [и др.] ; ред. С. А. Болдуева ; М-во здравоохранения Рос.

- Федерации, ГБОУ ВПО Сев.-Зап. гос. мед. ун-т им. И. И. Мечникова, Каф. факультет. терапии и госпитал. терапии. - 2-е изд., перераб. - СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2015. - 482 с. : ил. - (Медицинское образование). - Библиогр. в конце глав.
4. Электрокардиография : учебное пособие / В. В. Мурашко, А. В. Стругинский. - 9-е изд. - М. : МЕДпресс-информ, 2008. - 320 с. : ил. - ISBN 5-98322-504-9.
 5. Кардиология [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. Е. В. Шляхто - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428450.html> - ЭМБ «Консультант врача»
 6. Пульмонология [Электронный ресурс] : Национальное руководство. Краткое издание / под ред. А. Г. Чучалина - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 800 с. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437872.html> ЭМБ «Консультант врача»
 7. Респираторная медицина : руководство : в 3 т. [Электронный ресурс] / под ред. А. Г. Чучалина - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - Т. 1. - 640 с. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423502621.html> ЭМБ «Консультант врача»
 8. Респираторная медицина : руководство : в 3 т. [Электронный ресурс] / под ред. А. Г. Чучалина - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - Т. 2. - 544 с. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423502638.html>
 9. Респираторная медицина : руководство : в 3 т. [Электронный ресурс] / под ред. А. Г. Чучалина - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - Т. 3. - 464 с. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423502720.html> ЭМБ «Консультант врача»
 10. Нефрология: национальное руководство [Электронный ресурс] / под ред. Н. А. Мухина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 720 с. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970411742.html> ЭМБ «Консультант врача»
 11. Гематология [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. О.А. Рукавицына - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970433270.html> ЭМБ «Консультант врача»
 12. Внутренние болезни по Дэвидсону. Кардиология. Гематология : учебник / ред. Н. А. Бун, Н. Р. Колледж, Б. Р. Уолкер [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 282 с. : рис., табл. - Библиогр. в конце разд. - Библиогр. подстрочная. - Предм. указ.: с. 276-282.
 13. Клиническая фармакология : национальное руководство [Электронный ресурс] / под ред. Ю. Б. Белоусова, В. Г. Кукеса, В. К. Лепяхина, В. И. Петрова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428108.html> ЭМБ «Консультант врача»
 14. Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : Национальное руководство : краткое издание / под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434086.html> ЭМБ «Консультант врача»
 15. Ревматология [Электронный ресурс] / Под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970416501.html> ЭМБ «Консультант врача»
 16. Эндокринология [Электронный ресурс] : Национальное руководство. Краткое издание / Абрамова Н.А., Александров А.А., Андреева Е.Н. ; Под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - (Серия "Национальные руководства"). - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437094.html>

Дополнительная литература:

1. Кардиомиопатии: клиника, дифференциальная диагностика, лечение : учебное

- пособие / В. И. Уланова. - СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2014. - 48 с.
2. Руководство по кардиологии: в 4 т. Т. 1, Физиология и патофизиология сердечно-сосудистой системы : руководство. - М. : Практика, 2014. - 395 с. : ил., цв. ил., [2] л. цв. ил. - Библиогр. в конце описания заболеваний. - ISBN 978-5-89816-128-6 (том 1).
 3. Руководство по кардиологии: в 4 т. Т. 2, Методы диагностики сердечно-сосудистых заболеваний : руководство. - М. : Практика, 2014. - 776 с. : ил., цв. ил., рис. - Библиогр. в конце описания заболеваний. - ISBN 978-5-89816-129-3 (том 2).
 4. Руководство по кардиологии: в 4 т. Т. 3, Заболевания сердечно-сосудистой системы (I) : руководство. - М. : Практика, 2014. - 864 с. : [4] л. цв. ил., ил., рис. - Библиогр. в конце описания заболеваний. - ISBN 978-5-89816-130-9 (том 3).
 5. Руководство по кардиологии: в 4 т. Т. 4, Заболевания сердечно-сосудистой системы (II) : руководство. - М. : Практика, 2014. - 976 с. : цв. ил., ил., рис. - Библиогр. в конце описания заболеваний. - ISBN 978-5-89816-131-6 (том 4).
 6. Алгоритмы расширенной реанимации: остановка кровообращения, острый коронарный синдром : учеб.-метод. пособие / Т. А. Дубикайтис ; М-во здравоохранения Рос. Федерации, ФГБОУ ВО Сев.-Зап. гос. мед. ун-т им. И. И. Мечникова, Каф. семейн. медицины. - СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2016. - 35 с. : ил. - (Медицинское образование). - Библиогр.: с. 30.
 7. Аритмии сердца. Основы электрофизиологии, диагностика, лечение и современные рекомендации [Электронный ресурс] / Киякбаев Г. К., Под ред. В. С. Моисеева - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - (Серия "Библиотека врача-специалиста")." - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427217.html> - ЭМБ «Консультант врача»
 8. Базисная фармакология средств, влияющих на сердечно-сосудистую систему : учеб. пособие (в схемах, таблицах, рисунках) / М-во здравоохранения Рос. Федерации, ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова М-ва здравоохранения Рос. Федерации, Каф. фармакологии. - СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2016. - 44 с. : табл. - (Медицинское образование).
 9. Базовая сердечно-лёгочная реанимация : учебное пособие / И. Е. Моисеева ; ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова. - Б.м. : Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2013. - 22 с. - (Медицинское образование). - Библиогр.: с.20 (4 назв.).
 10. Брадисистолические нарушения сердечного ритма: диагностика и лечение : учеб.-метод. пособие / А. И. Олесин, И. В. Константинова, Н. Н. Тютелева ; М-во здравоохранения Рос. Федерации, ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова, Каф. госпитал. терапии и кардиологии им. М. С. Кушаковского. - СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2017. - 34 с. : рис. - (Медицинское образование). - Библиогр.: с. 33.
 11. Желудочковые нарушения сердечного ритма: Диагностика и лечение : учеб.-метод. пособие / А. И. Олесин, И. В. Константинова, Н. Н. Тютелева ; М-во здравоохранения Рос. Федерации, ФГБОУ ВО Сев.-Зап. мед. ун-т им. И. И. Мечникова, Каф. госпитал. терапии и кардиологии им. М. С. Кушаковского. - СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2017. - 40 с. : рис., табл. - (Медицинское образование). - Библиогр.: с. 30.
 12. Клиническая фармакология лекарственных средств, применяемых для лечения острой сердечной недостаточности и острого коронарного синдрома : учебно-методическое пособие / А. В. Ледовая ; Министерство здравоохранения Российской Федерации, ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России, Кафедра терапии и клинической фармакологии. - СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2014. - 34 с. - (Медицинское образование). - Библиогр.: с. 27.

13. Лёгочная гипертензия : ТЭЛА - современные принципы диагностики и лечения : учеб.-метод. пособие / Е.Г. Быкова; М-во здравоохранения Рос. Федерации, ФГБОУ ВО Сев-Зап. гос. мед. ун-т им. И. И. Мечникова. - СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2016. - 51 с. : табл. - (Медицинское образование). - Библиогр.: с. 51 (7 назв.).
14. Медицинские и юридические аспекты внезапной сердечной смерти : учебное пособие / В.В. Руксин, С.А. Климанцев ; Каф. скорой медицинской помощи. - СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2015. - 52 с. - Библиогр.: с. 44.
15. Методы диагностики заболеваний сердечно-сосудистой системы : учеб. пособие / М-во здравоохранения Рос. Федерации, ФГБОУ ВО Сев-Зап. гос. мед. ун-т им. И. И. Мечникова. - СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2016. - 59 с. : табл., ил. - (Медицинское образование). - Библиогр.: с. 59 (7 назв.).
16. Патология органов дыхания [Электронный ресурс] / Коган Е.А., Кругликов Г.Г., Пауков В.С., Соколова И.А., Целуйко С.С. - М. : Литтерра, 2013. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423500764.html> - ЭБС «Консультант студента»
17. Язвенная болезнь: этиология, диагностика, лечение : учебное пособие / Авалуева Е. Б., Сказываева Е. В. – СПб: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2016. – 60 с.
18. Оценка состояния питания : учебное пособие / А.Ю.Барановский, К. Л. Райхельсон, А.Г.Харитонов — СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2013. — 64 с.
19. Заболевания верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Практикум по гастроэнтерологии : учебное пособие / В. Г. Радченко [и др.]. - СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2013. - 48 с.
20. Беременность и заболевания органов пищеварения: учебное пособие / Н. В. Кулагина. - СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2014. - 56 с.
21. Дифференциальная диагностика диарейного синдром : учебное пособие / Оганезова И. А., Л. Н. Белоусова Т. Э. Скворцова, О. И. Медведева, И. Г. Пахомова. – СПб: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2017 – 64 с.
22. Рак пищевода: учебное пособие / К. В. Павелец, Д. А. Черных. - СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2013. - 32 с.
23. Язвенный колит и болезнь Крона: этиология, диагностика, лечение : учебное пособие / Ситкин С. И., Т. Н. Жигалова, Орешко Л. С., Павлова Е. Ю. - СПб : Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2016. – 52.
24. Холестатические и аутоиммунные заболевания печени: этиология, диагностика, лечение. Учебное пособие / Ситкин С. И., Скворцова Т. Э., Орешко Л. С., Медведева О. И., Ткаченко Е. И. – СПб : Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2016. – 44 с.
25. Гастроэзофагиальная рефлюксная болезнь: этиология, диагностика, лечение: учебное пособие / Сказываева Е. В., Белоусова Л. Н., Авалуева Е. Б. – СПб: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2016 – 44 с.
26. Болезни поджелудочной железы: практическое руководство / И.В. Маев, Ю.А. Кучерявый. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 736 с.
27. Гломерулярные болезни: учебное пособие / Аниконова Л. И., Радченко В. Г. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2016. — 78 с.
28. Вторичные гломерулопатии: учеб. пособие / Аниконова Л. И., Радченко В. Г. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2017. —120 с.
29. Основные синдромы в нефрологии: учебное пособие / Аниконова Л.И, Колмакова Е.В., Кулаева Н.Н. СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2016. — с.85

30. Поражение почек при моноклональных гаммапатиях : учеб. пособие / Л. И. Аниконова, В. Г. Радченко ; М-во здравоохранения Рос. Федерации, ФГБОУ ВО Сев.-Зап. гос. мед. ун-т им. И. И. Мечникова, Каф. внутр. болезней и нефрологии. Издательство: СПб. : Изд-во СПбГМА им. И. И. Мечникова, 2014
31. Иммунопатогенез и лечение гломерулонефритов : учеб. пособие / Л. И. Аниконова, В. Г. Радченко ; М-во здравоохранения Рос. Федерации, ГБОУ ВПО Сев.-Зап. гос. мед. ун-т им. И. И. Мечникова М-ва здравоохранения Рос. Федерации, Каф. внутр. болезней и нефрологии
32. Болезни суставов : Руководство для врачей / ред. В. И. Мазуров. - СПб. : СпецЛит, 2008. - 397 с. : ил. - ISBN 978-5-299-00352-9.
33. Антифосфолипидный синдром: диагностика и лечение : учебное пособие / В. И. Мазуров, Е. А. Трофимов, С. Ю. Уваров. - СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2012. - 32 с.
34. Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева): диагностика и лечение : учебное пособие / В. И. Мазуров, Е.С. Жугрова, С.В. Долгих. - СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2012. - 28 с.
35. Основы диагностики нарушений гемостаза в практике терапевта : учебное пособие / В. И. Мазуров, А. Г. Максимов, В. В. Тыренко [и др.]. - СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2013. - 40 с.
36. Реактивные артриты, ассоциированные с хламидийной инфекцией : учеб. пособие для врачей / Ю. В. Лобзин, В. И. Мазуров, А. Л. Позняк, С. Н. Сидорчук ; М-во здравоохранения Рос. Федерации, ГБОУ ВПО Сев.-Зап. гос. мед. ун-т им. И. И. Мечникова, Каф. инфекц. болезней. - СПб. : Тип. "Цифра он-лайн", 2013. - 89 с. - Библиогр.: с. 76
37. Клиническая фармакология и фармакотерапия в реальной врачебной практике: мастер-класс [Электронный ресурс] : учебник / Петров В. И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.rosmedlib.ru/book/book/ISBN9785970435052.html> - ЭМБ «Консультант врача»
38. Психиатрия [Электронный ресурс] : Национальное руководство. Краткое издание / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова ; отв. ред. Ю.А. Александровский. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970435038.html> ЭМБ «Консультант врача»
Интернет ресурсы:
 1. Система дистанционного обучения СЗГМУ им. И.И. Мечникова: moodle.szgmu.ru
 2. ЭМБ «Консультант врача» <http://www.rosmedlib.ru>