Федеральное медико-биологическое агентство
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Государственный научный центр Российской Федерации –
Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И. Бурназяна»
Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования

Кафедра терапии

УТВЕРЖДАЮ
Первый проректор МБУ ИНО ФМБЦ
им. А.И. Бурназяна
_____ В.Н. Олесова
«27» апреля 2023 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ С ОЦЕНОЧНЫМИ СРЕДСТВАМИ

основная профессиональная образовательная программа
высшего образования – программа ординатуры
по специальности
31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)

Уровень образования: подготовка кадров высшей квалификации

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат: 5245C700D5AFBD9B467025BEFED80EEF
Владелец: Олесова Валентина Николаевна
Действителен: с 30.03.2023 до 20.04.2024

Москва, 2023

1. Общие положения

1.1. Законодательные и нормативные основы разработки программы государственной итоговой аттестации

– Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;

– приказ Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 09.01.2023 № 16 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования – подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)»;

– приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.11.2013 № 1258 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры»;

– приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 18.03.2016 № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки».

1.2. Государственная итоговая аттестация в структуре программы ординатуры

Государственная итоговая аттестация относится в полном объеме к базовой части программы ординатуры – Блок 3 «Государственная итоговая аттестация» – и завершается присвоением квалификации «Врач общей практики (семейный врач)».

В Блок 3 «Государственная итоговая аттестация» входит подготовка и сдача государственного экзамена.

Трудоемкость освоения программы государственной итоговой аттестации выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина) составляет 3 зачетные единицы, из них: 2 зачетные единицы приходятся на подготовку к государственному экзамену и 1 зачетная единица – государственные итоговые испытания в форме государственного экзамена.

2. Требования к государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация по основной профессиональной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина) выявляет теоретическую и практическую подготовку выпускника в соответствии требованиями ФГОС ВО по специальности.

Обучающийся допускается к государственной итоговой аттестации после успешного освоения программ дисциплин и практик в объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры.

Государственная итоговая аттестация включает оценку сформированности у выпускников всех универсальных и профессиональных компетенций, установленных ФГОС ВО по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина), путем оценки знаний, умений и владений в соответствии с содержанием программы ординатуры, характеризующих их готовность к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации «Врач общей практики (семейный врач)».

Перечень компетенций, оцениваемых на государственной итоговой аттестации

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **универсальными компетенциями**:

Наименование категории (группы) универсальных компетенций	Код и наименование универсальной компетенции выпускника
Системное и критическое мышление	**УК-1.** Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте
Разработка и реализация проектов	**УК-2.** Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им
Командная работа и лидерство	**УК-3.** Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению
Коммуникация	**УК-4.** Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	**УК-5.** Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **общепрофессиональными компетенциями**:

Наименование категории (группы) общепрофессиональных компетенций	Код и наименование общепрофессиональной компетенции выпускника
Деятельность в сфере информационных технологий	**ОПК-1.** Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности
Организационно-управленческая деятельность	**ОПК-2.** Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
Педагогическая деятельность	**ОПК-3.** Способен осуществлять педагогическую деятельность
Медицинская деятельность	**ОПК-4.** Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов
	ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
	ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
	ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу
	ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
	ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала
	ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **профессиональными компетенциями**:

Обобщенные трудовые функции, соответствующие профессиональной деятельности выпускников	Код и наименование профессиональной компетенции выпускника
ОТФ А Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и	**ПК-1.** Способен к проведению и контролю эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения

Обобщенные трудовые функции, соответствующие профессиональной деятельности выпускников	Код и наименование профессиональной компетенции выпускника
формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения **ТФ А/05.7**	
ОТФ А Проведение обследования пациента с целью установления диагноза **ТФ А/02.7**	**ПК-2.** Способен к проведению обследования пациента с целью установления диагноза
ОТФ А Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности **ТФ А/03.7**	**ПК-3.** Способен к назначению лечения и контролю его эффективности и безопасности
ОТФ А Реализация и контроль эффективности медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов, оценка способности пациента осуществлять трудовую деятельность **ТФ А/04.7**	**ПК-4.** Способен к реализации и контролю эффективности медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов, оценке способности пациента осуществлять трудовую деятельность
ОТФ А Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах **ТФ А/01.7**	**ПК-5.** Способен к оказанию медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах

3. Структура государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена, состоящего из двух этапов:

1) междисциплинарное тестирование;

2) устное собеседование по дисциплинам программы ординатуры, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

3.1. 1 этап – Междисциплинарное тестирование

Тестовый контроль проводится с целью определения объема и качества знаний выпускника.

Междисциплинарное тестирование осуществляется по материалам утвержденного фонда оценочных средств, который охватывает содержание всех обязательных дисциплин учебного плана программы ординатуры. Индивидуальное тестирование выпускника включает 100 тестовых заданий.

Примеры контрольно-измерительных материалов, выявляющих результаты освоения выпускником программы ординатуры:

Задание: укажите правильный вариант (варианты) ответа.

1. Для диагностики муковисцидоза необходимо провести исследование:

1) электролитов потовой жидкости;

2) разности носовых потенциалов;

3) молекулярно-генетическое исследование.

2. Что является классическим признаком острой вирусной инфекции по данным серологического обследования парных сывороток крови больного?

1) отсутствие противовирусных антител;

2) прирост антител;

3) снижение уровня антител.

3.2. 2 этап – Устное собеседование по дисциплинам программы ординатуры

Устное собеседование проводится с целью определения качества теоретической подготовки, сформированности универсальных и профессиональных компетенций выпускника, оценки профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения.

Основой для проведения устного собеседования являются экзаменационные билеты, включающие:

– контрольные вопросы, выявляющие теоретическую подготовку выпускника;

– контрольные задания, выявляющие практическую подготовку выпускника;

– ситуационные задачи, выявляющие сформированность компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина).

Примеры контрольных вопросов:

1. Атеросклероз: патогенез, клиника атеросклероза различной локализации, лечение.
2. Острые гастродуоденальные и кишечные кровотечения. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагноз и дифференциальный диагноз. Интенсивная терапия.

Примеры контрольных заданий:

1. Расскажите методику клинического обследования терапевтического больного.
2. Расскажите методику сбора анамнеза жизни, анамнеза заболевания терапевтического больного.

Примеры ситуационных задач:

Ситуационная задача № 1.

Больной 61 года доставлен в тяжелом состоянии с жалобами на кашель, выраженную одышку, чувство давления в грудной клетке. За врачебной помощью ранее не обращался. 5 лет назад, в течение 7 лет работал в условиях запыления (пескоструйщиком). Кашель выделением мокроты появился 2 года назад.

Объектинвоно: одышка в покое с участием в дыхании вспомогательной мускулатуры, симптомы эмфиземы преимущественно в нижне-боковых отделах грудной клетки, коробочный оттенок перкуторного звука, уменьшение подвижности легочных краев и экскурсии грудной клетки; аускультативно – 120 ослабление дыхания, рассеянные сухие хрипы.

В крови лейкоцитоз (11,5 тыс.), формула без особенностей, в анализе мочи: единичные эритроциты.

На R-грамме грудной клетки – усиление и деформация легочного рисунка - ячеистость и сетчатость, обширные мелкоочаговые затенения с обеих сторон, уплотнение междолевой плевры (картина «снежной бури»). Изменения симметричны.

Вопросы:

1. Какое суждение правильное:

а) У больного явные признаки карциноматоза легких – необходима консультация онколога и лечение в стационаре.

б) Рентгенографически и клинически – признаки проявления гематогенно-диссеминированного туберкулеза легких.

в) У больного имеется силикоз, в связи с чем необходима госпитализация в пульмонологическое отделение и симптоматическая терапия.

2. Рентгенологическим признаком пневмокониоза является:

а) инфильтрация в легких;

б) диффузная эмфизема;

в) выпот в плевральную полость;

г) узелковая диссеминация;

д) полостные образования в легких.

3. Силикоз следует дифференцировать с:

а) плевритом;

б) пневмонией;

в) карциноматозом легких;

г) инфарктом легких;

д) абсцессом легкого.

Ситуационная задача № 2.

Больная Е., 54 лет. Жалобы на головную боль, головокружение, нарушение зрения, сонливость, смену настроений.

Из анамнеза известно, что страдает артериальной гипертензией с 48 лет, после наступления менопаузы, с максимальными цифрами АД 180/100 мм рт. ст. С этого же времени отмечает прибавку массы тела на 25 кг. Постоянной гипотензивной терапии не получает. В течение последнего года беспокоит нарушение сна с частыми и длительными периодами остановки дыхания во сне, компенсируемое дневной сонливостью. Отмечает склонность к депрессии. Ведет малоподвижный образ жизни. ОИМ и ОНМК не переносила.

Наследственный анамнез: мама, 74 года, страдает ИБС, артериальной гипертензией, сахарным диабетом II типа. Брат умер в возрасте 50 лет от ОНМК.

При осмотре: Состояние удовлетворительное. Повышенного питания. Рост 156 см, вес 94 кг. ИМТ – 38.6 кг/м2. Окружность талии – 111 см. Окружность бёдер – 108 см.

Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Лимфатические узлы, доступные пальпации не увеличены. Щитовидная железа без особенностей. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 16 в мин. Перкуторно границы относительной тупости сердца расширены влево.

Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС - 90 в минуту, акцент II тона во II межреберье справа от грудины, АД - 170/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Клинический анализ крови: гемоглобин 157 г/л; эритроциты 5,0х1012/л; тромбоциты 220х109/л; лейкоциты 6,8х109/л; СОЭ 15 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок 78 г/л; мочевина 7,0 ммоль/л; креатинин 96 мкмоль/л; АСТ 28 ед/л; АЛТ 26 ед/л; КФК 96 ед/л; билирубин общ. 16 мкмоль/л; общий холестерин 8,2 ммоль/л; ЛПНП 4,5 ммоль/л; ЛПВП 0,8 ммоль/л; триглицериды 3,5 ммоль/л; глюкоза 6,5 ммоль/л; мочевая кислота 620 мкмоль/л.

Концентрация глюкозы в крови через 2 часа после нагрузки глюкозой: 10,5 ммоль/л.

В суточной моче: альбумин 280 мг/сутки.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.

Определите тактику ведения больной.

В процессе проведения государственного экзамена выпускнику могут быть заданы уточняющие или дополнительные (не включенные в билет) вопросы по программе государственного экзамена.

4. Порядок подготовки и проведения государственной итоговой аттестации

Государственный экзамен является заключительным этапом подготовки выпускника и проводится согласно календарному учебному графику и расписанию государственной итоговой аттестации.

Перед государственным экзаменом проводятся консультации, на которых обучающиеся могут задать вопросы по содержанию материала, входящего в программу государственного экзамена, который вызвал затруднения при подготовке.

При подготовке к государственному экзамену выпускнику следует опираться на материалы лекций, рекомендованную литературу, федеральные клинические рекомендации.

Порядок проведения государственной итоговой аттестации, в том числе подачи апелляции по результатам государственной итоговой аттестации, установлен соответствующим локальным нормативным актом Организации.

5. Критерии оценки

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности. Общая оценка за государственный экзамен выставляется по совокупности результатов выполнения всех заданий.

Описание шкалы оценивания результатов тестирования:

– от 90% и выше правильных ответов – **отлично**;
– от 80% до 89% правильных ответов – **хорошо**;
– от 70% до 79% правильных ответов – **удовлетворительно**;
– менее 70% правильных ответов – **неудовлетворительно**.

Описание шкалы оценивания при ответе на контрольные вопросы:

Отлично – выпускник дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на основные и дополнительные экзаменационные вопросы; ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов; выпускник демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Хорошо – выпускник дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на основные и дополнительные экзаменационные вопросы; ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса; имеются незначительные упущения в ответах.

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

Неудовлетворительно – выпускник демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Описание шкалы оценивания при решении ситуационных задач:

Отлично – выпускник правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы с привлечением лекционного материала, учебника и дополнительной литературы.

Хорошо – выпускник правильно ставит диагноз, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы.

Удовлетворительно – выпускник ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз в соответствии с классификацией. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, демонстрируя поверхностные знания предмета.

Неудовлетворительно – выпускник не может сформулировать диагноз или неправильно ставит диагноз. Не может правильно ответить на большинство вопросов задачи и дополнительные вопросы.

Описание шкалы оценивания при выполнении контрольных заданий:

Отлично – выпускник правильно выполняет все практические задания, правильно интерпретирует свои действия, показывая уверенное владение навыками и умениями.

Хорошо – выпускник в основном правильно выполняет практические задания, интерпретирует свои действия и самостоятельно может исправить выявленные преподавателем отдельные ошибки.

Удовлетворительно – выпускник ориентируется в основном задании по практическим навыкам, но допускает ряд существенных ошибок, которые исправляет с помощью преподавателя.

Неудовлетворительно – выпускник не справился с предложенным заданием, не может правильно интерпретировать свои действия и не справляется с дополнительным заданием.

6. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственному экзамену

Основная литература:

1. Белялов Ф. И. Лечение болезней в условиях коморбидности / Белялов Ф. И. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 512 с. – ISBN 978-5-9704-5073-4. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450734.html

2. Кузнецова О. Ю. Общая врачебная практика. Т. 1: национальное руководство / под ред. О. Ю. Кузнецовой, О. М. Лесняк, Е. В. Фроловой. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 1024 с. – ISBN 978-5-9704-5520-3. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455203.html

3. Кузнецова О. Ю. Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. – Т. 2 / под ред. О. Ю. Кузнецовой, О. М. Лесняк, Е. В. Фроловой. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 992 с. (Серия «Национальные руководства») – ISBN 978-5-9704-5521-0. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455210.html

4. Рукавицын О. А. Гематология / под ред. Рукавицына О. А. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 784 с. (Серия «Национальные руководства») – ISBN 978-5-9704-5270-7. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970452707.html

5. Тахчиди Х. П. Клинические нормы. Офтальмология / Х. П. Тахчиди, Н. А. Гаврилова, Н. С. Гаджиева и др. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 272 с. – ISBN 978-5-9704-5728-3. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457283.html

6. Хорошинина Л. П. Симптомы и синдромы в гериатрии / Л. П. Хорошинина. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 224 с. – ISBN 978-5-9704-5688-0. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456880.html

7. Щёкотова В. В. Дифференциальная диагностика внутренних болезней / под ред. В. В. Щёкотова, А. И. Мартынова, А. А. Спасского. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 928 с. – 928 с. – ISBN 978-5-9704-4778-9. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970447789.html

8. Эндокринология: национальное руководство / под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 1112 с. – ISBN 978-5-9704-6751-0. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970467510.html

Дополнительная литература:

1. Авдеев С. Н. Легочная гипертензия / под ред. Авдеева С. Н. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 608 с. – ISBN 978-5-9704-5000-0. – Текст: электронный // URL:

https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450000.html

2. Амлаев К. Р. Правовое регулирование паллиативной медицинской помощи / Понкина А. А., Понкин И. В. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 176 с. – ISBN 978-5-9704-5253-0. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970452530.html

3. Благова О. В. Болезни миокарда и перикарда: от синдромов к диагнозу и лечению / Благова О. В., Недоступ А. В., Коган Е. А. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 884 с. – ISBN 978-5-9704-4743-7. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970447437.html

4. Кобалава Ж. Д. Основы кардиоренальной медицины / Кобалава Ж. Д., Виллевальде С. В., Ефремовцева М. А. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 256 с. – ISBN 978-5-9704-3040-8. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970430408.html

5. Мухин Н. А. Профессиональные болезни / под ред. Н. А. Мухина, С. А. Бабанова – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 576 с. – ISBN 978-5-9704-4299-9. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442999.html

6. Осипова В. В. Первичные головные боли в практике невролога и терапевта / В. В. Осипова. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 96 с. ((Серия «Библиотека врача-специалиста») – ISBN 978-5-9704-5711-5. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457115.html

7. Хрянин А. А. ВИЧ-инфекция в терапевтической практике / Хрянин А. А., Решетников О. В. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 88 с. – ISBN 978-5-9704-4735-2. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970447352.html

8. Яковлев С. В. Схемы лечения. Инфекции / Яковлев С. В. – Москва: Литтерра, 2020. – 256 с. (Серия «Схемы лечения») – ISBN 978-5-4235-0340-6. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423503406.html

Приложение к программе
государственной итоговой аттестации с оценочными средствами
программы ординатуры 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)

Фонд оценочных средств

1. Контрольно-измерительные материалы для проведения междисциплинарного тестирования

№ п/п	Наименование дисциплины / кол-во тестовых заданий	Тестовые задания
1.	Общая врачебная практика (семейная медицина)/40	**1. Для диагностики муковисцидоза необходимо провести исследование:** 1) электролитов потовой жидкости; 2) разности носовых потенциалов; 3) молекулярно-генетическое исследование. **2. Что является классическим признаком острой вирусной инфекции по данным серологического обследования парных сывороток крови больного?** 1) отсутствие противовирусных антител; 2) прирост антител; 3) снижение уровня антител. **3. Укажите пневмонию, которая не входит в современную классификацию по условиям возникновения:** 1) внебольничная; 2) крупозная; 3) нозокомиальная; 4) аспирационная; 5) пневмония у лиц с иммунодефицитом. **4. Какое из нижеследующих исследований позволяет оценить степень тяжести течения астмы:** 1) клинический анализ крови; 2) степень изменений ОФВ1; 3) рентгенография органов грудной клетки; 4) анализ мокроты. **5. При каких профессиональных заболеваниях легких может развиться коллагеноз?** 1) асбестоз; 2) пылевой бронхит; 3) силикоз. **6. Для профилактики тромбоэмболии легочной артерии надо:** 1) применять аспирин или фенилин, если нет противопоказаний; 2) своевременно использовать сердечные гликозиды; 3) ограничить инфузии декстранов. **7. Перечислите модифицируемые факторы риска артериальной гипертензии:** 1) малоподвижный образ жизни; 2) курение; 3) избыточное употребление в пищу поваренной соли;

		4) злоупотребление алкоголем. **8. Отметьте основные классы антигипертензивных препаратов холинолитики:** 1) бета-адреномиметики; 2) тиазидовые диуретики; 3) блокаторы медленных кальциевых каналов; 4) ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента; 5) блокаторы рецепторов ангиотензина II 1 типа; 6) бета-адреноблокаторы. **9. Каковы абсолютные противопоказания для назначения ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента и блокаторов рецепторов ангиотензина II?** 1) беременность; 2) двусторонний значимый стеноз почечных артерий; 3) хроническая болезнь почек; 4) гипокалиемия. **10. Эпистенокардитический перикардит является основанием для отмены антикоагулянтов:** 1) правильно; 2) неправильно. **11. Болевой синдром при остром инфаркте миокарда и остром перикардите имеет общие черты. Какой из перечисленных признаков может помочь при дифференциальной диагностике этих состояний:** 1) локализация боли за грудиной; 2) иррадиация в левое плечо; 3) усиление боли при глубоком вдохе; 4) отсутствие эффекта нитроглицерина. **12. Какие из анатомических находок у больных с синдромом слабости синусового узла НЕ являются наиболее частыми?** 1) атеросклероз коронарных сосудов; 2) сифилис; 3) амилоидоз предсердий; 4) диффузный фиброз. **13. Прогностическая система критериев Чайлда-Пью при циррозе печени включает в себя все перечисленное, кроме:** 1) энцефалопатия; 2) уровень билирубина; 3) асцит; 4) уровень АЛТ; 5) уровень альбумина. **14. Достоверными критериями репликации вируса гепатита В являются:** 1) носительство HBsAg; 2) Anti - HBs и HBsAg; 3) HBeAg и антитела анти - HBcAg класса IgM; 4) HBeAg и антитела анти - HBcAg класса IgG; 5) Anti - HBe антитела. **15. Перечислите наиболее типичные кишечные осложнения язвенного колита:**

		1) острая токсическая дилатация; 2) кишечное кровотечение; 3) перфорация толстой кишки; 4) колоректальный рак. **16. Можно ли выдать лист нетрудоспособности безработному?** 1) можно, при наличии у него документа о взятии на учет по безработице; 2) можно, только при ургентном заболевании; 3) можно, в случае госпитализации; 4) нельзя. **17. По какой формуле наиболее оптимально оценивать степень нарушения функции почек у взрослых:** 1) Формуле Кокрофта-Голда; 2) Формуле Шварца; 3) Формуле MDRD; 4) Формуле CKD-EPI; 5) По любой из этих формул; 6) Правильного ответа нет. **18. Иностранным гражданам, работающим по трудовому договору на предприятиях РФ, для удостоверения временной нетрудоспособности:** 1) выдается справка произвольной формы; 2) выдается лист нетрудоспособности; 3) не выдается никакой документ; 4) выдается справка определенной формы; 5) выдается специальный документ. **19. Лабораторными признаками болезни Рейтера являются:** 1) ревматоидный фактор; 2) ускорение СОЭ; 3) обнаружение хламидий в соскобе из уретры; 4) протеинурия; 5) анемия. **20. При остром течении узелкового периартериита назначают:** 1) антибиотики; 2) плаквенил; 3) преднизолон и циклофосфамид; 4) Д-пеницилламин; 5) ибупрофен. **21. Наиболее частый фактор возникновения деструкций в легких:** 1) нагноительный процесс в брюшной полости; 2) контаминация; 3) септическое состояние; 4) аспирация. **22. Ингаляционные глюкокортикоиды показаны для базисной терапии астмы при:** 1) неэффективности препаратов кромогликата и недокромила натрия;

		2) легком персистирующем течении (II ступень терапии); 3) средней тяжести персистирующем течении (III ступень терапии); 4) тяжелом персистирующем течении (IV ступень терапии); 5) все перечисленное. **23. Для каких заболеваний характерно бессимптомное течение?** 1) саркоидоз легких; 2) экзогенный аллергический альвеолит; 3) синдром Вегенера. **24. При каком заболевании ведущим симптомом является одышка?** 1) идиопатический фиброзирующий альвеолит; 2) саркоидоз легких; 3) остеохондропатия легких. **25. Применение какого метода лечения наиболее целесообразно при саркоидозе I стадии?** 1) выжидательная тактика; 2) ингаляционные кортикостероиды; 3) иммуносупрессанты. **26. Наличие каких клинических признаков позволяет предположить диагноз системного васкулита:** 1) полиорганное поражение; 2) лихорадка неясного генеза; 3) выраженные лабораторные признаки активного воспалительного процесса; 4) наличие кожных изменений; 5) все перечисленное. **27. Основной причиной смерти при молниеносной форме тромбоэмболии легочной артерии является:** 1) острая коронарная недостаточность, сопровождающаяся бронхиолоспазмом; 2) отек легких с обструкционной дыхательной недостаточностью и нарушением диффузии через альвеоло-капиллярную мембрану; 3) инфаркт легкого с нарушением основной функции легочной ткани. **28. К диагностическим признакам центрального рака легкого относятся:** 1) кашель, не приносящий облегчения; 2) кровохарканье; 3) параканкрозный пневмонит; 4) рентгенологическая тень опухоли вблизи от корня легкого; 5) все перечисленное. **29. Рутинный способ диагностики плеврита:** 1) рентгенограмма грудной клетки; 2) МРТ грудной клетки; 3) цитология мокроты. **30. Каковы основные патогенетические механизмы повышения артериального**

		давления? 1) активация системы ренин-ангиотензин-альдостерон; 2) активация симпатической нервной системы; 3) дисфункция эндотелия; 4) избыточная реабсорбция натрия на уровне почек. **31. Какая шкала используется для определения риска смерти от сердечно-сосудистых заболеваний в течение ближайших 10 лет?** 1) CHA2DS2-VASc; 2) SCORE; 3) HAS-BLED. **32. Какие методы исследования применяются для диагностики субклинического поражения органов-мишеней при артериальной гипертензии?** 1) исследование толщины комплекса интима-медиа сонных артерий; 2) определение скорости распространения пульсовой волны; 3) микроальбуминурия. **33. Что из перечисленного позволяет установить очень высокий сердечно-сосудистый риск?** 1) инсульт, ТИА в анамнезе; 2) инфаркт миокарда в анамнезе; 3) скорость клубочковой фильтрации менее 30 мл/мин; 4) признаки хронической сердечной недостаточности. **34. Какие лабораторные показатели следует определять всем пациентам с высоким артериальным давлением?** 1) креатинин крови; 2) глюкоза крови; 3) калий крови; 4) анализ мочи; 5) катехоламины в крови. **35. Каковы способы не медикаментозного способа коррекции высокого АД?** 1) ограничение поваренной соли; 2) ограничение потребления алкоголя; 3) прекращение курения; 4) исключение потребления кофе. **36. Каковы наиболее предпочтительные комбинации антигипертензивных препаратов?** 1) ингибитор ангиотензинпревращающего фермента + блокатор рецепторов ангиотензина II; 2) ингибитор ангиотензинпревращающего фермента + диуретик; 3) ингибитор ангиотензинпревращающего фермента + блокатор кальциевых каналов; 4) блокатор рецепторов ангиотензина II + диуретик; 5) блокатор рецепторов ангиотензина II + блокатор кальциевых каналов. **37. Назовите непосредственные причины, вызывающие острый коронарный синдром:**

		1) длительный спазм коронарных артерий; 2) тромбоз; 3) эмболия; 4) наличие атеросклеротической бляшки, перекрывающей просвет коронарной артерии на 60%. **38. От начала инфаркта миокарда до подъема уровня тропонинов проходит:** 1) 3-12 часов; 2) 1 час; 3) 1 сутки. **39. Наиболее подходящий из диагностических тестов при синдроме слабости синусового узла?** 1) электрофизиологическое исследование функции синусового узла; 2) регистрация ЭКГ во время симптоматических эпизодов; 3) эхокардиография. **40. Какой коронарной артерией чаще всего кровоснабжается АВ узел?** 1) огибающей ветвью левой коронарной артерии; 2) передней межжелудочковой ветвью левой коронарной артерии; 3) ветвью правой коронарной артерии; 4. артерией АВ узла, отходящей от обеих коронарных артерий.
2.	Общественное здоровье и здравоохранение /5	**1. Количественной характеристикой конкретной информации в здравоохранении является** а) медиана б) вариация в) показатель г) модуль **2. Инвалидом признается лицо, имеющее ____ нарушение здоровья, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость ___** а) обратимое; его санаторно-курортного лечения б) незначительное; его стационарного лечения в) временное; выдачи ему листка нетрудоспособности г) стойкое; его социальной защиты **3. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи включает** а) порядки оказания медицинской помощи б) объемы соответствующих видов медицинской помощи в) стандарты медицинской помощи г) протоколы ведения пациентов **4. Применение клинических рекомендаций, стандартов и порядков медицинской помощи способствует** а) выработке единых подходов к оказанию медицинской помощи б) повышению укомплектованности медицинскими кадрами в) реорганизации медицинских организаций

		г) увеличению расходов финансовых средств **5. В основе организации оказания первичной медико-санитарной помощи лежит ____ принцип** а) гендерно-возрастной б) этапный в) индивидуальный г) территориально-участковый
3.	Педагогика /5	**1. Науки, входящие в систему педагогических** 1) дидактика, психология, история, философия, школоведение 2) общая педагогика, возрастная педагогика, социальная педагогика, методики изучения отдельных предметов 3) педагогика дошкольных учреждений, педагогика школы, социология, культурология 4) общая педагогика, этика, эстетика, возрастная физиология 5) история педагогики, педагогика высшей школы, теория воспитания, школьная гигиена **2. К методам просветительской работы относят все, кроме** 1) наглядных 2) комбинированных 3) устных 4) творческих **3. Документ, разрабатываемый по каждой дисциплине учебного плана и определяющий научное содержание, наименование и основные вопросы разделов и тем, распределение учебного времени по разделам, темам и видам учебных занятий, называется** 1) учебная программа 2) учебный план 3) государственный образовательный стандарт 4) тематический план **4. Деятельность, включающая в себя проведение измерений, экспертизы, испытаний для оценки одной или нескольких характеристик объекта и сравнение полученных результатов с установленными требованиями, – это** 1) мониторинг 2) контроль 3) планирование качества 4) оценка качества **5. Выражение объема изученного материала, основанного на определенных результатах обучения, и связанной с ними нагрузки – это** 1) кредит 2) нагрузка 3) зачетные единицы
4.	Медицина чрезвычайных ситуаций /5	**1. Задачи РСЧС** 1) разработка и реализация правовых и экономических норм по обеспечению защиты населения и территорий от ЧС

		2) прогнозирование и оценка социально-экономических последствий ЧС 3) сбор, обработка, обмен и выдача информации в области защиты населения и территорий от ЧС 4) социальная защита населения, пострадавшего от ЧС 5) своевременное и эффективное оказание всех видов медицинской помощи населению в ЧС **2. В состав ВСМК входят все, кроме** 1) служба медицины катастроф Минздрава и Минобороны России 2) силы и средства Роспотребнадзора, РАН, МВД России, МЧС России 3) силы и средства органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления 4) силы и средства медицинской службы гражданской обороны **3. Организационной формой, позволяющей своевременно оказать медицинскую помощь наибольшему числу пораженных при массовых поражениях, является** 1) быстрое выведение пораженных из очага катастрофы; 2) четко организованная медицинская эвакуация 3) прогнозирование исхода поражения 4) медицинская сортировка 5) оказание неотложной помощи **4. Что включает площадка для сбора и оказания медицинской помощи в очаге ЧС** 1) пункт сбора пораженных 2) распределительный пост 3) сортировочная площадка 4) площадка санитарного транспорта 5) площадка оказания медицинской помощи 6) площадка размещения легко пораженных 7) площадка размещения тяжело пораженных **5. В случае массового поступления пострадавших главный (дежурный) врач ЛПМО** 1) формирует сортировочные бригады для работы в приемном отделении 2) контролирует подготовку приемного отделения, операционного и реанимационного блоков и других подразделений ЛПМО к приему пострадавших 3) контролирует подготовку хирургического и травматологического отделений, реанимационных палат и других функциональных подразделений к приему пострадавших и оказанию им медицинской помощи 4) отдает распоряжение заведующему аптекой о подготовке к выдаче в отделения необходимого медицинского имущества и медикаментов 5) при невозможности оказания пострадавшим медицинской помощи в необходимом объеме запрашивает через ТЦМК бригады медицинского усиления 6) контроль исполнения решения

5.	Медицинские информационные технологии /5	**1. Комплекс методологических, программных, технических, информационных и организационных средств, поддерживающих процессы функционирования информатизируемой организации, называется** а) информационными технологиями б) информационными системами в) медицинскими информационными системами г) автоматизированными устройствами **2. Совокупность программно-технических средств, баз данных и знаний, предназначенных для автоматизации различных процессов, протекающих в лечебно-профилактическом учреждении, называется** а) информационными технологиями б) информационными системами в) медицинскими информационными системами г) автоматизированными устройствами **3. Свойство информации отвечать запросам потребителей** а) ценность б) релевантность в) доступность г) эргономичность **4. Медицинская информация это** а) любая информация о человеке б) информация о социальном статусе человека в) информация, относящаяся к человеку как пациенту г) совокупность средств лечения **5. Автоматизированные медицинские информационные системы постоянного интенсивного наблюдения относятся к классу** а) ресурсных информационных медицинских систем б) технологических информационных медицинских систем в) статистико-аналитических информационных медицинских систем г) образовательных информационных медицинских систем
6.	Кардиология /20	**1. Назовите непосредственные причины, вызывающие острый коронарный синдром:** 1) длительный спазм коронарных артерий; 2) тромбоз; 3) эмболия. 4) наличие атеросклеротической бляшки, перекрывающей просвет коронарной артерии на 60%. **2. Через какой интервал времени после начала ишемии зона некроза в миокарде становится видима макро- и микроскопически?** 1) через 18-24 часа; 2) через 1-5 часов; 3) через 20-30 минут. **3. Больной 50 лет поступил в отделение через 4 дня**

		после эпизода длительных (до 5 часов) загрудинных болей. На ЭКГ - полная блокада левой ножки пучка Гиса. При решении вопроса о наличии острого инфаркта миокарда диагностическую ценность будет иметь: 1) определение содержания миоглобина; 2) определение активности аспартатаминотрасферазы; 3) определение активности креатинфосфокиназы; 4) определение тропонина. **4. Регистрация патологического зубца Q и подъёма сегмента ST в отведениях II, III, aVF является признаком:** 1) передне-перегородочного инфаркта миокарда 2) нижнего инфаркта миокарда 3) бокового инфаркта миокарда 4) задне-базального инфаркта миокарда **5. Факторы риска внезапной сердечной смерти:** 1) желудочковая тахикардия в анамнезе; 2) низкая фракция выброса у пациента с инфарктом миокарда в анамнезе; 3) пароксизмы фибрилляции предсердий у пациента с тиреотоксикозом; 4) низкая физическая активность после перенесенного миокардита. **6. Каковы основные патогенетические механизмы повышения артериального давления?** 1) активация системы ренин-ангиотензин-альдостерон; 2) активация симпатической нервной системы; 3) дисфункция эндотелия; 4) избыточная реабсорбция натрия на уровне почек. **7. Какой инструментальный метод следует использовать в первую очередь для диагностики артериальной гипертензии почечного генеза?** 1) ультразвуковое исследование почек; 2) допплерография почечных артерий; 3) компьютерная томография органов брюшной полости; 4) радиоизотопная ренография. **8. Отметьте основные классы антигипертензивных препаратов** 1) холинолитики; 2) вета-адреномиметики; 3) тиазидовые диуретики; 4) блокаторы медленных кальциевых каналов; 5) ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента; 6) блокаторы рецепторов ангиотензина II 1 типа; 7) бета-адреноблокаторы. **9. Какой антигипертензивный препарат следует в первую очередь использовать у больных с ишемической болезнью сердца?** 1) диуретик; 2) прямой ингибитор ренина; 3) бета-адреноблокатор;

		4) ингибитор ангиотензинпревращающего фермента; 5) агонист имидазолиновых рецепторов. **10. Морфологические изменения при рестриктивной кардиомиопатии:** 1) плексиформный кардиосклероз; 2) фиброз и гиалинизация клапанного эндокарда; 3) амилоидоз миокарда и клапанов сердца; 4) фиброз пристеночного эндокарда; 5) мелкоочаговый кардиосклероз. **11. Какая наиболее частая причина развития митрального стеноза?** 1) хроническая ревматическая болезнь сердца; 2) кальциноз митрального клапана; 3) врожденный порок сердца; 4) инфекционный эндокардит. **12. Какие нозологические формы входят в понятие органической митральной недостаточности?** 1) инфекционный эндокардит; 2) отрыв хорд митрального клапана; 3) кальциноз митрального клапана; 4) аннулоэктация митрального клапана; 5) ответы 1,3. **13. При постоянной форме фибрилляции предсердий тромбоэмболия наиболее часто встречается у больных:** 1) ишемической болезнью сердца; 2) гипертонической болезнью; 3) ревматическим митральным пороком сердца. **14. Этиология ХСН** 1) ИБС; 2) ГБ, вторичные АГ; 3) пороки сердца; 4) кардиомиопатии; 5) миокардиты; 6) токсические воздействия на миокард. **15. При возникновении тромбоэмболии легочной артерии на ЭКГ из перечисленного наиболее специфично появление:** 1) признака SI-QIII; 2) полной или неполной блокады правой ножки пучка Гиса; 3) отрицательных зубцов Т в отведениях V1-D; 4) синусовой тахикардии; 5) частых предсердных экстрасистол. **16. При развитии врожденного порока имеет значение прием:** 1) медикаментов; 2) наркотиков; 3) гормонов; 4) контрацептивов; 5) всего перечисленного в определенный период развития.

		17. **Первичный гиперальдестеронизм (синдром Конна) – это:** 1) базофильная или хромофобная аденома гипофиза; 2) опухоль коры надпочечников, выделяющая избыточное количество альдостерона; 3) аденокарцинома пучковой зоны коры надпочечников; 4) опухоль из хромаффинных клеток мозгового вещества надпочечников. **18. Какой процент сужения коронарных артерий является гемодинамически значимым:** 1) менее 75%; 2) более 65 %; 3) более 75%; 4) более 50%. **19. У больных ИБС конечно-диастолическое давление в левом желудочке в результате приема нитратов**: 1) повышается; 2) понижается; 3) не изменяется; 4) может как повышаться, так и понижаться. **20. Наиболее выраженным влиянием на сосудистый тонус из антагонистов кальция обладает:** 1) нифедипин; 2) верапамил; 3) дилтиазем; 4) различий между данными препаратами нет.
7.	Поликлиническая терапия /10	**1. При хроническом бронхите хрипы лучше выслушиваются при:** 1) форсированном дыхании; 2) обычном дыхании; 3) задержке дыхания; 4) на вдохе; 5) в горизонтальном положении. **2. Укажите изменения при хроническом легочном сердце:** 1) анемия; 2) эритроцитоз; 3) тромбоцитоз; 4) тромбоцитопения; 5) бластемия. **3. Согласно классификации гипертонической болезни по ВОЗ выделяют:** 1) две стадии течения заболевания; 2) три стадии течения заболевания; 3) пять стадий течения заболевания; 4) шесть стадий заболевания. **4. Наиболее важным методом диагностики хронического пиелонефрита среди ниже представленных методов является:** 1) выявление бактериурии; 2) пункционная биопсия почки; 3) выявление антител к базальной мембране клубочков;

		4) термометрия; 5) определение активных лейкоцитов в моче. **5. Продолжительность течения острой пневмонии:** 1) до 2 - 3 дней; 2) до 10 недель; 3) до 6 недель; 4) до 3 - 4 недель; 5) до 8 недель. **6. На какой максимальный срок может выдать больничный лист участковый врач единолично и единовременно?** 1) на 3 дня; 2) на 6 дней; 3) на 10 дней; 4) на 21 день; 5) на 30 дней. **7. Перечислите особенности фармакокинетики, фармакодинамики лекарственных препаратов у пожилых людей:** 1) замедление всасывания; 2) замедление распределения; 3) снижение скорости метаболизма; 4) снижение скорости выведения; 5) ни одно из перечисленных. **8. Наиболее частой причиной хронического первичного панкреатита является**: 1) вирусная инфекция; 2) алкоголизм; 3) обменные и гормональные нарушения; 4) наследственная предрасположенность; 5) несбалансированное питание. **9. Выберете 4 показания для обязательного назначения антикоагулянтов у пациентов с нарушением ритма по типу фибрилляции предсердий:** 1) предшествующая эмболия или инсульт в анамнезе; 2) гипертензия в анамнезе; 3) возраст более 45 лет; 4) инфаркт миокарда в анамнезе; 5) узловые образования в анамнезе; 6) тромбофлебит поверхностных вен голеней; 7) застойная недостаточность кровообращения. **10. Артрит, уретрит, конъюнктивит - триада, типичная для:** 1) синдрома Съегрена; 2) синдрома Рейгера; 3) синдрома Фелти; 4) ревматоидного артрита; 5) СКВ.
8.	Интенсивная терапия в гематологии /10	**1. Трансфузионная терапия больных апластической анемией включает следующие препараты крови, кроме:** 1) эритроцитарной массы;

		2) гранулоцитарного колониестимулирующего фактора; 3) тромбоцитарного концентрата; 4) плазмы крови; 5) размороженных эритроцитов. **2. Наличие выраженного геморрагического синдрома при значительном удлинении активированного частичного тромбопластинового времени, протромбинового времени и тромбинового времени может быть связано с:** 1) передозировкой гепарина; 2) тяжелым поражением печени; 3) патологическим фибринолизом; 4) ДВС-синдромом; 5) всем перечисленным. **3. При каком из перечисленных вариантов острого лейкоза наиболее часто развивается синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания:** 1) М1; 2) М2; 3) М3; 4) М4; 5) М5. **4.Диагностика тромбофилических состояний основывается на: 1. исследовании скорости глобулинового лизиса; 2. выявлении волчаночного антикоагулянта; 3. исследовании уровня физиологических антикоагулянтов; 4. исследовании ристомицин-зависимой агрегации тромбоцитов.** 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; 2) если правильны ответы 1 и 3; 3) если правильны ответы 2 и 4; 4) если правильный ответ 4; 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. **5. Патогенез тромботических осложнений при эритремии обусловлен: 1. увеличением массы циркулирующих эритроцитов, замедлением тока крови и повышением ее вязкости; 2. тромбоцитозом; 3. нарушением функциональных свойств тромбоцитов; 4. активацией плазменного гемостаза.** 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; 2) если правильны ответы 1 и 3; 3) если правильны ответы 2 и 4; 4) если правильный ответ 4; 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. **6. Основное количество железа в организме человека всасывается:** 1) в желудке; 2) в нисходящем отделе ободочной кишки; 3) в двенадцатиперстной и тощей кишках; 4) в подвздошной кишке; 5) в слепой кишке.

		7. Принципы ведения больных с подозрением на ДВС-синдром: 1. терапия ДВС-синдрома проводится по жизненным показаниям до получения его подтверждения с помощью лабораторных методов исследования; 2. диагносцировать ДВС-синдром следует раньше, чем появятся его клинические признаки; 3. диагностика основана на появлении продуктов паракоагуляции - продуктов деградации фибриногена (ПДФ) и растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК); 4. терапия ДВС-синдрома проводится после получения его подтверждения с помощью лабораторных методов исследования. 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; 2) если правильны ответы 1 и 3; 3) если правильны ответы 2 и 4; 4) если правильный ответ 4; 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. **8. Клиническая диагностика ДВС-синдрома основана на: 1. положительных этаноловом, протаминсульфатном, b-нафтоловом и клампинг-тестах; 2. развитии феномена внутрисосудистого гемолиза эритроцитов; 3. повышении кофакторной активности фактора Виллебранда; 4. гиперфибриногенемии.** 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; 2) если правильны ответы 1 и 3; 3) если правильны ответы 2 и 4; 4) если правильный ответ 4; 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. **9. Аутоиммунный гемолиз может быть симптоматическим и осложнить течение: 1. инфаркта миокарда; 2. диффузных болезней соединительной ткани; 3. острой пневмонии; 4. лимфопролиферативного синдрома.** 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; 2) если правильны ответы 1 и 3; 3) если правильны ответы 2 и 4; 4) если правильный ответ 4; 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. **10. К антикоагулянтам непрямого действия относится:** 1) фенилин; 2) гепарин; 3) свежезамороженная плазма; 4) тиклид; 5) аминокапроновая кислота.

2. Контрольно-измерительные материалы для проведения устного собеседования по дисциплинам программы ординатуры

2.1. Контрольные вопросы, выносимые на государственный экзамен

1. Этика и деонтология в медицине. Этапы консультирования больного.

Особенности консультирования пациентов в конфликтной ситуации. Синдром эмоционального выгорания у врачей.

2. Основные причины и характеристики кашля. Локализация кашлевых рецепторов. Осложнения кашля. Диагностическая программа ведения больного с кашлем.

3. Основные алгоритмы диагностики при остром и хроническом кашле. Лечебные подходы к ведению пациента с кашлем. Лекарственные препараты для лечения кашля.

4. Диагностический поиск при боли в грудной клетке. Заболевания, которые необходимо исключить/подтвердить в первую очередь при синдроме болей в грудной клетке.

5. Характеристика болевого синдрома при кардиалгиях различной этиологии. Некоронарогенные поражения миокарда. Тактика ведения и лечения в условиях поликлиники.

6. Современное определение понятия «температура тела». Дать определение понятий «длительный субфебрилитет», «лихорадка неясного генеза», «гипертермия». Причины длительного субфебрилитета. Заболевания, протекающие с лихорадкой.

7. Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ): этиология, клинические симптомы (общие и местные), диагностика и лечение в условиях поликлиники. Экспертиза трудоспособности.

8. Грипп: серотипы, особенности клинических проявлений. Диагностика и лечение в условиях поликлиники. Осложнения.

9. Осложнения ОРВИ. Показания для госпитализации. Вакцинация против гриппа. Группы населения, подлежащие обязательной вакцинации. Типы противогриппозных вакцин.

10. Центры здоровья. Принципы здорового образа жизни. Функциональные изменения сердечно-сосудистой системы у курящих. Принципы лечения никотиновой зависимости.

11. Диспансеризация населения. Виды и этапы диспансеризации. Группы диспансерного наблюдения. Работа врача терапевта с диспансерными группами. Критерии эффективности диспансеризации.

12. Отделения профилактики. Дневной стационар. Группы пациентов, подлежащие направлению в дневной стационар поликлиники.

13. Организация экспертизы временной нетрудоспособности в поликлинике. Правила выдачи, оформления и продления листка нетрудоспособности. Задачи и функции Врачебной комиссии поликлиники.

14. Понятие стойкой нетрудоспособности (инвалидности). Критерии установления групп инвалидности. Задачи и функции Бюро медико-социальной экспертизы.

15. Метаболический синдром: диагностические критерии, лечение пациентов с метаболическим синдромом. Вторичная профилактика.

16. ХОБЛ: определение, причины, классификация, фенотипы, клиника, диагностика.

17. Лечение ХОБЛ. Характеристика препаратов, используемых при лечении (бронхолитики, ИГКС и другие). Схемы базисной лекарственной терапии. Показания для госпитализации.

18. Алгоритм ведения пациента с ХОБЛ. Критерии обострения ХОБЛ, лечение обострений. Диспансерное наблюдение пациентов с ХОБЛ.

19. Вакцинопрофилактика.

20. Бронхиальная астма: определение, классификация, диагностика, дифференциальная диагностика.

21. Бронхиальная астма: фенотипы бронхиальной астмы. Лечение бронхиальной астмы (характеристика препаратов, используемых для лечения). Принципы ступенчатой терапии. Показания для аллергенспецифической иммунотерапии.

22. Бронхиальная астма: определение, факторы риска. Критерии диагностики.

Вторичная профилактика. Диспансерное наблюдение. Школа для больных БА.

23. Внебольничная пневмония: этиология, клиническая картина, диагностика. Принципы эмпирической терапии; критерии эффективности антибактериальной терапии. Показания к госпитализации.

24. Внебольничная пневмония: дифференциальная диагностика. Особенности течения и лечения микоплазменной и хламидийной пневмоний.

25. Тактика ведения и лечения внебольничной пневмонии в условиях поликлиники. Диспансеризация.

26. Анемический синдром: гипохромные, нормохромные, гиперхромные анемии. Алгоритм диагностического поиска.

27. Гипохромные микроцитарные анемии: диагностические критерии, дифференциальная диагностика. Хроническая железодефицитная анемия (ЖДА). Лечение ЖДА. Вторичная профилактика.

28. Гиперхромные макроцитарные анемии. Клинические проявления. Дифференциальная диагностика В12-дефицитной анемии и фолиеводефицитной анемии. Принципы лечения. Вторичная профилактика.

29. Синкопальные состояния в практике терапевта поликлиники. Дифференциальный диагноз синкопальных состояний у пожилых пациентов. Тактика ведения в поликлинике.

30. Синкопальные состояния в практике терапевта поликлиники. Дифференциальный диагноз синкопальных состояний у молодых пациентов. Тактика ведения в поликлинике.

31. Хронический панкреатит: факторы риска и причины развития, классификация. Клиническая картина. Осложнения.

32. Хронический панкреатит: диагностика, лечение. Диспансеризация. Вторичная профилактика.

33. Заболевания желчевыводящих путей: факторы риска, классификация. Клиника,диагностика и лечение дисфункций билиарного тракта.

34. Хронический некалькулезный холецистит: причины, клинические проявления (в т.ч. атипичные). Лечение. Вторичная профилактика.

35. Хронические гепатиты в практике терапевта поликлиники. Классификация. Основные клинические синдромы.

36. Жировая болезнь печени в практике терапевта поликлиники: диагностика, дифференциальная диагностика. Тактика ведения и лечения пациентов в поликлинике.

37. Циррозы печени в практике терапевта поликлиники: тактика ведения и лечения хронических вирусных гепатитов. Вторичная профилактика.

38. Мочевой синдром. Дифференциальная диагностика при протеинурии. Диагностическая значимость альбуминурии.

39. Мочевой синдром. Дифференциальная диагностика при гематурии.

40. Мочевой синдром. Дифференциальная диагностика при лейкоцитурии. Инфекция мочевыводящих путей.

41. ХБП. Факторы риска, скрининг, диагностика.

42. Диагностические критерии ХБП. Алгоритм диагностики ХБП. Классификация ХБП.

43. ХБП. Профилактика и основные подходы к лечению ХБП. Принципы нефро- и кардиопротективной терапии.

44. Гипертонические кризы: определение, классификация, клиническая картина, лечение. Осложнения. Неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе. Показания к госпитализации.

45. Пожилой больной. Коморбидность. Приверженность пациентов к лечению. Факторы, влияющие на приверженность к лечению. Пути оценки приверженности к лечению на амбулаторном этапе.

46. Старческая астения. Факторы формирования, клиническая картина, «органы-мишени», план профилактики старческой астении.

47. Грипп у беременной женщины. Факторы риска развития тяжѐлого течения гриппа. Принципы диагностики, лечения и профилактики.

48. Бессимптомная бактериурия у женщин во время беременности. Критерии диагностики, лечение.

49. Артериальная гипертензия во время беременности: классификация, критерии диагностики и начала терапии. Основные группы лекарственных препаратов, применяемых для лечения артериальной гипертензии во время беременности.

50. Острый коронарный синдром: клиническая картина, диагностика, тактика ведения пациента с ОКС.

51. Факторы риска развития ИБС. Профилактика событий (лекарственные средства, улучшающие прогноз).

52. ИБС: классификация. Диспансерное наблюдение и лечение пациентов, перенесших инфаркт миокарда. Экспертиза трудоспособности.

53. Особенности течения и лечения ИБС у пациентов с сахарным диабетом. Методы коррекции дислипидемии.

54. ИБС: классификация, методы диагностики, тактика ведения пациентов в условиях поликлиники. Вторичная профилактика.

55. Медикаментозная терапия стенокардии. Антиишемические средства (лекарственные средства, улучшающие симптомы заболевания)

56. Кардиореабилитация: цели, этапы и методы (медкаментозные, физические, психологические).

57. Нарушения ритма сердца. Классификация тахиаритмий. Тактика ведения пациентов с нарушениями ритма.

58. Нарушения проводимости сердца. Классификация брадиаритмий. Тактика ведения пациентов с нарушением проводимости.

59. Фибрилляция предсердий. Классификация. Лечение и тактика ведения пациентов с фибрилляцией предсердий в условиях поликлиники.

60. ТЭЛА. Классификация. Диагностика. Профилактика ТЭЛА. Ведение пациентов, перенесших ТЭЛА, в условиях поликлиники.

61. Отечный синдром в практике врача поликлиники, причины. Дифференциальный диагноз (общие и местные отеки).

62. Суставной синдром в практике врача поликлиники. Дифференциальная диагностика. Тактика ведения и лечения.

63. Функциональные заболевания ЖКТ. Диагностика. Лечение и тактика ведения пациентов с функциональными заболеваниями ЖКТ.

64. ГЭРБ: этиология, клиническая картина, диагностика, лечение. Вторичная профилактика.

65. Язвенная болезнь желудка: причины, диагностика, лечение. Вторичная профилактика.

66. Язвенная болезнь 12-перстной кишки: причины, диагностика, лечение. Вторичная профилактика.

67. Классификация артериальной гипертензии (стадии, степени). Дифференциальный диагноз. Тактика ведения пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией. Первичная и вторичная профилактика.

68. Лечение артериальной гипертонии. Основные группы лекарственных препаратов для лечения артериальной гипертонии. Особенности лечения пациентов артериальной гипертонией в сочетании с ИБС, ХОБЛ, сахарным диабетом.

69. Обеспечение физической активности гражданам, имеющих ограничения в состоянии здоровья.

70. Дилятационная кардиомиопатия. Диагностика. Клинические особенности.

Ведение больных в поликлинике.

71. Гипертрофическая кардиомиопатия. Диагностика. Клинические особенности. Ведение больных в поликлинике.

72. Оказание помощи пациентам по отказу от курения. Стратегия «5А» в выявлении и лечении курильщиков. Оценка степени никотиновой зависимости. Возможности терапии.

73. Основные принципы здорового питания. Правильный режим питания. Особенности питания при заболеваниях сердца и сосудов.

74. Трудоспособность и заболеваемость. Виды нетрудоспособности. Порядок выдачи документов, подтверждающих нетрудоспособность для различных категорий граждан (граждан РФ, иностранным гражданам). Правила продления листков нетрудоспособности.

75. Контрацепция. Индивидуальные рекомендации предохранения от беременности

76. Нарушение менструальной функции. Возможные причины и методы их диагностики.

77. Климакс. Показания к лечению и выбор терапии

78. Онкогинекология. Предраковые заболевания. Злокачественные новообразования. Ранняя диагностика, тактика ведения.

79. Остеохондроз. Неврологическая симптоматика в зависимости от локализации. Диагностика. Лечение.

80. Острое нарушение мозгового кровообращения. Показания к госпитализации. Тактика ведения и лечения на до и постгоспитальном этапе. Реабилитация.

81. Сосудистые поражения головного мозга в пожилом и старческом возрасте. Ишемическая болезнь головного мозга. Диагностика, клиника, лечение.

82. Диагностика воспалительных заболеваний наружного, среднего и внутреннего уха. Тактика лечения. Профилактика и ранняя диагностика отогенных осложнений.

83. Болезнь Меньера. Диагностика и лечение.

84. Диагностика, лечение и профилактика острого и хронического тонзиллитов.

85. Глаукома. Диагностика и лечение

2.2. Контрольные задания, выносимые на государственный экзамен

1. Расскажите методику клинического обследования терапевтического больного.
2. Расскажите методику сбора анамнеза жизни, анамнеза заболевания терапевтического больного.
3. Расскажите методику осмотра, перкуссии, пальпации, аускультации терапевтического больного.

*включая исследования: центральной и периферической нервной системы (состояние сознания, двигательная и чувствительная сфера, оболочечные симптомы); органы чувств, полости рта, глотки; кожных покровов; периферического кровообращения; молочных желез; наружных половых органов.

4. Расскажите методику формулирования и обоснования предварительного диагноза.
5. Расскажите методику формулирования и обоснования дифференциального диагноза.
6. Расскажите методику назначения медикаментозной терапии терапевтическому больному.
7. Расскажите методику диагностики анемического синдрома.
8. Расскажите методику определения размеров печени по Курлову.
9. Расскажите методику оценки клинического анализа крови.
10. Расскажите методику оценки клинического анализа мочи.
11. Расскажите методику оценки клинического анализа мокроты.
12. Расскажите методику оценки клинического анализа плевральной жидкости.

13. Расскажите методику оценки клинического анализа асцитической жидкости.
14. Расскажите методику оценки биохимического анализа крови.
15. Расскажите методику оценки наличия инфекции Helicobacter Pylori
16. Расскажите методику оценки анализа мочи (проба Нечипоренко).
17. Расскажите методику оценки анализа мочи (проба Зимницкого).
18. Расскажите методику определения скорости клубочковой фильтрации (расчетным методом) и определение степени ХБП.
19. Расскажите методику оценки теста толерантности к глюкозе.
20. Расскажите методику оценки гликемического профиля.
21. Расскажите методику оценка гормональных исследований крови (ТТГ, Т3, Т4, катехоламины, ренин, альдостерон).
22. Расскажите методику оценки внешнесекреторной функции поджелудочной железы
23. Расскажите методику оценки исследования онкомаркеров
24. Расскажите методику регистрации и расшифровки и оценки ЭКГ.
25. Расскажите методику оценки спирографии.
26. Расскажите методику подготовки и анализ рентгенограмм при основных заболеваниях бронхолегочной системы.
27. Расскажите методику подготовки и анализ рентгенограмм при основных заболеваниях желудочно-кишечного тракта.
28. Расскажите методику подготовки и анализ УЗИ щитовидной железы.
29. Расскажите методику подготовки и анализ УЗИ надпочечников.
30. Расскажите методику подготовки и анализ УЗИ поджелудочной железы.
31. Расскажите методику подготовки и анализ ЭХО- и допплерокардиографии.
32. Расскажите методику подготовки и анализ пробы с физической нагрузкой.
33. Расскажите методику подготовки и анализ суточного ЭКГ-мониторирования.
34. Расскажите методику проведения плевральной пункции.
35. Расскажите методику подготовки и анализ рентгенологических исследований желудочно-кишечного тракта.
36. Перечислите клинико-лабораторные критерии активности ревматоидного артрита.
37. Перечислите принципы лечения подагры.
38. Приведите синдромы при В12-дефицитной анемии.
39. Приведите примеры гемолитических анемий.
40. Перечислите причины отечного синдрома при остром гломерулонефрите.
41. Перечислите синдромы хронической почечной недостаточности.
42. Перечислите клинические признаки при гипертоническом и гипотоническом типах дискинезии желчного пузыря.
43. Приведите мероприятия по борьбе с осложнениями декомпенсированного цирроза печени.
44. Приведите принципы лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.
45. Приведите абсолютные и относительные противопоказания к проведению системного тромболизиса.
46. Расскажите методику проведения внутривенного вливания (струйно, капельно).
47. Расскажите методику проведения подкожной, внутримышечной инъекции.
48. Расскажите методику проведения реанимационного пособия (закрытый массаж сердца, искусственная вентиляция легких «рот в рот»).
49. Расскажите методику проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: обморок.
50. Расскажите методику проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: гипертонический криз.

51. Расскажите методику проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: инфаркт миокарда.

52. Расскажите методику проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: тромбоэмболия легочной артерии.

53. Расскажите методику проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: приступ бронхиальной астмы, астматический статус.

54. Расскажите методику проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: анафилактический шок.

55. Расскажите методику проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: приступ пароксизмальной тахикардии, фибрилляции предсердий.

56. Расскажите методику проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: гипогликемия, гипергликемия, диабетическая кома.

57. Расскажите методику проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: легочное кровотечение.

58. Расскажите методику проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: желудочно-кишечное кровотечение.

59. Расскажите методику проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: эпилептический припадок, эпилептический статус.

60. Расскажите методику проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия.

61. Расскажите методику проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: тиреотоксический криз.

62. Расскажите методику проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: гипотиреоидная кома.

63. Расскажите методику проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: гипертензивный адреналовый криз при феохромоцитоме.

2.3. Ситуационные задачи

Задача 1.

Больной 61 года доставлен в тяжелом состоянии с жалобами на кашель, выраженную одышку, чувство давления в грудной клетке. За врачебной помощью ранее не обращался. 5 лет назад, в течение 7 лет работал в условиях запыления (пескоструйщиком). Кашель выделением мокроты появился 2 года назад.

Объективно: одышка в покое с участием в дыхании вспомогательной мускулатуры, симптомы эмфиземы преимущественно в нижне-боковых отделах грудной клетки, коробочный оттенок перкуторного звука, уменьшение подвижности легочных краев и экскурсии грудной клетки; аускультативно – 120 ослабление дыхания, рассеянные сухие хрипы.

В крови лейкоцитоз (11,5 тыс.), формула без особенностей, в анализе мочи: единичные эритроциты.

На R-грамме грудной клетки – усиление и деформация легочного рисунка - ячеистость и сетчатость, обширные мелкоочаговые затенения с обеих сторон, уплотнение междолевой плевры (картина «снежной бури»). Изменения симметричны.

Вопросы:

1. Какое суждение правильное:

а) У больного явные признаки карциноматоза легких – необходима консультация онколога и лечение в стационаре.

б) Рентгенографически и клинически – признаки проявления гематогенно-диссеминированного туберкулеза легких.

в) У больного имеется силикоз, в связи с чем необходима госпитализация в пульмонологическое отделение и симптоматическая терапия.

2. Рентгенологическим признаком пневмокониоза является:

а) инфильтрация в легких;
б) диффузная эмфизема;
в) выпот в плевральную полость;
г) узелковая диссеминация;
д) полостные образования в легких.

3. Силикоз следует дифференцировать с:
а) плевритом;
б) пневмонией;
в) карциноматозом легких;
г) инфарктом легких;
д) абсцессом легкого.

Задача 2.

Больная Е., 54 лет. Жалобы на головную боль, головокружение, нарушение зрения, сонливость, смену настроений.

Из анамнеза известно, что страдает артериальной гипертензией с 48 лет, после наступления менопаузы, с максимальными цифрами АД 180/100 мм рт. ст. С этого же времени отмечает прибавку массы тела на 25 кг. Постоянной гипотензивной терапии не получает. В течение последнего года беспокоит нарушение сна с частыми и длительными периодами остановки дыхания во сне, компенсируемое дневной сонливостью. Отмечает склонность к депрессии. Ведет малоподвижный образ жизни. ОИМ и ОНМК не переносила.

Наследственный анамнез: мама, 74 года, страдает ИБС, артериальной гипертензией, сахарным диабетом II типа. Брат умер в возрасте 50 лет от ОНМК.

При осмотре: Состояние удовлетворительное. Повышенного питания. Рост 156 см, вес 94 кг. ИМТ – 38.6 кг/м2. Окружность талии – 111 см. Окружность бёдер – 108 см.

Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Лимфатические узлы, доступные пальпации не увеличены. Щитовидная железа без особенностей. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 16 в мин. Перкуторно границы относительной тупости сердца расширены влево.

Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС - 90 в минуту, акцент II тона во II межреберье справа от грудины, АД - 170/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Клинический анализ крови: гемоглобин 157 г/л; эритроциты 5,0х1012/л; тромбоциты 220х109/л; лейкоциты 6,8х109/л; СОЭ 15 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок 78 г/л; мочевина 7,0 ммоль/л; креатинин 96 мкмоль/л; АСТ 28 ед/л; АЛТ 26 ед/л; КФК 96 ед/л; билирубин общ. 16 мкмоль/л; общий холестерин 8,2 ммоль/л; ЛПНП 4,5 ммоль/л; ЛПВП 0,8 ммоль/л; триглицериды 3,5 ммоль/л; глюкоза 6,5 ммоль/л; мочевая кислота 620 мкмоль/л.

Концентрация глюкозы в крови через 2 часа после нагрузки глюкозой: 10,5 ммоль/л.

В суточной моче: альбумин 280 мг/сутки.

Вопросы:

4. Выделите основные синдромы.
5. Проведите дифференциальный диагноз.
6. Назначьте дополнительные исследования.
7. Определите тактику ведения больной.

Задача 3.

Больная В., 46 лет, обратилась в клинику с жалобами на сердцебиение, ноющие, колющие боли в сердце без четкой связи с физической нагрузкой, одышку, в том числе и в

покое, дрожь в руках, слабость, быструю утомляемость, потливость.

Из анамнеза: считает себя больной около 3-х лет, когда впервые отметила появление вышеописанных жалоб. Также длительное время отмечает повышение артериального давления до 170/80 мм рт ст. Регулярно АД не контролирует, гипотензивную терапию принимает эпизодически. При обследовании 2 года назад говорили «о проблемах с щитовидной железой», более точно сказать затрудняется, медицинскую документацию не предоставила. Постоянную лекарственную терапию не получает. За последние полгода похудела более чем на 10 кг на фоне повышенного аппетита. Периодически отмечает повышение температуры тела до 37.3-37.6°С.

Вредные привычки: отрицает.

Наследственность: не отягощена.

Объективно: состояние средней тяжести. Пациентка эмоционально лабильна, плаксива. В сознании, контактна. Ориентирована всесторонне правильно. Рост 165 см. Вес 48 кг. Температура тела 36.9°С.

Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, сухие. Выраженный экзофтальм. Визуально определяется увеличение шеи в объеме. Пастозность голеней и стоп. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Щитовидная железа пальпаторно увеличена, однородная, безболезненная. ЧД 22 в мин. В легких дыхание везикулярное, несколько ослаблено в нижних отделах, хрипов нет. Пальпаторно определяется усиление верхушечного точка. При перкуссии - расширение границ сердца влево. ЧСС ~ 130 в мин. Аускультативно: тоны сердца ясные, ритм неправильный, систолический шум на верхушке и в точке Боткина. Усиление I тона на верхушке. АД 160/70 мм рт.ст. на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Данные обследования:

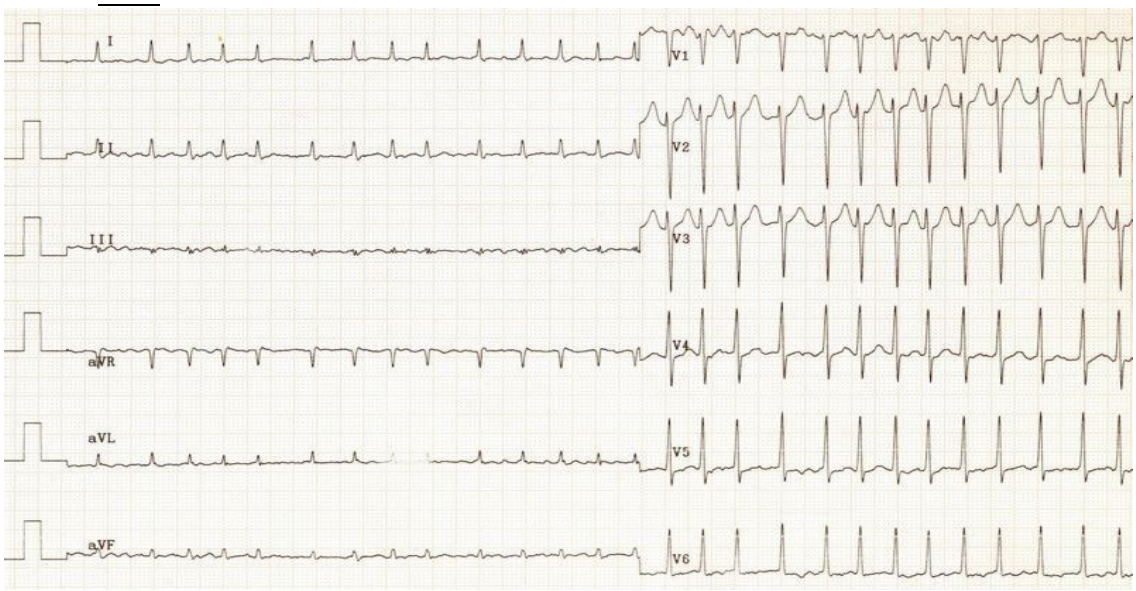
Клинический анализ крови: гемоглобин – 142 г/л, эритроциты – 5,2 $x10^{12}$/л, гематокрит – 40%, средний объем эритроцитов 109,0 фл, среднее содержание гемоглобина 28,4 пг, средняя концентрация гемоглобина в эритроцитах 374 г/л, лейкоциты – 7,0 $x10^{9}$/л, тромбоциты – 138$x10^{9}$/л, лимфоциты - 2,2х109/л, гранулоциты - 62,1 %, моноциты 7,4 %

Биохимический анализ крови: общий белок 79.5 г/л, мочевина 5.6 ммоль/л, креатинин 102.0 мкмоль/л, билирубин общий 10 мкмоль/л, АЛТ 17 ед/л, АСТ 19 ед/л, калий 3.2 ммоль/л, КФК 98 Ед/л, глюкоза 4.2 ммоль/л, холестерин 4.0 ммоль/л.

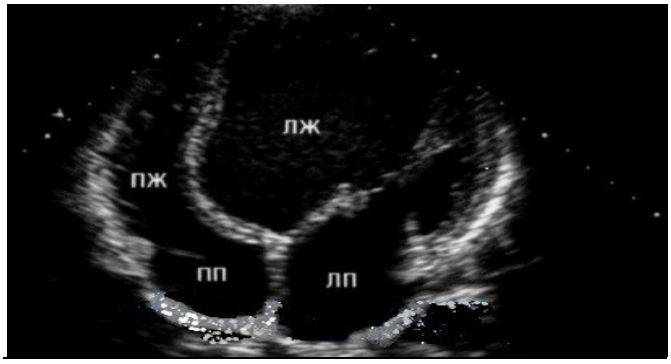
Гормоны щитовидной железы: Т3 свободный 12.2 пмоль/л (N 3.8 -6.0 пмоль/л) , Т4 свободный 28.3 пмоль/л (N 3.8 -6.0 пмоль/л), ТТГ 0.2 мМЕ/л (N 0.4 – 4.0 мМЕ/л).

Анализ мочи: без патологии.

ЭКГ:



ЭХО КГ: Исследование на фоне тахиаритмии. Расширение всех полостей сердца. Шарообразная форма сердца. Небольшая симметричная гипертрофия миокарда левого желудочка (ЛЖ). Масса миокарда ЛЖ 280 г. Диффузное снижение сократимости миокарда ЛЖ. Систолическая функция ЛЖ снижена. Фракция выброса 38%. Митральная регургитация 2 степени. Трикуспидальная регургитация 2 степени. Небольшое количество жидкости в полости перикарда.



Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Поставьте диагноз.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Определите тактику ведения больного.

Задача 4.

Пациентка А., 62 лет, поступила в клинику с жалобами на головные боли, преимущественно в затылочной области, мелькание «мушек» перед глазами, ощущение шума в ушах на фоне повышения АД до 220/120 мм рт. ст., перебои в работе сердца.

Из анамнеза известно, что головные боли беспокоят с 50 лет, с того же времени при случайных измерениях отмечалось максимальное повышение АД до 180/ 100 мм. рт. ст.

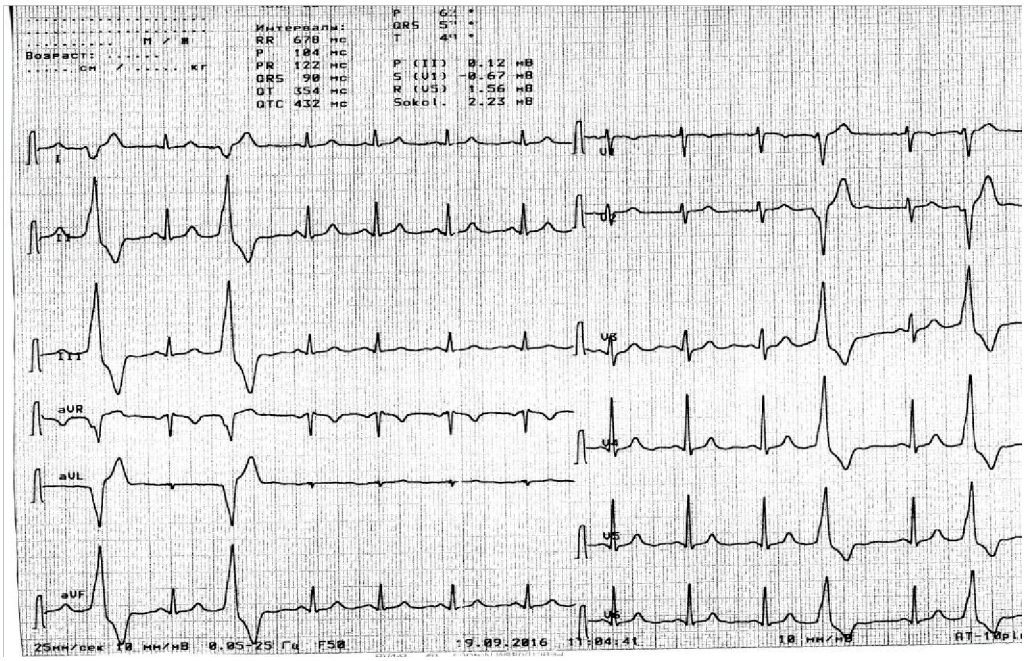
Не обследовалась, нерегулярно принимала каптоприл под язык. Ухудшение состояния в течение последних 2-3 месяцев, когда чаще стали возникать ощущения перебоев в работе сердца, что пациентка связывает со значительным эмоциональным перенапряжением. Из анамнеза жизни: мать пациентки страдает гипертонической болезнью, дважды перенесла острое нарушение мозгового кровообращения. Отец умер в возрасте 45 лет от обширного инфаркта миокарда. Менопауза с 52 лет. Курит до пачки сигарет в день в течение 30 лет, алкоголь не употребляет. При осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычного цвета, умеренной влажности. Пациентка повышенного питания - индекс массы тела 34,2 кг/м2. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 16 в минуту. Перкуторно границы сердца расширены влево. Тоны сердца ясные, ритм неправильный, шумы не выслушиваются. АД 190/110 мм рт. ст. ЧСС - 78 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

В общем анализе крови: гемоглобин – 120 г/л, СОЭ - 12 мм/ч, лейкоциты - 5,5 тыс., формула не изменена.

В биохимическом анализе крови: общий белок - 65 г/л, креатинин – 87 мкмоль/л, глюкоза – 5.4 ммоль/л, общий билирубин - 12 ммоль/л, натрий -137,1 мэкв/л, калий - 5,0 мэкв/л,

В общем анализе мочи: pH - 5,0, удельный вес - 1014, белок, сахар, ацетон – нет, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эритроциты -0-0-1 в поле зрения, цилиндры - нет. Слизь, бактерии - немного.

ЭКГ:



Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

Задача 5.

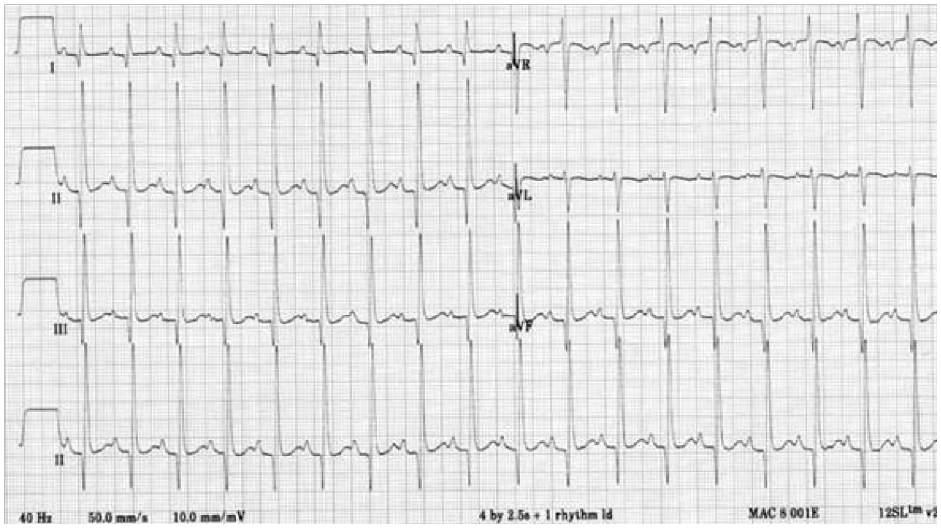
Больной К., 28 лет обратился с жалобами на головокружения, обмороки при физической нагрузке или быстрой перемене положения тела, быструю утомляемость, слабость при физической нагрузке, приступы удушья.

Считает себя больным в течение последних нескольких месяцев, когда появились вышеуказанные жалобы.

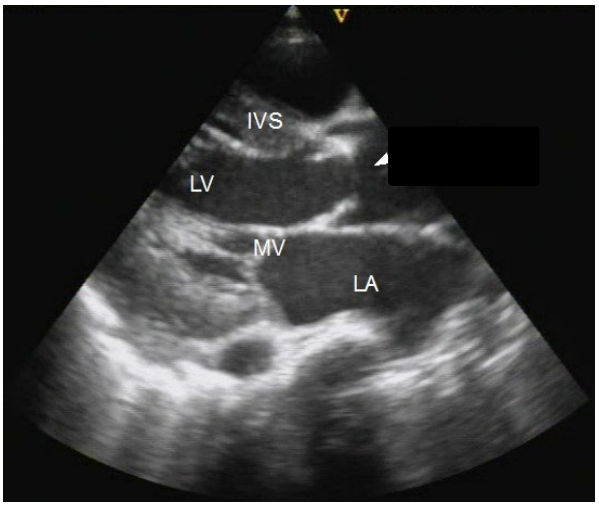
Из анамнеза известно, что еще в школе при проведении профилактических осмотров было подозрение на порок сердца, однако более точной информации сообщить не может. При осмотре: Правильного телосложения, нормального физического развития. Костномышечная система хорошо развита. Кожные покровы бледные. Умеренная одышка в покое с затруднённой фазой вдоха. ЧД 20 в мин. В лёгких при аускультации рассеянные влажные хрипы. Пальпация области сердца - резко усиленный, приподнимающий «двойной» верхушечный толчок, в V межреберье по срединно-ключичной линии. При перкуссии границы относительной тупости сердца смещены влево. При аускультации сердца I и II тоны ослаблены; выслушивается грубый интенсивный ромбовидный систолический шум в точке Боткина и во II межреберье справа. ЧСС-88 уд в мин. АД128/74 мм рт.ст. Пульсация на периферических артериях: pulsus parvus, tardus et rarus.

Двойной тон Траубе. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Неврологическая симптоматика без особенностей.

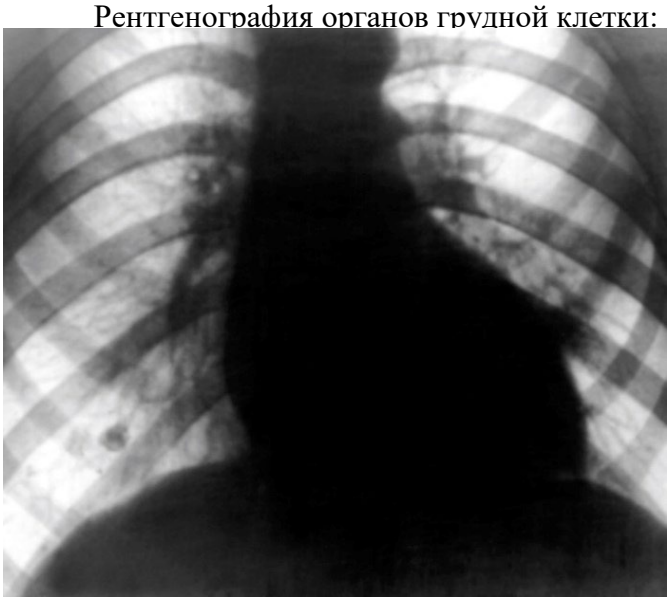
ЭКГ:



Эхокардиография:



Рентгенография органов грудной клетки:



Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальную диагностику.

3. Определите необходимые дополнительные обследования.
4. Определите тактику лечения больного.
5. Какой прогноз заболевания?

Задача 6.

Больной С., 42 лет, обратился с жалобами на повышение температуры до 39,2^{o}С, озноб, потливость, сердцебиение, боли в суставах и мышцах.

Заболевание началось 10 дней назад с высокой температуры, озноба и головной боли, без катаральных явлений. Проходил лечение в поликлинике по месту жительства по поводу «гриппа», однако в связи с отсутствием эффекта в лечении и сохраняющейся симптоматикой был направлен на госпитализацию с направительным диагнозом «лихорадка неясного генеза».

Из анамнеза известно, что в течение трех лет страдает сахарным диабетом 2 типа, по поводу чего принимает метформин в дозе 1000 мг в сутки. Не курит. Алкоголем не злоупотребляет. В течение последнего месяца – протезирование зубов.

При осмотре: Состояние тяжелое. Температура тела 39,50С. Отмечается ритмичное покачивание головой. Кожные покровы влажные, бледные, с желтушным оттенком. Петехиальная сыпь на груди и предплечьях. Пульсация сосудов шеи. Пульсация зрачков.

В легких везикулярное дыхание, небольшое количество влажных мелкопузырчатых незвонких хрипов в нижних отделах. ЧД 26 в минуту. При пальпации сердца – верхушечный толчок разлитой, усилен, смещен влево и вниз. Границы сердца перкуторно расширены влево. Аускультация сердца – ритм правильный; I тон ослаблен на верхушке, II тон на аорте отсутствует, выслушивается мягкий дующий протодиастолический шум над всеми точками аускультации сердца, с эпицентром во II межреберье справа от грудины. АД 140/40 мм рт. ст., ЧСС 100 в минуту. Живот мягкий. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги. Пальпируется край селезенки, селезенка мягкая, умеренно болезненная. Пастозность голеней.

ЭКГ: без патологических изменений.

Клинический анализ крови: гемоглобин 107 г/л; эритроциты 3,32х10^{9}/л; тромбоциты 262х10^{9} /л; лейкоциты 14,8х10^{9}/л; палочкоядерные 3%; сегментоядерные 87%; лимфоциты 7%; моноциты 3%; эозинофилы 0%; СОЭ 64 мм/час.

Общий анализ мочи: темно-желтая, прозрачность полная, относительная плотность 1028, реакция кислая, белок 0,1 ммоль/л, эпителий плоский 0-1 в поле зрения, эритроциты 6-8 в поле зрения, лейкоциты до 5 в поле зрения, цилиндры гиалиновые 2-3 в поле/зрения.

Биохимический анализ крови: белок общий 68 г/л; альбумин 48%; γ- глобулины 32%; мочевина 9,1 ммоль/л; креатинин 132 мкмоль/л; АСТ 52 ед/л; АЛТ 64 ед/л; билирубин общий 31,4 мкмоль/л; билирубин прямой 7,2 мкмоль/л; ЩФ 164 ед/л; железо 9,8 мкмоль/л; калий 5,2 ммоль/л; натрий 142 ммоль/л; глюкоза сыворотки 6,2 ммоль/л; Среактивный белок положительный.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз, предварительный диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо назначить для установления диагноза?
4. Назначьте лечение данному больному, определите дальнейшую тактику ведения данного пациента.

Задача 7.

Больной К., 63 лет, обратился с жалобами на чувство нехватки воздуха, повышение температуры до 38,5оС, озноб и слабость. В анамнезе: год назад у пациента был выявлен стеноз аортального клапана, в связи с чем было выполнено его протезирование. В

последующем чувствовал себя удовлетворительно, постоянно принимал варфарин. Заболел три недели назад, когда после перенесенной урологической процедуры появилась лихорадка до 39°С с сильным ознобом и ночной потливостью. Лечился самостоятельно амбулаторно, однако постепенно стал отмечать нарастание чувства нехватки воздуха. Обратился к врачу поликлиники в связи с отсутствием улучшения.

При осмотре: состояние тяжелое. Температура тела 38,9 С. Кожные покровы влажные, бледные с желтушным оттенком. Периферических отеков нет. Питание снижено. В легких дыхание проводится во все отделы, небольшое количество влажных мелкопузырчатых хрипов в нижних отделах. ЧД 24 в минуту. Границы сердца расширены влево. Во II межреберье справа от грудины выслушивается диастолический шум. ЧСС 110 в минуту, АД 130/50 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги. Пальпируется край селезенки.

Клинический анализ крови: гемоглобин 107 г/л; эритроциты $3,6x10^9$/л; тромбоциты $186x10^9$/л; лейкоциты $13,8x10^9$/л; палочкоядерные 5%; сегментоядерные 86%; лимфоциты 8%; моноциты 1%; СОЭ 73 мм/час.

Биохимический анализ крови: белок общий 66 г/л; альбумин 47%; мочевина 8,9 ммоль/л; креатинин 138 мкмоль/л; АСТ 52 ед/л; АЛТ 78 ед/л; билирубин общий 32 мкмоль/л; билирубин прямой 8,6 мкмоль/л; ЩФ 174 ед/л; калий 4,9 ммоль/л; натрий 138 ммоль/л; глюкоза сыворотки 5,8 ммоль/л; С-реактивный белок 48 мг/л.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте необходимые исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

Задача 8.

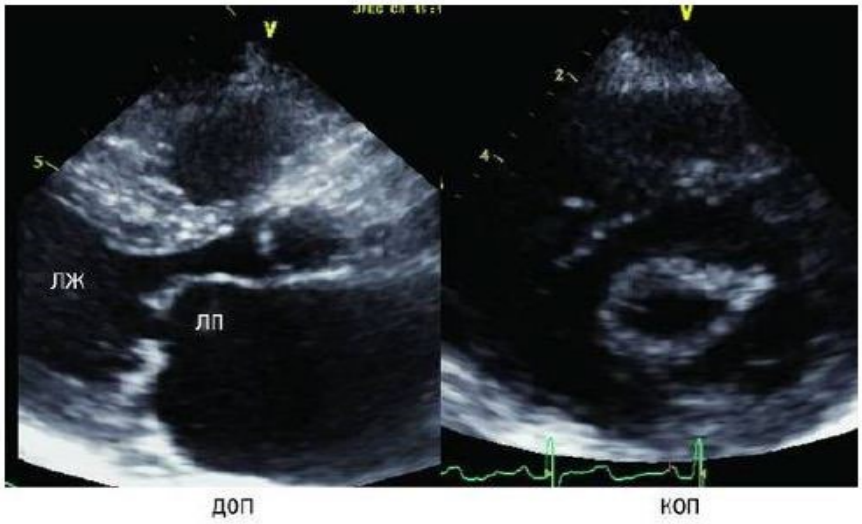
Пациент Б., 48 лет, поступил в стационар с жалобами на одышку при незначительной нагрузке (подъеме по лестнице на 2 лестничных пролета), приступы сердцебиения, аритмичный пульс, слабость. До 46 лет к врачам не обращался, несмотря на то, что приступы аритмии и сердцебиения отмечал с 20-летнего возраста. Около 1,5 лет назад был госпитализирован в один из стационаров города Москвы, где пациенту диагностировано острое нарушение мозгового кровообращения, а также впервые выявлена по ЭКГ фибрилляция предсердий. При выписке из стационара пациенту рекомендована пульсурежающая терапия: метопролола сукцинат 100 мг/сутки, антикоагулянтная терапия: варфарин 2,5 мг 2 раза в сутки, аторвастатин 40 мг в сутки. Пациент предписанные назначения не выполнял, исходя из собственных убеждений. В течение года у пациента прогрессивно нарастали симптомы сердечной недостаточности, в связи с чем он был госпитализирован в стационар в настоящий момент. Трудовой анамнез: работает охранником. Материально-бытовые условия неудовлетворительные. Перенесенные заболевания: скарлатина в детском возрасте.

Объективно: ИМТ - 23 кг/м2. Окружность талии - 74 см. Кожные покровы бледные, акроцианоз. Шейные вены не выступают. Пастозность голеней, стоп. Над легкими: везикулярное дыхание, незвонкие влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах с обеих сторон. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный. В первой точке аускультации выслушивается протодиастолический шум 3 градации, проводящийся в левую подмышечную область. ЧСС - 107 в мин. Пульс - 66 в мин. АД правая рука - 100/70 мм рт ст АД левая рука - 90/60 мм рт ст. SPO2 - 92%. Мочеиспускание урежено, не затруднено.

ЭКГ: фибрилляция предсердий с ускоренной частотой желудочкового ответа. ЭОС отклонена влево.

ЭХО-КГ: Створки митрального клапана спаяны по комиссурам, площадь левого атриовентрикулярного отверстия - 0,8 см2 (норма 4,0-6,0 см2), средний градиент

трансмитрального потока - 17,3 мм рт ст (норма до 3 мм рт ст). Объем левого предсердия - 157 мл, индекс объемаи - 69,8 мл/м2 (норма до 34 мл/м2). Правые камеры расширены, нижняя полая и печеночные вены. Систолическое давление в легочной артерии - 68 мм рт.ст. (норма до 35 мм рт.ст.).



Вопросы:

1. На основании данных задачи сформулируйте диагноз.

2. Какова медикаментозная тактика лечения этого заболевания и его клинических проявлений?

3. Необходимо ли пациенту хирургическое лечение? Какие виды операций возможны?

Задача 9.

Больной С., 26 лет, поступил с жалобами на боли в области сердца, повышение температуры тела до 38,4°С, тошноту, рвоту, икоту.

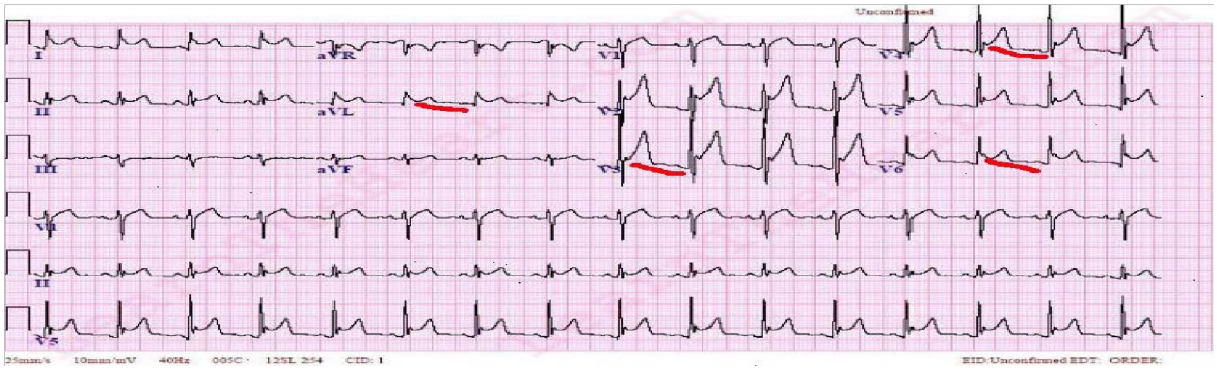
Считает себя больным в течение нескольких дней, когда появились вышеуказанные жалобы. При опросе больного удалось выяснить, что боли в области сердца - с локализацией за грудиной и иррадиацией в обе руки, область трапециевидных мышц, эпигастральную область; носят тупой характер, частично купируются приемом анальгетиков, без эффекта от нитроглицерина; продолжительностью до нескольких часов. Боль усиливается в положении лёжа на спине, при глубоком вдохе, кашле и глотании; уменьшается в положении сидя и при поверхностном дыхании.

Анамнез: работает на стройке каменщиком.

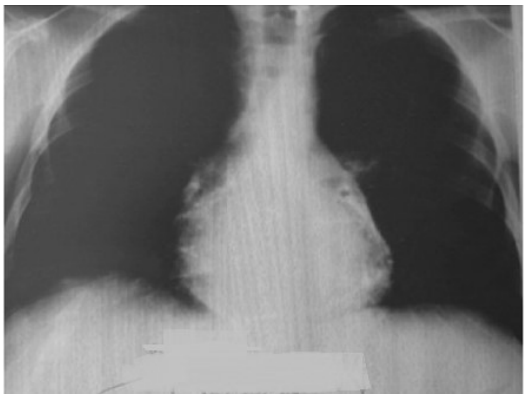
Объективно: Состояние средней тяжести. Положение больного вынужденное сидя. Кожные покровы сухие, обычной окраски. Лимфоузлы не увеличены. Дыхание поверхностное. ЧД 20 в мин. В легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС-92 уд/мин. При аускультации сердца в зоне абсолютной тупости выслушивается грубый скребущий шум убывающего характера, не проводящийся в другие точки аускультации, усиливающийся при надавливании стетоскопом. АД 120/70 мм. рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Отеков нет.

Клинический анализ крови: гемоглобин 125 г/л; лейкоциты $3,6x10^9$/л; СОЭ 60 мм/час.

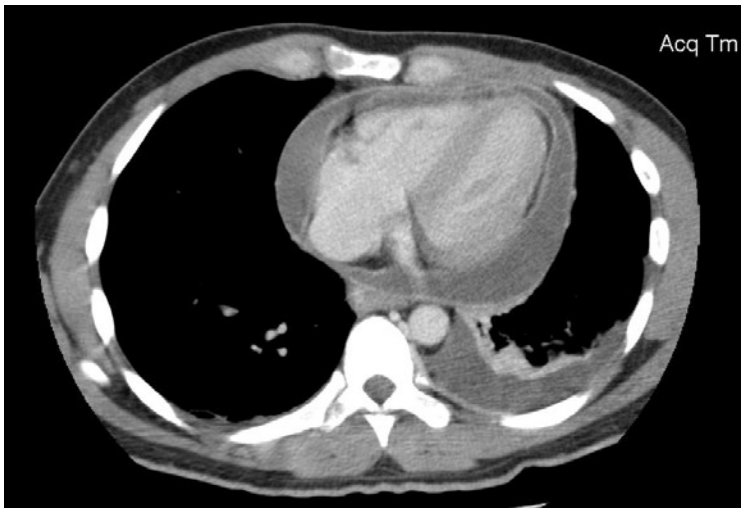
ЭКГ:



Рентгенограмма грудной клетки:



Компьютерная томография:



Вопросы:

1. Основные синдромы.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Дополнительные методы исследования.
4. Тактика лечения больного.

Задача 10.

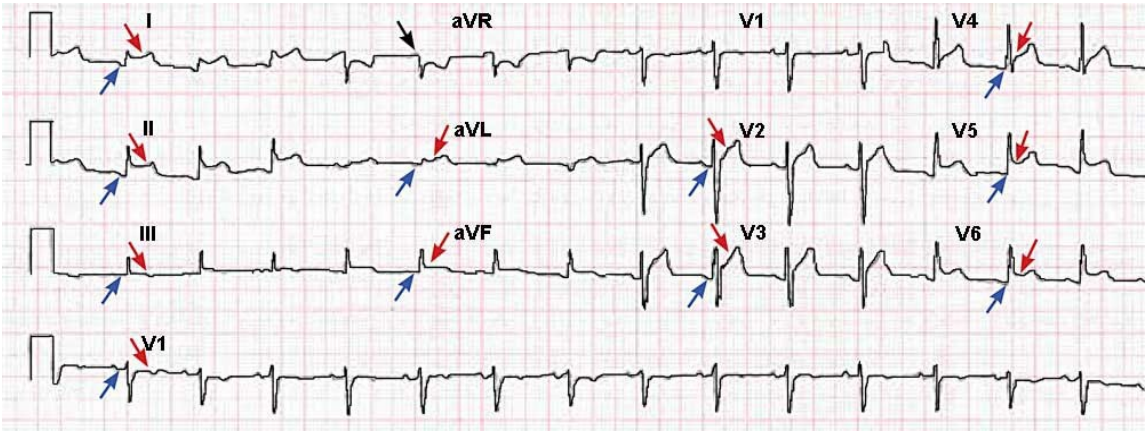
Больная М., 45 лет, поступила с жалобами на повышение температуры тела до 39,5°С, потливостью, выраженной одышкой инспираторного характера, учащенное сердцебиение, периодическое нарушение сознания, чувство тяжести в области сердца.

Заболела остро после экстракции зуба. В начальный период отмечала появление болей и дискомфорт в области сердца, которые уменьшались в положении сидя, наклонившись вперёд.

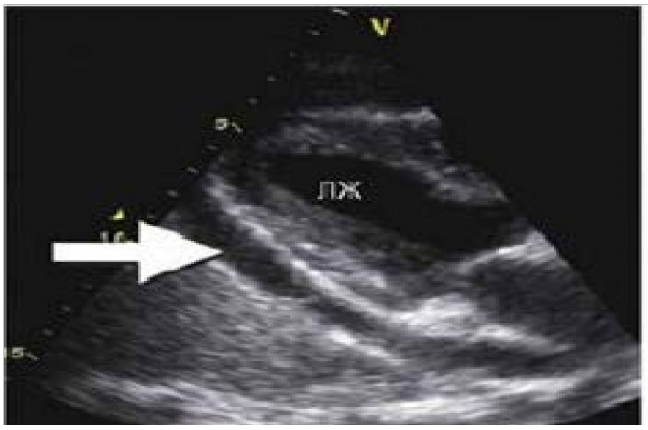
Объективно: кожа и видимые слизистые бледные, с цианотичным оттенком, склеры

субиктеричны. Положение вынужденное в позе Брейтмана. Лицо отёчное с переходом на шею и переднюю грудную стенку, яремные вены набухшие, формирование «консульской» головы, воротника Стокса. Межрёберные промежутки сглажены. ЧД 22 в мин. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Границы сердца перкуторно расширены. Пульсация сердца не определяется. Верхушечный толчок не определяется. Тоны сердца глухие, ритм правильный. ЧСС 96 уд в мин. АД-106/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см.

ЭКГ:



При эхокардиографии определяется большое количество выпота в полости перикарда.

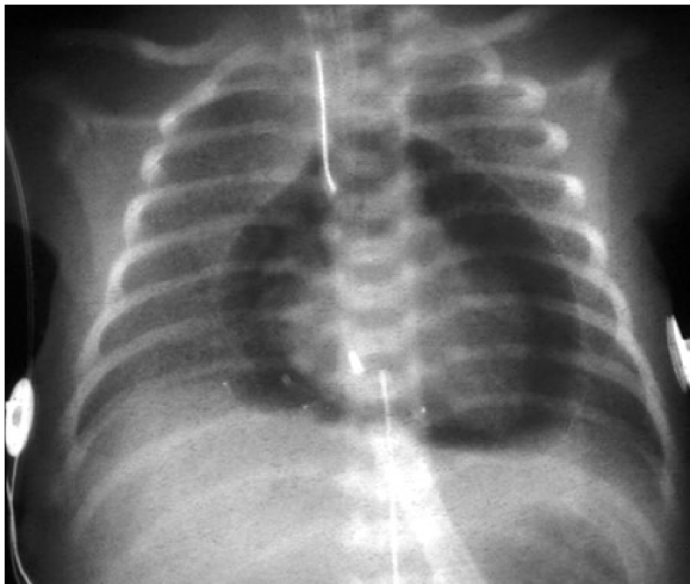




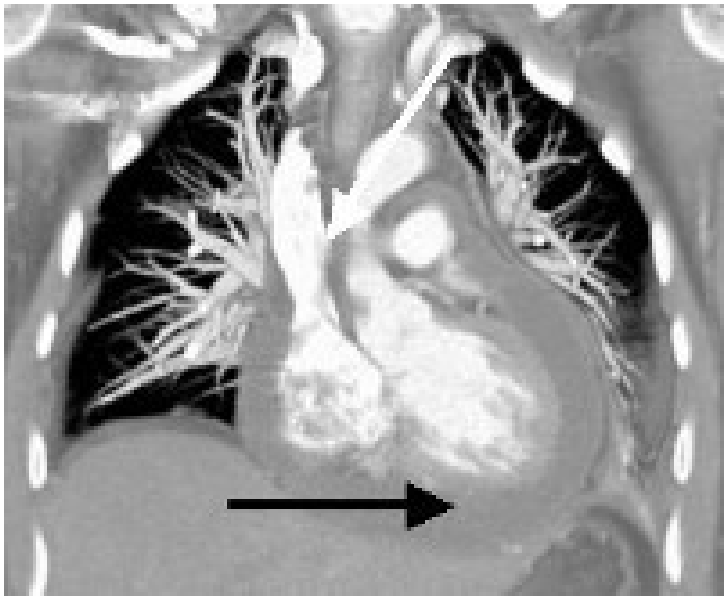


При рентгенологическом обследовании

Рентгеновский снимок органов грудной клетки в жёстком режиме



При компьютерной томографии:



Общий анализ крови: лейкоцитоз с выраженным сдвигом лейкоцитарной формулы влево, токсической зернистостью нейтрофилов, увеличением СОЭ.

Анализ перикардиальной жидкости: большое количество белка, фибрина, нейтрофильных лейкоцитов; снижено количество глюкозы; повышена активность ЛДГ.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте дополнительное обследование.
4. Назовите возможные варианты лечения.

Задача 11.

Пациент К., 25 лет, обратился по поводу болей в спине, а также тянущих болей по задней поверхности ягодиц и бёдер до колен.

При опросе выяснено, что боли в пояснице и области крестца продолжаются в течение семи месяцев. Наибольшая выраженность болей наблюдается в утренние часы: пациент от этого нередко просыпается под утро, испытывает значительные затруднения при вставании с постели, в течение первых 2-3 часов после пробуждения испытывает скованность в спине и ограничения движений в связи с этим, должен расходиться. В

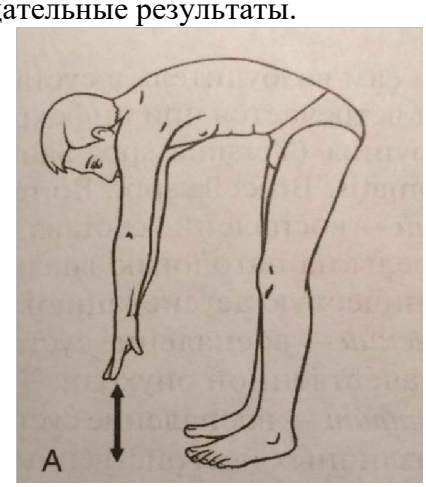
течение дня боли выражены меньше, однако усиливаются при длительном сидении, в связи с чем пациент не может долго находиться за рулём и сидеть за компьютером на работе. Самостоятельно принимает ибупрофен, что приносит непродолжительное облегчение.

Пациент обратился к неврологу, думая о радикулите. Однако данный диагноз не был подтверждён. По данным МРТ поясничного отдела позвоночника значимых структурных изменений не выявлено.

Из анамнеза также известно, что год назад пациент перенёс передний увеит правого глаза, получал лечение у офтальмолога; причина увеита не уточнялась.

При осмотре отмечена сглаженность поясничного лордоза, гипертонус паравертебральных мышц в этой области, резкая болезненность при пальпации в проекции сакроилеальных сочленений. При наклоне вперёд поясничная область остаётся уплощённой, пациент не может коснуться пальцами пола, достаёт только до уровня середины голеней. Справа в области Ахиллова сухожилия отмечена болезненная отёчность, покраснение и потепление кожных покровов- пациент считает, что натёр это место неудобным ботинком. Выявлено повышение температуры тела – 37,2°С.

В общем анализе крови, мочи, биохимическом анализе значимых изменений не выявлено. Имеется некоторое повышение СОЭ (22 мм/час при норме до 20), повышение СРБ (15мг/л при норме до 5). В ревмапробах (РФ, АНФ, анти-dsДНК) получены отрицательные результаты.



Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить на основании представленного описания?

2. Какими методами можно подтвердить диагноз?

3. Какой план лечения при данном заболевании?

Задача 12.

Пациент З., 42 лет, обратился по поводу болей в спине, тугоподвижности шеи. Из анамнеза известно, что впервые боли в спине возникли в возрасте 18 лет; в то время локализовались в пояснично-крестцовой области. Наибольшую выраженность болей отмечал в утренние часы, когда из-за болей и скованности в пояснице с трудом вставал («сползал») с постели, а в некоторые дни не мог подняться без посторонней помощи. Такие периоды болей в спине, большей или меньшей выраженности, в дальнейшем отмечал периодами, по 3-6 месяцев в году. Постепенно боли распространились на грудной, а затем и на шейный отдел позвоночника, в связи с чем возникла тугоподвижность шеи. При усилении болей самостоятельно принимал НПВП с частичным эффектом. За время заболевания также было четыре эпизода артрита коленных и голеностопных суставов, которые продолжались по 2-3 месяца и проходили на фоне внутрисуставных инъекций дипроспана.

За медицинской помощью не обращался из убеждения, что его заболевание не

лечится. В настоящее время обратился в связи с оформлением инвалидности.

При осмотре отмечено выпрямление физиологических изгибов позвоночника; для поворота головы пациенту необходимо поворачиваться всем корпусом. Данное ограничение подвижности существенно затрудняет профессиональную деятельность (работает водителем), а также повседневную активность. Испытывает небольшой интенсивности боли в грудном и шейном отделе позвоночника, скованность по утрам в течение примерно 2 часов, быструю «утомляемость» спины.

В общем анализе крови, мочи, биохимическом анализе значимых изменений не выявлено. Имеется повышение СОЭ 30 мм/час, повышение СРБ 18 мг/л. В ревмапробах (РФ, АНФ, анти-dsДНК) получены отрицательные результаты.



Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить на основании представленного описания?

2. Какими методами можно подтвердить диагноз?

3. Какой план лечения при данном заболевании?

Задача 13.

Пациент К., 25 лет, обратился в связи с болями и отёчностью суставов ног. Заболел две недели назад.

При осмотре имеется дефигурация правого коленного и левого голеностопного суставов, кожа над ними тёплая. В колене определяется выпот около 50 мл. Также имеется отёчность, болезненность и покраснение кожи в области правого Ахиллова сухожилия. Последние несколько дней пациент также стал отмечать чувство тяжести в области крестца, преимущественно в утренние часы. Вчера заметил, что начал прихрамывать из-за болей в левом тазобедренном суставе.

При опросе выяснено, что примерно месяц назад у пациента на протяжении трёх дней была диарея, рвота и повышение температуры до 38,5°С. Этот эпизод пациент объяснил отравлением, поскольку незадолго до этого обедал в экзотическом ресторане.

Пациенту по его инициативе выполнили МРТ поражённых коленного и голеностопного суставов, при этом выявлено скопление жидкости и отсутствие каких-либо внутрисуставных повреждений.



Вопросы:

1. Какое заболевание можно заподозрить на основании указанных изменений?
2. С помощью каких исследований можно подтвердить диагноз?
3. Какой план лечения при данном заболевании?

Задача 14.

У пациентки А., 27 лет, три дня назад возник артрит правого коленного сустава.

При опросе выяснено, что пациентка и прежде отмечала случаи воспаления суставов: в прошлом году- артрит левого локтевого сустава, который регрессировал на фоне ФЗТ. При осмотре на коже голеней выявлено несколько пятен узловатой эритемы- пациентка отмечает, что такое поражение кожи было два года назад. Также пациентка указывает, что наблюдается и получает лечение у гастроэнтеролога по поводу неспецифического язвенного колита.



Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить на основании представленного описания?
2. Как можно подтвердить диагноз?
3. Какой план лечения при данном заболевании?

Задача 15.

Пациент Л., 32 лет, обратился в связи с отёчностью правого коленного сустава и суставов пальцев рук.

Заболел пять лет назад, когда впервые появилась отёчность правого колена. Обращался в травмпункт, думая, что повредил колено во время катания на горных лыжах. В травмпункте была выполнена пункция сустава (удалено 70 мл жидкости) и внутрисуставное введение дипроспана. В дальнейшем было выполнено МРТ правого колена, по результатам которого никаких внутрисуставных повреждений не выявлено. Поскольку отёчность не возобновлялась, в тот момент пациент отказался от обследования. Через год возникла отёчность левого коленного сустава, а также дистального межфалангового сустава пятого пальца правой кисти. Снова получил внутрисуставную инъекцию дипроспана с хорошим эффектом.

Состояние ухудшилось восемь месяцев назад. Вновь возникла отёчность правого колена, стал испытывать затруднения при ходьбе в связи с тем, что появилась болезненность в пятках, особенно выраженная в утренние часы. Вскоре появилась отёчность и болезненность движений в суставах первого пальца правой кисти, дистальных межфаланговых суставах четвёртого и пятого пальцев левой кисти. При осмотре выявлена дефигурация указанных суставов, кожа нам ними горячая, в области поражённых суставов кистей имеется отчётливая гиперемия; при осмотре стоп - резкая болезненность при надавливании в проекции пяточных бугров. На разгибательных поверхностях локтей имеются участки яркой гиперемии с шелушением. Такие пятна впервые стали появляться в подростковом возрасте. Похожие кожные изменения отмечает на коже головы в зимнее время (летом проходит), считает это себорейным дерматитом. Имеются данные общего анализа крови, в котором выявлено повышение СОЭ до 45 мм/час (при норме до 20) и СРБ до 70 мг/л (при норме до 5). На рентгенографии кистей имеется некоторое сужение суставных щелей и неровность суставных поверхностей поражённых суставов, особенно выраженные в суставах первого пальца.



Вопросы:

1. Какое заболевание можно заподозрить на основании указанных изменений?
2. С помощью каких исследований можно подтвердить диагноз?
3. Какой план лечения при данном заболевании?

Задача 16.

Пациентка К., 27 лет, обратилась в связи с болями и отёчностью суставов. Из анамнеза: заболела полгода назад, когда через месяц после родов впервые отметила боли, отёчность и утреннюю скованность в суставах кистей. Вскоре присоединились боли и ограничение движений в плечевых суставах, отёчность коленных суставов. В последнее время отмечает также резкое ухудшение общего самочувствия. Всё это привело к существенным затруднениям повседневной активности.

При осмотре отмечается дефигурация, гипертермия, болезненность и резкое ограничение объёма движений в лучезапястных, суставах II-IV пястно-фаланговых и

проксимальных межфаланговых суставах кистей, гипотрофия тыла кистей. Резкое ограничение и болезненность движений в плечевых суставах. Выраженная дефигурация коленных суставов, в которых пальпаторно определяется выпот до 60 мл; имеется значительное ограничение объёма движений в них. Скованность в поражённых суставах несколько уменьшается во второй половине дня, но полностью не проходит. Температура тела

37,5°С. По данным лабораторных исследований, имеется анемия (гемоглобин 90 г/л, эритроциты $2,8x10^{12}$/л), лейкоцитоз ($12x10^{9}$/л), СОЭ 54 мм/час, СРБ 128 мг/л (при норме до 5). Биохимический анализ крови значимых изменений не выявил. В ревмапробах- повышение РФ 120 МЕд/мл (при норме до 30).



Вопросы:

1. Какое заболевание можно заподозрить на основании указанных изменений?
2. С помощью каких исследований можно подтвердить диагноз?
3. Какой план лечения при данном заболевании?

Задача 17.

Больная Ж., 58 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на слабость, головную боль, сонливость, отеки нижних конечностей и лица, одышку при минимальной физической нагрузке, уменьшение количества отделяемой мочи, тошноту, снижение аппетита, боли в суставах кистей рук, коленных суставах, сопровождающиеся утренней скованностью длительность около 3 часов.

Впервые обратилась к врачу 25 лет тому назад в связи с болями и припуханием во 2-3 пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставах обеих кистей, лучезапястных и коленных суставах, утреннюю скованность в них продолжительностью около 2 часов. С этого времени постоянно принимает метотрексат, нестероидные противовоспалительные препараты, метипред, фолиевую кислоту. Периодически внутрисуставно вводились глюкокортикоиды. 2 года назад у больной в анализе мочи выявили белок (до 1,5 г/сутки). Больная отметила появление отеков на ногах в утренние часы, никтурию. 6 месяцев назад отеки наросли, стали постоянными на фоне уменьшения

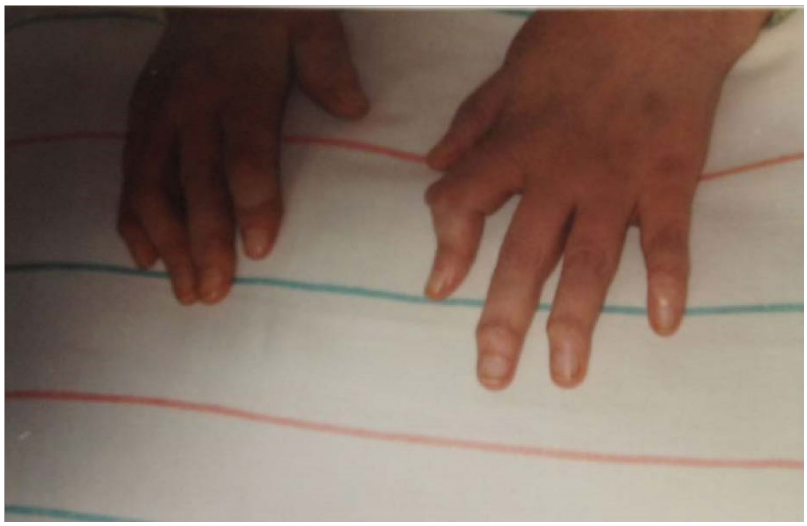
количества отделяемой мочи, появились выраженная слабость, утомляемость, одышка при небольших физических нагрузках.

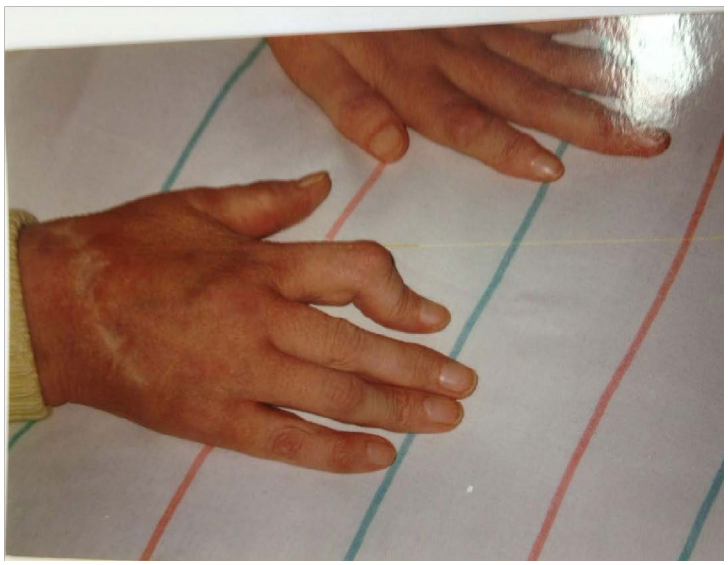
Объективно: повышенного питания, лицо одутловатое, заторможена. Кожные покровы сухие, бледные. Отеки голеней до коленных суставов. Ульнарная девиация, атрофия мышц тыла обеих кистей, деформация суставов кистей, деформация и ограничение движений в коленных суставах. В легких дыхание ослаблено в нижних отделах. Тоны сердца глухие, ритм правильный, систолический шум во всех точках аускультации, ЧСС 78 в 1 минуту, АД 150/100 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, притупление перкуторного звука в боковых отделах. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка не увеличена.

Клинический анализ крови: гемоглобин 85 г/л, эритроциты $3,1x10^{12}$ /л, лейкоциты $12x10^{9}$/л, тромбоциты $380x10^{9}$/л, лейкоцитарная формула: палочкоядерные нейтрофилы 1%, сегментоядерные нейтрофилы 72%, лимфоциты 20%, моноциты 7%, СОЭ 52 мм/час.

Общий анализ мочи: уд. вес 1010, белок-2,52 г/л, эритроциты 2-4 в поле зрения, лейкоциты 10-12 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: глюкоза 4,2 ммоль/л, креатинин 350 мкмоль/л, мочевина 18 ммоль/л, общий белок 54 г/л, альбумин 28%, гамма-глобулины 32%, калий 5,0 ммоль/л, натрий 120 ммоль/л, хлориды 87 ммоль/л, бикарбонаты 20 ммоль/л, холестерин 6,5 ммоль/л, триглицериды 4,2 ммоль/л, кальций 2,0 ммоль/л, фибриноген 8 г/л, С-реактивный белок 27 г/л.





Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Назначьте дополнительные методы исследования.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Определите тактику лечения больной.

Задача 18.

Пациент М., 52 лет, обратился по поводу периодических болей в суставах ног.

Из анамнеза известно, что 12 лет назад впервые перенёс артрит I плюснефалангового сустава правой стопы, сопровождавшийся резкой отёчностью области сустава, гиперемией и очень выраженной болезненностью, а также повышением температуры тела до 38°С. Артрит продолжался трое суток и регрессировал самопроизвольно. В дальнейшем 1-2 раза в год отмечал рецидивы артрита, при этом поражались I плюснефаланговый, голеностопные суставы, однократно- левый коленный сустав. Каждый случай артрита продолжался 3-7 дней. Пациент отметил, что развитие приступов провоцируется обильным приёмом мясной пищи и алкоголя. Обратился за медицинской помощью так как за последний год продолжительность приступов увеличилась до 2-3 недель.

При осмотре (вне обострения) признаков суставного воспаления не выявлено. Пациент повышенного питания, имеется гиперемия кожи лица. При осмотре ушных раковин обнаружено два плотных белых узелка, расположенных подкожно. АД 160/100 мм рт.ст. В анамнезе- мочекаменная болезнь, два приступа почечной колики за последние 5 лет. По данным исследований: общий анализ крови – без патологии. В общем анализе мочи выявлено большое количество солей, лейкоциты 3-4 в поле зрения, белок 0,3 г/л. УЗИ почек: конкремент 7 мм в чашечно-лоханочной системе правой почки, в левой-микроуролитиаз. Рентгенография суставов стоп: сужение суставной щели плюснефаланговых суставов, в головке левой первой плюсневой кости имеется кистовидное просветление с чёткими контурами.



Вопросы:

1. Признаки какого заболевания описаны в данной задаче?
2. Какими исследованиями можно подтвердить диагноз?
3. Каков план лечения при данном заболевании?

Задача 19.

Больная Т., 23 лет, поступила в клинику с жалобами на выраженную слабость, повышение температуры тела до 38,2°С, одышку, сухой кашель, боль и припухлость в области мелких суставов кистей, утреннюю скованность в течение часа, распространенные эритематозные высыпания в области лица, туловища и конечностей, усиленное выпадение волос, похудание. Из анамнеза известно, что 3 месяца назад у больной была первая беременность, которая закончилась самопроизвольным выкидышем на сроке 12 недель. Через 2 недели после выкидыша повысилась температура до 38,5°С, появились выраженная слабость, эритематозные высыпания на лице, а также на туловище и конечностях, боль и припухлость в области мелких суставов кистей, сопровождающаяся утренней скованностью, сухой кашель. Десять дней назад отмечала отек и боль в области правой нижней конечности. Ухудшение состояния сегодня, когда внезапно усилились одышка и сухой кашель, отмечала эпизод кровохарканья, в связи с чем была госпитализирована.

Аллергологический анамнез без особенностей.

Наследственный анамнез: мама страдает ревматоидным артритом.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Пониженного питания. Температура тела 38,2°С. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, сухие, отмечаются генерализованные эритематозные высыпания, четко отграниченные от здоровой кожи на лице в области носа и щек, туловище, верхних конечностях и бедрах. Губы гиперемированы с плотными сухими сероватыми чешуйками и корочками. На твердом небе эритема с безболезненной эрозией. Волосы тонкие, по краю ростовой зоны обломаны. Лимфатические узлы, доступные пальпации не увеличены. Выявлена болезненность и отечность в области пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей. В легких дыхание жесткое, ниже уровня VI ребра справа не проводится, там же отмечается притупление перкуторного звука, ЧД - 28 в минуту. Перкуторно границы относительной тупости сердца расширены вправо. Выявляется эпигастральная пульсация. При аускультации тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС - 110 в минуту, акцент II тона во II межреберье слева от грудины, АД - 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Неврологический статус без особенностей.

Клинический анализ крови: гемоглобин 80 г/л; эритроциты $2{,}8 \times 10^{12}$/л; ЦП - 0,94; тромбоциты 110×10^{9}/л; лейкоциты $2{,}8 \times 10^{9}$/л; палочкоядерные 6%; сегментоядерные 69%; лимфоциты 13%; моноциты 12%; СОЭ 46 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок 75 г/л; мочевина 6,0 ммоль/л; креатинин 98 мкмоль/л; АСТ 23 ед/л; АЛТ 25 ед/л; КФК 98 ед/л; билирубин общ. 16 мкмоль/л; глюкоза 4,2 ммоль/л; СРБ 60 мг/л.

Иммунологический анализ крови: АНФ 1:640 (гомогенный тип свечения); анти - дсДНК 64 МЕ/мл; волчаночный антикоагулянт – «положительно»; АТ к кардиолипину (IgG) 94 ед/мл.

Общий анализ мочи: удельный вес 1020, реакция кислая, белок 1,2 г/л, эритроциты 10 - 15 в поле зрения, лейкоциты 3 - 4 в поле зрения, гиалиновые цилиндры 2 - 3 в поле зрения, бактерий нет.

ЭКГ - ритм синусовый, ЧСС - 100 в мин., отклонение электрической оси вправо, полная блокада правой ножки пучка Гиса.

Рентгенография органов грудной клетки: тень сердца расширена вправо, отмечается выбухание конуса легочной артерии, легочные поля без инфильтративных изменений, в правой плевральной полости свободная жидкость до VI ребра, слева небольшое количество жидкости в синусе.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Сформулируйте клинический диагноз и его обоснование.

3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте дополнительные исследования.
5. Определите тактику ведения больной.

Задача 20.

Пациентка Б., 60 лет; обратилась в связи с выраженной одышкой и слабостью. Из анамнеза:

Впервые появление одышки и сухого кашля стала отмечать несколько лет назад, тогда же обратила внимание на периодическое побеление пальцев, но объяснила всё это проявлением климакса. В дальнейшем одышка постепенно нарастала, и в настоящее время пациентка с трудом передвигается из-за этого.

При осмотре отмечается выраженная цианотичность кожи кистей, стоп и голеней. Имеются трофические изменения ногтей, на подушечках пальцев кистей- множественные мелкие язвочки в разной стадии заживления. На лице над правым надбровьем имеется округлый участок рубцово-изменённой кожи, однако пациентка утверждает, что повреждений не было.

На имеющихся рентгенограммах выявляется диффузный пневмофиброз и признаки перикардита. В общем анализе мочи выявлен белок 0,54 г/л. В ревмапробах- РФ 92 МЕд/мл, АНФ 1/640. На ЭКГ- атриовентрикулярная блокада I степени.



Вопросы:

1. Какое заболевание можно заподозрить на основании указанных изменений?
2. С помощью каких исследований можно подтвердить диагноз?
3. Какой план лечения при данном заболевании?

Задача 21.

Пациентка К., 58 лет; госпитализирована по направлению районной поликлиники для уточнения диагноза.

Из анамнеза: заболела четыре месяца назад, когда впервые отметила слабость в руках и ногах. Эти изменения связала с переутомлением и уехала в отпуск в Турцию. На фоне инсоляции появились красные пятна на коже лица и на передней поверхности грудной стенки, которые сохраняются до сих пор. За месяцы, прошедшие с начала заболевания, состояние пациентки постепенно ухудшалось. Нарастала слабость в руках и ногах, что привело к затруднению повседневной активности: пациентке стало трудно одеваться, причёсываться, подниматься по лестнице, а в последнее время- даже вставать с постели. За три дня до госпитализации отметила затруднение глотания, появилась гнусавость голоса.

В поликлинике консультирована неврологом и эндокринологом: признаков неврологических, эндокринологических заболеваний не выявлено. При осмотре: пациентка лежит в постели, не может подняться и сидеть без посторонней помощи, с трудом удерживает голову. Яркая эритема кожи лица; в области верхней трети передней поверхности грудной клетки имеются эритематозные пятна, такие же пятна – на коже в области суставов. Подушечки пальцев кистей гиперемированы, с потрескавшейся кожей.

Дисфагия, дисфония. Температура тела 37,5°С, АД 130/80 мм.рт.ст.

Аускультативно: дыхание жёсткое, единичные сухие хрипы; тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 100 уд. в мин. Перкуторно и пальпаторно- без особенностей.

ЭКГ: ритм синусовый, частота 105 уд. в минуту. Сегмент ST изоэлектричен во всех отведениях. Отмечается уменьшение амплитуды зубцов R в правых отведениях, зубцы Т сглажены.

По данным лабораторных исследований: в общем анализе крови умеренная анемия (гемоглобин 105 г/л, эритроциты $3x10^{12}$ /л), остальные показатели – без существенных изменений, СОЭ 45 мм/час. В биохимическом анализе крови обращает внимание повышение уровня общей КФК до 5600 ед/л. Также выявлен антинуклеарный фактор в титре 1:320.



Вопросы к задаче:

1. Какое заболевание можно заподозрить на основании указанных изменений?
2. С помощью каких исследований можно подтвердить данный диагноз?
3. Каков план лечения при этом заболевании?

Задача 22.

Больной Д., 27 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на выраженную слабость, похудание (за последние 2 месяца на 10 кг), повышение температуры тела до 37,2–37,5°С ежедневно, без ознобов, периодическое появление судорог в нижних конечностях, нарушение чувствительности в правой руке и левой ноге.

Считает себя больным около года, когда впервые без видимых причин стали появляться судороги и нарушение чувствительности в руках и ногах, иногда повышение температуры тела до 37,2-37,3°С, папулезная сыпь на голенях, боль в коленных и голеностопных суставах.

Наблюдение и лечение у невролога эффекта не дало. В последние 2 месяца состояние стало прогрессивно ухудшаться: зафиксировано повышение АД до 190/110 мм рт. ст. (без клинических проявлений), лихорадка приобрела постоянный характер. Стал сильно худеть. Из перенесенных заболеваний отмечает гепатит В. Наблюдался у невролога с диагнозом «полинейропатия алиментарно-токсического генеза».

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Больной пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. На голенях — остаточные явления папулезной сыпи. Температура тела 37.5° С. С закрытыми глазами пациент не может определить до какого пальца левой руки и правой ноги дотрагиваются.

Парез левой кисти и правой стопы.В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Ритм сердца правильный, ЧСС-88 в минуту. АД на правой руке — 210/120 мм рт. ст., на левой — 200/110 мм рт. ст. Печень не увеличена. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Отеков нет. Стул и диурез без особенностей.

Общий анализ крови: гемоглобин 95 г/л, эритроциты $3,1x10^{12}$/л, лейкоциты – $12,6x10^{9}$/л, тромбоциты - $437x10^{9}$/л, формула: палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные – 77%, моноциты – 2%, лимфоциты –19%, эозинофилы – 0%, базофилы – 0%. СОЭ – 65 мм/час.

Общий анализ мочи: плотность 1012, цвет – жёлтый, глюкоза, билирубин, кетоновые тела – отсутствуют, белок – 0,17 г/л, лейкоциты – 1-2 в п.зр., эритроциты изм.– 7-8 в п.зр. Биохимический анализ крови: общий белок – 72 г/л, альбумин 45 г/л, α1-4% α2-8% β-12% γ-22%, креатинин -112 мкмоль/л, АСТ-42 ЕД/л, АЛТ-45 ЕД/л, щелочная фосфатаза - 98 ЕД/л, билирубин – 14 мкмоль/л, СРБ – 48 г/л.

Серологический анализ: HBsAg+, HBeAg-, AbHBcIgG+, AbHBcIgM-, AbHCV–.



Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Диагноз?
3. Дополнительные методы обследования?
4. Дифференциальный диагноз?
5. Лечение?

Задача 23.

Больной Н., 18 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на повышение температуры до 37,5°С, схваткообразные боли в животе, тошноту, рвоту коричневым содержимым, жидкий черный стул. Неделю назад перенес острое респираторное заболевание, после чего стали беспокоить боли в коленных и голеностопных суставах, появились геморрагические высыпания на коже голеней, бедер и ягодиц, резкие, схваткообразные боли в животе.

Состояние больного средней тяжести. Кожные покровы бледные. На коже передней поверхности голеней, бедер и ягодиц мелкоточечная геморрагическая сыпь, сливная в области коленных суставов. Коленные и голеностопные суставы увеличены в объеме, движения в них ограничены из-за боли. В легких хрипы не выслушиваются. Ритм сердца правильный, тоны звучные, ЧСС 100 в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Язык влажный. Живот втянут, резко болезненный при пальпации в эпигастральной области, где определяются слабо положительные перитонеальные симптомы. Поколачивание в поясничной области безболезненно с обеих сторон.

Клинический анализ крови: гемоглобин 80 г/л; гематокрит 36%; ретикулоциты 6‰; тромбоциты 315х10^9/л; лейкоциты 17,0х10^9/л; палочкоядерные 7%; сегментоядерные 63%; лимфоциты 23%; моноциты 6%; эозинофилы 1%; СОЭ 54мм/час.

ЭГДС: на слизистой желудка выявлены множественные эрозии и мелкие кровоизлияния. Признаков продолжающегося кровотечения не выявлено

Общий анализ мочи: относительная плотность 1018, белок 0,9 г/л, глюкоза отр., лейкоциты 1-2 в поле зрения, эритроциты -50-60 в поле зрения.

Биохимический и иммунологический анализы крови: билирубин общий 16 мкмоль/л; АСТ 14 ед/л; АЛТ 23 ед/л; креатинин 75 мкмоль/л; мочевина 12 ммоль/л; общий белок 76 г/л; белковые фракции: альбумины 56%, альфа1 4,2%, альфа2 14,8%, бета 13,8%, γглобулины 25,7%. СРБ 28 ед.; ревматоидный фактор отрицательный.



Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

Задача 24.

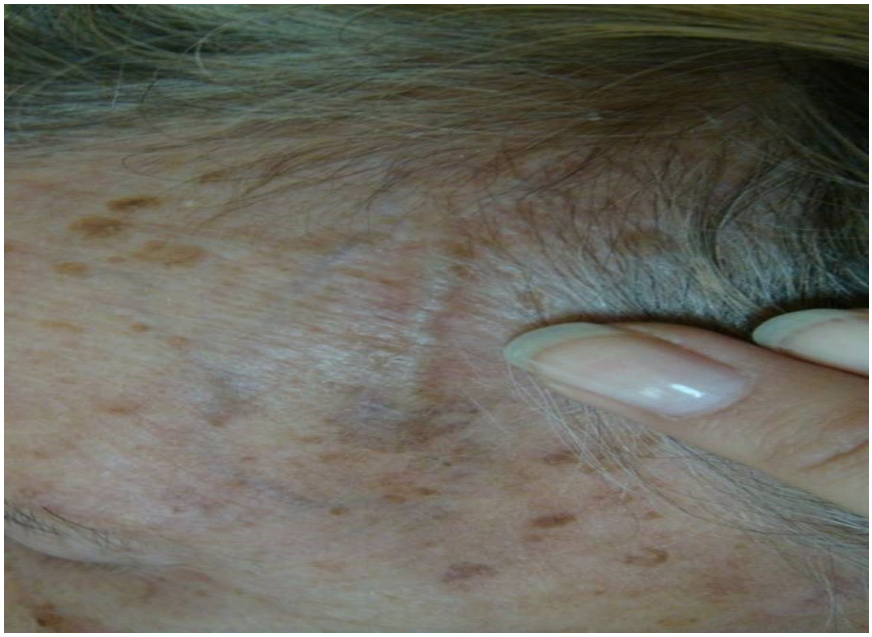
Больная П., 75 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на интенсивные головные боли пульсирующего характера в височной, теменной, нижнечелюстной областях, усиливающиеся ночью, при разговоре или жевании, повышение температуры тела до 37,8^{o}С, обильное ночное потоотделение, снижение аппетита, резкое снижение зрения, головокружение, общее недомогание.

Считает себя больной в течение 3-х лет, когда стала отмечать сильные боли и скованность в мышцах плечевого и тазобедренного пояса, повышение температуры до 38оС. Была госпитализирована в больницу по месту жительства, где на основании клинической картины, лабораторных данных (увеличение СОЭ выше 30 мм/час и СРБ 18 мг/дл) был поставлен диагноз полимиалгии и назначен преднизолон 20 мг/сут. На фоне лекарственной терапии исчезли боли. Больная принимала преднизолон в течение последующих 3-х лет, с постепенным снижением дозы препарата до 1/8 таблетки в сутки. Затем полностью отказалась от приема преднизолона в связи с улучшением состояния, что и привело к появлению вышеперечисленных жалоб.

Наследственность не отягощена. Лекарственной аллергии не отмечает. Длительное время артериальная гипертензия с максимальным подъемом до 200/100 мм.рт.ст., адаптирована к АД 140-150/ 80 мм рт.ст. Амбулаторно принимает лозартан 50 мг в сутки.

При осмотре: состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Телосложение правильное. Конституция астеническая. Пониженного питания. Кожные покровы бледной окраски. Лимфатические узлы не увеличены. Периферических отеков нет. По ходу височных артерий видны и четко пальпируются болезненные гранулемы размером до горошины (рис. 1).

Рис. 1. «Четкообразная» левая височная артерия



Пульсация на височных артериях снижена. Мышцы при пальпации безболезненны. Движение в суставах в полном объеме. ЧД 16 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца перкуторно не расширены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумы не выслушиваются. ЧСС- 100 уд/мин., АД 150/80 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот обычной формы, мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 113 г/л, эритроциты - 4.12×10^{12}/л, цветовой показатель - 0,82, лейкоциты - $12,3x10^{9}$/л, палочкоядерные - 11%, эозинофилы - 4%, сегментоядерные - 60%, базофилы -0%, лимфоциты - 22% моноциты - 3%; тромбоциты - 650×10^{9}/л, СОЭ 52 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет соломенный, прозрачность неполная, белок, глюкоза, кетоновые тела – отсутствуют, эпителий – единичные клетки в поле зрения, лейкоциты – 0-1 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок 64 г/л, мочевина 4,8 ммоль/л, глюкоза – 5,5 ммоль/л, АЛТ – 48,1 ЕД/л, АСТ – 31,4 ЕД/л, ЛДГ – 488,0 ЕД/л, ЩФ – 143 ед/л, СРБ – 48,0 мг/дл.

Протеинограмма: общий белок 64,9 г/л, альбумины 43 г/л, альфа1 – 3,5 г/л, альфа2 – 6,3 г/л, бета –9,7 г/л, гамма – 23,5 г/л.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС – 105 в 1 мин., нормальное положение электрической оси сердца, гипертрофия миокарда левого желудочка.

Флюорография легких патологии не выявила. Рентгенограмма черепа: патологии свода не выявлено. Турецкое седло не увеличено, стенки ровные.

На МРТ (рис. 2)- картина немногочисленных супра-и инфратенториальных очагов глиоза, более вероятно сосудистого генеза; единичные постишемические лакунарные кисты; не резко выраженная наружная гидроцефалия. Лейкоареоз. Деформация моста мозга основной артерией. Признаки дополнительного образования на границе левой лобной и теменной области (более вероятно участок расширенного сосуда).

МРТ:

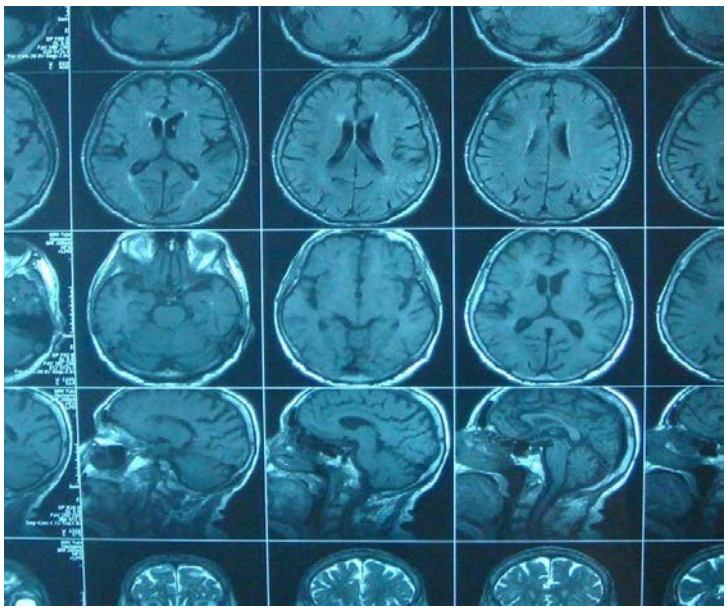


Рис. 2

Консультация окулиста: признаки передней ишемической оптической нейропатии.

Вопросы:

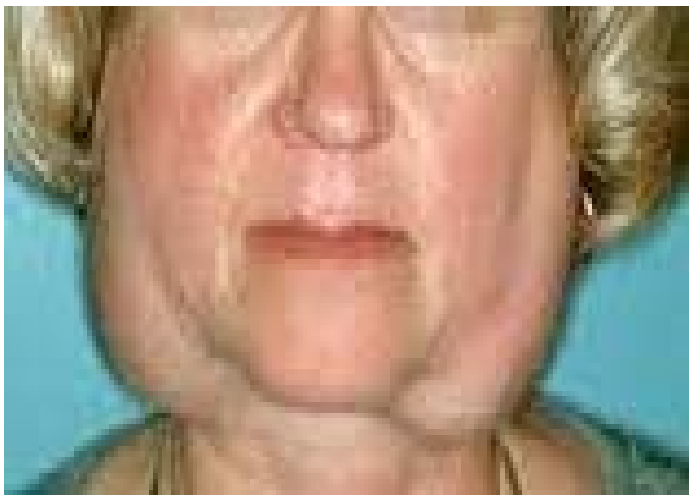
1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
2. Какие диагностические критерии этого заболевания у больной?
3. Составьте план обследования.
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Какое лечение необходимо назначить больной.

Задача 25.

Пациентка А., 67 лет, обратилась в связи с болями и периодически возникающей отёчностью суставов кистей. Решила обследоваться самостоятельно, и в результатах ревмапроб было обнаружено повышение ревматоидного фактора 868 МЕд/мл.

Пациентка эмоционально астенизирована, рассказывает, что за последние 2-3 года у неё постоянно происходят неприятности со здоровьем. Резко ухудшилось состояние зубов, постоянно беспокоит сухость во рту, однако показатели сахара в крови – в пределах нормы. Недавно проходила УЗИ брюшной полости в связи с тем, что стала отмечать тяжесть в животе слева. По данным УЗИ было выявлено значительное увеличение селезёнки (24х12 см), и пациентка получила направление к гематологу. Также, на протяжении последних нескольких месяцев пациентка отмечает послабление стула, метеоризм, присутствие в каловых массах плохо переваренных остатков пищи. Похудела на 6 кг за полгода. Пациентка жалуется, что настолько подавлена происходящими с ней изменениями, что даже не может плакать- нет слёз.

При осмотре наблюдается некоторая инъецированность конъюнктивы обоих глаз, в околоушных областях имеется небольшая припухлость. Язык сухой, обложен белым налётом, пришеечный кариес многих зубов. Признаков суставного воспаления при осмотре не выявлено. Температура тела 37,4°С. Из лабораторных данных имеется только общий анализ крови, в котором существенных изменений не отмечено. СОЭ 52 мм/час.



Вопросы:

1. Какое заболевание можно заподозрить на основании указанных изменений?
2. С помощью каких исследований можно подтвердить диагноз?
3. Какой план лечения при данном заболевании?

Задача 26.

Больной Г., 47 лет, обратился к врачу с жалобами на сильное головокружение, слабость, сердцебиение, одышку при физической нагрузке, потливость, тошноту, рвоту грязнокоричневым содержимым, диарею черного цвета. Нарастание симптомов наблюдается в последние 2 недели и пациент ассоциирует их со съеденной не свежей едой. Сразу после еды у пациента возникло чувство тяжести в эпигастральной области, а через 3-4 часа развилась обильная рвота.

При осмотре: состояние больного средней тяжести. Кожные покровы бледные, влажные. Имеются выраженные признаки ортостатических нарушений. В легких дыхание везикулярное. ЧСС 120 уд/минуту, АД 100/60 мм рт ст. Печень и селезенка не увеличены. Больной направлен в отделение реанимации.

Анализ крови: гемоглобин 45 г/л; эритроциты $3,45x10^{12}$/л; гематокрит 17%; цветовой показатель 0,56, тромбоциты $460,0x10^{9}$/л; лейкоциты $15,0x10^{9}$/л; бласты 0%, промиелоциты 0%, миелоциты 0%, метамиелоциты 0%, палочкоядерные 15%; сегментоядерные 75%; эозинофилы 0%; базофилы 0%, лимфоциты 9 %; моноциты 1%; плазматические клетки 0%. Миелограмма: клеточность костного мозга 500x1012/л, бласты 2%, гранулоцитарный ряд 43%, лимфоидный ряд 8%, моноцитарный ряд 10%, эритроидный ряд 37%.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Какое необходимо провести дообследование?
3. Каков алгоритм проведения лечения?

Задача 27.

Больной Н., 67 лет, обратился к врачу с жалобами на головокружение, слабость, сердцебиение, одышку при физической нагрузке, потливость, тошноту, Нарастание симптомов наблюдается в последние 2 года, и пациент ассоциирует их с нарастающими болевыми явлениями при дефекации, часто сопровождающимися умеренными кровотечениями.

При осмотре: состояние больного средней тяжести. Кожные покровы бледные, сухие. В легких дыхание везикулярное. ЧСС 100 уд/минуту, АД 110/60 мм рт ст. Печень и селезенка не увеличены. Больной направлен в отделение реанимации.

Анализ крови: гемоглобин 65 г/л; эритроциты $3,45x10^{12}$/л; гематокрит 25%; цветовой показатель 0,6; тромбоциты $590,0x10^{9}$/л; лейкоциты $11,0x10^{9}$/л; бласты 0%,

промиелоциты 0%, миелоциты 0%, метамиелоциты 0%, палочкоядерные 7%; сегментоядерные 63%; эозинофилы 0%; базофилы 0%, лимфоциты 30 %; моноциты 0%; плазматические клетки 0% Миелограмма: клеточность костного мозга 180х1012/л, бласты 2%, гранулоцитарный ряд 40%, лимфоидный ряд 8%, моноцитарный ряд 10%, эритроидный ряд 40%.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Какое необходимо провести дообследование?
3. Каков алгоритм проведения лечения?

Задача 28.

Больной К., 71 года, обратился к врачу с жалобами на сильное головокружение, слабость, невозможность выполнить тонкую работу пальцами, сердцебиение. Нарастание симптомов наблюдается в последние 2 месяца.

При осмотре: состояние больного тяжелое. Кожные покровы бледные, субиктеричные. Имеются выраженные нарушения ЦНС по типу мозжечковых нарушений. В легких дыхание жесткое. ЧСС 120 уд/минуту, АД 160/110 мм рт ст. Печень и селезенка не увеличены. В биохимии крови ЛДГ- 3500 ед/л. Больной направлен в отделение интенсивной неврологии.

Анализ крови: гемоглобин 71 г/л; эритроциты $1{,}10x10^{12}$/л; гематокрит 17%; цветовой показатель 1,34, тромбоциты $76{,}0x10^{9}$/л; лейкоциты $8{,}0x10^{9}$/л; бласты 0%, промиелоциты 0%, миелоциты 0%, метамиелоциты 0%, палочкоядерные 4%; сегментоядерные 75%; эозинофилы 0%; базофилы 0%, лимфоциты 20 %; моноциты 1%; плазматические клетки 0%, бласты $0x10^{9}$/л, промиелоциты $0x10^{9}$/л, миелоциты $0x10^{9}$/л, метамиелоциты $0x10^{9}$/л, палочкоядерные $0x10^{9}$/л, сегментоядерные $0{,}2x10^{9}$/л, эозинофилы $0x10^{9}$/л, базофилы $0x10^{9}$/л, лимфоциты $1{,}56x10^{9}$/л, моноциты $0{,}7x10^{9}$/л, плазматические клетки $0x10^{9}$/л, анизоцитоз +, микроцитоз -, макроцитоз +, пойкилоцитоз +, полихроматофилия +, тельца Жолли -, кольца Кебота -, нормобласты 0/100 лейкоцитов, токсическая зернистость нейтрофилов +, тени Боткина-Гумпрехта -, гиперсегментация ядер +, СОЭ 48 мм/час.

Миелограмма: клеточность костного мозга $500x10^{12}$/л, бласты 2%, гранулоцитарный ряд 43%, лимфоидный ряд 8%, моноцитарный ряд 10%, мегалобласты 56%, эритроидный ряд 37%.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Какое необходимо провести дообследование?
3. Каков алгоритм проведения лечения?

Задача 29.

Больной Н., 45 лет, обратился к врачу с жалобами на головокружение, слабость, кашель, лихорадку до 39° С. Нарастание симптомов наблюдается в последние 2 недели. Накануне поступления в клинику на коже конечностей появилась геморрагическая сыпь. При осмотре: состояние больного тяжелое. Кожные покровы бледные. На коже нижних конечностей- петехии. Выявляется гипертрофический гингивит. В нижних отделах легких слева выслушиваются влажные хрипы. ЧСС 110 уд/минуту, АД 100/70 мм рт ст.

Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: гемоглобин 45 г/л; эритроциты $1{,}7x10^{12}$/л; гематокрит 22%; цветовой показатель 0,7; тромбоциты $9{,}0x10^{9}$/л; лейкоциты $2{,}0x10^{9}$/л; бласты 0%, промиелоциты 0%, миелоциты 0%, метамиелоциты 0%, палочкоядерные 0%; сегментоядерные 13%; эозинофилы 0%; базофилы 0%, лимфоциты 80 %; моноциты 7%; плазматические клетки 0%, бласты $0x10^{9}$/л, промиелоциты $0x10^{9}$/л, миелоциты $0x10^{9}$/л, метамиелоциты $0x10^{9}$/л, палочкоядерные $0x10^{9}$/л, сегментоядерные $0{,}2x10^{9}$/л,эозинофилы $0x10^{9}$/л, базофилы

0х10^9/л, лимфоциты 1,56х10^9/л, моноциты 0,7х10^9/л, плазматические клетки 0х10^9/л, анизоцитоз +, микроцитоз -, макроцитоз +, пойкилоцитоз +, полихроматофилия +, тельца Жолли -, кольца Кебота -, нормобласты 0/100 лейкоцитов, токсическая зернистость нейтрофилов +, тени Боткина-Гумпрехта -, гиперсегментация ядер +, СОЭ 48 мм/час.

Миелограмма: клеточность костного мозга 500х10^{12}/л, бласты 63%, гранулоцитарный ряд 10%, лимфоидный ряд 7%, моноцитарный ряд 2%, эритроидный ряд 18%.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Какое необходимо провести дообследование?
3. Каков алгоритм проведения лечения?

Задача 30.

Больной И., 25 лет, обратился к врачу с жалобами на головокружение, слабость, головную боль, тошноту, рвоту, тянущие боли в задних мышцах шеи при наклоне головы вниз. Нарастание симптомов наблюдается в течение последних 3-х недель. При осмотре: состояние больного тяжелое. Кожные покровы бледные. Все периферические л/у увеличены. Л/у размера до 2 см, слегка болезненные, подвижные. ЧСС 110 уд/минуту, АД 160/100 мм рт ст. Печень и селезенка не увеличены. Выявлены признаки раздражения спиномозговых оболочек.

Анализ крови: гемоглобин 98 г/л; эритроциты 2,7х10^{12}/л; гематокрит 34%; цветовой показатель 0,9; тромбоциты 21,0х10^9/л; лейкоциты 110,0х10^9/л; бласты 90%, промиелоциты 0%, миелоциты 0%, метамиелоциты 0%, палочкоядерные 0%; сегментоядерные 8%; эозинофилы 0%; базофилы 0%, лимфоциты 2 %; моноциты 0%; плазматические клетки 0%, бласты 100х10^9/л, промиелоциты 0х10^9/л, миелоциты 0х10^9/л, метамиелоциты 0х10^9/л, палочкоядерные 0х10^9/л, сегментоядерные 8х10^9/л, эозинофилы 0х10^9/л, базофилы 0х10^9/л, лимфоциты 2х10^9/л, моноциты 0х10^9/л, плазматические клетки 0х10^9/л, анизоцитоз +, микроцитоз -, макроцитоз +, пойкилоцитоз +, полихроматофилия +, тельца Жолли -, кольца Кебота -, нормобласты 0/100 лейкоцитов, токсическая зернистость нейтрофилов +, тени Боткина-Гумпрехта -, гиперсегментация ядер +, СОЭ 60 мм/час.

Миелограмма: клеточность костного мозга 500х10^{12}/л, бласты 92%, гранулоцитарный ряд 2%, лимфоидный ряд 2%, моноцитарный ряд 2%, эритроидный ряд 2%.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Какое необходимо провести дообследование?
3. Каков алгоритм проведения лечения?

Задача 31.

Больная Л., 66 лет, считает себя больной около 3 лет, когда появилась и наросла слабость. Из анамнеза известно, что у больной имеется ишемическая болезнь сердца.

При осмотре – состояние средней тяжести. Все периферические лимфоузлы увеличены до 2-3 см в диаметре, мягкой тестоватой консистенции. Селезенка увеличена и выступает на 3 см из-под края реберной дуги. Печень не увеличена.

По данным УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, диффузно неоднородна. Воротная вена 12 мм. Селезенка увеличена, 16х10см, однородная, селезеночная вена 6 мм. Другой патологии не выявлено.

Анализ крови: гемоглобин 88 г/л, эритроциты 2,70 х10^{12}/л, гематокрит 30 %, цветовой показатель 0,8, тромбоциты 110,0 х 10^9/л, лейкоциты 120,0х10^9/л, гранулоциты 2%, лимфотциты 98%, моноциты 0%.

Миелограмма: клеточность костного мозга 140х10^{12}/л, бласты 2%, гранулоцитарный ряд 12%, лимфоидный ряд 60%, моноцитарный ряд 2%, эритроидный

ряд 24%.

Биохимия крови: общий белок 64 г/л, альбумин 36 г/л, мочевина 6 ммоль/л, креатинин 77 мкмоль/л, ЛДГ 560 ЕД/л, щелочная фосфатаза 320 ЕД/л, АЛТ 54 ЕД/л, ГГТП 160 ЕД/л.

В трепанобиопсии костного мозга в межбалочном пространстве обнаружено инфильтрация мелких лимфоидных элементов.

Проведена ИГХ: все лимфоидные клетки тотально экспрессируют маркеры CD 19 +, CD 20+, CD 5+

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Какое необходимо провести дообследование?
3. Каков алгоритм проведения лечения?

Задача 32.

Больная К., 56 лет, считает себя больной около года, когда появилась и наросла слабость. Из анамнеза известно, что у больной около 15 лет выявляются маркеры вируса гепатита С. При осмотре – состояние средней тяжести. Все периферические лимфоузлы не увеличены. Селезенка увеличена и выступает на 5 см из-под края реберной дуги. Печень не увеличена. По данным УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, диффузно неоднородна. Воротная вена 12 мм. Селезенка увеличена, 16х10см, однородная, селезеночная вена - 6 мм. Другой патологии не выявлено.

Анализ крови: гемоглобин 88 г/л, эритроциты 2,70 $x10^{12}$/л, гематокрит 30 %, цветовой показатель 0,8, тромбоциты 110,0 $x\ 10^{9}$/л, лейкоциты $8.0x10^{9}$/л.

Миелограмма: клеточность костного мозга $140x10^{12}$/л, бласты 2%, гранулоцитарный ряд 42%, лимфоидный ряд 20%, моноцитарный ряд 8%, эритроидный ряд 27%.

Биохимия крови: общий белок 64 г/л, альбумин 36 г/л, мочевина 6 ммоль/л, креатинин 77 мкмоль/л, ЛДГ 560 ЕД/л, щелочная фосфатаза 320 ЕД/л, АЛТ 54 ЕД/л, ГГТП 160 ЕД/л.

В трепанобиопсии костного мозга в межбалочном пространстве обнаружено пластообразное разрастание мелких лимфоидных элементов со способностью формировать лимфоидные фоликулы.

Проведена ИГХ: все лимфоидные клетки тотально экспрессируют маркеры CD 19 +, CD 20+

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Стадия заболевания?
3. Какой комплекс обследования необходимо провести больному?
4. Каков алгоритм проведения лечения?

Задача 33.

Больная А., 35 лет, считает себя больной около 2х месяцев, когда появилась и наросла слабость, стал появляться отек головы при ее опускании вниз.

При осмотре – состояние средней тяжести. На передней грудной стенке в верхней трети с переходом на шею у больной имеется выраженная расширенная венозная сеть по типу «головы медузы». Все периферические лимфоузлы не увеличены, кроме шейных, которые невозможно пропальпировать из-за выраженного отека. Яремные вены с обеих сторон резко расширены. Селезенка выступает на 1см из-под края реберной дуги, печень – на 3см. По данным КТ- томографии в переднем верхнем средостении располагается опухолевый конгломерат размерами 8х10 см с врастанием в верхнюю полую вену с образованием массивных тромботических масс во всей системе верхней полой вены.

Анализ крови: гемоглобин 140 г/л, эритроциты 3,70 $x10^{12}$/л, гематокрит 35 %,

цветовой показатель 1, тромбоциты 210,0 х 10^9/л, лейкоциты 15.0х10^9/л.

Миелограмма: клеточность костного мозга 250х1012/л, бласты 2%, гранулоцитарный ряд 42%, лимфоидный ряд 20%, моноцитарный ряд 8%, эритроидный ряд 27%.

Биохимия крови: общий белок 64 г/л, альбумин 36 г/л, мочевина 6 ммоль/л, креатинин 77 мкмоль/л, ЛДГ 2060 ЕД/л, щелочная фосфатаза 320 ЕД/л, АЛТ 54 ЕД/л, ГГТП 120 ЕД/л.

В трепанобиопсии костного мозга присутствуют все ростки гемопоэза.

Проведена биопсия опухоли переднего верхнего средостения: в лимфоузле имеется разрастание крупноклекточной лимфомы со стиранием рисунка лимфатического узла.

Проведена ИГХ: все лимфоидные клетки тотально экспрессируют маркеры CD 20 +, CD 30+

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Стадия заболевания?
3. Какой комплекс обследования необходимо провести больному?
4. Каков алгоритм проведения лечения?
5. Экстренные лечебные мероприятия?

Задача 34.

Больная Е., 16 лет, считает себя больной около года, когда регулярно стали появляться ночные проливные поты. Около 8 месяцев назад появились приступы лихорадки до 38-39 °С. Около 2х недель назад у больной появился сухой кашель.

Объективно: состояние средней тяжести. При осмотре обнаружено увеличение всех групп лимфоузлов «каменной» плотности, мало смещаемые по отношению к окружающим тканям. Селезенка увеличена и выступает на 2 см из-под края реберной дуги.

Анализ крови: гемоглобин 87 г/л, эритроциты 2,70 х10^{12}/л, гематокрит 30 %, цветовой показатель 0,8, тромбоциты 210,0 х 10^9/л, лейкоциты 8.0х10^9/л, бласты 0%, промиелоциты 0%, миелоциты 0 %, метамиелоциты 0%, палочкоядерные 10 %, сегментоядерные 70%, эозинофилы 0%, базофилы 0%, лимфоциты 20%, моноциты 0%, плазматические клетки 0%, бласты 0х10^9/л, промиелоциты 0х 10^9/л, миелоциты 0х10^9/л, СОЭ 60 мм/час.

Миелограмма: клеточность костного мозга 140х10^{12}/л, бласты 2%, гранулоцитарный ряд 42%, лимфоидный ряд 20%, моноцитарный ряд 8%, эритроидный ряд 27%.

Биохимия крови: общий белок 64 г/л, альбумин 30 г/л, мочевина 6 ммоль/л, креатинин 77 мкмоль/л, ЛДГ 460 ЕД/л, щелочная фосфатаза 320 ЕД/л, АЛТ 34 ЕД/л, ГГТП 560 ЕД/л.

В трепанобиопсии костного мозга в межбалочном пространстве обнаружены крупные многоядерные клетки, подозрительные на клетки Рид-Штернбернга.

Проведена ИГХ: все атипичные клетки экспрессируют маркеры CD 15 +, CD 30+

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Стадия заболевания.
3. Какой комплекс обследований необходимо провести больному?
4. Каков алгоритм проведения лечения?

Задача 35.

Больная Ж., 33 лет, жалоб активно не предъявляет, считает себя здоровым человеком, занимается спортом.

При плановом медицинском обследовании в клиническом анализе крови выявлен

лейкоцитоз, тромбоцитоз: гемоглобин 123 г/л; эритроциты 4,6х10^{12} /л; гематокрит 43%; цветовой показатель 1,0; тромбоциты 860,0х10^{9}/л; лейкоциты 17,8х10^{9}/л; палочкоядерные 5%; сегментоядерные 63%; эозинофилы 8%; базофилы 6%; лимфоциты 16 %; моноциты 2%; СОЭ 10 мм/час.

Объективно: кожные покровы нормального цвета, геморрагического синдрома нет.

Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет.

Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД 120/70 мм рт. ст. ЧСС 70 в минуту.

Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Селезенка +2 см.

Вопросы:

1. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Назначьте дополнительные исследования.
3. Определите тактику ведения больного.

Задача 36.

Больной У., 40 лет, обратился в поликлинику по поводу простудного заболевания.

В клиническом анализе крови выявлен лейкоцитоз, гипохромная микроцитарная анемия: гемоглобин 105 г/л; эритроциты 5,4х10^{12}/л; гематокрит 23%; цветовой показатель 0,7; тромбоциты 450,0х10^{9}/л; лейкоциты 47,9х10^{9}/л; палочкоядерные 11%; сегментоядерные 72%; эозинофилы 5%; базофилы 6%; лимфоциты 5 %; моноциты 1%; СОЭ 15 мм/час.

Объективно: кожные покровы нормального цвета, геморрагического синдрома нет.

Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет.

Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД 120/70 мм рт.ст. ЧСС 70 в минуту.

Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см.

Селезенка +7 см.

При дополнительном обследовании: BCR/ABL p210 – 67%, СЦИ выявило t (9;22) в 100% метафаз. Назначена терапия ИТКI. Переносит терапию неудовлетворительно – тошнота, рвота, отеки.

Контрольное обследование через 3 месяца терапии: полный гематологический ответ, минимальный цитогенетический ответ (Ph-хромосома выявлена в 60% метафаз), отсутствие молекулярного ответа (BCR/ABL p210 – 30%)

Вопросы:

1. Диагноз заболевания?
2. Назначьте дополнительные исследования.
3. Определите тактику ведения больного.

Задача 37.

Больная Д., 55 лет, жалуется на общую слабость, колющие боли в области сердца, возникающие при физической нагрузке и при повышении артериального давления, отеки голеностопных суставов, боль в области больших пальцев ног.

В течение 10 лет отмечает повышение АД до 180/100 мм рт.ст. Регулярно принимает эналаприл 4 мг в сутки. В течение последнего года беспокоит кожный зуд, жжение кожи после душа.

Объективно: гиперемия лица, ладоней, слизистой ротовой полости, инъецированность склер. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД 160/100 мм рт. ст. ЧСС 66 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края

реберной дуги на 1 см. Селезенка +5 см.

Клинический анализ крови: гемоглобин 180 г/л; эритроциты 6,2х10^{12}/л; гематокрит 54%; цветовой показатель 1,0; ретикулоциты 2‰; тромбоциты 560,0х10^{9}/л; лейкоциты 13,8х10^{9}/л; палочкоядерные 5%; сегментоядерные 68%; эозинофилы 2%; базофилы 1%; лимфоциты 22 %; моноциты 2%; СОЭ 1 мм/час.

Вопросы:

1. Проведите дифференциальную диагностику.
2. Назначьте дополнительные исследования.
3. Определите тактику ведения больного.

Задача 38.

Больной Т., 60 лет, работает слесарем-сварщиком. Ежегодно проходит мед.осмотр. В течение последних 10 лет в клиническом анализе крови отмечается умеренный тромбоцитоз: 480 тыс, с тенденцией к нарастанию до 900 в динамике; умеренная спленомегалия: +3 см.

В течение последнего года беспокоит общая слабость, головокружение, боли в левом подреберье, потливость, похудел на 6 кг без видимых причин, субфебрилитет. Постоянно медикаментозную терапию не получает.

Объективно: кожные покровы и слизистые бледные. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД 110/70 мм рт. ст. ЧСС 80 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см. Селезенка: нижний край селезенки пальпируется уровне гребня подвздошной кости.

Клинический анализ крови: гемоглобин 80 г/л; эритроциты 2,8х10^{12}/л; гематокрит 20%; цветовой показатель 0,6; тромбоциты 430,0х10^{9}/л; лейкоциты 8,7х10^{9}/л; бласты 1%, миелоциты 2%, метамиелоциты 3%, палочкоядерные 11%; сегментоядерные 78%; эозинофилы 1%; базофилы 1%; лимфоциты 30 %; моноциты 3%; СОЭ 5 мм/час.

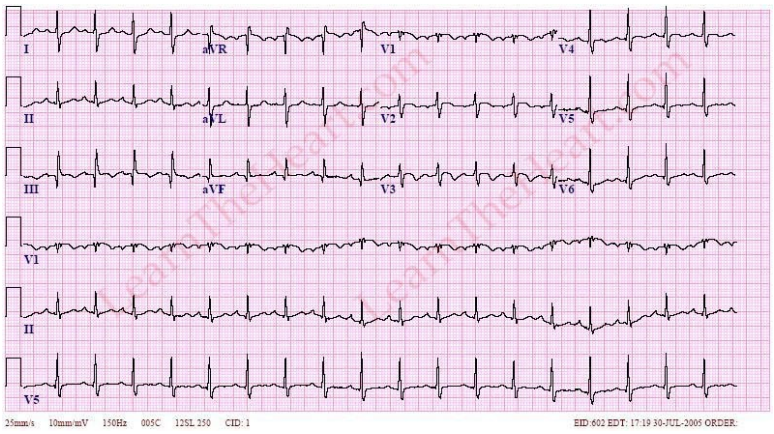
Вопросы:

1. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Назначьте дополнительные исследования.
3. Определите тактику ведения больного.

Задача 39.

Больная К., 56 лет, заболела внезапно. Дома случился коллапс, была вызвана БСМП. Со слов родственников, до этого случая была здорова, в анамнезе нет тяжелых заболеваний. При осмотре состояние тяжелое. Дыхательные пути свободные, дыхание проводится во все отделы, хрипов нет, ЧД 20 в мин. Тоны сердца приглушены, АД 60/36 мм рт ст, ЧСС – 140 уд. в мин. По шкале Глазго 11 баллов. SpO2 – 74%.

Бригадой СМП снята ЭКГ:



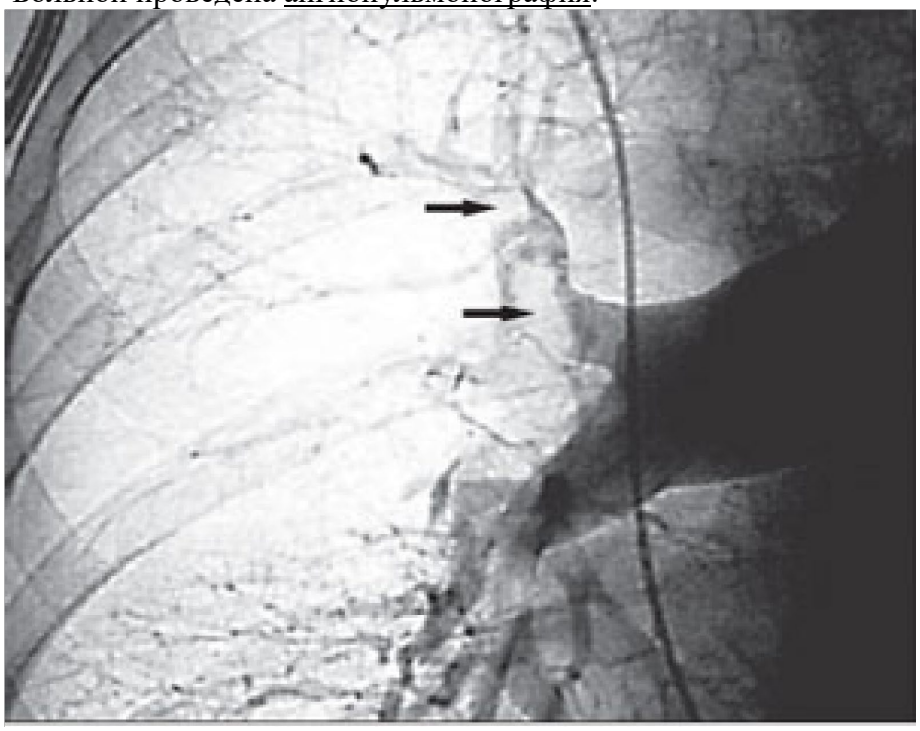
Установлен периферический венозный катетер, начата инфузия р-ра хлорида натрия 0,9% - 1 литр, оксигенотерапия 35% кислородом потоком 15 л/мин.

На фоне лечения: ЧД – 20 в мин, АД 90/60 мм рт ст, ЧСС – 125 в мин., SpO2 – 86%. По шкале Глазго 14 баллов. Доставлена в стационар.

При обследовании в стационаре:

В легких дыхание жесткое, хрипов нет, ЧД – 20 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС – 126 уд. в мин. Давление в яремной вене повышено до + 10 см вод. ст. Живот мягкий, безболезненный. Со стороны нервной системы без особенностей. На ЭХОКГ: увеличение правых отделов сердца, признаки легочной гипертензии. На рентгенограмме грудной клетки легочные поля чистые. D – димеры: 1,8 мг/л, тропонин Т: 0,6 нг/мл. Газы артериальной крови: pH- 7,36, paO2 - 7,4 кПа, paCO2 - 4,5 кПа, HCO3- - 23 ммоль/л.

Больной проведена ангиопульмонография:



Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. Интерпретируйте результаты физикального осмотра, ЭКГ, ЭХОКГ, пульсоксиметрии, ангиографии, показателей крови.
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
4. Основные подходы к лечению данной патологии.
5. Прогноз и терапия на этапе амбулаторного лечения

Задача 40.

Пациент В., 19 лет. Обратился к врачу с жалобами на ощущение стесненности в груди и одышку в течение 6 недель. Преимущественно вышеперечисленные жалобы возникают, когда он бегает или входит в пыльную комнату. Его также беспокоит кашель и удушье, от которых он просыпается по ночам, хотя мокрота не откашливается. Кашель и удушье проходят самостоятельно. Он спортсмен, готовится к ответственным соревнованиям и эти симптомы мешают тренировкам.

При дальнейшем опросе выяснилось, что в начальной школе он пользовался ингалятором. В детстве у него была экзема и сенная лихорадка. Пациент не курит, домашних животных не держит. У матери бронхиальная астма.

При осмотре состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тоны сердца ясные,

ритм правильный, АД 120/70 мм рт.ст., ЧСС – 64 в мин. В легких дыхание проводится во все отделы, с жестковатым оттенком, во всех отделах выслушиваются сухие свистящие хрипы, ЧД – 18 в мин. Живот мягкий без болезненный. Неврологических нарушений не выявлено.

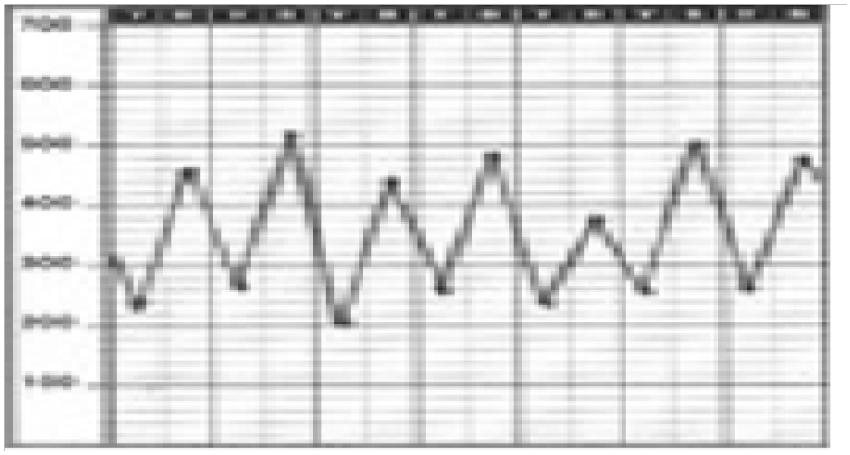
Результаты обследования:

На рентгенограмме грудной клетки без особенностей.

Анализ крови: гемоглобин 14,6 г/дл, лейкоциты $6{,}8\times10^9$/л, тромбоциты 230×10^9/л нейтрофилы $5{,}2\times10^9$/л, эозинофилы 1×10^9/л, сывороточный IgE 220 кЕд/л.

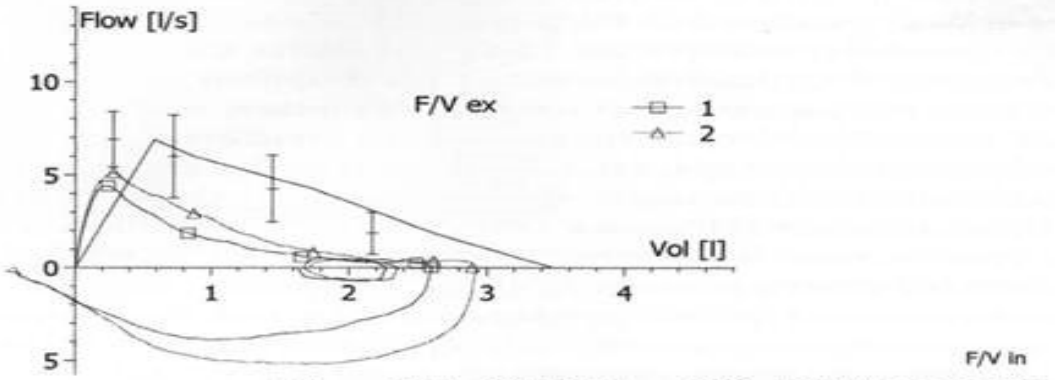
Выявлены положительные кожные скарификационные тесты на домашнюю пыль и пыльцу растений.

Мониторирование ПСВ в домашних условиях:



Самое высокое значение 480 л/мин, самое низкое 360 л/мин. Процент вариабельности 25%.

Спирометрия с бронходилатационным тестом:



F/V in

	rred	Act1	%Act1/Pred	Act2	%Act2/Pred	%Act2/1
VC MAX	3.56	3.32	93.0	3.61	101.2	108.8
IC	2.46	2.25	91.6	2.36	95.9	104.7
ERV	1.11	1.07	96.2	1.13	101.8	105.8
FVC	3.49	2.59	74.4	2.89	83.0	111.5
FEV 1	3.01	1.67	55.3	2.00	66.3	119.9
FEV1%M	81.31	50.21	61.8	55.35	68.1	110.2
PEF	6.90	4.41	64.0	5.11	74.1	115.8
FEF 25	5.98	1.84	30.7	2.92	48.7	158.4
FEF 50	4.25	0.58	13.6	0.84	19.7	144.5
FEF 75	1.85	0.24	13.0	0.37	19.8	152.9
MVV	108.67					
FEV1%F		64.19		69.05		107.6

Вопросы:

1. Установите диагноз (в соответствии с международными и отечественными рекомендациями).
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
3. Интерпретируйте показатели исследований.
4. Назовите основные причины заболевания и факторы, провоцирующие обострение.
5. Назовите основные принципы лечения данной патологии (в соответствии с

международными и отечественными рекомендациями).

6. Назовите основные группы препаратов, их комбинации и формы доставки при данной патологии. Немедикаментозное лечение.

7. Прогноз и ведение данной группы пациентов амбулаторно.

Задача 41.

Больная К., 35 лет, обратилась к врачу в связи с участившимися приступами удушья и сухим кашлем. Удушье сопровождается свистящим дыханием и дистанционными сухими свистящими хрипами. Мать пациентки страдает бронхиальной астмой и атопическим дерматитом. Сама пациентка болеет с детства (с 7 лет), когда впервые возникли приступы удушья после укуса пчелы. Не постоянно, в периоды обострения болезни, принимала по потребности ингаляционные аэрозоли сальбутамола или беротека. В возрасте 15 лет была обследована у аллерголога, у больной была выявлена аллергическая гиперчувствительность к пыльце растений (ольха, береза, полынь), домашней пыли, пчелиному меду, некоторым фруктам (цитрусовые), рыбе. Дважды в течение жизни были явления отека Квинке. В связи с имеющейся полипозной риносинусопатией и аллергическим риноконъюнктивитом была сделана полипотомия и конхотомия. В возрасте 16 лет пациентке проведен курс АСИТ, после чего на 15 лет приступы затрудненного дыхания прекратились. После рождения ребенка в возрасте 31 года приступы удушья возобновились по 1-2 раза в неделю, а последние дни — до 6-8 раз в сутки, чаще в ночные часы (купирует сальбутамолом).

При осмотре – состояние ближе к удовлетворительному. Кожные покровы обычной окраски, небольшая одутловатость лица, ринорея, тремор пальцев рук. Дыхание через нос затруднено, голосовая фонация изменена (осиплость голоса). Зев не гиперемирован, глотание не затруднено. ЧД 20 в 1 мин, SpO2-98%, ЧСС-104 уд/мин., АД 115/85 мм рт.ст. Грудная клетка эмфизематозна. Перкуторно – над легкими звук с коробочным оттенком. При аускультации в легких дыхание с жестким компонентом, удлиненной фазой выдоха.

Выслушиваются рассеянные сухие свистящие и жужжащие хрипы с обеих сторон. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент 2-го тона над легочной артерией, тахикардия.

Спирометрический бронходилятационный тест: ОФВ1 (исходно) - 28% должн., через 20 минут после ингаляции 2-х доз сальбутамола ОФВ1 - 73% к должн. (ΔОФВ1-45%), что указывает на обратимость бронхиальной обструкции.

В анализе крови – эозинофилы — 23%, IgE сыворотки крови >150 МЕ.

Вопросы:

1. Ваша диагностическая концепция для данной пациентки?
2. Ведущие синдромы болезни?
3. Дифференциальный диагноз?
4. Тактика лечения с учетом проведения «базисной» терапии?

Задача 42.

Больной Т.,32 лет, доставлен в стационар в тяжелом состоянии с затянувшимся приступом удушья. Со слов родственников, с 16 лет страдает бронхиальной астмой. В начале заболевания приступы удушья, как правило, развивались в весенне-летний период. При аллергологическом обследовании была выявлена положительная реакция на аллергены деревьев (береза, ольха, тополь), злаковых (тимофеевка, овсяница, гречиха) и сорных трав (полынь, амброзия, крапива, пижма). В возрасте 28 лет перенес бронхопневмонию, после чего течение основного заболевания стало более тяжелым. Исчезла выраженная сезонность обострений болезни, приступы удушья стали более продолжительными и тяжелыми. Больной постоянно ингалировал сальметерол и бекодид. Примерно неделю назад после переохлаждения у больного повысилась температура до 38,5 градусов, появился сухой кашель и ринит. Лечился самостоятельно

жаропонижающими препаратами и отхаркивающими средствами. На этом фоне возобновились приступы удушья. В ночь перед госпитализацией у пациента развился приступ удушья, не купировавшийся повторными ингаляциями сальбутамола (всего произвел 20 ингаляций в течение 10 часов). Бригадой СМП был введен эуфиллин и преднизолон, после чего пациент доставлен в клинику.

При осмотре состояние тяжелое, возбужден. Положение вынужденное – сидит в постели, опираясь на руки. Кожные покровы влажные, диффузный цианоз.

Дыхание шумное с удлиненным выдохом, на расстоянии слышны свистящие хрипы. Частота дыхания 22 в минуту. Грудная клетка симметрична, бочкообразной формы. Прекуторный звук коробочный. Дыхание резко ослабленное везикулярное, над нижними отделами легких участки над которыми дыхание не проводится. Выслушивается небольшое количество сухих свистящих хрипов. Границы сердца в норме. Тоны сердца глухие, ритм неправильный, ЧСС -112 в минуту, экстрасистолы 7-8 в минуту. АД - 100/60 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см. перкуторные размеры её по Курлову 9*8*7 см. Периферических отеков нет.

Клинический анализ крови: гемоглобин-140 г/л. эритроциты-5,2х1012/л, лейкоциты – $9,2х10^9$, п/я-6%, с/я 62%, э.-6%, м.- 2%, л-24%. СОЭ-28 мм/ч.

Биохимический анализ крови: фибриноген-5 г/л.(норма 2-3,5), СРБ – 12 мг/л (норма 05,0мг/л).

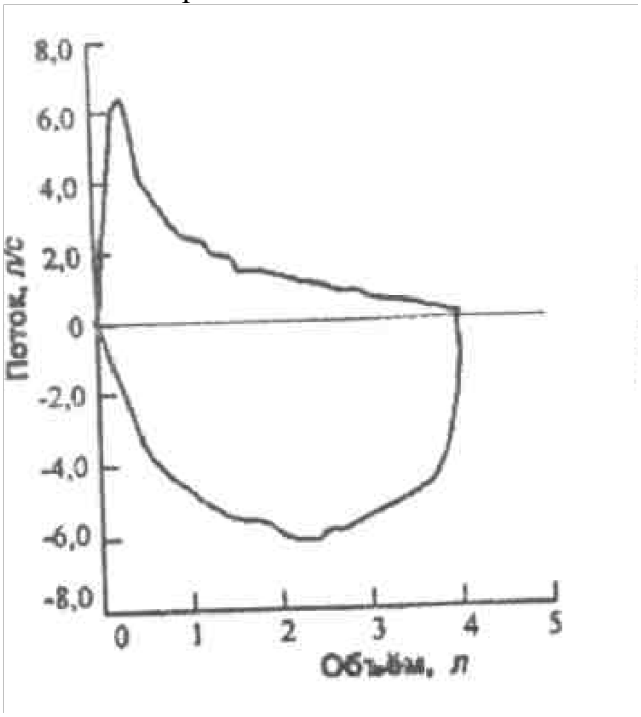
Иммунологическое исследование: в мокроте и крови обнаружено высокое содержание IgE. Анализ мокроты: мокрота вязкая стекловидная, лейкоциты -20/100 - 30/100 клеток; эритроциты - abs; эозинофилы >30/100 клеток; эпителиальные клетки > 10/100 клеток. Спирали Куршмана+; кристаллы Шарко-Лейдена ++.

Рентгенография грудной клетки: легочные поля повышенной прозрачности, без очаговых и инфильтративных теней, легочный рисунок избыточен, деформирован, корни структурны. Диафрагма опущена. Синусы свободны. ФВД проведена через неделю после госпитализации: ЖЕЛ -70%; ОФВ1 - 55%, индекс Тиффно - 60%. Проба с беротеком положительная - прирост показателя после ингаляции 30%.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный, единичные желудочковые экстрасистолы. Признаки систолической перегрузки правых отделов сердца.

КОР: pH - 7,33; PaO2 - 65 мм рт.ст; PaCO2 - 48 мм рт.ст; BE - (-) 3,5; SB – 17.

Пневмотахограмма



Вопросы:

1. Выделите основные синдромы у пациента и оцените степень тяжести его состояния.

2. Какие заболевания могут сопровождаться подобной клинической картиной?

3. Достаточно ли представленных данных обследований для окончательного диагноза?

4. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить, и с какой целью?

5. Какова лечебная тактика ведения данного пациента?

Задача 43.

Больной К.,54 лет, поступил в стационар с жалобами на кашель со слизисто-гнойной мокротой, экспираторную одышку при незначительной физической нагрузке, слабость, повышенное потоотделение, лихорадку до 38^{o}С. Курит с 16 лет по 25 - 30 сигарет в сутки. Кашель с мокротой беспокоит пациента в течение 15-20 лет. В течение последних 10 лет стал значительно чаще болеть ОРВИ, трижды лечился стационарно по поводу пневмоний. За последние несколько лет изменился характер мокроты - появилась гнойная мокрота в большем, чем прежде количестве. Около 5 лет назад впервые отметил появление одышки при быстрой ходьбе, в последующие годы интенсивность одышки увеличилась, снизилась толерантность к физической нагрузке. В настоящее время не работает. Ранее работал на лакокрасочном комбинате.

Неделю назад после переохлаждения у пациента повысилась температура до 38^{o}С, усилился кашель, увеличилось количество мокроты. Амбулаторно получал ампиокс, однако самочувствие существенно не улучшалось, сохранялся субфебрилитет, усилилась одышка. Госпитализирован в связи с неэффективностью лечения.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожа чистая, умеренный диффузный цианоз. ЧД 18 в минуту. Грудная клетка симметрична, расширена в переднезаднем направлении, эластичность ее снижена. Прекуторный звук с коробочным оттенком, участков притупления его не обнаружено. При аускультации дыхание ослаблено, над всей поверхностью легких выслушиваются разнокалиберные сухие хрипы. В нижних отделах легких с обеих сторон небольшое количество мелкопузырчатых влажных хрипов. Сердце - правая граница на 1,5 см вправо от правого края грудины, верхняя в III межреберье по lin. parasternalis sinistra, левая граница по lin. mediaclavicularis sinistra. Тоны сердца приглушены, ритм сердечных сокращений правильный, частота - 92 в минуту. АД - 140/80 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень пальпируется на 2 см ниже края реберной дуги, её перкуторные размеры по Курлову 9*8*7 см. Периферических отеков нет.

Клинический анализ крови: гемоглобин -150 г/л. Эритроциты-5,27х10^{12}/л, лейкоциты 9,2х10^{9}/л, п/я - 7%, с/я -52%, э.-3%, м.- 3%, л-31%. СОЭ-24 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок-80 г/л (норма 60-85), фибриноген-9 г/л (норма 2-3,5), холестерин-6,0 мкмоль/л (норма 3,5-5,5), СРБ – 15 мг/л (норма 05,0мг/л).

Анализ мокроты: консистенция - вязкая; характер - гнойный; лейкоциты -60/100 - 70/100 клеток; эритроциты - abs; эпителиальные клетки > 10/100 клеток.

Посев мокроты на флору: получен рост Streptococcus pneumonia 10*3; Staphylococcus aureus 10*4; Hemophylus influenza 10*6 Moraxella cataralis 10*6.

Рентгенография грудной клетки:



ФВД: ЖЕЛ -70%; ОФВ1 - 65%, индекс Тиффно - 60%. ПСВ - 66%. Проба с беротеком - прирост показателя после ингаляции <10 %.

КОР: pH - 7,35 (норма 7,45-7,35); PaO2 - 75 мм рт ст; PaCO2 - 46 мм рт ст; BE - (-) 3, (норма +,- 2,7); SB - 18 (норма 20 +,- 1)

ЭКГ: Ритм синусовый, правильный. Синусовая тахикардия. Ось отклонена вправо, Р готической формы в отведениях II,III,aVF,V1-V3, амплитуда его в этих отведениях 3 мм. Амплитуда RV1>7мм, RV1/SV1 > 1, RaVR > 4мм > QaVR. Депрессия сегмента ST во II,III, aVF и правых грудных отведениях.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы у пациента и оцените степень тяжести его состояния?
2. Какие заболевания могут сопровождаться подобной клинической картиной?
3. Достаточно ли представленных данных обследований для окончательного диагноза?
4. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить, и с какой целью?
5. Какова лечебная тактика ведения данного пациента?

Задача 44.

Пациентка Б., 78 лет, поступила в травматологическое отделение с диагнозом «чрезвертельный перелом правой бедренной кости». Пациентке в экстренном порядке выполнен остеосинтез штифтом. После операции пациентка была доставлена в отделение реанимации и интенсивной терапии. В ОАК было отмечено снижение уровня гемоглобина до 60 г/л (цветовой показатель 0,81 ед). На фоне трансфузии эритроцитарной массы отмечено повышение уровня Гемоглобина до 98 г/л. Через 4 суток после стабилизации состояния больная переведена в травматологическое отделение.

Спустя неделю от начала госпитализации отмечено повышение температуры тела до 38,5° С, пациентка отметила появление кашля без отделения мокроты.

Выполнена рентгенография органов грудной клетки: (в прямой проекции) в нижних отделах справа, ближе к синусу определяется участок уплотнения лёгочной ткани с неровными нечёткми контурами за счёт инфильтрации. На остальном протяжении легочные поля без очаговых и инфильтративных теней. Легочный рисунок усилен по смешанному типу, преимущественно в базальных отделах, деформирован за счет пневмосклероза. Корни легких уплотнены, тяжистые, не расширены, структура их сохранена. Диафрагма обычно расположена. Синусы слева прослеживаются. Тень сердца

расширена влево. Аорта уплотнена.

Анализ крови: концентрация гемоглобина 101 г/л, количество эритроцитов 4.81x10^12/л. Гематокрит (HCT) 38.8%, средний объём эритроцитов 80.7 фл, среднее содержание гемоглобина 28,3 пг, средняя концентрация гемоглобина 351 г/л, ширина распределения 18,1 %, количество тромбоцитов 271x10^9/л, средний объём тромбоцитов 8,4 фл, тромбокрит 0.22 %. Количество лейкоциты 16,10x10^9/л, лимфоциты 12,1%, моноциты 0,8%, гранулоциты 87,10 %, лимфоциты 2.00x10^9/л, моноциты 0,1x10^9/л, гранулоциты 14.00x10^9/л, цветовой показатель 0.80.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Дополнительные методы обследования?
3. Тактика лечения пациентки?

Задача 45.

Больной М., 52 лет, работал слесарем, в настоящее время не работает, БОМЖ, злоупотребляет алкоголем. Заболел неделю назад – после переохлаждения появились недомогание, лихорадка до 38°С, головные боли, миалгии, сухой кашель. Через 2 дня на фоне приема жаропонижающих средств температура снизилась до субфебрильной, появились боли в правой половине грудной клетки при кашле и дыхании, на следующий день боли исчезли, однако появилась нарастающая одышка.

При обращении к врачу – состояние удовлетворительное. Температура тела 36,8°С. Кожные покровы обычной окраски, влажные. ЧД – 24 в 1 мин, ортопноэ нет. Правая половина грудной клетки несколько отстает при дыхании. Перкуторный звук справа ниже угла лопатки укорочен, здесь же проведение дыхания ослаблено. Над остальными отделами дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумов нет, ЧСС 96 уд. в мин. АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень и селезенка не пальпируются. Периферических отеков нет.

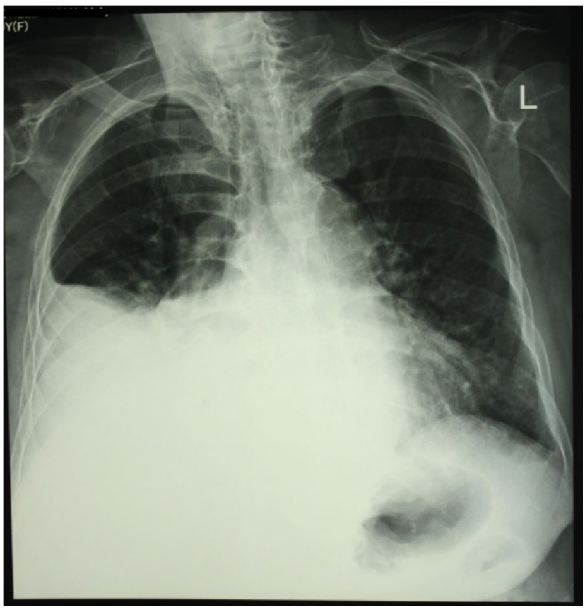
Анализ крови: гемоглобин – 128 г/л, эритроциты – $3{,}5x10^{12}$/л, тромбоциты – $386x10^{9}$/л, лейкоциты – $8.9x10^{9}$/л (п – 6%, с – 74%, л – 18%, м – 2%), СОЭ – 42 мм/час.

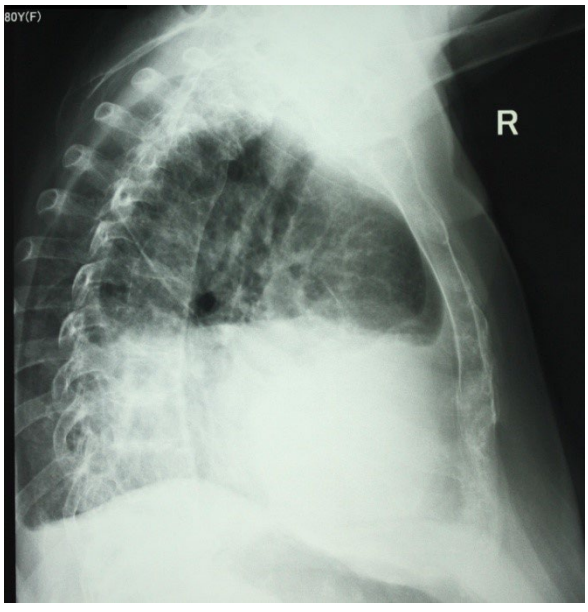
Анализ мочи без особенностей.

Общий белок – 74 г/л, билирубин общий– 23.8 (прямой – 5.2) мкмоль/л, АСТ – 36 ед/л, АЛТ – 38 ед/л, ГГТ – 92 ед/л, мочевина – 7.4 ммоль/л, креатинин – 96 мкмоль/л, СРБ - ++++.

ЭКГ – без признаков патологии.

Рентгенография грудной клетки:





Вопросы:

1. Выделите основные синдромы, имеющиеся у больного.
2. Выстройте дифференциально-диагностический ряд. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте план дополнительных диагностических мероприятий.
4. Сформулируйте клинический диагноз.
5. Назначьте лечение.

Задача 46.

Больного Ж., 18 лет, в течение 3 дней беспокоит боль при глотании, изжога. Регургитация, снижение массы тела, боль в грудной клетке отсутствуют. Известно, что более 2-х месяцев принимал ибупрофен по поводу выраженной боли в локтевом суставе.

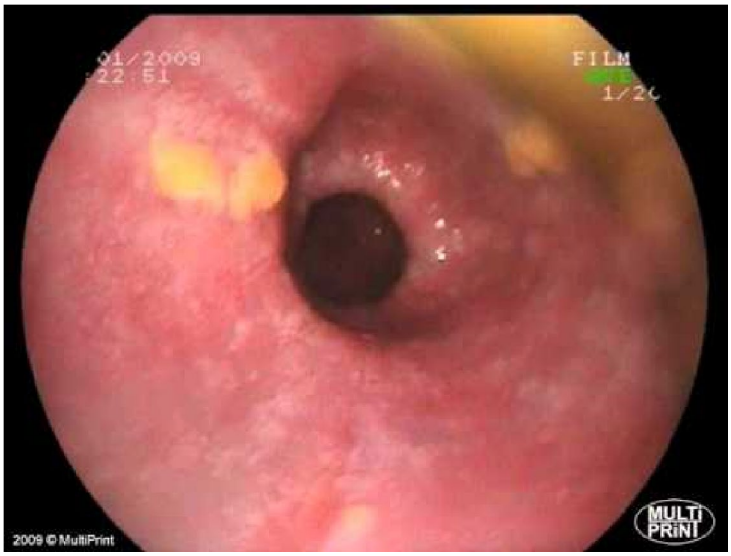
При физикальном осмотре патологических отклонений не выявлено. При проведении ЭГДС выявлены изменения слизистой пищевода (см. фото).

Лабораторные тесты:

Анализ крови клинический: гемоглобин -156 г/л, эритроциты $5.4x10^{12}$/л, лейкоциты $8.2x10^{9}$/л, СОЭ – 12 мм/час, Тромбоциты -$262x10^{9}$/л, лейкоцитарная формула – п/я – 2%, с/я – 70%, э-3%, б-0%, мон-8%, лимфоциты -17%.

Биохимический анализ крови: АЛТ – 24 ед/л, АСТ – 28 ед/л, ГГТП – 12 ед/л, ЩФ – 216 мкмоль/л, билирубин общий – 18.6 мкмоль/л, прямой – 4.0 мкмоль/л, непрямой – 14.6 мкмоль/л, глюкоза – 4.8 ммоль/л, мочевина – 6.4 ммоль/л, креатинин – 76 ммоль/л, холестерин – 4.2 ммоль/л, общий белок – 78 г/л, К+ - 4.6 ммоль/л, Na+ - 142 ммоль/л Эзофагогастродуоденоскопия: зоны воспаления чередуются с относительно сохранными участками слизистой оболочки пищевода, без изъязвлений (фото 1).

Фото 1. Эзофагагастроскопия: фрагмент гиперемированной слизистой пищевода



Вопросы:

1. Что означает термин одинофагии? Каковы наиболее вероятные причины одинофагии?
2. Какие заболевания следует внести в диагностический поиск при данных жалобах пациента?
3. Какие методы диагностики целесообразно использовать для уточнения причины одинофагии?
4. Назовите основные принципы лечения синдрома одинофагии.

Задача 47.

Пациент Л., 47 лет, обратился с жалобами на мучительную изжогу в течение

последних 3 недель и интенсивные боли в подложечной области и зоне Шоффара, возникающие ночью и/или через 1,5 – 2 часа после еды. Боли иррадиировали в спину, купировались приемом «соды», эффект длился не более 1-2 часов. Беспокоила почти постоянная тошнота.

В анамнезе травма правого коленного сустава, около 6 месяцев назад, консультирован ортопедом - выставлен диагноз «артроз правого коленного сустава, повреждение связочного аппарата правого коленного сустава, реактивный синовит», была назначена «поддерживающая» терапия на 6 месяцев, которую пациент продолжает принимать.

При осмотре пациент повышенного питания, ИМТ - 33 кг/м^2, гиперемия лица. Живот увеличен в объёме за счет подкожно-жировой клетчатки, чуть вздут, асцита нет, определяется болезненность при пальпации эпигастральной и пилоро-бульбарной зон, зоны Шоффара. Симптомы Кера, Мюсси, Ортнера, Щеткина – отрицательные. Мочеиспускание без особенностей. Последние 2-3 месяца стул со склонностью к запорам, без патологических примесей.

Результаты лабораторно – инструментальных методов обследования:

Клинический анализ крови – Гемоглобин 124 г/л, эритроциты 4,2 х10^{12}/л, ЦП 0,95, лейкоциты 6,1х10^9/л, ретикулоциты 17‰, СОЭ 10 мм/час.

Диастаза – 1436 (норма до 800).

Б/х анализ крови: АЛТ – 36 ед/л, АСТ – 55 ед/л, ГГТП – 14 ед/л, ЩФ – 216 ед/л, альфаамилаза – 418 ед/л (норма до 390), холестерин – 6,87 ммоль/л, глюкоза – 6,1 ммоль/л, общий белок – 75 г/л.

Анализ кала на скрытую кровь – слабо положительный.

Уреазный дыхательный тест - положительный.

ЭГДС: пищевод свободно проходим, слизистая оболочка пищевода гиперемирована в нижней трети. Слизистая оболочка желудка гиперемирована, больше в антральном отделе, где по задней стенке, ближе к луковице 12-п. кишки определяется глубокий (примерно 5-6 мм) язвенный дефект диаметром 16 мм, края язвы подрыты, конвергенция складок выражена слабо (фото). Луковица 12-перстной кишки гиперемирована, залуковичные отделы гиперемированы, отмечаются единичные лимфангиоэктазии по типу «манной крупы».

УЗИ органов брюшной полости: признаки стеатоза печени, незначительное увеличение размеров головки поджелудочной железы, диффузные изменения печени и поджелудочной железы.

Фото. Фрагмент видеозаписи фиброгастродуоденоскопии (антральный отдел желудка).



Вопросы:

1. Выделите ведущие клинико-лабораторные синдромы.

2.Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной.

3. С учетом данных жалоб, анамнеза, представленных данных лабораторных и инструментальных исследований определите наиболее вероятный предварительный диагноз.

4. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?

5. Лечебная тактика ведения.

Задача 48.

Пациент Ж., 18 лет, обратился с жалобами на ноющие боли в пилоро-бульбарной зоне, возникающие натощак, ночью, на фоне стрессовых ситуаций (экзамен в институте), периодически отрыжку воздухом, горечь во рту по утрам. Боли без иррадиации, купируются приемом пищи, воды, альмагеля. Ранее не обследовался, к врачу не обращался, хотя боли в животе отмечает уже около года. Настоящее ухудшение около 2 недель.

Пациент 4 года курит по 2 пачки сигарет в день, по праздникам употребляет спиртные напитки, пьет регулярно кофе, диету не соблюдает, питается в заведениях фаст-фуда. Объективно: состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°С. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, высыпаний нет. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 76 в мин. АД 110/70 мм рт ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в пилоро-бульбарной зоне. Симптомы, Мюсси, Ортнера, Кера, Менделя и Щеткина – Блюмберга отрицательные. Размеры печени по Курлову 9х8х7 см. Селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание б/о. Результаты лабораторно – инструментальных методов обследования:

Клинический анализ крови: гемоглобин 128 г/л, эритроциты $4{,}1 \times 10^{12}$/л, ЦП 0,95, лейкоциты $7{,}1 \times 10^{9}$/л, СОЭ 6 мм/час

Уреазный дыхательный тест - положительный.

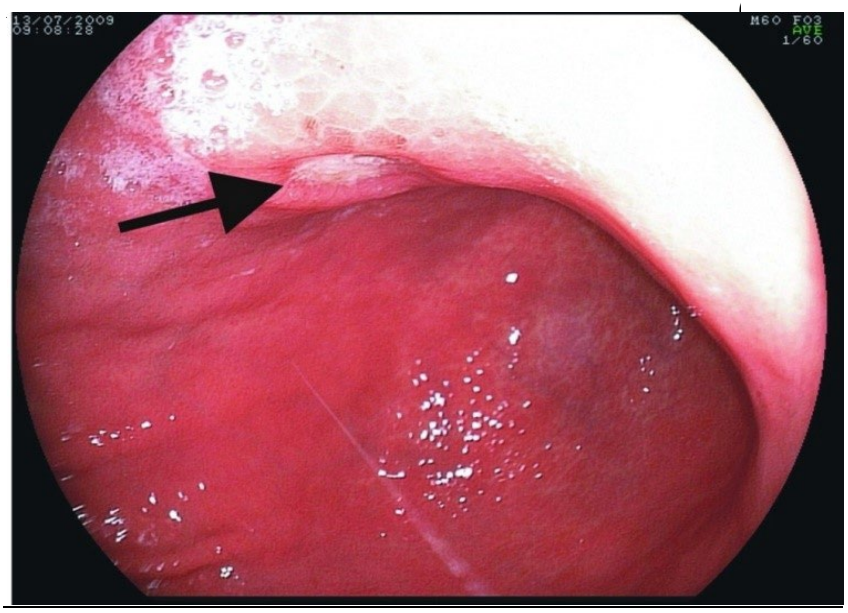
Анализ кала на скрытую кровь – отрицательный.

NADAL-тест на содержание в кале гемоглобина и комплекса гемоглобин/гаптоглобин – отрицательный

УЗИ органов брюшной полости – патологии не выявлено

ЭГДС: пищевод свободно проходим, слизистая оболочка пищевода умеренно гиперемирована в нижней трети. Кардия смыкается полностью. Желудок обычной формы и размеров, перистальтика живая, большое количество слизи, в антральном отделе желудка слизистая оболочка умеренно гиперемирована. Луковица 12-перстной кишки рубцово - воспалительно деформирована, слизистая гиперемирована, определяется язвенный дефект с перифокальным валом инфильтрации, диаметром 8 мм (фото), залуковичные отделы гиперемированы.

Фото: фрагмент видеозаписи фиброгастродуоденоскопии (луковица ДПК)



Вопросы:

1. Выделите ведущие клинико-лабораторные синдромы.

2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной, этиологические факторы.

3. С учетом данных жалоб, анамнеза, представленных данных лабораторных и инструментальных исследований определите наиболее вероятный диагноз.

4. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?

5. Какова лечебная тактика ведения данного пациента?

Задача 49.

Пациентка К., 54лет, обратилась с жалобами на боли в животе, локализованные больше слева и в подвздошной области, повышение температуры тела до 37.80 С, учащение стула. При этом сначала стул был полуоформленный трижды в течение дня, а уже через сутки был представлен слизистыми выделениями в виде «плевков» без каких-либо примесей. Вышеописанная симптоматика у пациентки появилась через 5дней с момента начала приема антибактериальных препаратов (амоксициллин по 1.0 х 2 раза в сутки), которые пациентка начала принимать самостоятельно по поводу сезонно обострившегося хронического бронхита. Пациентка присоединила антидиарейные препараты (лоперамид), дозу препарата регулировала самостоятельно, пытаясь ориентироваться на частоту дефекаций. К вечеру третьих суток состояние пациентки резко ухудшилось: стала

0 нарастать слабость, температура тела повысилась до 38.3 С, находившиеся рядом с пациенткой родственники отметили снижение ее реакции на обращенную речь. Бригадой вызванной скорой медицинской помощи была доставлена в приемное отделение многопрофильной городской больницы.

При поступлении в стационар отмечена умеренная приглушенность сознания пациентки: она с достаточным промежутком времени (до 1.5 минут) отвечала на обращенную к ней речь. Обращали на себя внимание выраженная сухость языка, который был интенсивно обложен белым налетом, сниженный тургор кожи и выраженная ее сухость. В легких выслушивались единичные сухие хрипы, дыхание проводится симметрично и выслушивается над всей поверхностью легких, частота дыхания – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, отмечается систолический шум на верхушке сердца, без проведения и изменения силы и интенсивности при перемене положения тела, частота сердечных сокращений 96 в минуту с правильным ритмом, совпадающая с частотой пульса на лучевых артериях, пульс слабого наполнения. Артериальное давление,

измеренное в положении пациентки лежа, 90/60 мм.рт. ст. Живот при пальпации умеренно болезненный в левых отделах, перитонеальных симптомов не выявлено. Печень у края реберной дуги, селезенка перкуторно и при пальпации не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, однако, родственники пациентки отметили, что частота мочеиспусканий и количество выделенной мочи определенно стали меньше по сравнению с предыдущими сутками. С момента приема самостоятельно начатого приема лоперамида стул был дважды, консистенция его и количество не изменились – малообъемные слизистые «плевки». Пациентка госпитализирована в диагностическое отделение.

Лабораторные тесты:

Анализ крови клинический: гемоглобин – 156 г/л, эритроциты -5.34x10^{12}/л, лейкоциты -18.6x10^{9}/л, СОЭ – 45 мм/час, тромбоциты -356x10^{9}/л, лейкоцитарная формула: промиелоциты – 3%, метамиелоциты – 3%, п/я – 10%, с/я – 62%, э-1%, б-2%, мон-6%, лим-13%.

Биохимический анализ крови: АЛТ – 56 Ед/л, АСТ – 38 Ед/л, ГГТП – 46 Ед/л, билирубин общий – 23.6 мкмоль/л, прямой – 7.6 мкмоль/л, непрямой – 16.0 мкмоль/л, глюкоза – 4.6 ммоль/л, мочевина – 6.8ммоль/л, креатинин – 98 ммоль/л, холестерин – 4.8ммоль/л, общий белок – 58 г/л, K+ - 2.9 ммоль/л, Na+ - 130 ммоль/л.

Проктосигмоскопия: отмечается выраженная отечность слизистой оболочки толстого кишечника на уровне прямой кишки, сигмовидной кишки и части нисходящей части поперечно-ободочной кишки. Просвет кишки на доступном визуализации участке заполнен слизистым содержимым. На поверхности слизистой оболочки видоизмененного участка толстой кишки имеются белесовато-желтые бляшки в виде мембран диаметром от 0.5 до 1.2 см. Местами бляшки замещены поверхностным дефектом слизистой оболочки.

Консультация невролога: очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Токсическая (?) энцефалопатия.

Фото: фрагмент видеозаписи процедуры проктосигмоскопии (участок сигмовидной кишки).



Вопросы:

1. Выделите ведущие клинико-лабораторные синдромы пациентки и оцените степень тяжести ее состояния.

2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной.

2. С учетом данных жалоб, анамнеза, консультативных осмотров, представленных данных лабораторных и инструментальных исследований, определите наиболее вероятную диагностическую конструкцию.

3. Достаточно ли представленных данных обследований для окончательного

диагноза?

4. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить и какие данные можно получить с их помощью?

5. Какова лечебная тактика ведения данной пациентки?

Задача 50.

Больная К., 36 лет. При поступлении в отделение предъявляла жалобы на частый (до 11 раз в сутки), жидкий, водянистый стул, возникающий иногда в ночное время, вздутие и урчание в животе, отеки голеней и стоп, похудание на 10 кг за последние 6 месяцев, выпадение волос и сухость кожи, слабость, отсутствие menses в течение 2 лет.

Считает себя больной в течение 2 лет, когда стали отсутствовать menses. Постепенно появились периодические поносы, стала отмечать потерю в весе. Постепенно присоединилась слабость, начали выпадать волосы, ухудшилось зрение в сумеречное время. Из анамнеза известно, что родилась доношенным ребенком, росла и развивалась соответственно возрасту. Аллергоанамнез и наследственность не отягощены, в детстве переломы конечностей при незначительных травмах. Пять лет назад была выявлена язвенная болезнь луковицы ДПК, проходила лечение в стационаре, где впервые было выявлено снижение гемоглобина до 105 г/л и снижение общего белка до 58 г/л.

Состояние средней тяжести. ИМТ – 14,1 кг/м^2. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Тургор кожи снижен, кожа сухая, шелушится. Периферические л/у не увеличены. Отеки стоп и голеней до средней трети. голеней. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 76 в 1 мин. АД 80/50 мм.рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот равномерно вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Отмечается «шум плеска» в илеоцекальной области. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см., край мягкий, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания (-) с обеих сторон. Стул 10-11 раз в день, жидкий, водянистый, без патологических примесей.

Проведенное обследование:

По данным клинического и биохимического анализов крови: гипохромная анемия, СОЭ 40 мм/час, протеинемия за счет гипоальбуминемии, незначительно выраженный цитолитический синдром, снижение уровня кальция и сывороточного железа.

Анализ кала: кал жидкий, светло-коричневый, без примеси крови и слизи; в кале определяется большое количество жирных кислот. Яйца простейших и яйца глистов не определяются. Суточное количество кала составляет 1300 г/сут.

УЗИ брюшной полости: гепатомегалия. Диффузные изменения печени и поджелудочной железы.

Денситометрия: остеопороз.

ЭГДС: недостаточность кардии. Хронический антральный гастрит. Умеренно выраженная рубцово-язвенная деформация луковицы ДПК. Взята биопсия из дистального отдела ДПК. Гистологическое исследование: кишечные ворсины отсутствуют. Количество бокаловидных клеток в эпителии уменьшено. В поверхностном эпителии резко увеличено количество межэпителиальных лимфоцитов. Крипты глубокие. Собственная пластинка обильно инфильтрирована лимфоцитами.



Рис.1. Нормальная структура слизистой оболочки тонкой кишки. Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение х 120.

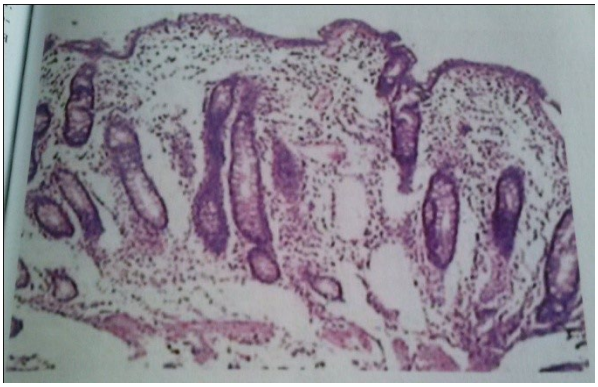


Рис.2. Тотальная атрофия слизистой оболочки тонкой кишки (Marsh III C). Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение х 120.

Вопросы:

1. Выделите ведущие клинико-лабораторные синдромы пациентки и оцените степень тяжести ее состояния.

2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной.

3. С учетом данных жалоб, анамнеза, консультативных осмотров, представленных данных лабораторных и инструментальных исследований определите наиболее вероятную диагностическую конструкцию.

4. Достаточно ли представленных данных обследований для окончательного диагноза?

5. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить, и какие данные можно получить с их помощью?

6. Какова лечебная тактика ведения данной пациентки?

Задача 51.

Больная К., 20 лет, поступила в клинику с жалобами на коликообразные боли в животе преимущественно в околопупочной области, тошноту, диарею до 4-5 раз в сутки, артралгии в крупных суставах, судороги в нижних конечностях. Больную также беспокоила выраженная слабость, снижение веса, непереносимость молочных продуктов. Анамнез заболевания. Описанные жалобы (артралгия, миалгия, хроническая диарея, слабость) появились около полугода тому назад. Была осмотрена терапевтом и аллергологом, проведено аллергологическое обследование, которое выявило повышенную чувствительность к коровьему молоку, лактоальбумину, лактозе, пшенице, ржи, глиадину. Было рекомендовано соблюдение диеты, на фоне которой состояние существенно не изменилось.

Анамнезе жизни. В детстве наблюдалась тяжелая детская экзема, перенесла инфекционный мононуклеоз. В дальнейшем чувствовала себя хорошо, занималась

спортом. Год тому назад была подробно обследована перед приемом на работу и признана здоровой, дано разрешение работать в качестве тренера по теннису. При тщательном сборе анамнеза было выяснено, что мать больной имеет похожие симптом (хронические поносы).

Объективное исследование. При осмотре состояние больной удовлетворительное. Рост 162 см, вес 58 кг. Температура тела нормальная, Небольшая сухость кожи. На коже спины папулезно-везикулезная сыпь. Со стороны легких и сердца патологии не выявлено. Число дыханий 18 в минуту. АД 118/76 мм рт.ст. Пульс 88 в 1 минуту, ритмичный. Язык чистый, влажный. Живот несколько вздут, умеренно болезненный при пальпации в околопупочной области. Печень и селезенка не увеличены. Стул обильный, до 4-5 раз в день, иногда наблюдается и в ночное время, бывают императивные позывы.

Данные дополнительных методов обследования:

Клинический анализ крови: эритроциты $3{,}0x10^{12}$/л, гемоглобин 75 г/л, ретикулоциты - 0,08%, ЦП 0,71, тромбоциты $180x10^{9}$/л, лейкоциты $6{,}3x10^{9}$/л. Лейкоцитарная формула: П/я - 4%, С/я -54%, Э. -8%, Л. -26%, М. - 8%, СОЭ - 3 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок - 55 г/л, альбумины - 28%, глобулины: альфа 1 - 13%, альфа 2 - 15%, бета - 17,5%, гамма - 30,5%; мочевина - 7,8 ммоль/л, креатинин - 100 мкмоль/л, холестерин - 3,0 ммоль/л, билирубин общий - 13,0мкмоль/л, билирубин прямой – 4,5 мкмоль/л, АЛТ - 30 ед/л, АСТ 28 ед/л, ЛДГ- 200 ед/л, ЛДГ-5 - 3 %, щелочная фосфатаза - 170 ед/л, Сывороточное железо – 5 мкмоль/л.

Иммунологический анализ крови: выявлены антиглиадиновые антитела, антитела к тканевой трансглютаминазе, эндомизию, ретикулину и дезаминированным пептидам глиадина.

Клинический анализ мочи: уд. вес - 1018, белок - следы, сахар - abs, эритроциты - 0 - 1 в поле зрения, лейкоциты - 1 - 2 в поле зрения, цилиндры - abs. Желчные пигменты: уробилин (-), билирубин (-).

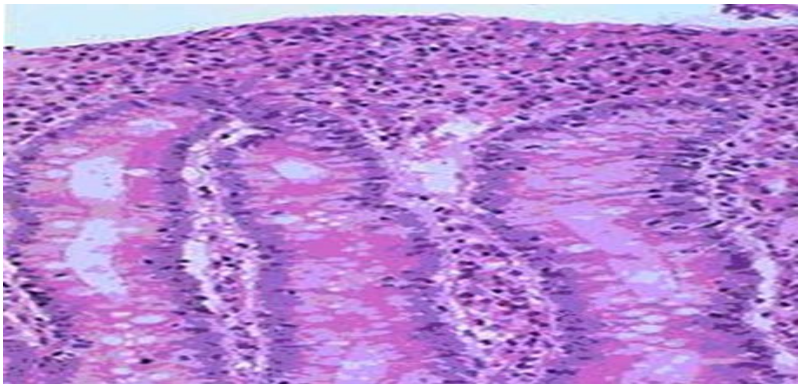
Копрологическое исследование: кал кашицеобразный, цвет сероватый, запах обычный. Реакция на кровь отрицательная. Обнаружены – нейтральный жир, жирные кислоты и мыла. Лейкоциты 8-10 в поле зрения, эритроцитов нет.

УЗИ. Печень: размеры не увеличены, структура однородна. V. porta 1,1 см. Поджелудочная железа не увеличена, структура диффузно неоднородна. Селезенка не увеличена. Почки расположены в обычном месте. Конкрементов нет. Чашечнолоханочная система не расширена.

При ректороманоскопии существенной патологии не выявлено.

ЭГДС: признаки поверхностного гастрита и субатрофического дуоденита.

Произведена биопсия дистальных отделов 12-п кишки, выявлена атрофия ворсин тонкой кишки, разрастание крипт, воспалительная инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки (см. фото биопсии).



Вопросы:

1. Выделите ведущие клинико-лабораторные синдромы пациентки и оцените степень тяжести ее состояния.

2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной.

3. С учетом данных жалоб, анамнеза, консультативных осмотров, представленных данных лабораторных и инструментальных исследований определите наиболее вероятную диагностическую конструкцию.

4. Достаточно ли представленных данных обследований для окончательного диагноза?

5. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить и какие данныеможно получить с их помощью?

6. Какова лечебная тактика ведения данной пациентки?

Задача 52.

Больной С., 47 лет, работает сантехником, поступил с жалобами на общую слабость, тошноту, постоянные боли в правом подреберье. Со слов больного в течение многих лет злоупотребляет алкоголем. Постоянно ощущал тяжесть в правом подреберье. В течение последних двух недель ежедневно употреблял пиво и по 250 мл водки. Настоящее ухудшение около недели, когда появились боли в правом подреберье, отметил пожелтение кожных покровов. Самостоятельно лекарственные средства не принимал. При осмотре состояние средней тяжести. Сознание ясное, эйфоричен, ориентирован, тест обратного счета выполнен. Кожные покровы и склеры иктеричные. Кожа сухая, лицо одутловатое, выраженная сосудистая сеть на лице, на туловище визуализируются единичные гематомы. Гипотрофия мышц плечевого пояса. Контрактура Дюпюитрена. Пастозность нижних конечностей. Чувствительность нижних конечностей снижена. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в мин. Тоны сердца глухие, ритм правильный. ЧСС 100 в мин. АД 105/60 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белесоватым налетом. Живот при пальпации болезненный в эпигастральной области и правом подреберье. Размеры печени по Курлову 17-15-10 см, плотная, поверхность гладкая, край острый, болезненная. В отлогих местах живота определяется притупление. Стул раз в 2-3 дня, оформленный, обычного цвета, без патологических примесей. Лабораторные и инструментальные обследования:

Клинический анализ крови: гемоглобин -97 г/л (117-130), эритроциты - $2.94x10^{12}$/л (3.8-5.13), гематокрит-53,4 % (34.9-45.6), средний объем эритроцитов-101 фл (82-98), ЦП-1.15 (0.82-1.10), лейкоциты -$11.5x10^{9}$/л (4-10), тромбоциты -$152x10^{9}$/л (150-375), лейкоцитарная формула – п/я-4%, с/я - 65%, э- 2%, б- 1%, мон-7%, лим-21%, СОЭ-17 мм/час.

Биохимический анализ крови: АЛТ-315 Ед/л (0-32), АСТ-507 Ед/л (5-34), ГГТП-1043 Ед/л (11-61), ЛДГ общ-647 Ед/л (225-450), билирубин общий-341.7 мкмоль/л (1.7-20.5), билирубин прямой-204.4 мкмоль/л (0.86-5), ЩФ-324 Ед/л (64-306), альфа-амилаза-201 Ед/л (29-220), глюкоза-4.3 ммоль/л (3.8-6.1), мочевина-7.4 ммоль/л (2.5-8.3), креатинин-78 мкмоль/л (53-88), общий белок-65 г/л (65-85), альбумин-30 г/л (33-57), калий-3.5 ммоль/л (3.44-5.3), натрий-134 ммоль/л (130.5-156.6), протромбин по Квику-68 % (70-130).

УЗИ органов брюшной полости: увеличение размеров печени, диффузные изменения печени и поджелудочной железы, конкременты желчного пузыря, дилатация воротной вены, асцит.

ЭГДС: недостаточность кардии, гастродуоденит, дуодено-гастральный рефлюкс.

Вопросы:

1. Выделите основные клинические и лабораторные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

Задача 53.

Больной Л., 44 лет, разнорабочий, поступил в клинику с жалобами на тупые боли в эпигастрии, левом подреберье, схваткообразные боли в околопупочной области, увеличение объема и частоты стула, тошноту, многократную рвоту съеденной пищей, отсутствие аппетита.

Из анамнеза заболевания известно, что данное ухудшение состояния возникло несколько дней назад после очередного приема алкоголя и жирной пищи. Впервые подобные жалобы возникли 4 года назад на фоне злоупотребления крепкими спиртными напитками и нарушений диеты. К врачам не обращался. Обострения бывают 3-4 раза в год.

Вредные привычки: в течение 10 лет злоупотребляет крепкими спиртными напитками (в основном водкой), в среднем от 80 до 200 мл чистого этанола в сутки. Питание недостаточное и неполноценное.

При осмотре состояние больного средней тяжести. Рост - 77 см, вес - 54 кг, ИМТ - 17,2 кг/м^2. На коже груди и живота ярко-красные пятнышки, не исчезающие при надавливании. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Ритм сердца правильный. ЧСС - 92 уд/мин. АД 110/60 мм рт.ст. Язык несколько сухой, у корня обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Определяется болезненность в зоне Шоффара и точке Дежардена, положительный симптом Кача. Размеры печени по Курлову: 11×9×9 см, печень выступает из-под края реберной дуги по правой срединноключичной линии на 1 см, плотно-эластичной консистенции, болезненная при пальпации. Желчный пузырь не пальпируется. Селезенка не пальпируется. Лабораторные тесты:

Клинический анализ крови: гемоглобин - 128 г/л, лейкоциты - 10,3×10^9/л, палочкоядерные нейтрофилы - 6 %, сегментоядерные нейтрофилы - 70 %, эозинофилы - 0 %, лимфоциты - 21 %, моноциты - 3 %. СОЭ - 20 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий билирубин - 18,9 мкмоль/л, прямой билирубин - 4,2 мкмоль/л, АСТ - 105 Ед/л, АЛТ - 47 Ед/л, γ-глутамилтранспептидаза - 150 Ед/л, амилаза - 280 Ед/л, ЩФ - 230 Ед/л, глюкоза - 5,2 ммоль/л.

Инструментальные исследования:

При УЗИ органов брюшной полости размеры печени увеличены за счет правой доли, контуры неровные, паренхима ее неоднородна, эхогенность печени повышена. Воротная вена не расширена (9 мм в диаметре). Желчный пузырь обычных размеров, стенка его не утолщена, конкрементов не выявлено. Общий желчный проток не расширен (около 4 мм). На фоне усиления эхогенности поджелудочной железы отмечается увеличение размеров ее головки до 5 см. Выявлены участки кальцификации паренхимы поджелудочной железы и конкремент в главном панкреатическом протоке. Отмечается расширение главного панкреатического протока до 7 мм. Визуализация органов затруднена из-за вздутия кишечника.

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография: определяется неровность контуров протоков, их извилистость, участки стеноза и дилатаций («четкообразный» проток). Выявлен конкремент в главном панкреатическом протоке. Терминальный отдел главного панкреатического протока контрастирован до уровня внутрипротокового конкремента. Заключение: выявленные признаки обструкции главного панкреатического протока.

Фото. Фрагмент видеозаписи процедуры ЭРХПГ (контрастированный проток поджелудочной железы).



Вопросы:

1. Выделите клинические синдромы, имеющиеся у больного.

2.Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной.

3. Сформулируйте диагноз.

4. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза и какие данные можно получить с их помощью?

5. Какова лечебная тактика ведения данного пациента?

Задача 54.

Больная А., 47 лет, на протяжении 5 лет отмечается кожный зуд, нарушения менструального цикла. Лечилась у дерматолога и гинеколога, без эффекта. За последний год похудела на 5 кг.

Предъявляет жалобы на кожный зуд, чувство «инородного тела» и «песка» в глазах.

При объективном обследовании выявлены: субиктеричность склер, следы расчесов на коже туловища, в области лопаток темно-коричневая пигментация кожи, инъекция и отечность конъюнктивы глаз, незначительно выраженные явления сгибательной контрактуры межфаланговых суставов кистей в результате стягивания кожи, мышцы в этой области заметно гипотрофичны. Отмечается незначительное увеличение околоушных слюнных желез. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, плотная, поверхность гладкая. Селезенка не пальпируется.

Клинический анализ крови: эритроциты – $3{,}64 \times 10^{12}$/л, гемоглобин – 119 г/л, лейкоциты – $7{,}9 \times 10^{9}$/л, тромбоциты – 160×10^{9}/л, СОЭ – 56 мм/ч.

Биохимический анализ крови: билирубин общ. – 25мкмоль/л, билирубин прямой – 16 мкмоль/л, холестерин 8,75 ммоль/л, общий белок 70 г/л, альбумины – 43%, АЛТ 72 ед/л, АСТ – 83 ед/л, щелочная фосфатаза – 560 ед/л, протромбиновый индекс - 100%. ИФА: АМА - > 1:40, ANA - >1:80.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

Задача 55.

Больной Х., 44 лет, при поступлении в клинику жаловался на плохой аппетит, слабость, ноющие боли в правом подреберье, вздутие живота, мучительный кожный зуд,

усиливающийся к вечеру.

Болен около 4 лет: при случайном осмотре было обнаружено увеличение печени и селезенки. При лабораторном обследовании выявлено умеренное повышение трансаминаз и билирубина. В связи с чем был обследован. В течение последующих 3-х лет чувствовал себя удовлетворительно, затем периодически стала появляться слабость, снизился аппетит. Стал отмечать периодическое повышение температуры, желтушность кожи и склер. На протяжении последнего года появилась стойкая желтуха, диспептические расстройства и упорный кожный зуд.

При поступлении в клинику состояние средней тяжести. Питание понижено (вес 55 кг, рост 170 см) Кожа и склеры желтушные, следы расчесов. В области плечевого пояса и на коже живота - сосудистые звездочки. Не резко выражена гинекомастия. В легких единичные незвонкие хрипы в нижних отделах. Тоны сердца приглушены, ЧСС - 92 в минуту. А/Д - 110/70 мм рт. ст. Живот вздут, при пальпации определяется большая плотная печень, поверхность ее мелкобугристая, край заострен. Пальпация болезненна. Селезенка выступает на 3 см из-под края реберной дуги. Отеков нет.

Во время пребывания в клинике состояние внезапно ухудшилось - появилась кровавая рвота, затем дегтеобразный кал. Больному проведена гемостатическая терапия. Для восполнения кровопотери однократно перелито 250 мл донорской крови. Однако на этом фоне произошло дальнейшее ухудшение состояния больного: усилилась боль в правом подреберье, наросла желтуха, появился печеночный запах изо рта. Прогрессивно наросли признаки печеночной энцефалопатии (усилилась сонливость, затем появилось сумеречное сознание и потеря ориентации), появилась гипермоторика, затем тремор верхних и нижних конечностей. На 2 день отмечалась полная потеря сознания, арефлексия, шумное дыхание, ЧД - 25 в 1 мин., тахикардия 120 в 1 мин. Гипотония (АД - 80/40 мм рт ст.). Размеры печени несколько уменьшились.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 90г/л, эритроциты - 2,8 $x10^{12}$/л. Лейкоциты- 3,2$x10^{9}$ /л. СОЭ - 6 мм/час. Тромбоциты 10$x10^{9}$/л.

Биохимический анализ крови: билирубин - 121 мкмоль/л (н. до 24), реакция прямая. Общий белок 46 г/л. Альбумины - 38% (н. 55 - 65), Фибриноген - 2,0 г/л (н. 3,5 - 4). Холестерин - 2,2 ммоль/л. (н. 3,5 - 5,5). Сахар крови 5,8 ммоль/л. (н. 4,5 - 5,5 ммоль/л.). Протромбиновый индекс - 40 %. АСТ - 300 ед/л (н. до 40) АЛТ - 400 ед/л (н. до 40). Холинэстераза - 80 ед/л (н. 160 - 340). Щелочная фосфатаза - 380 ед/л (норма 36 - 92). Мочевина 4 ммоль/л (н. 8 - 12), остаточный азот 40 ммоль/л (норма 14 - 21), аммиак 250 мкм/л (норма 11 - 88).

Иммунологическое исследование: выявлен HBsAg, повышено содержание IgG.

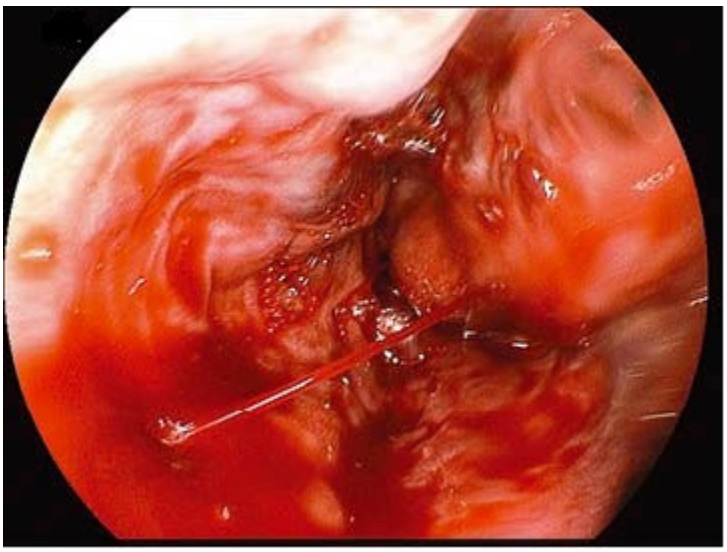
Анализ мочи: уд. вес - 1020. Следы белка. Уробилин и желчные пигменты ++.

УЗИ-органов брюшной полости: печень увеличена в размерах, структура ее неоднородна по плотности, общий акустический фон ткани усилен. Диаметр v. portae увеличен. Желчный пузырь без изменений. Контуры поджелудочной железы ровные, размеры не увеличены. Селезенка увеличена в размерах, повышенной эхогенности. В брюшной полости небольшое количество свободной жидкости.

ЭГДС: пищевод свободно проходим, слизистая не изменена. В нижней трети пищевода гиперемия и отек слизистой, единичные поверхностные эрозии, кроме этого визуализируются утолщенные и извитые вены. Струйное кровотечение из вен пищевода.

RRS: слизистая прямой кишки визуально не изменена. При исследовании выявляются расширенные и извитые вены геморроидального сплетения.

ЭГДС



Вопросы:

1. Выделите основные синдромы у пациента и оцените степень тяжести его состояния.

2. Какие заболевания могут сопровождаться подобной клинической картиной?

3. Достаточно ли представленных данных обследований для окончательного диагноза?

4. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить, и с какой целью?

5. Какова лечебная тактика ведения данного пациента?

Задача 56.

Больной М., 26 лет. 3 года назад перенес «простудное заболевание» (повышение температуры до 37,8°С, озноб, миалгии, першение и боли в горле, заложенность носа, сухой кашель); лечился жаропонижающими, через 4 дня, после нормализации температуры приступил к занятиям. После этого периодически чувствует тянущие боли в спине, потемнение мочи, головную боль, с утра отмечает одутловатость лица. При обращении к врачу – состояние удовлетворительное. Температура тела 36,8°С. Кожные покровы бледные, сухие, пастозность кистей, стоп, бедер, параорбитальных областей. ЧД – 18 в 1 мин, ортопноэ нет. Перкуторный звук ясный легочный, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритм правильный, шумов нет, ЧСС 96 уд. в мин. АД 150/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень и селезенка не пальпируются.

Ан. крови: гемоглобин – 126 г/л, эритроциты – $3,5x10^{12}$/л, тромбоциты – $386x10^{9}$/л, лейкоциты – $5.1x10^{9}$/л (п – 2%, с – 68%, л – 28%, м – 2%), СОЭ – 34 мм/час.

Ан. мочи: лейкоциты плотн. – 1015, р-ция – кислая, белок – 1,20 г/л, лейкоциты – 5 – 7 в п/зр., эритроциты – 50 – 60 в п/зр. Общий белок – 74 г/л, билирубин – 21.6 (прямой – 4.3) мкмоль/л, АСТ – 22 ед/л, АЛТ – 34 ед/л, ГГТ – 46 ед/л, мочевина – 7.4 ммоль/л, креатинин – 96 мкмоль/л. ЭКГ и рентгенограмма органов грудной клетки – без признаков патологии.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы, имеющиеся у больного.

2. Выстройте дифференциально-диагностический ряд. Проведите дифференциальный диагноз.

3. Составьте план дополнительных диагностических мероприятий.

4. Сформулируйте клинический диагноз.

5. Назначьте лечение.

Задача 57.

Пациентка В., 33 лет; обратилась с жалобами на постоянные тянущие боли в пояснице, без четкой связи с изменением положения тела, общую слабость, быструю утомляемость, отсутствие аппетита, жажду, сухость кожи, кожный зуд. Также больную беспокоят поносы, периодически отмечает головные боли, поимущественно в затылочной области, несколько эпизодов окрашивания мочи в красно-бурый цвет. Данная симптоматика нарастает в течение последних 3-4х лет. За последние полгода похудела на 10 кг.

Значительное ухудшение состояния в течение последнего месяца.

Из анамнеза известно, что подобная симптоматика отмечалась у матери пациентки, однако подробного обследования не проводилось. Мать пациентки умерла в возрасте 54 лет от ОНМК.

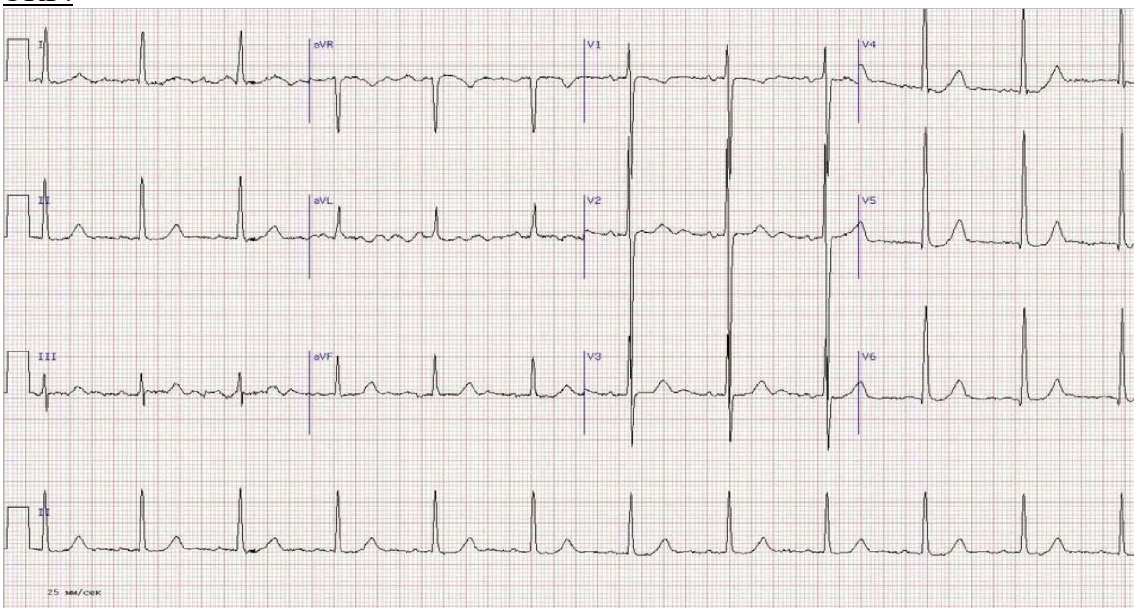
Объективно. Пониженного питания Рост 165 см вес 46кг, кожные покровы и видимые слизистые бледные, пастозность коленей и стоп. Над легкими дыхание везикулярное хрипов нет. ЧД 20 в минуту. Границы сердца расширены влево, акцент II тона над аортой. ЧСС73 АД 175/100 мм рт ст. Живот мягкий безболезненный. Печень по краю правой реберной дуги. Симптом поколачивания слабоположительный с обеих сторон Лабораторные и инструментальные исследования:

Анализ крови клинический: гемоглобин – 93 г/л, эритроциты -3.32х10^{12}/л, лейкоциты 7.6х10^{9}/л, СОЭ – 20 мм/час, тромбоциты -260х10^{9}/л, лейкоцитарная формула – п/я – 4%, с/я – 63%, э-3%, б-3%, мон-5%, лим-22%.

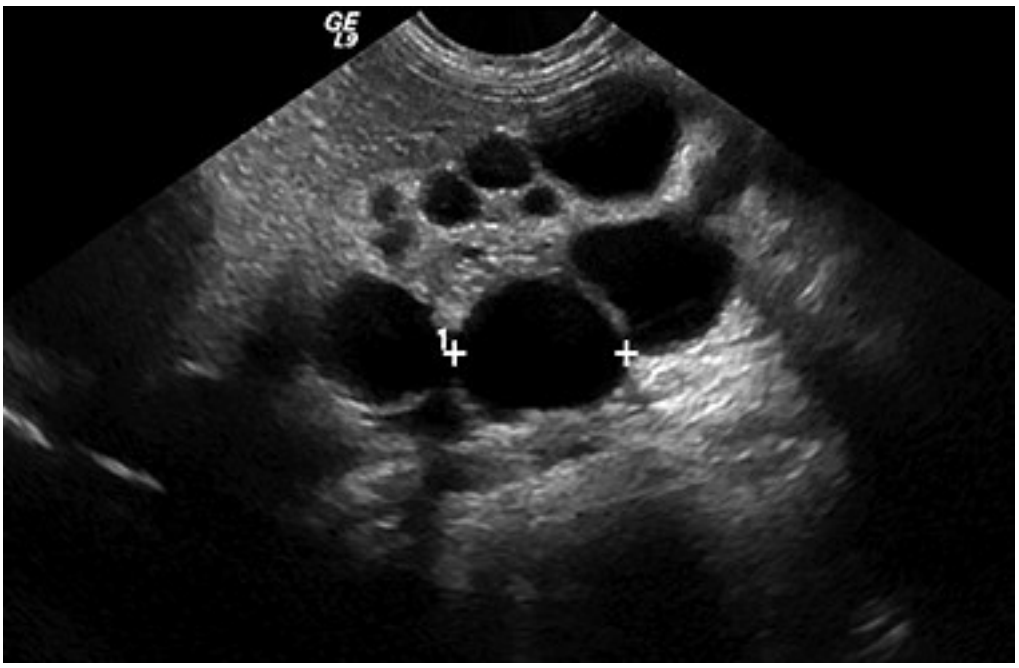
Биохимический анализ крови: АЛТ – 34Ед/л, АСТ – 38Ед/л, ГГТП – 32Ед/л, билирубин общий – 14мкмоль/л, глюкоза – 4.6 ммоль/л, мочевина – 42ммоль/л, креатинин – 670ммоль/л, холестерин – 5.8ммоль/л, общий белок – 54г/л, К+ - 6,6ммоль/л, Na+ - 140ммоль/л

Анализ мочи клинический: количество 200мл цвет с/жёлтый прозрачная, плотность 1016 глюкоза –abs белок следы лейкоциты –abs эритроциты 10-12 в п/з, цилиндры –abs.

ЭКГ:



УЗИ почек:



Вопросы:

1. Выделите ведущие клинико-лабораторные синдромы пациентки и оцените степень тяжести ее состояния.

2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной.

3. С учетом данных жалоб, анамнеза, представленных данных лабораторных и инструментальных исследований определите наиболее вероятную диагностическую конструкцию;

4. Достаточно ли представленных данных обследований для окончательного диагноза?

5. Какие дополнительные исследования и расчеты необходимо выполнить и какие данные можно получить с их помощью?

6. Какова лечебная тактика ведения данной пациентки?

Задача 58.

Больной Б., 48 лет, обратился к врачу с жалобами на выраженные отеки нижних конечностей и лица, одышку при доступной прежде повседневной нагрузке, слабость, тяжесть в правом подреберье.

Более 20 лет назад отметил периодические артралгии в мелких суставах кистей. Позже присоединились боли в шее, главным образом, при движении и ночью. Появилась утренняя скованность в позвоночнике, был поставлен диагноз болезни Бехтерева. Периодически получал нестероидные противовоспалительные препараты, лечебной физкультурой пренебрегал.

До поры до времени заболевание проявлялось только прогрессирующим нарушением осанки, на что в большей степени обращали внимание окружающие, но не сам пациент. Обратил внимание на свое здоровье только около 3 лет назад, когда заметил одышку при привычной нагрузке (на работу ходит пешком через парк). Пациент: «Врачи ни в сердце, ни в легких ничего не нашли, сказали – занимайся физкультурой».

Около года назад появились периорбитальные отеки по утрам, которые к вечеру исчезали. Затем стали тесны любимые старые туфли, а за полгода до обращения заметил отеки лодыжек. Когда отеки достигли середины бедра, стало невозможным подобрать хоть сколько-нибудь приемлемую обувь, одышка и необъяснимая слабость заставляли остановиться несколько раз по дороге на работу, пациент обратился к врачу.

Курит «изредка, за компанию». Алкоголь – «по субботам, как все». Аллергологического анамнеза нет. Гепатит, туберкулез, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было Перенесенные заболевания: респираторные инфекции 2 - 3 раза в год.

Рост 165 см. Вес 66 кг. Кифоз, шейный гиперлордоз. Периферические суставы не изменены. Выраженные отеки нижних конечностей. ЧД 18, ЧСС 92 в минуту. АД 135/70 мм Hg. Мягкий диастолический шум во II межреберье справа от грудины. Печень + 2 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

ЭКГ: синусовая тахикардия, P-pulmonale.

Вопросы:

1. Верен ли диагноз анкилозирующего спондилоартрита? Как подтвердить или опровергнуть?
2. Сколько болезней у данного больного? Являются ли одышка и отеки симптомами одной патологии?
3. Что нужно сделать для определения генеза отеков?

Задача 59.

Больной В., 36 лет, считает себя больным около 3х месяцев, когда в правой паховой области у него появился увеличенный лимфоузел размерами с грецкий орех (3 см в диаметре). Узел увеличивался, и на момент обращения к врачу размер его достигал 10х15 см. Из анамнеза известно, что у пациента нетрадиционная сексуальная ориентация. При осмотре – состояние удовлетворительное, все периферические лифоузлы не увеличены. Селезенка и печень не увеличены. Опухолевый узел плотно-эластической консистенции, «вколоченный» в паховой области. Кожа над лимфоузлом напряжена и не смещаема.

По данным УЗИ органов брюшной полости печень не увеличена, диффузно неоднородна. Воротная вена 12 мм. Селезенка увеличена, 10х6 см, однородная, селезеночная вена 6 мм. По ходу правых подвздошных сосудов отмечаются увеличенные гипоэхогенные лимфоузлы размерами до 4 см. Проведена пункция лимфоузла: цитологическая картина характеризуется как «звездное небо» - на фоне огромного числа малых лимфоцитов располагаются гигантские апластичные опухолевые клетки.

Анализ крови: Гемоглобин 120 г/л, Эритроциты 4,70 $x10^{12}$/л, Гематокрит 36 %, Цветовой показатель 1, Тромбоциты 210,0 x 10^{9}/л, Лейкоциты 8.0x10^{9}/л.

Миелограмма: клеточность костного мозга 140x10^{12}/л, Бласты 2%, Гранулоцитарный ряд 52%, Лимфоидный ряд 20%, Моноцитарный ряд 8%, Эритроидный ряд 17%

Биохимия крови: Общий белок 64 г/л, Альбумин 36 г/л, Мочевина6 ммоль/л, Креатинин 77 мкмоль/л, ЛДГ 3560 ЕД/л, Щелочная фосфатаза 320 ЕД/л, АЛТ 34 ЕД/л, ГГТП 110 ЕД/л

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие еще органы необходимо проверить на предмет поражения?
3. Стадия заболевания.
4. Какой комплекс обследований необходимо провести больному?
5. Какой алгоритм проведения лечения необходим больному?

Задача 60.

Больной Д., 45 лет, считает себя больным около шести месяцев, когда стал ощущать постоянную заложенность носа и затруднение дыхания через нос.

При осмотре – состояние удовлетворительное. Периферические лимфоузлы одной стороны увеличены до 3 см на шее. Селезенка и печень не увеличены.

По данным УЗИ печень не увеличена, диффузно неоднородна. Воротная вена 12мм. Селезенка увеличена - 12х6 см, в нижнем полюсе селезенки имеется гиповаскулярный

очаг, селезеночная вена 6мм. Проведена пункция лимфоузла. Цитологическая картина характеризуется как тотальный пунктат из малых лимфоцитов. При ларингоскопии было обнаружено кольцевое поражение кольца Пирогова-Вальдеера.

Анализ крови: Гемоглобин 120 г/л, Эритроциты 4,70 $x10^{12}$/л, Гематокрит 36 %, Цветовой показатель 1, Тромбоциты 210,0 x 10^{9}/л, Лейкоциты 8.0$x10^{9}$/л.

Миелограмма: Клеточность костного мозга 140$x10^{12}$/л, Бласты 2%, Гранулоцитарный ряд 52%, Лимфоидный ряд 20%, Моноцитарный ряд 8%, Эритроидный ряд 17% .

Биохимия крови: Общий белок 64 г/л, Альбумин 36 г/л, Мочевина6 ммоль/л, Креатинин 77 мкмоль/л, ЛДГ 1560 ЕД/л, Щелочная фосфатаза 320 ЕД/л, АЛТ 34 ЕД/л, ГГТП 110 ЕД/л.

Проведена биопсия лимфоузла: в лимфоузле имеется разрастание мелких лимфоцитов со стиранием рисунка лимфатического узла. Проведена ИГХ: все лимфоидные клетки тотально экспрессируют маркеры CD 20 + CD 19+ и циклин D1.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие еще органы необходимо проверить на предмет поражения?
3. Стадия заболевания.
4. Какой комплекс обследований необходимо провести больному?
5. Какой алгоритм проведения лечения необходим больному