

№ ОРД- КАРД- 21

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

кафедра внутренних болезней № 4

УТВЕРЖДЕНО

протоколом заседания Центрального координационного учебно-методического совета от «05» февраля 2021 г. № 3

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

по ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры по специальности **31.08.36 Кардиология**, утвержденной 26.02.2021 г.

для ординаторов 1, 2 курса

по специальности 31.08.36 Кардиология

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры от « 21 » января 2021 г. (протокол № 11)

Заведующая кафедрой, профессор, д.м.н., Астахова Замира Татарбековна

г. Владикавказ 2021 г.

СТРУКТУРА ФОС

1. Титульный лист
2. Структура ФОС
3. Паспорт оценочных средств
5. Комплект оценочных средств
 - эталоны тестовых заданий
 - ситуационные задачи
 - перечень вопросов к зачету/экзамену

ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
Дисциплина Кардиология
Специальность 31.08.36 Кардиология

№	Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины/модуля	Количество тестов/задач	Код формируемых компетенций
1	2	3	4
Вид контроля	Промежуточный		
1.	Государственная итоговая аттестация	60/40	УК-1, УК-2,УК-3,ПК-1, ПК-2, ПК-3, .ПК-4,ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8,ПК-9,ПК-10,.ПК-11,ПК-12.

1. Тахикардия с узкими комплексами QRS: дифференциальный диагноз, лечение.
2. Определение и современная классификация артериальной гипертензии. Диагностика артериальной гипертензии.
3. Хроническая сердечная недостаточность с сохранной фракцией выброса ЛЖ: клиника, этиология, диагностика и лечение.
4. Лечение хронической сердечной недостаточности со сниженной фракцией выброса ЛЖ.
5. Амиодарон: основные показания и противопоказания, побочные эффекты.
6. Плейотропные эффекты статинов.
7. Альфа-адреноблокаторы: классификация, основные показания и противопоказания, побочные эффекты.
8. Тромбоэмболия легочной артерии: клиника, диагностика, лечение.
9. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний.
10. Диуретики: классификация, основные показания и противопоказания, побочные эффекты.
11. Ингибиторы АПФ: классификация, основные показания и противопоказания, побочные эффекты.
12. Осложнения инфаркта миокарда (нарушения ритма и проводимости): диагностика, лечение.
13. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний.
14. Диагностика и лечение метаболического синдрома.
15. Прямые антикоагулянты: классификация, основные показания и противопоказания, побочные эффекты.
16. Проведение электрической кардиоверсии.
17. Миокардиты: клиника, диагностика, лечение.
18. Хроническая ишемическая болезнь сердца: диагностика и лечение.
19. Лечение артериальной гипертензии.
20. Сердечные гликозиды: основные показания, побочные эффекты. Гликозидная интоксикация: клиника, диагностика.
21. Отёк легких: клиника, диагностика, лечение.
22. Экстренная помощь при ТЭЛА.
23. Реваскуляризация миокарда у пациентов с хронической ишемической болезнью сердца: показания, выбор метода реваскуляризации.
24. Диуретики: классификация, основные показания и противопоказания, побочные эффекты.
25. Кардиотропная терапия у пациентов с хронической болезнью почек, коррекция доз препаратов.
26. Хроническая сердечная недостаточность со сниженной фракцией выброса ЛЖ: клиника, этиология, диагностика.
27. Тампонада сердца: клиника, диагностика, лечение.
28. Универсальное определение инфаркта миокарда. Универсальная классификация инфаркта миокарда.
29. Анализ данных везлэргометрии суточного мониторирования ЭКГ.
30. Симптоматические артериальные гипертензии: классификация, диагностика,
31. лечение.
32. Экстренная помощь при отеке легких.
33. Острый коронарный синдром без подъёма сегмента ST: классификация, клиника, диагностика, стратификация риска.
34. Экстрасистолия: классификация, диагностика, лечение.
35. Оценка эффективности лечения непрямыми антикоагулянтами.
36. Международное нормализованное отношение, целевые значения. Правила подбора дозы варфарина.

37. Современные подходы к лечению ОКС с подъемом сегмента ST.
38. Острая митральная недостаточность: клиника, этиология, лечение.
39. Фибрилляция предсердий: этиология, классификация, клиника.
40. Двойная антиагрегантная терапия: показания, рекомендуемые схемы, продолжительность.
41. Осложнения инфаркта миокарда: диагностика, лечение.
42. Остановка кровообращения. Реанимационные мероприятия.
43. Фибрилляция предсердий: подходы к лечению (контроль ритма/контроль ЧСС).
44. Современные подходы к лечению ОКС с подъемом сегмента ST.
45. Блокаторы рецепторов ангиотензина II: классификация, основные показания и противопоказания, побочные эффекты.
46. Острая сердечная недостаточность: классификация, диагностика, лечение.
47. Непрямые антикоагулянты : классификация, основные показания, противопоказания, побочные эффекты.
48. Фибрилляция предсердий: оценка риска тромбоэмболических событий/кровотечений, подходы к антитромботической терапии.
49. Блокаторы кальциевых каналов: классификация, основные показания и противопоказания, побочные эффекты.
50. Лечение гипертонических кризов.
51. Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST: клиника, диагностика.
52. Показания к имплантации ЭКС. Режимы стимуляции ЭКС.
53. Остановка кровообращения. Реанимационные мероприятия.
54. Нитраты: классификация, основные показания и противопоказания, побочные эффекты.
55. Реперфузионная терапия при ОКС с подъемом сегмента ST: показания, противопоказания.
56. Бета-адреноблокаторы: классификация, основные показания, противопоказания, побочные эффекты.
57. Экстрасистолия: классификация, диагностика и лечение.
58. Непрямые антикоагулянты: классификация, основные показания и противопоказания, побочные эффекты.
59. Гипертрофическая кардиомиопатия: клиника, диагностика, лечение.
60. Инфекционный эндокардит: клиника, диагностика, лечение.
61. Миокардиты: клиника, диагностика, лечение.
62. Гиполипидемические препараты: классификация, основные показания и противопоказания, побочные эффекты.
63. Осложнения инфаркта миокарда (острая левожелудочковая недостаточность, кардиогенный шок): диагностика и лечение.
64. Дилатационная кардиомиопатия: клиника, диагностика, лечение.
65. Гипертрофическая кардиомиопатия: клиника, диагностика и лечение.
66. Анализ данных ЭХО-КГ.
67. Тахикардия с широкими комплексами QRS: дифференциальный диагноз, лечение.
68. Перикардиты: классификация, этиология, клиника, лечение.
69. Новые оральные антикоагулянты: классификация, основные показания и
70. противопоказания, побочные эффекты.
71. Гипертрофическая кардиомиопатия: клиника, диагностика и лечение.
72. Дегенеративный стеноз устья аорты: клиника, диагностика, лечение, показания
73. к оперативному лечению.
74. Кардиотропная терапия у пациентов с хронической болезнью почек, коррекция
75. доз препаратов.
76. Современные подходы к лечению ОКС с подъемом сегмента ST.
77. Атриовентрикулярные блокады: классификация, диагностика, лечение.
78. Перикардиты: классификация, этиология, клиника, лечение.

79. Острый гастрит. Классификация, этиология и патогенез, клиника, лечение.
80. Хронический гастрит. Классификация, этиология и патогенез, клиника, лечение.
81. Клинические аспекты пилорического хеликобактериоза. Значение ЭГДС и биопсии слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.
82. Острые и хронические эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки.
83. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Эпидемиология, этиология, патогенез, классификация, осложнения.
84. Методы диагностики инфицирования *Helicobacter pylori* и эффективности эрадикационной терапии. Постгастрорезекционные расстройства.
85. Симптоматические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.
86. Синдром холестаза. Виды холестаза. Дифференциальный диагноз. Холангиты. Этиология, патогенез. Диагностика, дифференциальный диагноз, тактика ведения пациентов. Прогноз.
87. Холецистит острый и хронический. Этиология, патогенез, клиническая картина, дифференциальный диагноз, тактика ведения пациентов. Прогноз.
88. Желчекаменная болезнь. Постхолецистэктомический синдром.
89. Функциональные расстройства билиарного тракта. Этиология, патогенез, клиническая картина, дифференциальный диагноз, тактика ведения пациентов. Прогноз.
90. Острые и хронические панкреатиты, классификация, лечение, диагностика.
91. Осложнения острого панкреатита.
92. Синдром панкреатической недостаточности. Функциональные нарушения секреции и транспорта панкреатического сока.
93. Синдром раздраженного кишечника. Этиология, патогенез. Критерии. Дифференциальный диагноз. Лечение.
94. Острая ревматическая лихорадка. Современная классификация. Клинико-диагностические критерии ревматической лихорадки.
95. Дифференциальный диагноз ревматической лихорадки и инфекционного эндокардита, неревматического миокардита, пролапса митрального клапана.
96. Лечение ревматической лихорадки. Первичная и вторичная профилактика ревматической лихорадки.
97. Дифференциальная диагностика заболеваний, характеризующиеся появлением шумов в области сердца.
98. Дифференциальная диагностика ревматоидного артрита и деформирующего остеоартроза.
99. Классификация ревматоидного артрита. Клиническая картина. Критерии диагноза.
100. Подагра. Три стадии развития подагры (острый подагрический артрит, межприступная подагра и рецидивирующий подагрический артрит, хроническая тофусная подагра), их характеристика. Критерии диагноза подагры.
101. Лечение острого подагрического артрита. Антигиперурикемическая терапия: показания, противопоказания.
102. Системная красная волчанка (СКВ), этиология и патогенез. Рабочая классификация СКВ. Клинико-иммунологические варианты.
103. Клинические проявления СКВ. Критерии диагноза.
104. Системная склеродермия (ССД). Клинические формы ССД (диффузная, лимитированная, склеродермия без склеродермы, перекрестные формы, ювенильная склеродермия) и их особенности. Варианты течения и стадии развития.
105. Лечение ССД. Показания для назначения иммунодепрессантов.
106. Дерматомиозит. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
107. Антифосфолипидный синдром. Клинические проявления. Классификация.
108. Системные васкулиты. Определение. Механизмы повреждения сосудистой стенки. Классификация.
109. Болезнь Kawasaki. Клиника. Диагностика. Лечение.

110. Узелковый полиартериит. Основные проявления. Клиническая классификация.
111. Узелковый полиартериит. Диагностика. Принципы фармакотерапии.

Тесты

1. Артериальная гипертензия может быть заподозрена по следующим клиническим признакам и проявлениям:

- а) боль в теменной и затылочной областях +
- б) нарушения сердечного ритма и проводимости
- в) наличие периферических отеков

2. Основным признаком нефрогенной гипертензии является:

- а) сужение почечной артерии на 20%
- б) нарушение функции почек +
- в) наличие признаков конкрементов в лоханке

3. Эндокринная гипертензия с дефицитом гормональной продукции является:

- а) гипертензией при синдроме Кона
- б) гипертензией при феохромоцитоме
- в) гипертензией при сахарном диабете +

4. Гипертензия при коарктации аорты развивается вследствие:

- а) ишемии внутренних органов ниже места сужения +
- б) нарушения микроциркуляции в коронарных артериях
- в) недостаточности мозгового кровообращения

5. Повышение артериального давления при феохромоцитоме и парананглиомах имеет характер:

- а) с асимметрией на верхних и нижних конечностях
- б) изолированного диастолического
- в) кризового +

6. Основным гемодинамическим признаком коарктации грудного отдела аорты является:

- а) брадикардия высоких градаций
- б) гипертензия выше и гипотензия ниже места сужения аорты +
- в) увеличение ОЦК

7. Вазоренальная гипертензия развивается вследствие:

- а) тромбоза почечной артерии
- б) стеноза почечной артерии
- в) оба варианта верны +

8. Снижение уровня АД при асимметрии АД на правой и левой руках до нормальных цифр опасно в плане:

- а) развития ишемического инсульта и инфаркта миокарда +
- б) нарушения функции пищевода и желудка
- в) развития острой аневризмы грудного отдела аорты

9. Абсолютным диагностическим критерием артериальной гипертензии при феохромоцитоме является:

- а) увеличение концентрации в плазме крови альдостерона
- б) низкий уровень катехоламинов в крови, оттекающей по почечным венам, и их концентрации в моче
- в) наличие признаков опухоли надпочечника и гиперпродукции катехоламинов +

10. Гормоном с высокой прессорной активностью является:

- а) инсулин
- б) адреналин +
- в) кальцитонин

11. В пульмонологической практике препаратами, вызывающими развитие артериальной гипертензии, являются:

- а) препараты из солодки +
- б) кромогликат натрия
- в) бронхолитики

12. При лечении хронических артритов развитие артериальной гипертензии может вызвать:

- а) делагил
- б) гидрокортизон +
- в) кризанол

13. Эндокринная гипертензия у женщин может быть следствием приема:

- а) эстрогена +
- б) прогестерона
- в) бромкриптина

14. Основными недостатками гипотензивной терапии α -адреноблокатором празозином является:

- а) брадикардия
- б) нарушение обмена калия
- в) рефлекторная тахикардия +

15. Положительным эффектом антагонистов кальциевых каналов, кроме гипотензивного, является:

- а) коронаролитический +
- б) диуретический
- в) снижение уровня мочевой кислоты в крови

16. Длительность гипотензивной терапии при эссенциальной гипертензии определяется:

- а) наличием сосудистых осложнений
- б) устранением патогенетических механизмов гипертензии +
- в) состоянием органов, регулирующих артериальное давление

17. Какой из перечисленных гипотензивных препаратов может вызвать гемолитическую анемию при длительном приеме:

- а) клонидин
- б) резерпин
- в) метилдопа +

18. Какой из гипотензивных препаратов даже в умеренных дозах может вызвать лекарственный люпус-синдром:

- а) клонидин
- б) празозин +
- в) метилдопа

19. Какой из гипотензивных препаратов при длительном применении может вызвать депрессию:

- а) гидралазин
- б) празозин.
- в) резерпин +

20. Какие цифры артериального давления у взрослых принимаются за границу нормы:

- а) систолическое давление – ниже 140 мм рт. ст., а диастолическое – ниже 90 мм рт. ст.
- б) систолическое давление равно или ниже 160 мм рт. ст., а диастолическое – равно или ниже 90 мм рт. ст. +
- в) систолическое давление – ниже 150 мм рт. ст., а диастолическое давление равно 90 мм рт. ст.

21. Выберите наиболее значимые факторы риска развития артериальной гипертензии:

- а) уровень ежегодного потребления поваренной соли +
- б) потребление алкогольных напитков
- в) избыточная масса тела

22. Перечислите признаки ЭКГ, наиболее характерные для больных гипертонической болезнью:

- а) блокада правой ножки пучка Гиса
- б) гипертрофия левого желудочка +
- в) остроконечный зубец Р в отведениях II, III

23. Какие из указанных классов липопротеидов являются атерогенными:

- а) ЛПВП
- б) ХМ
- в) ЛПОНП +

24. Потребление каких из перечисленных продуктов приводит к повышению содержания триглицеридов в крови:

- а) куриных яиц
- б) кондитерских изделий +
- в) мяса

25. К какой форме стенокардии относятся боли, возникающие у людей при умственной работе или при длительном положении сидя:

- а) вариантной
- б) покоя
- в) напряжения +

26. Какие из перечисленных механизмов гипоксии миокарда имеют место при ИБС:

- а) снижение утилизации кислорода
- б) недостаточное поступление кислорода +
- в) артериальная гипоксемия

27. Какие из указанных изменений ЭКГ характерны для стенокардии:

- а) депрессии сегмента ST +
- б) патологический зубец Q
- в) появление отрицательного зубца T

28. Какое заболевание желудочно-кишечного тракта дает клинику стенокардии:

- а) заболевания пищевода
- б) язвенная болезнь желудка
- в) диафрагмальная грыжа +

29. Какие признаки позволяют диагностировать левостороннюю межреберную невралгию:

- а) резкая боль при надавливании в межреберных промежутках +
- б) положительный эффект после приема нитроглицерина
- в) ослабление болей на вдохе

30. Каков механизм действия нитратов при стенокардии:

- а) увеличение внешней работы сердца
- б) улучшение кровообращения в субэндокардиальных слоях миокарда +
- в) увеличение диастолического объема желудочков сердца

31. Внекожные проявления панникулита Вебера – Кристена включают все перечисленное, кроме:

- а) рецидивирующего эрозивного артрита +
- б) гепатолиенального синдрома
- в) умеренного лейкоцитоза и эозинофилии

32. Наиболее частая причина боли в передней части стопы это:

- а) метаталзалгия Мортон
- б) поперечное плоскостопие +
- в) сосудистые нарушения

33. Национальная система социальной защиты населения включает в себя:

- а) доступную медицинскую помощь

- б) социальное обеспечение в случае стойкой и временной утраты трудоспособности
- в) благотворительность +

34. Патогенетические механизмы прогрессирования гломерулонефрита:

- а) коагуляционный механизм +
- б) продукция медиаторов воспаления
- в) активация гуморальных иммунных процессов

35. Роль клеточного иммунитета в развитии дерматомиозита подтверждается всем перечисленным, кроме:

- а) способности мононуклеаров оказывать влияние на фибробласты кожи
- б) выявления ионов кальция в мышечной ткани, влияющих на сократительную способность мышц
- в) состава лимфоидных инфильтратов в мышцах преимущественно из Т-хелперного фенотипа лимфоцитов +

36. Ультразвуковая доплерография, используемая в диагностике поражений сосудов при первичных и вторичных васкулитах, не позволяет:

- а) выявить венозный тромбоз
- б) выявить поражение коронарных сосудов +
- в) определить окклюзии коллатералей сосудов

37. Из иммуностимуляторов крайне редко в настоящее время применяется:

- а) тактивин
- б) тимоген
- в) левамизол +

38. Верны все перечисленные ниже положения, в отношении терапии глюкокортикостероидами при системной красной волчанке, кроме:

- а) нередко длительность лечения не превышает 6-8 недель +
- б) являются препаратами первого ряда при лечении этой болезни
- в) доза должна быть достаточной для подавления активности воспалительного процесса

39. При тромбоцитопеническом кризе (аутоиммунный синдром Верльгофа) у больных системной красной волчанкой необходимы все перечисленные мероприятия, кроме:

- а) переливания тромбоцитарной массы
- б) назначения преднизолона в суточной дозе 100-200 мг
- в) спленэктомии +

40. При пероральном длительном лечении глюкокортикостероидами поддерживающая суточная доза преднизолона не должна превышать:

- а) 9.5 мг
- б) 7.5 мг +
- в) 10.5 мг

41. При митральном стенозе:

- а) возникает гипертрофия и дилатация правого желудочка +
- б) возникает гипертрофия и дилатация левого желудочка
- в) выслушивается диастолический шум в точке Боткина

42. Антигенными свойствами обладают:

- а) гликолипиды
- б) глюкозамингликаны, полипептиды +
- в) гипоглобены

43. Боль в области пятки (талалгия) не может быть обусловлена:

- а) воспалением ахиллова сухожилия +
- б) подпяточным бурситом
- в) энтезопатией в области бугра пяточной кости

44. Эффект препаратов золота при ревматических заболеваниях не связан:

- а) с торможением функции моноцитов
- б) с подавлением пролиферации Т-лимфоцитов
- в) с хелатными свойствами +

45. Наиболее частым побочным эффектом сульфасалазина является:

- а) тошнота и рвота +
- б) изъязвления слизистой оболочки полости рта
- в) агранулоцитоз

46. Наиболее характерный симптом, указывающий на раковое перерождение при хроническом эзофагите:

- а) дисфагия +
- б) слюнотечение
- в) изжога

47. К препаратам, снижающим желудочно-пищеводный рефлюкс, не относится:

- а) атропин
- б) координакс +
- в) нитроглицерин

48. При лечении ахалазии пищевода, что противопоказано применять:

- а) нитроглицерин
- б) седативные средства
- в) мотилиум +

49. Рентгенологически выявленное отсутствие перистальтики в дистальном отделе пищевода при нормальной моторике в проксимальном отделе характерно для чего:

- а) склеродермии +

- б) пищевода Баррета
- в) диффузного спазма пищевода

50. Наличие желудочной метаплазии нижнего пищеводного сфинктера характерно для:

- а) ахалазии пищевода
- б) эзофагита
- в) пищевода Баррета +

51. К основным методам исследования, позволяющим верифицировать диагноз хронического гастрита, не имеет отношения:

- а) анализ желудочного сока
- б) дуоденальное зондирование +
- в) гастроскопия, рентгенография желудка

52. Наличие триады симптомов – стойкое повышение желудочной секреции, изъязвление ЖКТ, диарея – указывает на:

- а) язвенную болезнь с локализацией в желудке
- б) язвенную болезнь с локализацией в постбульбарном отделе
- в) синдром Золлингера – Эллисона +

53. О степени активности гастрита судят по клеточной инфильтрации слизистой оболочки желудка:

- а) лейкоцитами +
- б) плазматическими клетками
- в) эозинофилами

54. Для клиники хронического гастрита характерно :

- а) умеренный лейкоцитоз
- б) субфебрильная температура
- в) диспепсический синдром +

55. Наличие эрозий в антральном отделе желудка характерно для:

- а) аутоиммунного гастрита
- б) хеликобактерной инфекции +
- в) гранулематозного гастрита

56. Общее количество желудочного сока, отделяющегося у человека при обычном пищевом режиме, составляет:

- а) 1,5 – 2,0 л +
- б) 1,0 – 1,5 л
- в) 1,5 – 2,5 л

57. Какой из перечисленных нестероидных противовоспалительных препаратов реже других вызывает язвенные изменения ЖКТ:

- а) вольтарен
- б) мелоксикам +
- в) реопирин

58. Какой тест является наиболее надежным для диагностики синдрома Золлингера – Эллисона:

- а) уровень гастрина в крови +
- б) базальная кислотопродукция
- в) максимальная кислотопродукция

59. Что не характерно для болезни Уиппла:

- а) полисерозиты
- б) полифекалия
- в) нефропатия +

60. Для целиакии спру характерно все представленное, кроме:

- а) лихорадки +
- б) полифекалии
- в) метеоризма

Ситуационная задача № 1

Мужчина 35 лет, поступил в клинику в ноябре с жалобами на выраженную одышку, усиливающуюся при небольшой физической нагрузке, ночные приступы удушья, головокружение, выраженную слабость. В анамнезе: В марте сего года возник сухой кашель, чаще ночью, умеренная одышка при ходьбе, подъеме на лестницу. Появлению этих симптомов за две недели предшествовало охлаждение. Несмотря на проводимую терапию одышка нарастала, присоединились ночные приступы удушья. Больной был госпитализирован в терапевтическое отделение – диагностировано, со слов больного, увеличение размеров сердца, сердечная недостаточность. Стационарное лечение улучшало состояние больного лишь на короткий срок. До настоящей госпитализации дважды по месяцу находился в терапевтическом отделении по месту жительства. Больной не курит, алкоголь употребляет редко. Страдает эрозивным гастритом в течении 9 лет. Отец скончался в 40-летнем возрасте от кардиальной патологии. Объективно: кожные покровы бледные, акроцианоз, невыраженные отеки нижних конечностей. Границы относительной сердечной тупости расширены, во все стороны, тоны глухие, систолический шум на верхушке, ритм правильный, АД 110/80 мм.рт.ст., пульс 100 в 1 минуту, слабого наполнения и напряжения. Над легкими ослабленное везикулярное дыхание, мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах, число дыханий в минуту 22 Живот мягкий, печень выступает из-под реберной дуги на 2 см. При обследовании: общий анализ крови-эритроциты: $3,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 98 г/л, цветной показатель – 0,7, лейкоциты – $7,5 \times 10^9/л$, СОЭ – 20 мм/час. Общий анализ мочи без патологии. Биохимический анализ крови: ПТИ 90%, креатинин 0,36 ммоль/л, билирубин 22,7 ммоль/л, сахар 4,4 ммоль/л. ЭКГ: трепетание предсердий, правильная форма, 3:1, диффузные изменения миокарда. ЭхоКГ – дилатация всех камер сердца, фракция выброса левого желудочка 21%. Митральная недостаточность II- III степени.

О каких заболеваниях может идти речь?

Лечение заболевания наиболее вероятного с вашей точки зрения?

Ситуационная задача № 2

Больной, 62 лет, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на одышку при небольшой физической нагрузке, головокружение, обмороки при ходьбе, иногда сжимающие боли в области сердца.

Из анамнеза известно, что в детстве часто болел ангинами, подозревали порок сердца. 30 лет назад у больного впервые появилась одышка при физической нагрузке, диагностирован ревматический митрально-аортальный порок сердца. Последние 18 лет стали возникать синкопальные состояния при физической нагрузке, боли в области сердца, присоединились пароксизмы мерцательной аритмии. Со временем диагноз ревматического порока был заменен диагнозом ИБС стенокардия напряжения. Больной периодически принимает кардикет, отмечает на его фоне учащение приступов нарушения ритма и обмороки.

Семейный анамнез: отец внезапно умер в возрасте 47 лет.

Объективно: кожные покровы обычной окраски. Над легкими выслушивается ослабленное везикулярное дыхание. Границы относительной сердечной тупости не расширены, верхушечный толчок разлитой, усиленный, тоны сердца приглушены, над всей поверхностью грудной клетки выслушивается грубый систолический шум, ритм правильный, ЧСС 65 в мин., АД 110/80 мм.рт.ст.. Живот мягкий, печень не выступает из-под края реберной дуги .

При обследовании: общий анализ крови-эритроциты: $3,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 148 г/л, лейкоциты – $7,5 \times 10^9/л$, СОЭ – 20 мм/час. Общий анализ мочи без патологии. Биохимический анализ крови: ПТИ 90%, креатинин 0,36 ммоль/л, билирубин 22,7 ммоль/л, сахар 4,4 ммоль/л

ЭКГ: ритм синусовый 60 в минуту. Эос отклонена влево. Признаки гипертрофии миокарда левого желудочка. Глубокий зубец Т V3- V6.

Эхокг. АО – 35 мм, ЛП – 41 мм, МЖП – 20 мм, ЗСЛЖ – 13 мм, КДР – 4,1 мм, КСР – 2,1 мм, ФВ – 73 %. Признаки обструкции выносящего тракта ЛЖ-систолическое смещение вперед передней створки митрального клапана, митрально-септальный контакт, частичное прикрытие аортальных створок в систолу. Митральная регургитация 1 степени.

О каких заболеваниях может идти речь?

Лечение заболевания наиболее вероятного с вашей точки зрения?

Ситуационная задача № 3

Больной М., 46 лет, поступил в кардиологическое отделение в октябре 2006 года с жалобами на одышку при незначительных физических нагрузках, в последнее время - в покое, «перебои» в работе сердца, общую слабость, отеки голеней, тяжесть в правом подреберье.

Ранее ничем не болел. Вышеописанная симптоматика появилась и нарастала в течение 4 Состояние при поступлении средней тяжести. Акроцианоз, умеренные отеки голеней. Левая граница относительной сердечной тупости смещена влево до передней подмышечной линии. Тоны сердца глухие, ритм неправильный, ЧСС 98 в мин., пульс 84 в мин. В легких аускультативно – влажные хрипы в нижних отделах с обеих сторон. ЧДД- 28 в мин. Печень выступает из-под реберной дуги на 6 см. На рентгенограмме грудной клетки - резкое увеличение размеров сердца за счет расширения всех камер. На ЭКГ – фибрилляция предсердий, желудочковая экстрасистолия, низкий вольтаж в стандартных отведениях. В отведениях VI -V3 высокоамплитудные комплексы типа QS, блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса.

На фоне терапии состояние улучшилось, был выписан на работу. В декабре 2007 года повторно был госпитализирован в связи с значительным ухудшением самочувствия: прогрессировали симптомы тотальной сердечной недостаточности, резко снизилась толерантность к нагрузкам, появились приступы удушья по ночам. За 2 дня до поступления усилилась одышка, появился кашель с выделением кровянистой мокроты, сопровождавшийся болями, чувством стеснения в груди, резкой слабостью.

О каких заболеваниях может идти речь?

Лечение заболевания наиболее вероятного с вашей точки зрения?

Ситуационная задача № 4

Больной М., 42 лет поступил с жалобами на выраженные распирающие боли в области сердца, не купирующиеся нитратами, частично купирующиеся наркотическими анальгетиками, чувством «нехватки воздуха». Заболел остро, на фоне полного здоровья, без видимой причины появилась резкая боль в грудной клетке и одышка, сопровождающаяся снижением АД и цианозом лица. В экстренном порядке госпитализирован. В течение ряда лет отмечает подъемы АД.

При поступлении состояние тяжелое, кожные покровы бледно-розовые, акроцианоз, цианоз губ, отеков нет. Над легкими: ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет.

ЧДД – 14 в мин. Границы относительной сердечной тупости смещены влево, аускультативно: I тон ослаблен верхушке, ритм правильный, ЧСС - 85 в мин, АД – 138/80 ЭКГ – Ритм синусовый, ЧСС – 60 в мин, Эл. ось – не отклонена, Признаки гипертрофии

левого желудочка, умеренные изменениями миокарда нижней стенки ЛЖ.
Эхо КГ – АО – 48,0 мм (расслоение), ЛП – 38,0 мм, ПЖ – 30 мм, ПП – 30*47 мм, КДР – 51 мм, МЖП – 12,8 мм, ЗСЛЖ – 11,0 мм, ФВ – 47%. Давление в легочной артерии 46 мм.рт.ст. В полости перикарда 120 мл жидкости. Парадоксальное движение МЖП. Отмечается наличие сообщения по ходу расслоения между истинным и ложным каналами. Дилатация правых камер сердца, снижение сократительной функции миокарда ЛЖ, гипокинез задней стенки в базальном сегменте. Аортальная регургитация I - II ст. Легочная гипертензия 46 мм.рт.ст. Небольшой перикардиальный и левосторонний плевральный выпот.

О каких заболеваниях может идти речь?

Лечение заболевания наиболее вероятного с вашей точки зрения?

Ситуационная задача № 5

Больной Л., 24 лет жалуется на умеренные постоянные ноющие боли в области сердца, купирующиеся нитратами, не связанные с физической нагрузкой, «перебои» в работе сердца, сердцебиение, ознобы, потливость в ночное время, выраженную общую слабость, снижение работоспособности. Считает себя больным в течение месяца, когда после перенесенной ангины стал отмечать вышеуказанные жалобы. Самостоятельно принимал ципролет с кратковременным положительным эффектом.

Объективно: состояние удовлетворительное, температура тела – 37,6 °С, кожные покровы бледные, гиперемия лица, отеков нет. Над легкими: везикулярное дыхание, хрипов нет.

ЧДД – 14 в мин. Границы относительной сердечной тупости смещены влево,

аускультативно: тоны ослаблены, ритм нарушен единичными экстрасистолами, ЧСС – 105 в мин, АД – 108/60 мм.рт.ст.

Общий анализ крови: Эр – $3,8 \cdot 10^{12}/л$, Нв – 131 г/л, цв.пок – 0,9, Л – $12,1 \cdot 10^9/л$, с/я – 68%, п/я – 16%, л – 10%, э – 2%, м – 4%; СОЭ – 22 мм/ч

ЭКГ – Ритм синусовый, вольтаж снижен, ЧСС – 100 в мин, Эл. ось – не отклонена,

Диффузные изменения миокарда, единичные желудочковые экстрасистолы.

1 О каких заболеваниях может идти речь?

2 Какие дополнительные методы исследования должны быть проведены с целью дифференциальной диагностики?

3 Лечение заболевания, наиболее вероятного, с Вашей точки зрения?

Ситуационная задача 6

Мужчина 55 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли сжимающего характера за грудиной, возникающие при ходьбе на расстояние 200 метров или при подъеме на один пролет лестницы, иррадиирующие в левое плечо, проходящие через 3-5 минут после остановки. Нитроглицерином не пользовался. Беспокоит также одышка при обычной физической нагрузке, утомляемость, которая появилась несколько недель назад.

Из анамнеза известно, что аналогичные боли беспокоят в течение полутора лет. В начале они возникали на большую, чем сейчас нагрузку, но последние несколько месяцев носят описанный выше характер. Больной получает Бисопролол 5 мг в сутки и Кардикет 40 мг 2 раза в сутки. На этом фоне приступы сохраняются. Курил в течение 20 лет по ½ пачки в день. Бросил курить 5 лет назад.

Семейный анамнез: отец внезапно умер в возрасте 59 лет.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 24 кг/м². Окружность талии – 96 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 130/85 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены.

Периферических отеков нет. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: общий холестерин – 6,5 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 3,5 ммоль/л, ТГ – 2,7 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,1 ммоль/л, креатинин – 96 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) – 86,6 мл/мин.

На ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС – 82 удара в минуту, нормальное положение ЭОС, соотношение зубцов R и S в грудных отведениях не нарушено.

Выполнена ВЭМ – проба прекращена на нагрузке 75 Вт из-за появления дискомфорта в грудной клетке и депрессии ST на 2 мм в отведениях V4, V5, V6. «Двойное произведение» составило 195.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Больному проведена ЭХО-кардиография. Фракция выброса составила 40%. Какие лечебные мероприятия необходимо назначить пациенту? Обоснуйте свой выбор.
5. Проведена коронарография. Обнаружен стеноз ствола левой коронарной артерии 70%. Какова тактика дальнейшего ведения пациента? Обоснуйте Ваш выбор.

Ситуационная задача № 7

Больная Л, 49 лет, поступила на лечение в кардиологическое отделение с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, усиливающуюся при разговоре, периодическое покашливание, отеки ног, тяжесть в правом подреберье, боли в области сердца, слабость, потливость.

Около 12 лет страдает ревматизмом с сформировавшимся стенозом митрального клапана. Находится под наблюдением у ревматолога. Последние два года не наблюдается и лечения не получает.

Объективно: состояние, тяжелое, ортопноэ, цианоз губ, в легких – в нижних отделах крепитация, ЧДД 25 в мин. Границы сердца расширены вверх и вправо, полифония I тона, ритм хаотичный, ЧСС – 110 в мин, пульс – 78 в мин, слабого наполнения и напряжения, АД 120/80 мм.рт.ст. Живот мягкий безболезненный, размеры печени по Курлову 12*11*8 см., массивные отеки голеней и стоп.

На фоне проводимой терапии (иапф, диуретики, сердечные гликозиды) состояние больной улучшилось. Накануне выписки, после проведения утреннего туалета, больная почувствовала резкую общую слабость, интенсивную боль за грудиной, одышку, головокружение, появился кашель с прожилками крови.

Объективно: кожные покровы влажные, выраженный цианоз, ЧДД – 25 в мин, в легких – влажные хрипы. Ритм сердца нарушен, ЧСС – 120 в мин, акцент II тона над легочной артерией, АД 90/60 мм.рт.ст. ЭКГ – Эл ось отклонена вправо, ЧСС – 120 в мин, ритм нарушен, зубец P отсутствует, уширение QRS в V1 – V2, S I, Q III, подъем ST в III отведении.

- 1 О каких заболеваниях может идти речь?
- 2 Какие дополнительные методы исследования должны быть проведены с целью дифференциальной диагностики?
- 3 Лечение заболевания, наиболее вероятного, с Вашей точки зрения?

Ситуационная задача № 8

Больная К., 45 лет, обратилась к участковому врачу с жалобами на одышку при небольшой физической нагрузке, сердцебиение, «перебой» в работе сердца, выраженную слабость. Из анамнеза: с детства страдала частыми ангинами. Наблюдалась у ревматолога. Последние 15 лет лечения не получала. 1,5-2 года отмечает появление и нарастание одышки, снижение

толерантности к физической нагрузке, 2 месяца назад появились сердцебиение и «перебои» в работе сердца.

Объективно: кожные покровы бледные, румянец щек с цианотичным оттенком, акроцианоз. Границы относительной сердечной тупости расширены вверх и вправо; при аускультации - деятельность сердца аритмичная, в зоне верхушки сердца определяется хлопающий, полифоничный I тон, щелчок открытия митрального клапана, диастолический шум; пульс 107 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, аритмичный, дефицит пульса – 7; АД 115/70 мм. рт.ст. Аускультативно над легкими – ослабленное везикулярное дыхание, в нижних отделах с обеих сторон крепитация.

Общий анализ крови и мочи - патологии не выявлено.

На ЭКГ: электрическая ось сердца отклонена вправо. Ритм – мерцательная аритмия, тахисистолическая форма; признаки гипертрофии левого предсердия и правого желудочка.

1 О каких заболеваниях может идти речь?

2 Какие дополнительные методы исследования должны быть проведены с целью дифференциальной диагностики?

3 Лечение заболевания, наиболее вероятного, с Вашей точки зрения?

Ситуационная задача № 9

Больная М., 36 лет, находится в родильном доме 2 – е сутки после кесарева сечения. Утром, после посещения туалета стала отмечать одышку с затрудненным вдохом, сухой кашель. На следующий день одышка стала нарастать, присоединились интенсивные боли за грудиной жгучего характера, усиливающаяся при дыхании, кашле, поднялась температура тела до 38°C.

При объективном осмотре: лежит на койке с низким изголовьем, кожные покровы бледно – пепельного оттенка, цианоз ногтевых лож. Число дыхательных движений 25 в минуту, аускультативно в легких крепитация с обеих сторон. Границы относительной сердечной тупости смещены вправо. Акцент II тона над легочной артерией. Ритм учащен ЧСС = 110 в минуту. АД 90 /60 мм.рт.ст.

По данным имеющегося обследования: в ОАК – Эритроциты: $3,4 \times 10^{12}/л$, Гемоглобин 133 г/л, ц.п – 0,9, лейкоциты – $12,5 \times 10^9/л$, баз – 2%, эоз – 2%, п/я – 11%, с/я – 73%, л – 10%, м – 2%, СОЭ – 25 мм/час. На ЭКГ – ритм синусовый, ЧСС 110 в минуту, SI – QIII, подъем сегмента ST и отриц T в III, AVF, V1-V3. блокада правой ножки пучка Гиса.

На R – грамме органов грудной клетки: очаговое затемнение клиновидной формы, высокое стояние купола диафрагмы.

1 О каких заболеваниях может идти речь?

2 Какие дополнительные методы исследования должны быть проведены с целью дифференциальной диагностики?

3 Лечение заболевания, наиболее вероятного, с Вашей точки зрения?

Ситуационная задача 10

Больная Б. 38 лет предъявляет жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке, быструю утомляемость, слабость, эпизоды удушья, возникающие в горизонтальном положении, отеки голеней и стоп. В возрасте 17 лет был выявлен ревматический порок сердца - недостаточность митрального клапана.

При осмотре: состояние тяжелое. Акроцианоз. Отеки голеней и стоп. ЧДД - 24 в минуту. При сравнительной перкуссии легких справа ниже угла лопатки отмечается притупление перкуторного звука. При аускультации ослабленное везикулярное дыхание, в нижних отделах - небольшое количество влажных мелкопузырчатых хрипов. Левая граница сердца - на 3 см кнаружи от среднеключичной линии в VI межреберье. Аускультативная картина соответствует имеющемуся пороку. Ритм сердечных сокращений неправильный,

ЧСС - 103 удара в минуту. АД - 110/65 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме за счет ненапряженного асцита, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 13×12×10 см. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, край ее закруглен, слегка болезненный.

На ЭКГ ритм неправильный, зубцы Р отсутствуют.

Вопросы: 1. Выделите ведущий синдром.

2. Установите предварительный диагноз.

3. Наметьте план обследования пациента на первом этапе.

4. Определите тактику лечения.

5. К какому специалисту необходимо направить пациентку и с какой целью?

Ситуационная задача 11

Больной Л. 16 лет предъявляет жалобы на головные боли, носовые кровотечения, боли в ногах после длительной ходьбы.

При осмотре отмечается гиперстеническая конституция больного, развитый плечевой пояс, гиперемия лица. Пульс на лучевой артерии напряжен, ритмичный с частотой 64 в минуту, симметрично с обеих сторон. Левая граница сердца на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца звучные, ясные, на всех точках аускультации выслушивается грубый систолический шум, проводящийся на сосуды шеи и в межлопаточное пространство, акцент II тона на аорте. АД на плечевой артерии - 170/110 мм рт. ст., на бедренной артерии - 150/80 мм рт. ст. с обеих сторон.

Вопросы: 1. Выделите и обоснуйте ведущий синдром.

2. Установите предварительный диагноз.

3. Наметьте план обследования пациента на первом этапе.

4. Определите круг дифференциального диагноза.

5. Определите тактику лечения.

Ситуационная задача 12

Больная А. 38 лет поступила по скорой помощи в приемное отделение стационара с жалобами на пульсирующую головную боль, сопровождающуюся чувством сдавления головы, сердцебиением, потливостью, ознобом. За последние 6 месяцев отмечает похудание на 4 кг. Измеряла АД нерегулярно.

В анамнезе за последние 8 месяцев - частые гипертонические кризы, купированные врачами скорой помощи (препараты не помнит). Постоянно гипотензивной терапии не принимала, но при повышении АД свыше 170/100 мм рт. ст. принимала Каптоприл 25 мг внутрь без выраженного эффекта.

При осмотре: АД – 220/130 мм рт. ст., ЧСС – 180 ударов в минуту. Температура тела - 37,8°C, бледность кожных покровов, тремор, похолодание кистей рук, светобоязнь.

Отмечалось кратковременное синкопальное состояние.

Проведена терапия внутривенным медленным введением препарата Урапидил со снижением АД в течение часа до 160/90 мм рт. ст.

Вопросы: 1. Выделите ведущие синдромы.

2. Установите предварительный диагноз.

3. Наметьте план обследования пациентки на первом этапе.

4. Определите круг дифференциального диагноза.

5. Определите тактику лечения.

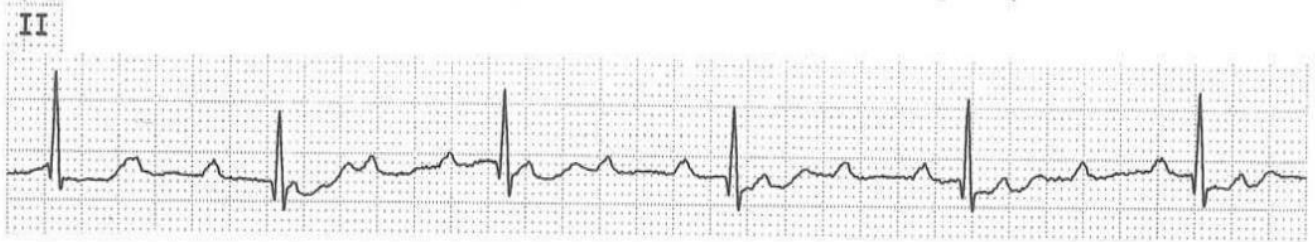
Ситуационная задача 13

Больной 75 лет на приеме у врача-терапевта участкового предъявляет жалобы на приступы головокружения, иногда с кратковременной потерей сознания, участвовавшие в течение последнего месяца. Кроме этого, имеется одышка при незначительной физической нагрузке и отеки на ногах, которые появились также около месяца назад и в последующем

усиливались. Анамнез: больным себя считает около 10 лет, когда впервые появились сжимающая боль в области сердца и одышка при ходьбе до 200 м, боль эффективно купируется Нитроглицерином. Год назад впервые возник приступ потери сознания в течение нескольких минут, сопровождавшийся непроизвольным мочеиспусканием. В последний месяц аналогичные приступы участились, появилось повышение АД.

Объективно: сознание ясное. Выраженный цианоз губ, граница относительной сердечной тупости сердца смещена влево на 2 см. Тоны сердца глухие, ритмичные. Временами выслушивается громкий (пушечный) I тон. ЧСС - 34 удара в минуту. АД - 180/100 мм рт. ст. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. Печень выступает из-под реберной дуги на 5 см, край ее плотный, чувствительный при пальпации. Симметричные отеки на ногах до верхней трети голеней.

Представлена ЭКГ (скорость 25 мм/с):



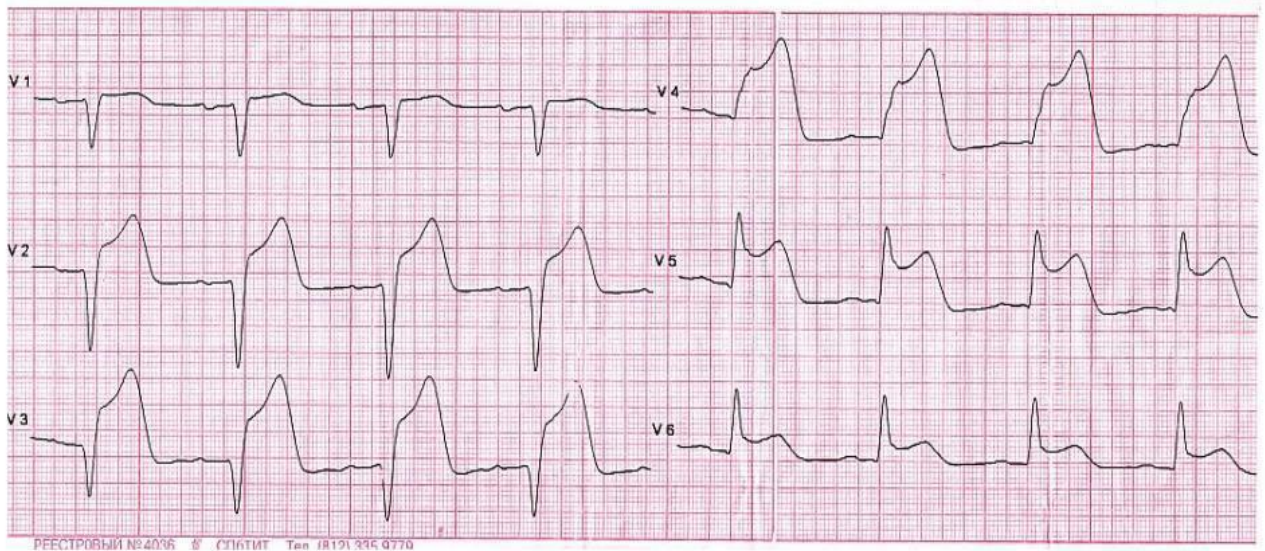
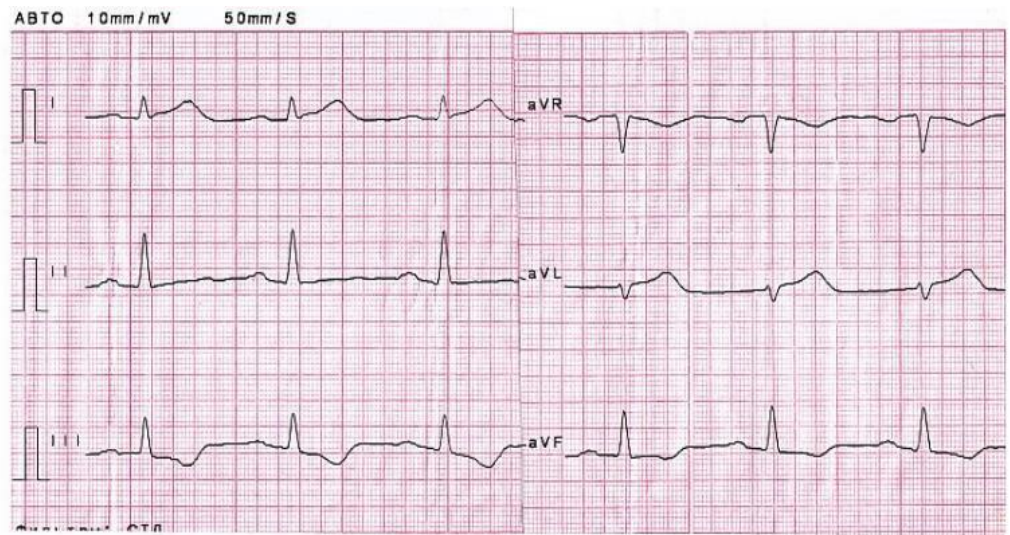
- Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Назовите отклонения от нормы, видимые на представленной ЭКГ, и сформулируйте ЭКГ-заключение.
3. Какой синдром является ведущим в клинической картине данного заболевания?
4. Среди каких сходных состояний требуется провести дифференциальную диагностику?
5. Какой метод купирования данного неотложного состояния, проявляющегося обмороками, является наиболее эффективным?

Ситуационная задача 14

В поликлинику обратился мужчина 42 лет с впервые возникшим приступом интенсивной сжимающей загрудинной боли без отчетливой иррадиации, сопровождающейся тошнотой, профузным потоотделением, одышкой. К моменту обращения длительность приступа около 3 часов. Курит много лет, 10-15 сигарет в день. Артериальной гипертензии и других заболеваний сердечно-сосудистой системы, сахарного диабета, неврологических заболеваний, травм головы, коагулопатий и значительных кровотечений в анамнезе нет.

Сознание ясное. Кожные покровы бледные, гипергидроз. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ритмичны. ЧСС - 90 ударов в минуту, АД - 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена.

Экстренно снята ЭКГ:



Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Назовите отклонения от нормы, видимые на представленной ЭКГ, и сформулируйте ЭКГ-заключение.
3. Какова тактика врача общей практики в данной ситуации?
4. Среди каких неотложных состояний требуется провести дифференциальную диагностику?
5. Какие лабораторные маркеры рекомендуется использовать для подтверждения диагноза?

Ситуационная задача 15

Больной К. 45 лет обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому с жалобами на головокружение, перебои в работе сердца, мелькание «мушек» перед глазами.

В течение 5 лет страдает гипертонической болезнью, эпизодически при повышении АД принимает Каптоприл. Сегодня после тяжелой физической нагрузки (поднял шкаф на 2 этаж) появилось подобное состояние.

Объективно: кожные покровы лица и верхней половины туловища гиперемированы. Тоны сердца аритмичные, ЧСС – 120 ударов в минуту, частые экстрасистолы. АД – 180/100 мм рт. ст. В легких дыхание проводится во все отделы, хрипов не слышно, ЧД – 18 в минуту. Периферических отеков нет.

На ЭКГ: синусовый ритм, прерываемый частыми предсердными экстрасистолами, признаки гипертрофии левого желудочка, ЧСС – 120 ударов в минуту.

Вопросы:

1. Выделите ведущие клинические синдромы.
2. Поставьте диагноз.
3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
4. Выберите препараты для купирования гипертонического криза у данного больного. Обоснуйте свой выбор.
5. Определите плановое лечение гипертонической болезни у данного больного.

Ситуационная задача 16

Больной Ф. 78 лет вызвал врача-терапевта участкового на дом с жалобами на приступы сердцебиения, перебои в работе сердца, которые сопровождаются слабостью, одышкой. Приступы аритмии стали беспокоить последние шесть месяцев, продолжительностью несколько минут, проходят самостоятельно при перемене положения тела. Из анамнеза известно, что последние несколько лет стала снижаться память, редко отмечает повышение АД до 160/90 мм рт. ст. Перенесенные заболевания: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, очаговая пневмония. В настоящее время – пенсионер, работал преподавателем в вузе. Вредных привычек не имеет.

При осмотре состояние больного средней тяжести. Телосложение правильное, рост – 168 см, вес – 70 кг. Форма грудной клетки коническая, дыхание свободное через нос. Заметна пульсация шейных вен. ЧД – 17 ударов в минуту. При перкуссии звук ясный, легочный, границы легких в пределах нормы. При аускультации дыхание жесткое, хрипов нет. Система кровообращения. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя - верхний край III ребра. При аускультации тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 112 ударов в минуту, дефицит пульса. АД – 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не пальпируется, размеры по Курлову – 9×8×7 см.

Общий анализ крови и мочи без патологии. В биохимическом анализе крови определяется высокий уровень холестерина.

Записана ЭКГ: зубцы Р во всех отведениях отсутствуют. Между комплексами QRS, мелкие волны «f», частота желудочков 110-150 в минуту.

Вопросы: 1. Какое нарушение ритма у больного?

2. С какими наджелудочковыми аритмиями необходимо провести дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования вы назначите больному? Обоснуйте ответ.
4. На основании каких параметров оценивается риск развития инсульта и системных тромбоэмболий (ТЭО) у данного больного? Является ли необходимым назначение антикоагулянтов у данного больного?
5. Перечислите, что относится к сердечно-сосудистым и другим состояниям, ассоциирующимся с фибрилляцией предсердий. Назовите, какие состояния ассоциируются с развитием фибрилляции предсердий у данного больного.

Ситуационная задача 17

Пациент А.Т. 49 лет, инженер, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на эпизодическое повышение АД до 150/90-160/95 мм рт. ст., сопровождающееся головными болями в затылочной области. По совету своих знакомых при плохом самочувствии, связанном с высоким АД, принимает Эналаприл по 10 мг. Кроме того, в последние 2-3 месяца стал отмечать появление ноющих болей в области икроножных мышц при ходьбе на расстоянии 250-300 метров, купирующихся в покое. Считает себя больным около 2 лет, когда впервые появились вышеуказанные жалобы. Ранее не обследовался. Систематической терапии не получает. Максимальные цифры АД – 170/100 мм рт. ст. Около 10 лет назад была выявлена язвенная болезнь 12-перстной кишки, после курса консервативной терапии обострений больше не было. Другие хронические заболевания отрицает. Курит около ½ пачки в день - 30 лет. Алкоголь употребляет умеренно. Семейный анамнез: мать страдает ИБС, ГБ; отец умер в возрасте 62 лет от инфаркта миокарда. Операций, травм не было.

При физикальном осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые не изменены. Рост - 172 см, вес - 80 кг, ИМТ – 27 кг/м². Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа б/о. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки звук ясный легочный. Топографическая перкуссия – границы легких в пределах нормы. ЧДД – 18 в минуту. При аускультации легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ясные, акцент 2 тона над аортой. Ритм сердца правильный, прерываемый единичными экстрасистолами. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 150/90 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Поколачивание области почек безболезненное с обеих сторон. Дизурических явлений нет.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты каких группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Какие комбинации групп гипотензивных препаратов противопоказаны данному пациенту?

Ситуационная задача 18

Больная К. 58 лет страдает артериальной гипертензией (АД – 175/105–160/95 мм рт. ст.). Отмечает повышение АД в течение 18 лет. Постоянно принимает Атенолол 50 мг в сутки, Гидрохлортиазид 25 мг в сутки. За последние десять лет прибавила в весе 30 кг.

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

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

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

Анализ мочи на микроальбуминурию – 200 мг/сутки.

СКФ: 81,7 мл/мин по формуле Кокрофта-Голта.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС – 70 ударов в минуту, гипертрофия левого желудочка. ЭХО-КГ: клапанной патологии не выявлено, полости сердца не расширены, индекс массы миокарда левого желудочка - 121 г/м², признаки диастолической дисфункции, ФВ – 65%.

- Вопросы:** 1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие группы антигипертензивных препаратов Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Правильно ли назначена комбинация бетаблокатор и диуретик? Обоснуйте свой выбор.
5. Через 6 месяцев регулярной антигипертензивной терапии (комбинация Амлодипина в дозе 10 мг/сутки и препарата из группы блокаторов РААС (ингибитор АПФ или антагонист рецепторов к ангиотензину II) + Розувостатин 20 мг/сутки + соблюдение диеты – АД в пределах 120–130/70–80 мм рт.ст., глюкоза натощак – 5,4 ммоль/л, общий холестерин – 5,0 ммоль/л, ТГ – 1,8 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,2 ммоль/л, креатинин – 100 мкмоль/л, СКФ (по формуле Кокрофта-Голта) = 65,3 мл/мин; альбуминурия – 10 мг/сутки. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Ситуационная задача 19

Мужчина 43 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на периодически появляющуюся головную боль в затылочной области. Боли беспокоят около месяца на фоне напряженного рабочего графика (ночные дежурства), курит примерно 20 лет до 15 сигарет в день. Головные боли участились в течение последней недели, при измерении АД 150–160/90 мм рт. ст. Родители страдают гипертонической болезнью, отец в 45 лет перенес инсульт.

Объективно: состояние удовлетворительное. Масса тела повышена по абдоминальному типу, рост - 172 см, вес - 86 кг. Объем талии - 105 см, объем бедер - 92 см. Отеков нет. Аускультативно: дыхание над легкими везикулярное, хрипов нет. ЧД – 18 в мин. Тоны сердца ясные ритмичные, перкуторно границы относительной тупости сердца в пределах нормы. АД – 150/90 мм рт. ст., ЧСС – 92 удара в минуту. Живот мягкий безболезненный, печень по краю реберной дуги. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный, дизурических явлений нет. Стул в норме.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 145 г/л; эритроциты – $4,9 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты - $7,0 \times 10^9$ /л; СОЭ – 15 мм/час. Общий анализ мочи: относительная плотность - 1018, белок – нет, в мочевом осадке лейкоциты – 2-4 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий холестерин – 5,3 ммоль/л, мочева кислота – 500 мкмоль/л, креатинин – 78 мкмоль/л, глюкоза натощак – 5,8 ммоль/л. Микроальбуминурия: 25 мг/сут.

ЭКГ: ритм синусовый, признаки гипертрофии миокарда ЛЖ, очаговых изменений нет.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие группы антигипертензивных препаратов Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Через 6 месяцев регулярной антигипертензивной терапии (комбинация Амлодипина в дозе 5 мг/сутки и ингибитора АПФ Эналаприла 20 мг/сутки) + соблюдение диеты – АД в пределах 120–130/70–80 мм рт. ст., мочева кислота – 300 мкмоль/л, креатинин – 78 мкмоль/л; альбуминурия – 0 мг/сутки. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Ситуационная задача 20

Мужчина 57 лет вызвал врача-терапевта участкового на дом. Предъявляет жалобы на интенсивные давящие загрудинные боли с иррадиацией в левую руку, левую лопатку. Вышеописанная симптоматика появилась около 2 часов назад после интенсивной

физической нагрузки. Самостоятельно принял 2 таблетки Нитроглицерина – без эффекта. Ранее боли подобного характера никогда не беспокоили.

В анамнезе артериальная гипертензия в течение последних 10 лет с максимальными цифрами артериального давления 200/100 мм рт. ст. Регулярно лекарственные препараты не принимал. Курит по 1 пачке сигарет в день в течение 30 лет. Газоэлектросварщик. Аллергические реакции отрицает.

При объективном обследовании: кожные покровы влажные. В легких перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, АД – 160/100 мм рт. ст., ЧСС – 88 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

На ЭКГ зарегистрировано: синусовый ритм, подъем сегмента ST > 0,2 мВ в отведениях II, III, aVF. Транспортная доступность до стационара неотложной кардиологии, располагающего возможностью проведения первичного ЧКВ – 30 минут.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какой должна быть тактика ведения пациента на догоспитальном этапе? Обоснуйте свой выбор.
4. Какой объем медикаментозной помощи должен быть оказан пациенту на догоспитальном этапе?
5. Достаточно ли данных для постановки диагноза? Обоснуйте свой ответ. При необходимости предложите дополнительные методы исследования.

Ситуационная задача 21

Больная К., 47 лет, обратилась к врачу с жалобами на частые приступы острой боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую половину шеи, плечо, длящиеся до 3-х часов, сопровождающиеся повышением температуры тела до субфебрильных цифр, тошнотой, рвотой с примесью желчи. Возникают, как правило, после приема острой и жирной пищи. Стул ежедневно, оформленный, коричневого цвета, без патологических примесей. Считает себя больной около 2 лет, когда впервые возникли боли в правом подреберье. С этого времени после погрешностей в диете подобные обострения, не обследовалась, самостоятельно принимала спазмолитики, пользовалась грелкой. Вчера после погрешностей в диете возобновились боли, присоединились тошнота и рвота с примесью желчи, сегодня повысилась температура тела до 37,70С, вызвала скорую помощь, доставлена в сан. пропускник. Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ, хронический пиелонефрит. Профессиональный анамнез: домохозяйка, часто не регулярный прием пищи, употребление жирной и жареной пищи. Вредные привычки отрицает. Наследственность не отягощена. Аллергологический анамнез не отягощен. Объективно: общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Гиперстеник. ИМТ 25,5 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые субъиктеричны, нормальной влажности, чистые. Подкожно жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно, толщина подкожно-жировой складки на уровне пупка - 3см, по средне-ключичной линии – 2см. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. Частота дыхания 18 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 82 в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/80 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, шумов нет, ЧСС 82 в мин. Язык влажный, у корня обложен бело-желтым налетом, сосочковый слой хорошо выражен. Живот правильной формы, увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При поверхностной пальпации мягкий, болезненный в правом

подреберье, перитонеальные симптомы отрицательные. Симптом флюктуации отрицательный. При перкуссии над всеми отделами тимпанический звук. Аускультативно над всеми отделами выслушиваются шумы перистальтики. При глубокой пальпации пальпируются все отделы толстого кишечника, безболезненны. Тонкий кишечник не пальпируется, область пальпации безболезненна. Край печени не пальпируется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 10 x 9 x 8 см. Пузырные 20 симптома Кера, Мерфи, Орнера - положительные. Селезенка пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненна. Поджелудочная железа не пальпируется, область пальпации безболезненна. Поясничная область при осмотре не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна. Данные дополнительных методов исследования: 1. Общий анализ крови: эритроциты – 3,8 10¹²/л, Hb – 135 г/л, ЦП – 1,0, СОЭ – 18 мм/ч, тромбоциты – 320 10⁹ /л, лейкоциты – 11,3 10⁹ /л: э- 1%, п- 20%, с- 58%, лф- 12%, м- 9%. 2. Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес 1016; белок, сахар - нет, лейкоциты – 1-2, эпителий – 3-4 в поле зрения, эритроциты, цилиндры – нет, оксалаты - небольшое количество. 3. Биохимическое исследование крови: глюкоза – 4,3 ммоль/л, фибриноген – 3,4 г/л, протромбиновый индекс – 90%, АСТ – 0,38 ммоль/л, АЛТ – 0,36 ммоль/л, холестерин – 5,5 ммоль/л, билирубин общий – 59,0 мкмоль/л, прямой – 44,0 мкмоль/л, непрямой – 15,0 мкмоль/л, амилаза – 5,7 г/л ч, креатинин – 0,07 ммоль/л, общий белок – 75 г/л, альбумины – 54%, глобулины – 46%: α1 – 5%, α2 – 10%, β – 15%, γ – 16%. 4. Копрограмма: светло-желтый, мягкой консистенции, запах – специфический, мышечные волокна – +, нейтральный жир – +++, жирные кислоты и мыла - +++, крахмал - +, перевариваемая клетчатка - +, соединительная ткань - +, слизь – нет, стеркобилин - нет, билирубин – нет. 5. ЭКГ: ритм синусовый, частотой 82 в минуту, электрическая ось расположена горизонтально. Патологических изменений не выявлено. 6. УЗИ: печень нормальных размеров, структура однородная, нормальной эхогенности, протоки не расширены, стенка их уплотнена, общий желчный проток 5 мм. Желчный пузырь нормальных размеров, стенка 4 мм, уплотнена, в просвете определяются множественные конкременты. Поджелудочная железа нормальных размеров, повышенной эхогенности, однородная, проток 2 мм. 7. Обзорная рентгенография брюшной полости.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите синдромы, выделите ведущий синдром.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм развития боли.
4. Объясните механизм развития желтухи.
5. Оцените данные обзорной рентгенографии брюшной полости.
6. Оцените данные биохимического анализа крови.
7. Оцените данные копрограммы.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

Ситуационная задача 22

Больная О., 37 лет, обратилась к врачу с жалобами на боли и чувство распирания в правом подреберье, без иррадиации, возникают, после приема острой и жирной пищи. Подташнивание и горький вкус во рту по утрам. Стул ежедневно, оформленный, коричневого цвета, без патологических примесей. Считает себя больной около 1 года, когда после перенесенного острого аднексита появилась тупая боль в правом подреберье, прошла самостоятельно через 5 дней. Через 3 месяца от первого приступа, после погрешностей в диете подобные обострения, не обследовалась, самостоятельно принимала спазмолитики, без эффекта. 3 дня назад после погрешностей в диете возобновились боли, присоединились тошнота и горечь во рту. Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ, хронический аднексит.

Профессиональный анамнез: менеджер, питается регулярно, часто погрешности в диете. Вредные привычки отрицает. Наследственность неотягощена. Аллергологический анамнез не отягощен. Объективно: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Нормостеник. Рост 164 см, вес 60 кг. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, нормальной влажности, чистые. Подкожно жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. Частота дыхания 18 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 82 в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/75 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, шумов нет, ЧСС 82 в мин. Язык влажный, у корня обложен бело-желтым налетом, сосочковый слой хорошо выражен. Живот правильной формы, увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При пальпации мягкий, незначительно болезненный в правом подреберье, перитонеальные симптомы отрицательные. 22 Симптом флюктуации отрицательный. При перкуссии над всеми отделами тимпанический звук. Аускультативно над всеми отделами выслушиваются шумы перистальтики. При глубокой пальпации пальпируются все отделы толстого кишечника, безболезненны. Тонкий кишечник не пальпируется, область пальпации безболезненна. Край печени не пальпируется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 8,5 x 7,5 x 7см. Пузырные симптомы Кера, Мерфи, - положительные. Селезенка пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 6 x 4см. Поджелудочная железа не пальпируется, область пальпации безболезненна. Поясничная область при осмотре не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна. Данные дополнительных методов исследования: 1. Общий анализ крови: эритроциты – 3,8 10¹²/л, Hb – 135 г/л, ЦП – 1,0, СОЭ – 13 мм/ч, тромбоциты – 350 10⁹ /л, лейкоциты – 11,0 10⁹ /л: э- 3%, п- 2%, с- 58%, лф- 28%, м- 9%. 2. Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес 1018; белок, сахар - нет, лейкоциты – 1-2, эпителий – 3-4 в поле зрения, эритроциты, цилиндры – нет, оксалаты - небольшое количество. 3. Биохимическое исследование крови: глюкоза – 4,3 ммоль/л, фибриноген – 3,4 г/л, протромбиновый индекс – 90%, АСТ – 0,48 ммоль/л, АЛТ – 0,56 ммоль/л, холестерин – 4,5 ммоль/л, билирубин общий – 19,0 мкмоль/л, прямой – 4,0 мкмоль/л., непрямой – 15,0 мкмоль/л, амилаза – 5,7 г/л ч, креатинин – 0,09 ммоль/л, общий белок – 75 г/л, альбумины – 54%, глобулины – 46%: α1 – 5%, α2 – 10%, β – 15%, γ – 16%. 4. Копрограмма: светло-желтый, мягкой консистенции, запах – специфический, мышечные волокна – +, нейтральный жир – +, жирные кислоты и мыла - +, крахмал - +, перевариваемая клетчатка - +, соединительная ткань - +, слизь – нет, стеркобилин - +, билирубин – нет. 5. ЭКГ: ритм синусовый, частотой 82 в минуту, электрическая ось расположена горизонтально. Патологических изменений не выявлено. 6. УЗИ: печень нормальных размеров, структура однородная, нормальной эхогенности, протоки не расширены, общий желчный проток 4мм. Желчный пузырь увеличен, растянут, стенка 5мм, уплотнена, в просвете определяется замазкообразная желчь. Поджелудочная железа нормальных размеров, нормальной эхогенности, однородная, проток 2мм. 7. ФГДС: пищевод и кардиальный отдел желудка не изменены. Кардиальный жом смыкается не плотно. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая гиперемирована, в просвете следы желчи. Привратник проходим. Луковица 12-перстной кишки без особенностей, слизистая розового цвета, в просвете небольшое количество желчи.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите синдромы, выделите ведущий синдром.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.

3. Объясните механизм развития боли.
4. Какие еще необходимы методы обследования?
5. Оцените данные общего анализа крови.
6. Оцените данные УЗИ.
7. Оцените данные ФГДС.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

Ситуационная задача 23

Больная Ж., 33 лет, жалуется на ноющие боли в эпигастральной области, иррадиирующие в спину, возникают через 30-40 минут после приема жирной пищи и алкоголя, длятся до 3-х часов, проходят самостоятельно, тошноту, отрыжку воздухом, вздутие живота. Стул 2-3 раза в день, кашицеобразный, с жирным блеском, зловонный, плохо смывается с унитаза. Считает себя больной около 1 года, когда постепенно появилась вышеперечисленная симптоматика; за медицинской помощью не обращалась, самостоятельно не лечилась. В течение последнего месяца начала соблюдать диету (исключила прием алкоголя и жирной жареной пищи), принимала ношпу, отметила незначительное улучшение самочувствия – уменьшились боли в животе, сохраняется тяжесть в животе после еды, отрыжка воздухом, вздутие живота, неустойчивый стул. Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ. Профессиональный анамнез: официантка в ресторане, питается регулярно, часто погрешности в диете. Вредные привычки: курит в течение 7 лет 1 пачка сигарет в день, употребляет крепкие алкогольные напитки. Наследственность: у матери сахарный диабет 2 типа, отец - ИБС. Аллергологический анамнез не отягощен. Объективно: сознание ясное, положение активное. Астеник. ИМТ 17 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, влажные, чистые. Подкожно жировая клетчатка практически отсутствует, распределена равномерно. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. ЧД 18 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 88 в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 100/70 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, шумов нет, ЧСС 88 в мин. Язык влажный, у корня обложен бело-желтым налетом, сосочковый слой хорошо выражен. Живот правильной формы, подвздут, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При пальпации мягкий, незначительно болезненный в правом подреберье, перитонеальные симптомы отрицательные. Симптом флюктуации отрицательный. При перкуссии над всеми отделами 24 тимпанический звук. Аускультативно над всеми отделами выслушиваются шумы перистальтики. При глубокой пальпации пальпируются все отделы толстого кишечника, безболезненны. Тонкий кишечник не пальпируется, область пальпации безболезненна. Печень не пальпируется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 8 x 7 x 6 см. Пузырные симптомы отрицательные. Селезенка пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 6 x 4 см. Поджелудочная железа не пальпируется, область пальпации болезненна. Поясничная область при осмотре не изменена, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна. Данные дополнительных методов исследования: 1. Общий анализ крови: эритроциты – 3,8 10¹²/л, Hb – 135 г/л., ЦП – 1,0, СОЭ – 9 мм/ч, тромбоциты – 340 10⁹/л, лейкоциты – 7,0 10⁹/л: э- 3%, п- 2%, с- 58%, лф- 28%, м- 9%. 2. Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес 1018; белок, сахар - нет, лейкоциты – 1-2, эпителий – 3-4 в поле зрения, эритроциты, цилиндры – нет, оксалаты - небольшое количество. 3. Биохимическое исследование крови: глюкоза – 8,3 ммоль/л, фибриноген – 2,4 г/л, протромбиновый индекс – 89%, АСТ – 0,58 ммоль/л, АЛТ – 0,66 ммоль/л,

холестерин – 3,5 ммоль/л, билирубин общий – 9,0 мкмоль/л, прямой – 2,0 мкмоль/л., непрямой – 7,0 мкмоль/л, амилаза – 20,7 г/л ч, креатинин – 0,07 ммоль/л, общий белок – 75 г/л, альбумины – 54%, глобулины – 46%: α_1 – 5%, α_2 – 10%, β – 15%, γ – 16%. 4. Копрограмма: светло-желтый, мягкой консистенции, запах – зловонный, мышечные волокна – +++, нейтральный жир – +++, жирные кислоты - +++, мыла - +, крахмал - +++, перевариваемая клетчатка - +, соединительная ткань - +, слизь – нет, стеркобилин - +, билирубин – нет. 5. ЭКГ: ритм синусовый, частотой 88 в минуту, электрическая ось расположена горизонтально. Патологических изменений не выявлено. 6. УЗИ: печень нормальных размеров, структура однородная, нормальной эхогенности, протоки не расширены, общий желчный проток 4 мм. Желчный пузырь без особенностей, стенка 2мм, просвет свободный. Поджелудочная железа увеличена в размерах, повышенной эхогенности, неоднородная, проток 3мм, в паренхиме определяется несколько мелких конкрементов.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите синдромы, выделите ведущий синдром.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм нарушения стула.
4. Какие еще изменения будут выявлены при пальпации поджелудочной железы?
5. Оцените данные биохимического анализа крови.
6. Оцените данные УЗИ. 7. Оцените данные копрограммы.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

Ситуационная задача 24

Больная Г., 43 лет, обратилась к врачу с жалобами на постоянные ноющие боли в верхней половине живота, иррадиирующие в спину, усиливаются после погрешностей в диете, снижение веса на 6кг за 1,5 года, жажду, употребляет до 4 литров жидкости в сутки, зуд в области наружных половых органов. Стул 2-3 раза в день, кашицеобразный, с жирным блеском, зловонный, плохо смывается с унитаза. Много мочи, особенно ночью. Считает себя больной около 1 года, когда после холецистэктомии по поводу калькулезного холецистита стали беспокоить боли в верхней половине живота после приема жирной пищи. Самостоятельно принимала спазмолитики с положительным эффектом. Ухудшение самочувствия около года, постепенно присоединились жажда, зуд наружных половых органов, кашицеобразный стул. Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ. Профессиональный анамнез: учитель, питается регулярно, часто погрешности в диете. Вредные привычки отрицает. Наследственность: у мамы сахарный диабет 2-го типа, отец - здоров. Аллергологический анамнез не отягощен. Объективно: общее состояние ближе к удовлетворительному, сознание ясное, положение активное. Нормостеник. ИМТ 25 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, влажные, на передней брюшной стенке несколько капелек Тужилина. Подкожно жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. Частота дыхания 16 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 73 в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/70 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, шумов нет, ЧСС 72 в мин. Язык влажный, у корня обложен белым налетом, сосочковый слой хорошо выражен. Живот правильной формы, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При пальпации мягкий, незначительно болезненный в эпигастрии, перитонеальные симптомы отрицательные. Симптом флюктуации отрицательный. При

перкуссии над всеми отделами тимпанический звук. Аускультативно над всеми отделами выслушиваются шумы перистальтики. При глубокой пальпации пальпируются все отделы толстого кишечника, безболезненны. Тонкий кишечник не пальпируется, область пальпации безболезненна. Печень не пальпируется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 10 x 8 x 6см. Селезенка пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 6 x 4см. Поджелудочная железа не пальпируется, область пальпации болезненна. Поясничная область при осмотре не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.26
Данные дополнительных методов исследования: 1. Общий анализ крови: эритроциты – 3,4 10¹²/л, Hb – 130 г/л., ЦП – 1,0, СОЭ – 7 мм/ч, тромбоциты – 350 10⁹ /л, лейкоциты – 7,0 10⁹ /л: э- 3%, п- 2%, с- 58%, лф- 28%, м- 9%. 2. Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес 1018; белок, сахар - нет, лейкоциты – 1-2, эпителий – 3-4 в поле зрения, эритроциты, цилиндры – нет, оксалаты - небольшое количество. 3. Биохимическое исследование крови: глюкоза натощак – 9,1 ммоль/л, фибриноген – 3,0 г/л, протромбиновый индекс – 85%, АСТ – 0,48 ммоль/л, АЛТ – 0,67 ммоль/л, холестерин – 4,5 ммоль/л, билирубин общий – 9,0 мкмоль/л, прямой – 2,0 мкмоль/л., непрямой – 7,0 мкмоль/л, амилаза – 8,7 г/л ч, креатинин – 0,06 ммоль/л, общий белок – 76 г/л, альбумины – 54%, глобулины – 46%: α1 – 5%, α2 – 10%, β – 15%, γ – 16%. 4. Копрограмма: светло-желтый, мягкой консистенции, запах – зловонный, мышечные волокна – +++, нейтральный жир – +++++, жирные кислоты - +++, мыла - + , крахмал - +++++, перевариваемая клетчатка - +, соединительная ткань - +, слизь – нет, стеркобилин - +, билирубин – нет. 5. ЭКГ: ритм синусовый, частотой 88 в минуту, электрическая ось расположена горизонтально. Патологических изменений не выявлено. 6. УЗИ: печень нормальных размеров, структура однородная, нормальной эхогенности, протоки не расширены, общий желчный проток 4мм. Желчный пузырь удален. Поджелудочная железа нормальных размеров, повышенной эхогенности, неоднородная, проток 2мм.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите синдромы, выделите ведущий синдром.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. О чем свидетельствует наличие капелек Тужилина.
4. Какие еще изменения будут выявлены при пальпации в проекции поджелудочной железы?
5. Оцените данные биохимического анализа крови. Какие исследования необходимы еще?
6. Оцените данные УЗИ.
7. Оцените данные копрограммы.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

Ситуационная задача 25

Больной К., 33 лет, обратился к врачу с жалобами на выраженную слабость, утомляемость, снижение трудоспособности. Стул ежедневно, оформленный, коричневого цвета, без патологических примесей. Мочеиспускание 3-4 раза в день, безболезненное. Считает себя больным около года, когда без видимой причины появились вышеперечисленные жалобы, постепенно нарастали, что заставило обратиться к врачу. Ранее не обследовался, не лечился. Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ. Профессиональный анамнез: стоматолог. Вредные привычки отрицает. Наследственность не отягощена. Туберкулез, вирусные гепатиты отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Объективно: общее состояние ближе к удовлетворительному, сознание ясное, положение активное. Нормостеник. Рост 178 см, вес 74 кг. Кожные покровы и видимые слизистые с иктеричным оттенком, сухие, пальмарная эритема, на коже груди единичные телеангиэктазии диаметром до 5 мм. Подкожно жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не

увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. Частота дыхания 16 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 68 в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/80 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, шумов нет, ЧСС 70 в мин. Язык влажный, у корня обложен белым налетом, сосочковый слой хорошо выражен. Живот правильной формы, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При пальпации мягкий, незначительно болезненный в правом подреберье, перитонеальные симптомы отрицательные. Симптом флюктуации отрицательный. При перкуссии над всеми отделами тимпанический звук. Аускультативно над всеми отделами выслушиваются шумы перистальтики. При глубокой пальпации пальпируются все отделы толстого кишечника, безболезненны, эластичной консистенции. Тонкий кишечник не пальпируется, область пальпации безболезненна. Печень пальпируется на 3см ниже реберной дуги по среднеключичной линии, при пальпации поверхность ровная умеренно болезненна, край закруглен, ровный, размеры по Курлову 15 x 11 x 8 см. Селезенка пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 6 x 4 см. Поджелудочная железа не пальпируется, область пальпации болезненна. Поясничная область при осмотре не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна. 28 Данные дополнительных методов исследования: 1. Общий анализ крови: эритроциты – 2,9 10¹²/л, Hb – 115 г/л., СОЭ – 30 мм/ч, тромбоциты – 350 10⁹ /л, лейкоциты – 8,8 10⁹ /л: э- 3%, п- 2%, с- 58%, лф- 28%, м- 9%. 2. Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес 1021; белок, сахар - нет, лейкоциты – 1-2, эпителий – 3-4 в поле зрения, эритроциты, цилиндры – нет, оксалаты - небольшое количество. 3. Биохимическое исследование крови: глюкоза – 5,1 ммоль/л, фибриноген – 3,0 г/л, протромбиновый индекс – 85%, АСТ – 1,48 ммоль/л, АЛТ – 1,67 ммоль/л, холестерин – 4,5 ммоль/л, билирубин общий – 49,0 мкмоль/л, прямой – 12,0 мкмоль/л., непрямой – 37,0 мкмоль/л, амилаза – 8,7 г/л ч, креатинин – 0,06 ммоль/л, общий белок – 76 г/л, альбумины – 54%, глобулины – 46%: α1 – 5%, α2 – 10%, β – 15%, γ – 16%. 4. Копрограмма: коричневатый, мягкой консистенции, запах – специфический, мышечные волокна – +, нейтральный жир – +, жирные кислоты - +, мыла - +, крахмал - +, перевариваемая клетчатка - +, соединительная ткань - +, слизь – нет, стеркобилин - +, билирубин – нет. 5. Кровь на вирусы гепатита: определяется анти-НСV. 6. ЭКГ: ритм синусовый, частотой 88 в минуту, электрическая ось расположена горизонтально. Патологических изменений не выявлено. 7. УЗИ: печень умеренно увеличена, структура однородная, повышенной эхогенности, протоки не расширены, общий желчный проток 4 мм. Желчный пузырь нормальных размеров, стенка 2 мм, просвет свободен. Поджелудочная железа нормальных размеров, средней эхогенности, однородная, проток 2мм.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите синдромы, выделите ведущий синдром.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. О чем свидетельствует наличие пальмарной эритемы и телеангиэктазий.
4. Укажите основной серологический признак, позволяющий подтвердить диагноз.
5. Оцените данные биохимического анализа крови.
6. Оцените данные УЗИ.
7. Оцените данные копрограммы.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

Ситуационная задача 26

Больная З., 43 лет, жалуется на интенсивный зуд кожи преимущественно в вечернее время, незначительное увеличение живота в размерах, чувство тяжести в правом подреберье, выраженную слабость, утомляемость, снижение трудоспособности. Физиологические отправления в норме. Считает себя больной около 3 лет, когда впервые появились слабость и зуд кистей и стоп в ночное время, по поводу которого длительное время лечилась у дерматолога без эффекта. Постепенно присоединилась тяжесть в правом подреберье, увеличился живот, усилилась слабость, зуд стал более интенсивным и распространенным. В связи с прогрессирующим ухудшением состояния обратилась в поликлинику по месту жительства. Участковым врачом направлена на госпитализацию для обследования и подбора терапии. Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ. Профессиональный анамнез: бухгалтер, профессиональные вредности отрицает. Диету соблюдает. Вредные привычки отрицает. Наследственность: у матери – ИБС, у отца - ХОБЛ. Туберкулез, вирусные гепатиты отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Объективно: общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Нормостеник. Кожные покровы и видимые слизистые желтого цвета, сухие, на спине, животе, предплечьях и голенях следы расчесов. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. ЧД 16 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 78 в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/80 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, шумов нет, ЧСС 78 в мин. Язык влажный, у корня обложен белым налетом, сосочковый слой хорошо выражен. Живот правильной формы, равномерно увеличен, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При пальпации мягкий, незначительно болезненный в правом подреберье, перитонеальные симптомы отрицательные. Симптом флюктуации положительный. При перкуссии над всеми отделами тупой звук. Аускультативно над всеми отделами выслушиваются шумы перистальтики. При глубокой пальпации пропальпировать отделы толстого кишечника не удается, область пальпации безболезненна. Тонкий кишечник не пальпируется, область пальпации безболезненна. Печень пальпируется на 3см ниже реберной дуги по средне-ключичной линии, при пальпации умеренно болезненна, плотная, край острый, размеры по Курлову 12 x 10 x 9см. Селезенка пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 6 x 4см. Поджелудочная железа не пальпируется, область 30 пальпации болезненна. Поясничная область при осмотре не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна. Данные дополнительных методов исследования: 1. ОАК: эритроциты – 3,7 10¹²/л, Hb – 130 г/л., СОЭ – 32 мм/ч, тромбоциты – 250 10⁹ /л, лейкоциты – 7,8 10⁹ /л: э- 3%, п- 2%, с- 58%, лф- 28%, м- 9%. 2. ОАМ: светло-желтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес 1017; белок, сахар - нет, лейкоциты – 1-2, эпителий – 3 в поле зрения, эритроциты, цилиндры – нет, оксалаты - небольшое количество. 3. Биохимическое исследование крови: глюкоза – 4,1 ммоль/л, фибриноген – 2,0 г/л, протромбиновый индекс – 75%, АСТ – 2,48 ммоль/л, АЛТ – 3,67 ммоль/л, холестерин – 8,5 ммоль/л, билирубин общий – 149,0 мкмоль/л, прямой – 112,0 мкмоль/л., непрямой – 37,0 мкмоль/л, амилаза – 6,7 г/л ч, креатинин – 0,06 ммоль/л, общий белок – 56 г/л, альбумины – 44%, глобулины – 56%: α1 – 5%, α2 – 15%, β – 15%, γ – 21%, ГГТП – 460 ЕД/л. 4. Копрограмма: коричневого цвета, мягкой консистенции, запах – специфический, мышечные волокна – +, нейтральный жир – +, жирные кислоты - +, мыла - +, крахмал - +, перевариваемая клетчатка - +, соединительная ткань - +, слизь – нет, стеркобилин - +, билирубин – нет. 5. Маркеры вирусных гепатитов не обнаружены. 6. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 78 в минуту, эл. ось расположена горизонтально. Диффузно-дистрофические изменения миокарда левого желудочка. 7. УЗИ: печень увеличена в размерах, структура неоднородная, повышенной эхогенности, протоки не расширены, общий желчный проток 4 мм. Желчный

пузырь нормальных размеров, стенка 2мм, просвет свободен. Поджелудочная железа нормальных размеров, средней эхогенности, однородная, проток 2 мм. Умеренное расширение воротной вены. Селезенка умеренно увеличена в размерах, структура однородная. В брюшной полости определяется небольшое количество свободной жидкости. 8. ФГДС: в пищеводе определяются варикозно расширенные вены. Кардиальный жом смыкается плотно. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая бледно-розового цвета, складки обычных размеров. Привратник проходим. Луковица 12-перстной кишки без особенностей, слизистая розового цвета, в просвете небольшое количество желчи.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите синдромы, выделите ведущий синдром.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм кожного зуда.
4. Какие методы обследования необходимы для верификации предполагаемого диагноза.
5. Оцените данные биохимического анализа крови.
6. Оцените данные УЗИ.
7. Оцените данные копрограммы.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

Ситуационная задача 27

Больная А., 25 лет, обратилась к врачу с жалобами на давящие, сжимающие боли в эпигастриальной области, часто ночью, проходят после еды через 15-20 минут, сопровождаются повышенным слюноотделением; периодически изжогу, кислый вкус во рту, отрыжку кислым, рвоту на высоте болей, приносящую облегчение. Стул один раз в два – три дня, оформленный, коричневого цвета, без патологических примесей. Считает себя больной около 3 лет, когда впервые во время сдачи экзаменов появились боли в эпигастрии в ночное время, изжога после приема любой пищи. За медицинской помощью не обращалась, изжогу купировала приемом соды. С этого времени весной и осенью подобные обострения, не обследовалась, не лечилась. Около года назад присоединились повышенное слюноотделение, кислый вкус во рту, отрыжка кислым, периодически рвота. 3 дня назад, после употребления алкоголя возобновились боли, изжога, кислый вкус во рту. Принимала соду, ношпу без эффекта. Сегодня присоединилась рвота, вызвала скорую помощь, доставлена в сан. пропускник. Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ. Профессиональный анамнез: работает экономистом, часто не регулярный прием пищи и еда всухомятку. Вредные привычки отрицает. Наследственность: мать здорова, у отца – язвенная болезнь желудка. Аллергологический анамнез не отягощен. Объективно: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы телесного цвета, нормальной влажности, чистые. Подкожно жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. ИМТ 20,4 кг/м². Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. Частота дыхания 18 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 68 в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/80 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, шумов нет, ЧСС 68 в мин. Язык влажный, чистый, сосочковый слой хорошо выражен. Живот правильной формы, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии, перитонеальные симптомы отрицательные. Симптом флюктуации отрицательный. При перкуссии над всеми отделами тимпанический звук.

Аускультативно над всеми отделами выслушиваются шумы перистальтики. При глубокой пальпации определяется болезненность в пилорoduоденальной области, пальпируются все отделы толстого кишечника, безболезненны. Тонкий кишечник не пальпируется, область пальпации безболезненна. Печень не пальпируется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 9 x 8 x 7 см. Пузырные симптомы отрицательные. 32 Селезенка пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 6 x 4 см. поджелудочная железа не пальпируется, область пальпации безболезненна. Поясничная область при осмотре не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна. Данные дополнительных методов исследования: 1. Общий анализ крови: эритроциты – 4,3 10¹²/л, Hb – 135 г/л., ЦП – 1,0, СОЭ – 8 мм/ч, тромбоциты – 320 10⁹ /л, лейкоциты – 4,3 10⁹ /л: э- 3%, п- 4%, с- 51%, лф- 32%, м- 10%. 2. Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес 1016; белок, сахар - нет, лейкоциты – 1-2, эпителий – 3-4 в поле зрения, эритроциты, цилиндры – нет, оксалаты - небольшое количество. 3. Биохимическое исследование крови: глюкоза – 4,3 ммоль/л, фибриноген – 2,4 г/л, протромбиновый индекс – 90%, АСТ – 0,38 ммоль/л, АЛТ – 0,36 ммоль/л, холестерин – 3,5 ммоль/л, билирубин общий – 19,0 мкмоль/л, прямой – 4,0 мкмоль/л., непрямой – 15,0 мкмоль/л, амилаза – 5,7 г/л ч, креатинин – 0,07 ммоль/л, общий белок – 75 г/л, альбумины – 54%, глобулины – 46%: α1 – 5%, α2 – 10%, β – 15%, γ – 16%. 4. Копрограмма: коричневый, мягкой консистенции, запах – специфический, мышечные волокна – ++, нейтральный жир – +, жирные кислоты и мыла - +, крахмал - +, перевариваемая клетчатка - ++, соединительная ткань - ++, слизь – нет, стеркобилин - +, билирубин – нет. 5. ЭКГ: ритм синусовый, частотой 72 в минуту, электрическая ось расположена горизонтально. Патологических изменений не выявлено. 6. ФГДС:

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите синдромы, выделите ведущий синдром.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм изжоги.
4. Объясните механизм боли.
5. Что будет выявлено при исследовании желудка?
6. Оцените данные копрограммы.
7. Оцените данные ФГДС.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

Ситуационная задача 28

Больная К., 45 лет, обратилась к врачу с жалобами на давящие, сжимающие боли в эпигастральной области, возникают после еды через 15-20 минут, иррадиируют в левую половину грудной клетки, длятся 40-50 минут, проходят самостоятельно или после приема но-шпы. Чувство тяжести и распирания в эпигастрии после употребления небольшого количества пищи, отрыжку съеденной пищей, подташнивание, слабость, недомогание. Стул ежедневно, один раз в день, оформленный, коричневого цвета, без патологических примесей. Считает себя больной около года, когда впервые без видимой причины появилась давящая боль в эпигастрии после еды. За медицинской помощью не обращалась, самостоятельно принимала но-шпу, альмагель. Боли прошли, чувствовала себя удовлетворительно. Около месяца назад появилось чувство быстрого насыщения, тяжесть после еды, принимала но-шпу, без эффекта. Неделю назад возобновились боли в эпигастрии с иррадиацией в левую половину грудной клетки. Постепенно присоединилась отрыжка пищей, подташнивание. Перенесенные заболевания: детские инфекции, аппендэктомия в детстве. Профессиональный анамнез: продавец, питается регулярно. Вредные привычки отрицает. Наследственность не отягощена. Аллергологический

анамнез не отягощен. Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы телесные, нормальной влажности, чистые. Подкожно жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не определяются, область пальпации безболезненна. Тонус и сила мышц в норме, одинаковые с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. Частота дыхания 18 в минуту. Перкуторно над всеми отделами легких определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 68 в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/80 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, шумов нет, ЧСС 68 в мин. Язык влажный, чистый, сосочковый слой хорошо выражен. Живот правильной формы, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При поверхностной пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии, перитонеальные симптомы отрицательные. При глубокой пальпации все отделы толстого кишечника с гладкой поверхностью, эластичные, безболезненны. Методом аускульто-аффрикции нижняя граница желудка на 2 см выше пупка, при пальпации тела желудка и большой кривизны определяется болезненность. Печень не пальпируется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 9 x 8 x 7 x см. Селезенка пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 7 x 5см. поджелудочная железа не пальпируется, область 34 пальпации безболезненна. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна. Данные дополнительных методов исследования: 1. Общий анализ крови: эритроциты – 4,2 10¹²/л, Hb – 125 г/л., ЦП – 1,0, СОЭ – 8 мм/ч, тромбоциты – 300 10⁹ /л, лейкоциты – 5,3 10⁹ /л: э- 3%, п- 4%, с- 51%, лф- 32%, м- 10%. 2. Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, рН щелочная, удельный вес 1012; белок, сахар - нет, лейкоциты – 1-2, эпителий – 3-4 в поле зрения, эритроциты, цилиндры – нет, оксалаты - небольшое количество. 3. Биохимическое исследование крови: глюкоза – 4,6 ммоль/л, фибриноген – 3,4 г/л, протромбиновый индекс – 92%, АСТ – 0,28 ммоль/л, АЛТ – 0,32 ммоль/л, холестерин – 3,3 ммоль/л, билирубин общий – 19,0 мкмоль/л, прямой – 4,0 мкмоль/л., непрямой – 15,0 мкмоль/л, амилаза – 6,7 г/л ч, креатинин – 0,08 ммоль/л, общий белок – 73 г/л, альбумины – 54%, глобулины – 46%: α1 – 5%, α2 – 10%, β – 15%, γ – 16%. 4. Копрограмма: коричневого цвета, мягкой консистенции, запах – специфический, мышечные волокна – +++++, нейтральный жир – +, жирные кислоты и мыла - +, крахмал - +, перевариваемая клетчатка - ++, соединительная ткань - ++, слизь – нет, стеркобилин - +, билирубин – нет. 5. ЭКГ: ритм синусовый, частотой 72 в минуту, электрическая ось расположена горизонтально. Патологических изменений не выявлено. 6. ФГДС: пищевод и кардиальный отдел желудка не изменены. Кардиальный жом смыкается плотно. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая гиперимирована, в области малой кривизны желудка определяется язвенный дефект 1,0x0,5 см, дно прикрыто фибрином. Привратник проходим. Луковица 12-перстной кишки без особенностей, слизистая розового цвета, в просвете небольшое количество желчи. 7. Рентгенография желудка:

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите синдромы, выделите ведущий синдром.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм развития диспепсических явлений.
4. Объясните механизм креатореи.
5. Что будет выявлено при исследовании желчного пузыря?
6. Оцените данные копрограммы.
7. Оцените данные рентгенографии желудка.

8. Обоснуйте уточненный диагноз.

Ситуационная задача 29

Больной П., 25 лет, обратился к врачу с жалобами на давящие, сжимающие боли в эпигастральной области, часто ночью, без иррадиации, проходят после еды через 15-20 минут, периодически чувство тяжести и распираания в эпигастрии после еды, отрыжку тухлым, рвоту съеденной пищей накануне, после которой проходят вышеперечисленные жалобы. Слабость, недомогание, головокружение при ходьбе, сухость и шелушение кожи. Запоры до 4 дней, стул самостоятельный, оформленный, коричневого цвета, без патологических примесей. Считает себя больным с 18 лет, когда впервые во время службы в армии появились боли в подложечной области в ночное время и днем, купировались приемом пищи. За медицинской помощью не обращался. С этого времени весной и осенью подобные обострения, не обследовался, не лечился, боли проходили самостоятельно через 15-20 дней. 3 года назад, после употребления алкоголя возникла острая «кинжальная» боль в животе, потеря сознания. Скорой помощью доставлен в больницу. При обследовании выявлена язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная перфорацией. Произведено ушивание язвенного дефекта. После выписки чувствовал себя удовлетворительно. Ухудшение самочувствия около двух месяцев. Появилась тяжесть в эпигастрии после еды, отрыжка тухлым, слабость, недомогание. Лечился самостоятельно, принимал панкреатин с незначительной положительной динамикой. Постепенно присоединились запоры, сухость кожи. Два дня назад впервые возникла рвота съеденной накануне пищей, после чего самочувствие улучшилось. Сегодня возникла боль давящего характера в эпигастрии, однократно рвота застойным содержимым. Вызвал скорую помощь, доставлен в приемное отделение. Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ, пиелонефрит. Профессиональный анамнез: безработный, ранее работал грузчиком. Питается не регулярно, диету не соблюдает. Вредные привычки: курит в течение 10 лет по 1 пачке сигарет в день, часто употребляет крепкие алкогольные напитки. Наследственность не отягощена. Аллергологический анамнез не отягощен. Объективно: общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Астеник, пониженного питания. Кожные покровы бледные, сухие, чистые, тургор и эластичность резко снижены. Подкожно жировая клетчатка практически отсутствует, распределена равномерно. Отеки до середины голени с обеих сторон. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковые с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. Частота дыхания 18 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, частотой 88 в мин., удовлетворительных качеств. АД 100/70 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, соотношение тонов 3/6 сохранено, шумов нет, ЧСС 88 в мин. Язык влажный, обложен белым налетом, сосочковый слой хорошо выражен. Живот правильной формы, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии, перитонеальные симптомы отрицательные. При глубокой пальпации определяются все отделы толстого кишечника, с гладкой поверхностью, эластичной консистенции, безболезненны. Методом аускультации нижняя граница желудка определяется на уровне подвздошных остей. Печень не пальпируется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 9x8x7 см. Селезенка пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненна. Поджелудочная железа не пальпируется, область пальпации безболезненна. Визуально поясничная область не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна. Данные дополнительных методов исследования: 1. ОАК: эритроциты – 3,3 10¹²/л, Hb – 105 г/л., ЦП – 1,0, СОЭ – 28 мм/ч, тромбоциты – 320 10⁹ /л, лейкоциты – 4,3 10⁹ /л: э- 3%, п- 4%, с- 51%, лф- 32%, м- 10%. 2. ОАМ: светло-желтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес 1016; белок – 0,066 г/л, сахар - нет, лейкоциты – 1-2, эпителий – 3-4 в поле зрения, эритроциты, цилиндры – нет, оксалаты - небольшое количество. 3. Биохимическое исследование крови: глюкоза – 3,3 ммоль/л,

фибриноген – 2,4 г/л, протромбиновый индекс – 60%, АСТ – 0,38 ммоль/л, АЛТ – 0,36 ммоль/л, холестерин – 3,5 ммоль/л, билирубин общий – 19,0 мкмоль/л, прямой – 4,0 мкмоль/л., непрямой – 15,0 мкмоль/л, амилаза – 5,7 г/л ч, креатинин – 0,07 ммоль/л, общий белок – 55 г/л, альбумины – 44%, глобулины – 56%: α_1 – 5%, α_2 – 10%, β – 15%, γ – 16%. 4. Копрограмма: коричневый, мягкой консистенции, запах – специфический, мышечные волокна – ++, нейтральный жир – +, жирные кислоты и мыла - +, крахмал - +, перевариваемая клетчатка - ++, соединительная ткань - ++, слизь – нет, стеркобилин - +, билирубин – нет. 5. ЭКГ: ритм синусовый, частотой 92 в минуту, электрическая ось расположена горизонтально. Патологических изменений не выявлено. 6. Рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки: нарушение эвакуации содержимого желудка, гипотония и перерастяжение желудка.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите синдромы, выделите ведущий синдром.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм развития рвоты у данного больного.
4. Объясните изменения желудка при пальпации у данного больного.
5. Что будет выявлено при исследовании желудка.
6. Оцените данные копрограммы.
7. Оцените данные общего анализа крови.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

Ситуационная задача 30

Больная Р., 65 лет, обратилась к врачу с жалобами на давящие боли в эпигастральной области, которые возникают после еды через 15-20 минут, постепенно нарастающие с иррадиацией в спину, отрыжку воздухом, рвоту, не приносящую облегчение. Считает себя больной около 13 лет, когда впервые возникли давящие боли в эпигастрии после еды через 15-20 минут, без иррадиации. Обратилась в поликлинику, при обследовании по ФГДС выявлена язвенная болезнь желудка. Проведено лечение: омез 20мг х 2 раза в день, венгер 1,0 х 4 раза в день, панкреатин 2 таблетки 3 раза в день во время еды. Боль купирована, язвенный дефект зарубцевался. С этого времени весной и осенью подобная симптоматика, лечилась амбулаторно по поводу обострения язвенной болезни желудка (омез, венгер, панкреатин). В периоды между обострениями чувствовала себя удовлетворительно. Неделю назад вновь появилась давящая боль в эпигастрии после еды, не лечилась, так как находилась за городом. Постепенно боль усилилась, стала более длительной, присоединилась иррадиация в спину, отрыжка воздухом. Три дня назад возникла рвота, съеденной пищей, не приносящая облегчение. До настоящего времени сохраняются вышеперечисленные жалобы. Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ, хр. пиелонефрит, остеохондроз поясничного отдела позвоночника. Профессиональный анамнез: пенсионерка, ранее работала бухгалтером. Питается не регулярно, диету не соблюдает. Вредные привычки отрицает. Наследственность не отягощена. Аллергологический анамнез не отягощен. Объективно: общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы телесные, нормальной влажности, чистые. Подкожно жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. Частота дыхания 18 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 68 в мин., удовлетворительных качеств. АД 130/80 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, шумов нет,

ЧСС 68 в мин. Язык влажный, у корня обложен белым налетом, сосочковый слой хорошо выражен. Живот правильной формы, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии, перитонеальные симптомы отрицательные. Все отделы толстого кишечника с гладкой поверхностью, эластичные, безболезненные. Тонкий кишечник не пальпируется, область пальпации безболезненна. При глубокой пальпации определяется болезненность при пальпации тела и большой кривизны желудка. Пальпаторно поджелудочная железа не определяется, болезненность в зоне 38 Шоффара и Губергрица-Скульского, точках Дежардена и Губергрица. Печень не пальпируется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 10 x 8 x 7 см., пузырьные симптомы отрицательные. Поясничная область внешне не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна. Данные дополнительных методов исследования: 1. ОАК: эритроциты – 4,2 10¹²/л, Hb – 125 г/л., ЦП – 1,0, СОЭ – 7 мм/ч, тромбоциты – 220 10⁹ /л, лейкоциты – 6,3 10⁹ /л: э- 3%, п- 4%, с- 51%, лф- 32%, м- 10%. 2. ОАМ: светло-желтая, прозрачная, рН щелочная, удельный вес 1015; белок, сахар - нет, лейкоциты – 1-2, эпителий – 3-4 в поле зрения, эритроциты, цилиндры – нет, оксалаты - небольшое количество. 3. Биохимическое исследование крови: глюкоза – 4,3 ммоль/л, фибриноген – 3,4 г/л, протромбиновый индекс – 87%, АСТ – 0,39 ммоль/л, АЛТ – 0,34 ммоль/л, холестерин – 4,5 ммоль/л, билирубин общий – 19,0 мкмоль/л, прямой – 4,0 мкмоль/л., непрямой – 15,0 мкмоль/л, амилаза – 24 г/л ч, креатинин – 0,06 ммоль/л, общий белок – 72 г/л, альбумины – 54%, глобулины – 46%: α1 – 5%, α2 – 10%, β – 15%, γ – 16%. 4. Копрограмма: коричневатый, мягкой консистенции, запах – специфический, мышечные волокна – +++, нейтральный жир – +++, жирные кислоты и мыла - +, крахмал - +++, перевариваемая клетчатка - ++, соединительная ткань - ++, слизь – нет, стеркобилин - +, билирубин – нет. 5. ЭКГ: ритм синусовый, частотой 72 в минуту, электрическая ось расположена горизонтально. Патологических изменений не выявлено. 6. ФГДС: пищевод и кардиальный отдел желудка без особенностей. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая розовая, с участками гиперемии, на задней стенке определяется глубокий язвенный дефект 1,5x2,0см, дно бугристое, ярко красного цвета, складки хорошо выражены. Луковица 12-перстной кишки без особенностей.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите синдромы, выделите ведущий синдром.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм развития боли.
4. Объясните механизм развития креатореи, стеатореи, амилореи.
5. Что определяется при ФГДС?
6. Оцените данные копрограммы.
7. Оцените данные биохимического анализа крови.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

Ситуационная задача 31

Больной Ж., 35 лет, обратился к врачу с жалобами на давящие, сжимающие боли в эпигастриальной области, часто ночью, проходят после еды через 15-20 минут, сопровождаются повышенным слюноотделением; периодически изжогу, кислый вкус во рту, отрыжку кислым, рвоту «кофейной гущей», черный дегтеобразный стул до 3 раз в день. Считает себя больным около месяца, когда впервые после употребления алкоголя возникли боли в эпигастрии, изжога, отрыжка кислым. За медицинской помощью не обращался, изжогу купировал приемом соды. Самочувствие постепенно нормализовалось. 3 дня назад, после употребления алкоголя возобновились боли, изжога, кислый вкус во рту, вчера присоединилась рвота «кофейной гущей» до 4 раз в день, сегодня стул черного цвета. Вызвал бригаду скорой помощи, доставлен

в приемное отделение. Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ, хронический бронхит курильщика. Профессиональный анамнез: работает водителем. Питается не регулярно, диету не соблюдает. Вредные привычки: курит в течение 15 лет по 1 пачке сигарет в день, часто употребляет крепкие алкогольные напитки. Наследственность не отягощена. Аллергологический анамнез не отягощен. Объективно: общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, повышенной влажности, чистые. Подкожно жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. Частота дыхания 22 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, частотой 100 в мин., слабого наполнения и напряжения. АД 120/60 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, шумов нет, ЧСС 120 в мин. Язык суховат, у корня обложен белым налетом, сосочковый слой хорошо выражен. Живот правильной формы, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии, перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтика слабая. Все отделы толстого кишечника с гладкой поверхностью, эластичные, безболезненные. Тонкий кишечник не пальпируется, область пальпации безболезненна. При глубокой пальпации определяется болезненность в пилорoduodenальной области. Печень не пальпируется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 8 x 8 x 7 см, пузырьные симптомы отрицательные. Селезенка пальпаторно не определяется. Поджелудочная железа пальпаторно не определяется, пальпация точек и зон поджелудочной железы безболезненная. Поясничная область при 40 осмотре не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна. Данные дополнительных методов исследования: 1. ОАК: эритроциты – 2,3 10¹²/л, Hb – 95 г/л., ЦП – 1,0, СОЭ – 28 мм/ч, тромбоциты – 320 10⁹ /л, лейкоциты – 4,3 10⁹ /л: э- 3%, п- 4%, с- 51%, лф- 32%, м- 10%. 2. ОАМ: светло-желтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес 1016; белок, сахар - нет, лейкоциты – 1-2, эпителий – 3-4 в поле зрения, эритроциты, цилиндры – нет, оксалаты - небольшое количество. 3. Биохимическое исследование крови: глюкоза – 4,3 ммоль/л, фибриноген – 2,4 г/л, протромбиновый индекс – 90%, АСТ – 0,38 ммоль/л, АЛТ – 0,36 ммоль/л, холестерин – 3,5 ммоль/л, билирубин общий – 19,0 мкмоль/л, прямой – 4,0 мкмоль/л., непрямой – 15,0 мкмоль/л, амилаза – 5,7 г/л ч, креатинин – 0,07 ммоль/л, общий белок – 75 г/л, альбумины – 54%, глобулины – 46%: α1 – 5%, α2 – 10%, β – 15%, γ – 16%. 4. ЭКГ: ритм синусовый, частотой 102 в минуту, электрическая ось расположена горизонтально. Диффузно-дистрофические изменения миокарда левого желудочка.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите синдромы, выделите ведущий синдром.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм появления «рвоты кофейной гущей».
4. Объясните механизм появления дегтеобразного стула.
5. Что будет выявлено при пальпации области желудка?
6. Оцените данные биохимического анализа крови.
7. Оцените данные общего анализа крови.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

Ситуационная задача 32

Больная Л. 48 лет работает преподавателем, обратилась в поликлинику с жалобами на боли в пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах кистей, лучезапястных, плечевых, голеностопных суставах, в плюснефаланговых суставах стоп; слабость в кистях; утреннюю скованность до обеда; субфебрильную температуру по вечерам, общую слабость. Из анамнеза. Считает себя больной около 3 месяцев, когда появились боли в суставах. За медицинской помощью не обращалась, лечилась нестероидными противовоспалительными мазями, без улучшения. В течение последнего месяца появились боли и припухание в суставах кистей, стоп, в лучезапястных и голеностопных суставах, утренняя скованность в течение дня, субфебрильная температура тела. Похудела за период болезни на 6 кг.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, цианоза, отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 78 ударов в минуту. АД - 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края рёберной дуги. Локальный статус: кисти правильные. II, III проксимальные межфаланговые суставы и II, III пястно-фаланговые суставы болезненные, припухшие. Болезненность в лучезапястных суставах, плечевых суставах. Хват кистей правой 80%, левой – 70%. Оценка самочувствия по визуальноаналоговой шкале (ВАШ) – 60 мм.

Обследование. Общий анализ крови: эритроциты – $3,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 131 г/л, лейкоциты – $8,6 \times 10^9 /л$, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 55%, лимфоциты – 30%, моноциты - 6%, СОЭ – 54 мм/ч. Биохимические анализы крови: глюкоза – 3,2 ммоль/л, общий билирубин – 15 мкмоль/л, креатинин – 54 мкмоль/л; общий белок – 76 г/л, альбумины - 50%, глобулины: α_1 – 6%, α_2 – 14%, β – 12%, γ - 17%, СРБ – 17,2 мг, фибриноген – 5,8 г/л, мочевая кислота - 0,24 ммоль/л (норма 0,16-0,4 ммоль/л). Ревматоидный фактор: ИФА - 62 МЕ/мл (в норме до 15 МЕ/мл). Антитела к ДНК – отрицательные. АЦЦП >200 Ед/мл. На рентгенографии кистей, стоп: суставные щели умеренно сужены на уровне проксимальных суставов кистей. Определяются единичные эрозии. Костная структура изменена за счёт эпифизарного остеопороза на уровне пястно-фаланговых суставов, плюснефаланговых суставов, единичных кистовидных просветлений.

Вопросы:

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

Ситуационная задача 33

Больная 69 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на пульсирующие постоянные головные боли в височных областях, снижение зрения, ноющие боли в мышцах плеч, коленных, плечевых, локтевых суставах, скованность до 12 часов дня, похудание на 5 кг за последний год. Анамнез заболевания: болеет в течение 2 лет, началось с болей в суставах, мышцах, затем присоединились головные боли, снижение зрения. В связи с усилением симптомов обратилась к врачу.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Обнаружены плотные и извитые височные артерии, болезненные при пальпации. Периферические лимфоузлы не увеличены. Отеков и синовитов нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Общий анализ крови: гемоглобин – 110 г/л, эритроциты - $3,3 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $5 \times 10^9 /л$, СОЭ – 36 мм/ч, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы – 55%, лимфоциты – 34%, моноциты – 4%, эозинофилы – 2%, базофилы – 0%. СРБ – 15 мг/дл.

Вопросы:

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Составьте план лечения.

Ситуационная задача 34

Пациент З. 43 лет предъявляет жалобы на утомляемость, слабость, головные боли, одышку при ходьбе, боли в области коленных суставов, возникающие при спуске по лестнице, «стартовые» боли, утреннюю скованность в течение 20 минут, ограничение объема движений. Анамнез болезни: болеет около 4 лет, когда появились вышеперечисленные жалобы, за медицинской помощью не обращался, занимался самолечением, принимал настои трав, периодически (1-2 раза в год) – массаж суставов и туловища. Начало заболевания постепенное: появились умеренные боли в коленных суставах после значительной физической нагрузки, в вечерние часы и в первую половину ночи, утренняя скованность в течение 10 мин. На фоне относительно стабильного течения болезни 2-3 раза в год – ухудшение самочувствия: усиление болей в коленных суставах и появление их припухлости.

Анамнез жизни. С подросткового и юношеского возраста наблюдалась значительная прибавка веса, что связывал с хорошим питанием и малоподвижным образом жизни. Работал бухгалтером, последние 6 лет – заместителем главного бухгалтера предприятия.

Наследственный анамнез: мать страдает сахарным диабетом, отец умер в 52-летнем возрасте от инфаркта миокарда, имел какое-то заболевание суставов. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Объективный статус: состояние удовлетворительное, правильного телосложения, повышенного питания. Рост – 180 см, вес – 107 кг, окружность талии – 115 см. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Периферических отеков нет. Тонус мышц нормальный. Суставы обычной формы, движения не ограничены, крепитация в коленных суставах при движении. Дыхательная система: частота дыханий – 18 в 1 минуту. Пальпация грудной клетки безболезненная, голосовое дрожание умеренно ослаблено над всей поверхностью легких. Перкуторно – легочный звук, аускультативно – дыхание везикулярное с обеих сторон, хрипов нет. Сердечно-сосудистая система: верхушечный толчок не пальпируется. Перкуторно: правая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от правого 8 края грудины, верхняя – нижний край III ребра, левая – 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца у верхушки умеренно приглушены, акцент II тона над аортой, ЧСС – 84 удара в минуту, ритм правильный. АД - 165/95 мм рт. ст. Пищеварительная система: язык и слизистая полости рта розового цвета, чистые. Живот увеличен в объеме, симметричный, участвует в акте дыхания, мягкий. Пальпация органов брюшной полости затруднена за счет избыточной подкожно-жировой клетчатки. Размеры печени по Курлову – 9×8×7 см. Размеры селезенки – 8×5 см.

Лабораторные и инструментальные данные.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,9 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 147 г/л, лейкоциты – $8,2 \times 10^9 /л$, эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 67%, лимфоциты – 25%, моноциты – 4%. Общий анализ мочи: относительная плотность – 1019, белок – 0,033 г/л, эпителий – единичный в поле зрения. Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, альбумины – 55%, глобулины – 45%, билирубин общий – 18 мкмоль/л, прямой – 13 мкмоль/л, непрямой – 5 мкмоль/л, глюкоза – 6,4 ммоль/л, общий холестерин – 7,1 ммоль/л, холестерин липопротеинов высокой плотности – 0,78 ммоль/л, триглицериды – 2,6 ммоль/л, содержание фибриногена – 5,3 г/л. ЭКГ: ритм синусовый, 80 в мин. Горизонтальное пол. эл. оси. Гипертрофия левого желудочка.

Вопросы:

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.

4. Проведите дифференциальный диагноз.

5. Составьте план лечения.

Ситуационная задача 35

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

При обследовании в ревматологическом центре — анализах крови: эритроциты — $3,1 \cdot 10^{12}/л$, Hb — 90 г/л, цв. показатель — 0,7, лейкоциты — $8,2 \cdot 10^9 /л$, СОЭ — 53 мм/ч; общий белок — 86 г/л, глобулины — 40 %; АНФ + периферическое свечение. При осмотре: больная пониженного питания, кожа смуглая, уплотнена. Лимфоузлы увеличены. Пульс — 96 в 1 мин. ритм., АД — 100/60 мм рт. ст. Границы сердца в норме. Тоны сердца приглушены, короткий систолический шум на верхушке. Дыхание в легких везикулярное, в нижних отделах с обеих сторон — пневмосклеротические хрипы. Живот при пальпации мягкий, печень у края реберной дуги.

1. Сформулируйте диагноз.

2. Перечислите диагностические критерии заболевания. Что такое CREST-синдром?

3. Представьте стандарты обследования пациентов с данной патологией.

4. Представьте стандарты лечения пациентов с данной патологией.

Ситуационная задача 36

Больная М., 21 год, заболела после переохлаждения. Заболевание началось с повышения температуры до 39 °С (рефрактерной к антибиотикам), слабости, похудания, боли и припухлости в коленных, голеностопных и локтевых суставах, увеличения подчелюстных и подмышечных лимфоузлов. При осмотре: состояние тяжелое. На лице эритема по типу «бабочки». На слизистой ротовой полости — язвы. Подчелюстные и подмышечные лимфоузлы увеличены. Припухлость коленных, голеностопных, локтевых суставов. Движения в суставах болезненны. Пульс — 118 уд./мин, 8 ритмичный; АД — 150/110 мм рт. ст. Границы сердца: правая смещена на 1 см вправо от правого края грудины, левая — на 2 см левее срединноключичной линии. Тоны сердца ослаблены, систолический шум на верхушке и в 5-й точке. При перкуссии легких определяется притупление легочного звука нижних отделов. Дыхание везикулярное ослабленное, в нижних отделах легких не проводится. Печень на 2 см выступает из-под реберного края, мягкая, чувствительная. На голенях есть отеки.

Анализ крови: эритроциты — $2,8 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты — $3,2 \cdot 10^9 /л$, тромбоциты — $90 \cdot 10^9 /л$, общий белок — 50 г/л, альбумины — 35 %, α_2 -глобулины — 12 %, γ -глобулины — 28 %. ОАМ: белок — 5 г/сут, уд. вес — 1020, лейкоциты — 6–8 в поле зрения, эритроциты — 20–25 в поле зрения, гиалиновые цилиндры — 3–5 в поле зрения.

1. Сформулируйте диагноз.

2. Перечислите диагностические критерии заболевания.

3. Представьте стандарты обследования пациентов с данной патологией. Назовите иммунологические маркеры заболевания.

4. Представьте стандарты лечения пациентов с данной патологией.

Ситуационная задача 37

Больная П., 30 лет, жалуется на зябкость, похолодание и посинение кончиков пальцев, тугоподвижность в мелких суставах кистей рук. Болеет 5 лет. Заболевание возникло после обморожения кистей рук (на холоде были онемение и болезненность в кончиках пальцев рук). Через 3 года, осенью, появился плотный отек тыла кистей и пальцев, уплотнение кожи лица, предплечий, больная стала худеть. В последнее время появились сгибательные контрактуры в

пальцах рук и изъязвления на кончиках пальцев. Госпитализирована впервые с целью уточнения диагноза и определения лечения. При осмотре: состояние средней тяжести. Больная пониженного питания. Кожные покровы цвета «загара». Кожа лица, предплечий уплотнена. Пальцы «муляжные». Телеангиоэктазии на лице, красной кайме губ. Пальцы бледные, холодные на ощупь, на дистальных фалангах симптом «крысиных укусов». Мышцы гипотрофичны. Пульс ритмичный — 90 уд./мин. Тоны сердца ослаблены, ритмичны. Дыхание везикулярное. Печень, селезенка не пальпируются. ОАК: эритроциты — $4,7 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты — $4,7 \cdot 10^9 /л$, СОЭ — 25 мм/ч. ОАМ: уд. вес — 1020, лейкоциты — 1–2 в поле зрения, белка нет.

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

Ситуационная задача 38

Пациент Ш. 52 лет поступил в клинику с жалобами на одышку, учащенные сердцебиения при повседневной нагрузке, периодические боли в сердце тупого характера, тяжесть в правом подреберье, отеки ног, больше в вечернее время. Заболел в 14 лет, когда через три недели после перенесенной ангины появилась общая слабость, температура, боли и припухлость в коленных суставах. Был поставлен диагноз «острая ревматическая лихорадка». При осмотре на момент поступления: верхушечный толчок пальпируется в VI межреберье. В точке Боткина и II межреберье справа — систолический и диастолический шум. Систолический шум грубого тембра, проводится в яремную ямку и сонные артерии. Пальпаторно определяется систолическое дрожание во II межреберье справа от грудины, I и II тоны ослаблены.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Диагностические признаки какого клапанного поражения сердца имеют место у данного больного?
3. Какое дообследование необходимо провести больному? Какие рентгенологические признаки могут помочь в постановке диагноза?
4. Лечебная тактика.

Ситуационная задача 39

При клиническом обследовании больного 15 лет установлено смещение верхушечного толчка влево, границы сердца смещены влево и вверх. При аускультации: на верхушке ослабление I тона, там же — систолический шум, акцент II тона над легочной артерией. На рентгенографии увеличены левые отделы сердца, талия сердца сглажена.

1. Какой порок сердца у данного пациента? Обоснуйте ответ имеющимися диагностическими признаками.
2. Назовите наиболее вероятные причины данного порока.
3. Укажите характерные для данного порока изменения гемодинамики.
4. Укажите методы дообследования больного.
5. Какие рентгенологические признаки характерны для данного порока?

Ситуационная задача 40

Пациентка П., 59 лет, поступила в отделение ревматологии с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке и в покое, постоянные перебои в работе сердца, увеличение живота, отеки на ногах. Считает себя больной с 13 лет, когда перенесла острую ревматическую лихорадку. В 21 год при обследовании были обнаружены пороки 10 сердца. 10 лет назад впервые сорвался ритм, был восстановлен медикаментозно, однако, впоследствии срывался неоднократно. В течение последних 5 лет ритм не восстанавливается. Настоящее ухудшение состояния развилось в течение последнего месяца без видимых причин. Объективное состояние пациентки средней степени тяжести. Положение вынужденное: полусидя. Наблюдается акроцианоз, цианоз губ, незначительная одышка при разговоре.

Перкуторно отмечается притупление легочного звука над легкими с обеих сторон ниже угла лопатки. Там же дыхание не проводится. Перкуторно правая граница сердца выступает на 2 см от края грудины, левая — до линии axillaries anterior. Тоны сердца приглушены, аритмичны. Систолиадиастолический шум во всех точках. ЧСС — 105 уд./мин, пульс — 89 уд./мин, АД — 125/50 мм рт. ст. Живот увеличен, напряжен (за счет асцита), печень пальпировать не удается. Отеки голеней до уровня верхней трети. Стул: запоры, диурез снижен; пьет около 500 мл/сут, выделяет около 400 мл/сут.

1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
2. Диагностические признаки какого клапанного поражения сердца имеют место у данной пациентки?
3. Какое обследование необходимо провести в данном случае?
4. Лечебная тактика. Назначьте комплексное лечение на стационарном и амбулаторном этапе.