Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Дагестанский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

КОПЛЕКТ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ

**ПО ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ТЕРАПИИ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ БОЛЕЗНЯМ К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ**

для студентов лечебного факультета

***МАХАЧКАЛА 2017г***

**Задача №1.**

В приемный покой по дежурству поступил б-ой И. 44 лет с резкими болями в эпигастральной области, тошнотой, рвотой, слабостью. Боли в последнее время переместились в загрудинную область. Болен последние 6 мес. Периодически при физической нагрузке появляются боли в области сердца. Объективно: пульс – 100 уд в мин., единичные желудочковые экстрасистолы. АД 100/60 мм рт ст. Тоны сердца приглушены. Живот участвует в акте дыхания, небольшая болезненность при пальпации.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз
2. План обследования
3. Дифференциальная диагностика

**Задача №2**

Больной М., 61 год, жалуется на сильные загрудинные боли сжимающего характера с иррадиацией в левое плечо, не купирующиеся после приема нитроглицерина. Последние 5 лет страдает гипертонической болезнью, два года стенокардией. Объективно: тоны сердца приглушены. Пульс – 80 уд в мин. АД 160/100 мм рт ст. На ЭКГ имеется комплекс QS в V2, V3,V4, глубокий и широкий зубец Q в V5, отрицательный зубец Т в тех же отведениях.

Наиболее вероятный диагноз?

**Задача №3.**

Больной 56 лет страдает периодическими загрудинными болями, с иррадиацией в левую руку, лопатку, купирующимися нитроглицерином. Появилась следующая симптоматика: продолжительность болей более 30 мин. В крови – лейкоцитоз, субфебрильная температура. На ЭКГ – смещение интервала ST ниже изолинии в I, II, V3, V4. Проведите дифференциальный диагноз между инфарктом миокарда и стенокардией.

Что необходимо для подтверждения диагноза?

**Задача №4.**

Больной В., 35 лет. Три дня назад после подъема тяжелого мешка внезапно появились резкие боли в грудной клетке. В покое боли утихли, но полностью не снялись. Не обратил на боли внимания и продолжал работать. Внезапно побледнел, покрылся холодным потом, закружилась голова и упал. Доставлен скорой помощью в приемный покой. Кожные покровы резко бледные, холодные, липкий пот на лице. Тоны сердца приглушены. Пульс – 96 в мин., ритмичный, слабого наполнения и напряжения. АД – 80/50 мм рт ст. На снятом ЭКГ смещение интервала ST в I отведении вверх, в III – вниз от изолинии. Количество лейкоцитов – 10300.

Ваш диагноз. Лечение.

**Задача №5.**

Больной А. 56 лет доставлен в приемный покой скорой помощью с диагнозом бронхиальная астма. Три часа назад появилась одышка, которая перешла в приступ удушья и появились боли в грудной клетке. Врач СП для снятия приступа сделал инъекцию эфедрина, после чего одышка не уменьшилась, но усилились боли в грудной клетке. В приемном покое больной очень беспокоен, цианоз губ, ЧДД – 36 в 1 мин., поверхностное. ЧСС – 120 в мин., единичные экстрасистолы, в легких масса сухих хрипов по всем полям и влажные хрипы в нижних отделах. На ЭКГ высокий ST и комплекс QS в V3 – V6.

Поставьте развернутый диагноз больному и укажите на ошибки, допущенные врачом СП.

**Задача №6.**

Больной Д, 47 лет. Поступил в клинику с резкими загрудинными болями, которые не снялись приемом нитроглицерина. В анамнезе – стенокардия. Боли обычно снимались нитроглицерином. Объективно: бледность кожных покровов, тоны сердца глухие, тахикардия (пульс – 112 в мин.), АД=80/50 мм рт ст. На ЭКГ смещение ЫЕ вверх от изолинии во всех грудных отведениях.

Поставьте диагноз и назначьте лечение.

**Задача №7.**

Больная М., 38 лет поступила с жалобами на сильные боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком вдохе и не связанные с физической нагрузкой. Небольшой сухой кашель. Три месяца назад перенесла инфаркт миокарда. На ЭКГ – комплекс QS в отведениях II, III, aVF. При аускультации – шум трения плевры слева и влажные хрипы справа/ В крови – L – 12\*10/9, СОЭ – 45 мм/час., эозинофилы – 10%.

Поставьте диагноз и назначьте лечение.

**Задача №8**

Б-ой З., 70 лет. Доставлен скорой помощью в неврологическое отделение с диагнозом – «Нарушение мозгового кровообращения». После консультации терапевта и снятия ЭКГ выявлено: а) у больного в анамнезе стенокардия; б) на ЭКГ смещение ST в I ст отведение вверх от изолинии, а в III – вниз. В крови лейкоцитов 12,1\*10 9/л. Через 2 часа симптомы нарушения мозгового кровообращения практически исчезли.

Ваш диагноз.

Укажите на ошибки врача СП.

**Задача №9**

Б-ая А., 45 лет, поступила с загрудинными болями с иррадиацией в левую руку. После приема нитроглицерина боли несколько уменьшились, но полностью не прошли. В анамнезе гипертоническая болезнь 10 лет. Последние 5 лет страдает стенокардией. Объективно: бледность кожных покровов, ЧСС – 92 в мин. ритм правильный, АД = 180/100 мм рт ст. Акцент II тона над аортой. На ЭКГ – смещение ST ниже изолинии в V3-4. В крови – L – 9,0\*10 9/л., МВ-КФК 42 Ед/л.

Ваш диагноз.

Что рекомендуется провести для уточнения диагноза?

**Задача №10.**

Больной Д, 67 лет, поступил с жалобами на одышку при минимальной физической нагрузке, сухой кашель, усиливающийся в положении лежа, в связи с чем вынужден спать сидя, отечность голеней и стоп. Из анамнеза - в течение 10 лет беспокоили приступы стенокардии. Около года назад перенес инфаркт миокарда, после чего появились вышеуказанные жалобы. Объективно - цианоз губ, акроцианоз, отеки голеней и стоп. ЧДД - 26 в мин. В базальных отделах обоих легких выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Край печени на 4 см выступает из-под края реберной дуги, селезенка увеличена.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз

2. Назначьте лечение

**Задача №11**

Больная Л, 63 лет, поступила в кардиологическое отделение с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке и в покое, приступы удушья в ночное время, возникающие в горизонтальном положении, кашель с выделением небольшого количества мокроты с примесью крови, выраженные отеки нижних конечностей, слабость. С детства страдает ревматизмом с формированием порока сердца. Настоящее ухудшение в течение последнего месяца, которое связывает с переохлаждением. При осмотре состояние тяжелое, положение ортопное. Кожные покровы бледные, на лице - румянец щек. Акроцианоз. Отеки голеней и стоп. ЧДД - 24 в мин. Притупление перкуторного звука в нижних долях обеих легких. При аускультации - в нижних отделах влажные незвонкие мелкопузырчатые хрипы. Границы относительной тупости сердца: правая - 3 см кнаружи от правого края грудины, левая - 2,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя - верхний край II ребра. При аускультации сердца - хлопающий I тон, тон открытия митрального клапана, протодиастолический шум, акцент II тона над легочной артерией. Ритм сердца правильный, ЧСС - 90 уд в мин. АД 120,80 мм рт ст. Печень вступает из-под края реберной дуги на 5 см. Селезенка не увеличена. Ревмопробы : СРБ - положительный, титр антистрептолизина О - 160.

1. Сформулируйте диагноз

2. Обоснуйте изменение гемодинамики

3. Тактика лечения

**Задача №12**

Б-ой Л., 57 лет, жалуется, что в течение года несколько раз в месяц под утро у него возникают загрудинные боли сжимающего характера, отдающие под лопатку, которые проходят в течение получаса после приема нитроглицерина или через несколько минут после приема финоптина. При холтеровском мониторировании удалось зафиксировать в момент приступа подъем сегмента ST в грудных отведениях. на следующий день сегмент ST распологается на изолинии.

Какое заболевание можно предположить?

**Задача №13**

У мужчины 62 лет, перенесшего год назад инфаркт миокарда, появились приступы удушья по ночам, во время которых он принимает вынужденное положение - садится в постели. В этих случаях помогает прием 5-7 таблеток нитроглицерина с 10-минутными интервалами.

Ваш предполагаемый диагноз.

**Задача №14**

Мужчина 48 лет, страдающий гипертонической болезнью с частыми кризами в момент одного из подъемов АД до 220/140 мм рт ст почувствовал резкую одышку, достигающую степени удушья. При осмотре выявлена тахикардия до 110 в мин., в легких выслушивалось большое количество булькающих мелкопузырчатых хрипов с обеих сторон.

Ваш предполагаемый диагноз?

**Задача №15**

Больной Т, 73 лет, жалобы на слабость, утомляемость, ухудшение аппетита, зрения, памяти. С 55 лет периодически беспокоили головные боли в затылочной области и регистрировались цифры АД 150-160/ 90-100 мм рт ст. Назначаемые антигипертензивные препараты принимал нерегулярно. Постепенно АД повысилось до 180-190/100-120 мм рт ст. При осмотре: пониженного питания, кожные покровы бледные, сухие. Голени пастозные, лицо одуловатое. Границы сердца: правая на 1 см кнаружи от правого края грудины, левая - на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Акцент 2 тона во 2 межреберье справа. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный. ОАК: Hb - 120 г/л. L - 8,6х10/л. СОЭ - 11 мм/час. Креатинин - 243 мкмоль/л, мочевина - 12,1 ммоль/л. Общий анализ мочи - у.в. - 1005, белок - следы. ЭКГ - отклонение ЭОС влево, зубцы R в V5-6>V4.

Вопросы:

1. Диагноз,

2. Лечение

**Задача №16**

Б-ой М., 56 лет, инженер, обратился к участковому врачу с жалобами на одышку инспираторного характера при физической нагрузке, слабость, повышенную утомляемость, периодические эпизоды сердцебиения. Из анамнеза: в детстве часто болел простудными заболеваниями. В 12 лет впервые выставлен диагноз «ревматизм», однако длительное время чувствовал себя удовлетворительно и к врачам не обращался. Состояние ухудшилось две недели назад, когда поднялась температура до 38,5С, боли в горле. Самостоятельно лечился аспирином, ампициллином с эффектом: температура тела нормализовалась, однако сохранялась одышка при физической нагрузке, слабость. При осмотре состояние средней тяжести, кожные покровы бледные. Зев – небные дужки гиперемированы, миндалины увеличены, имеются гнойные пробки. Перкуторно – ясный легочной звук. Аускультативно – везикулярное дыхание. Границы относительной тупости сердца: правая – по правому краю грудины, левая – на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя –III межреберье. При аускультации сердца – тоны сердца приглушены, ритмичные. В V точке аускультации определяется диастолический шум, усиливающийся при наклоне вперед. Ритм правильный, ЧСС – 80 уд в мин. АД 145/20 мм рт ст. Симптом Мюсси. Живот мягкий, б/б. Размеры печени по Курлову – 10-9-8. Рентген грудной клетки: увеличение левой границы сердца, преимущественно за счёт левого желудочка. ЭКГ: ритм синусовый, нормальное положение ЭОС. ЧСС – 84 в мин. Признаки гипертрофии левого желудочка. ОАК: Hb – 140 г/л, Эр – 4,5 млн., L – 12 тыс, СОЭ – 42 мм/час. Общий анализ мочи – б/п.

**Вопросы:** Диагноз

**Задача №17**

Больной М., 65 лет, поступил с жалобами на сильное сердцебиение, боли за грудиной. Заболел остро. За три часа до поступления возник приступ болей за грудиной, вскоре присоединилось сердцебиение. Состояние тяжелое, больной бледен, небольшой цианоз губ, конечности холодные, тоны сердца глухие, ритм правильный, тахикардия-180 уд. в мин., пульс слабый без дефицита. АД 80/60 мм.рт.ст. На ЭКГ- тахикардия, желудочковый комплекс расширен и деформирован по типу блокады левой ножки пучка Гиса; лейкоцитов-14х109/л.

**Вопросы:**

1.Ваш вероятный диагноз?

2.Какие экстренные мероприятия необходимо провести больному?

**Задача №18**

Больная Н., 21 год, студентка, в течение двух недель после перенесенного на ногах ОРВИ, протекавшего с повышением температуры до 38°С, насморком, обратила внимание на чрезмерную утомляемость, слабость, сердцебиение, колющие боли в области сердца, длящиеся несколько секунд, возникающие и проходящие спонтанно, одышку при умеренной физической нагрузке (подъем по лестнице до второго этажа). При осмотре: больная астеничного телосложения. Кожные покровы бледные, гипермобильность суставов. Лимфатические узлы не увеличены. Температура - 36,7°С. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 16 в мин. Область сердца визуально не изменена. Верхушечный толчок ослабленный, локализован в V межреберье по L.mediaclavicularis sinistra, верхняя - по II межреберью. При аускультации сердца: тоны приглушены, ритмичны. На верхушке выслушивается мягкий, дующий систолический шум без проведения. ЧСС=Ps=110 уд/мин., АД - 110/70 мм рт ст. Пульс мягкий, слабого наполнения, ненапряжен, ритмичен. Пульсация периферических артерий удовлетворительная. Подкожные вены голеней не извиты, не уплотнены. Живот мягкий, безболезненный. Край печени пальпируется под краем реберной дуги, мягко-эластичной консистенции. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. Щитовидная железа не увеличена. Неврологический статус - б/о.

Общий анализ крови: Hb - 125г/л, Эр - 4,5×1012, L-10,2×109/л, эоз. - 2%, п - 1%, с - 56%, моноциты - 15%, лимфоциты - 26%, СОЭ - 20 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 7,0, альбумины - 48%, глобулины - α1 - 4,3%, α2 - 12,1%, β - 14,2, γ - 21,4%. СРБ - ++. Креатинин - 88 мкм/л, мочевина - 4,6 мм/л, , . АСТ-34 ЕД, АЛТ- 22ЕД, билирубин общий - 10, прямой - 1, К+ - 4,3 мэкв/л, Na+ - 138 мэкв/л. Общий анализ мочи - без патологии. Рентгенограмма грудной клетки: легочные поля прозрачны. Корни структурны. Синусы свободны, диафрагма подвижна. Сердце и аорта - без особенностей.

**Вопросы к задаче:**

1.Сформулируйте клинический диагноз.

2.Проведение каких дополнительных методов обследования необходимо больной и какие результаты вы ожидаете получить в ходе дообследования?

3. Какой метод обследования является золотым стандартом в диагностике данного заболевания?

4. Каково естественное течение и прогноз заболевания?

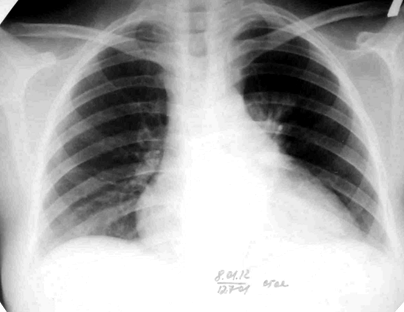
5. Тактика дальнейшего лечения больной?

**Задача №19**

Больной М., 42 лет, инженер, обратился к врачу с жалобами на одышку при привычных физических нагрузках, неприятные ощущения в области сердца, перебои в работе сердца, отеки голеней и стоп. Анамнез заболевания: около месяца назад перенес ОРВИ (отмечалась температура до 38,8°С, ринорея, слабость). Принимал аспирин, нафтизин в течение недели. Температура тела нормализовалась на третьи сутки, но сохранялась выраженная слабость. Постепенно стала появляться одышка при физической нагрузке, перебои в работе сердца. Около двух недель назад одышка усилилась, появились отеки голеней, стоп в связи с чем обратился к врачу. Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, цианоз губ. Отеки голеней и стоп. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. Число дыханий - 24 в мин. Область сердца визуально не изменена. Верхушечный толчок ослабленный, разлитой. Границы сердца: правая на 2 см латеральнее правого края грудины, верхняя - по II межреберью, левая по передней подмышечной линии. Тоны глухие, выслушивается протодиастолический ритм галопа. На верхушке дующий систолический шум с проведением в левую подмышечную область. ЧСС 102 уд. в мин., экстрасистолия - до 10 уд в мин. АД – 110/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову 15х13х8 см, край печени выступает на 2 см из-под края реберной дуги, мягко-эластической консистенции, закруглен. Селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. Щитовидная железа не увеличена. Неврологический статус - б/о.

Общий анализ крови: Hb - 136г/л, Эр - 4,2×1012, L-9,5,2×109/л, эоз. - 2%, п - 2%, с - 57%, моноциты - 11%, лимфоциты - 28%, СОЭ - 38 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 7,4, альбумины - 40%, глобулины - α1 - 7,3%, α2 - 17,1%, β - 10, γ - 25%. СРБ - ++. Креатинин - 100 мкм/л, мочевина - 4,6 мм/л, , . АСТ-80 ЕД, АЛТ- 64ЕД, КФК - 260 Ед/л, К+ - 4,6 мэкв/л, Na+ - 141 мэкв/л, фибриноген - 6 г/л, антистрептолизин -О<100 ЕД. Общий анализ мочи - без патологии. Рентгенограмма грудной клетки:



ЭхоКГ: Желудочки расширены. Митральная регургитация II-III ст. Трикуспидальная регургитация II ст. Повышение давления на a.pulmonalis. Фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) около 40%. При равновесной радиовентрикулографии отмечено снижение общей ФВ ЛЖ до 34%, правого - до 30%. Конечно-диастолический объем (КДО) левого желудочка - 307 мл, правого - 284 мл. При оценке локальной сократимости выявлены множественные нарушения локальной сократимости во всех стенках обоих желудочков (вид лоскутного одеяла).

**Вопросы к задаче:**

1. Сформулируйте полный клинический диагноз

2. Какой синдром превалирует в клинической картине данного заболевания?

3. Какой метод обследования является золотым стандартом в диагностике данного заболевания?

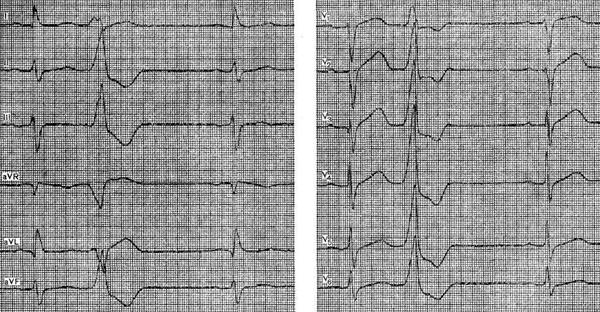
4. Какие патофизиологические изменения миокарда лежат в основе данного заболевания?

5. Каково естественное течение и прогноз заболевания? Тактика дальнейшего ведения

больного?

**Задача №20**

Больная К., 23 лет, через две недели после перенесенного тонзиллита отметила недомогание, появление слабости, субфебрильной температуры. При обращении к терапевту по месту жительства был выявлен мягкий систолический шум на верхушке. Больная госпитализирована в кардиологическое отделение. Из анамнеза известно, что у больной отмечаются частые герпетические высыпания. При осмотре: астенического телосложения. Кожные покровы бледные. Герпетические высыпания на слизистой оболочке губ, крыльев носа. Пальпируются увеличенные до 1,5 см поднижнечелюстные л/узлы, безболезненные. Температура - 37,3°С. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД - 16 в мин. Область сердца не изменена. Верхушечный толчок разлитой, ослабленный, локализован в VI межреберье по L. axillaris anterior. Границы относительной тупости сердца: правая на 2 см латеральнее правого края грудины, верхняя - по нижнему краю II ребра, левая на 3 см кнаружи от L. axillaris anterior. Тоны сердца приглушены, аритмичны за счет единичных экстрасистол. На верхушке выслушивается мягкий систолический шум без проведения. ЧСС - 100 уд/мин. , пульс слабого наполнения, до 15 экстрасистол в мин. АД – 100/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется под краем реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. ЭКГ (см. рис.):



ЭхоКГ: стенки аорты и створки аортального клапана не изменены. Левый желудочек дилатирован. ФВ ЛЖ - около 35%.

Общий анализ крови: Hb - 110г/л, Эр - 3,6×1012, L-9,1,2×109/л, эоз. - 2%, п - 2%, с - 68%, моноциты - 15%, лимфоциты - 13%, СОЭ - 23 мм/час.

Биохимический анализ крови, коагулограмма, анализы мочи без патологии. Иммунологический анализ выявил повышение титра антител к V.Herpes simplex I.

Несмотря на проводимую терапию атенололом - 25 мг в сут, диклофенаком - 75 мг в сут., у больной сохранялись политопные желудочковые экстрасистолы. На шестые сутки пребывания в стационаре больная перенесла клиническую смерть с успешной реанимацией. При контрольном обследовании через два месяца отмечается сохранение синусовой тахикардии при отсутствии желудочковой экстрасистолии. При ЭхоКГ отмечено уменьшение размеров камер сердца, увеличение ФВ ЛЖ до 50%.

**Вопросы к задаче:**

1. Предполагаемый диагноз

2. Какие ЭКГ-признаки свидетельствуют в пользу данного заболевания

3. Какова причина клинической смерти больной?

4. Тактика лечения

5. Какие препараты противопоказаны больной и почем

**Задача №21**

Больной П.,43 года преподаватель ,госпитализирован в кардиологическое отделение с жалобами на сердцебиение ,перебои в работе сердца, дискомфорт в области сердца, отеки нижних конечностей ,тяжесть в правом подреберье , не связанную с приемом пищи , увеличений размеров живота на фоне общего похудения . Считает себя больным около пяти лет, когда периодически, в основном при эмоциональном перенапряжении , стали беспокоить эпизоды сердцебиения, сопровождающиеся головокружением, тошнотой, внезапно появляющиеся и внезапно исчезающие спустя 2-3 мин. К врачам не обращался, самостоятельно принимал валокордин. В последующем эпизоды сердцебиения прекратились, в течении последних 3 лет пульс был постоянно аритмичным. Самочувствие ухудшилось в течение 6 месяцев , когда появилась слабость, утомляемость ,одышка при подъеме по лестнице до первого этажа, отечность голеней и стоп. Отмечает прибавку веса на 6 кг за последние полгода , в то же время лицо и руки похудели. В связи с отеками по совету родственников начал принимать фуросемид - 40мг 2 раза в неделю. Отеки ног сохранялись, одышка усилилась, значительно ограничивая бытовую физическую активность, что и стало причиной госпитализации. **Из анамнеза:** какие-либо заболевания, кроме нечастных ОРВИ и вредные привычки, отрицает. Отец больного и бабушка со стороны отца страдали заболеванием сердца и умерли в возрасте до 45 лет.

**При осмотре:** состояние тяжелое. Положение ортопноэ. Астеничного телосложения. Рост - 170 см, вес - 65 кг. Кожные покровы бледные, цианоз губ, акроцианоз. Отеки голеней, стоп. При аускультации в нижних отделах легких отмечается притупление перкуторного звука. Тахипноэ - до 24 уд. в мин. Область сердца визуально не изменена. Верхушечный толчок ослабленный, разлитой. При перкуторном определении границ относительной сердечной тупости: левая - по передней подмышечной линии, верхняя - по II межреберью, правая - на 4 см латеральнее правого края грудины. При аускультации сердца: тоны глухие, протодиастолический ритм галопа, аритмичные. На верхушке дующий систолический шум с проведением в левую подмышечную область. ЧСС - 110-120 уд/мин. Пульс - 80-90 уд/мин. АД=110/70 мм рт ст. Пульс мягкий, слабого наполнения, аритмичен. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 15х13х8 см. Край печени на 4 см выступает из-под края реберной дуги, мягкий. Симптом Пастернацкого отрицательный. Дизурии нет. **Общий анализ крови:** Hb- 136 г/л, Эр. - 4,2х1012, L-6,4х109, эозинофилы - 2%, п-2%, с-68%, м-15%, л-13%, СОЭ - 8 мм/час. **Биохимический анализ крови:** общий белок - 7,4, креатинин - 78 мкм/л, АЛТ - 24 ЕД, АСТ - 30 ЕД, К+ - 4,6 мэкв/л, Na+ - 141 мэкв/л, холестерин = 3,2 мм/л. **Общий анализ мочи** без патологии. **ЭКГ** - отсутствие зубцов Р, разные расстояния RR, волны f

**Рентгенограмма грудной клетки:**



**ЭхоКГ**: стенки аорты и створки аортального клапана не изменены, движение створок не нарушено. Левый желудочек дилатирован. Полость правого желудочка расширена. Митральная регургитация II-IIIст. Трикуспидальная регургитация - II ст. Повышение давления на a.pulmonalis. ФВ ЛЖ около 30%. Гидроперикард.

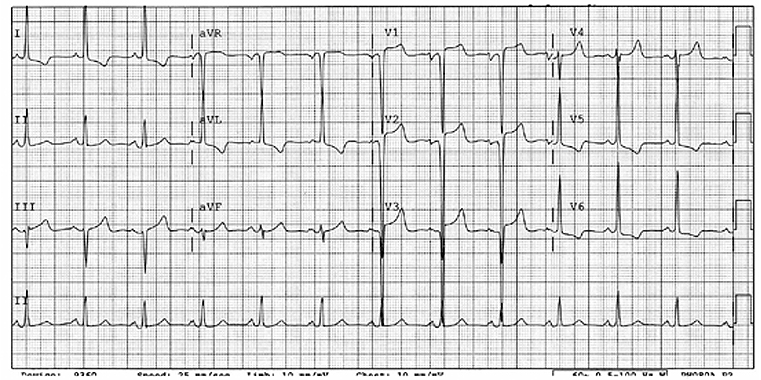
**Вопросы к задаче:**

1. Сформулируйте диагноз. 2. Тактика ведения больного .3. Прогноз заболевания

**Задача №22**

Больной М., 34 лет, преподаватель, обратился с жалобами на головокружение, приступы тошноты, темноту перед глазами, слабость, иногда кратковременные потери сознания. **Анамнез заболевания**: считает себя больным около двух лет, к врачам не обращался, лекарств не принимал. Служил в армии, ведет физически активный образ жизни. Дядя со стороны матери внезапно умер в возрасте 26 лет, дед (мамин отец) - в возрасте 38 лет. **Объективно:** нормостенического телосложения, кожные покровы бледно-розовые, теплые. В легких дыхание с жестким оттенком, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. Верхушечный толчок усиленный, локализован в V межреберье по левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, аритмичны за счет единичных экстрасистол, на верхушке мягкий систолический шум с проведением в левую подмышечную область, а также систолический шум вдоль левого края грудины. ЧСС 82 уд/мин. Пульс аритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову 11х9х6 см, край печени пальпируется под краем реберной дуги, мягко-эластической консистенции, закруглен. Селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. Щитовидная железа не увеличена. Неврологический статус - б/о. **Общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови -** без отклонения от нормы.

**Рентгенограмма грудной клетки:** легочные поля прозрачны, корни структурны. Умеренное расширение тени сердца за счет левых отделов.

**ЭКГ:**

**ЭхоКГ:** гипертрофия левого желудочка без увеличения полости. Насосная функция левого желудочка сохранена. Толщина межжелудочковой перегородки в базальных отделах - 1,8 см, в апикальных - 1,4 см, задней стенки - 1,3 см. Митральная регургитация I-II. Фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) 65%.

**Вопросы к задаче:**

1. Сформулируйте диагноз

2. Тактика ведения больного.

3. Прогноз заболевания?

**Задача №23**

Больная Д., 18 лет, студент из Нигерии, обратился с **жалобами** на одышку, тяжесть в правом подреберье при значительной физической нагрузке (занятия в спортивной секции), повышенную утомляемость. Жалобы беспокоят около полугода, к врачам не обращался, не лечился. Из-за прогрессирования одышки, появления сухого кашля и отеков на ногах обратился к врачу. Из **анамнеза** - ранее был практически здоров, вредных привычек не имел. Дед и дядя больного со стороны матери страдали заболеванием сердца и умерли в возрасте до 40 лет. **При осмотре:** больной негроидной расы. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД - 16 в мин. Область сердца не изменена. Верхушечный толчок разлитой, локализован в V межреберье на 2 см кнутри от среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца: правая - по правому краю грудины, верхняя - по нижнему краю II ребра, левая на 2 см медиальнее левой среднеключичной линии. Тоны сердца глухие, ритмичные, шумов нет. Акцент II тона над легочной артерией. ЧСС - 80 уд/мин. , пульс слабого наполнения, ненапряженный, ритмичный, 80 в мин. до 15 экстрасистол в мин. АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 14х12х8 см. край печени пальпируется под краем реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. **ЭхоКГ:** стенки аорты и створки аортального клапана не изменены. Левый желудочек уменьшен в размерах. Толщина межжелудочковой перегородки - 0,8 см, полость правого желудочка не расширена. Эндокард утолщен до 3 мм. Признаки нарушения диастолического наполнения желудочков. Повышение давления в легочной артерии. **Общий анализ крови:** Hb - 152г/л, Эр - 5,6×1012, L-6,4×109/л, эоз. - 6%, п - 1%, с - 70%, моноциты - 13%, лимфоциты - 10%, СОЭ - 12 мм/час. **Биохимический анализ крови:** общий белок - 7,8, креатинин - 96 мкм/л, АЛТ - 36 ЕД, АСТ - 28 ЕД, К+ - 4,6 мэкв/л, Na+ - 140 мэкв/л, холестерин = 3,0 мм/л. **Общий анализ мочи** без патологии. Рентгенограмма грудной клетки: усиление бронхолегочного рисунка за счет сосудистого компонента. Корни структурны. Синусы свободны, диафрагма подвижна. Сердце небольших размеров: кардиоторакальный индекс - 0,3.

**Вопросы к задаче:**

1. Сформулируйте диагноз

2. На основании каких анамнестических, клинико-инструментальных и лабораторных данных был поставлен диагноз?

3. Какой метод обследования является золотым стандартом в диагностике данного заболевания?

4. Тактика дальнейшего лечения больного?

**Задача №24**

Больной С., 58 лет, около 10 лет страдает гипертонической болезнью, цифры АД постоянно высокие, до 210/120 мм.рт.ст. Ночью проснулся с чувством нехватки воздуха, сел в постели, попросил открыть окно, состояние ухудшилось, удушье нарастало, дыхание стало клокочущим, появился кашель с пенистой, кровянистой мокротой. При измерении АД-280/150 мм.рт.ст. В легких масса влажных хрипов, пульс частый, напряжен, тоны сердца возбуждены, ритмичны.

1.Поставьте диагноз.

2.Окажите больному неотложную помощь.

**Задача №25**

Больной Т, 73 лет, жалобы на слабость, утомляемость, ухудшение аппетита, зрения, памяти. С 55 лет периодически беспокоили головные бюоли в затылочной области и регистрировались цифры АД 150-160/ 90-100 мм рт ст. Назначаемые антигипертензивные препараты принимал нерегулярно. Постепенно АД повысилось до 180-190/100-120 мм рт ст. При осмотре: пониженного питания, кожные покровы бледные, сухие. Голени пастозные, лицо одуловатое. Границы сердца: правая на 1 см кнаружи от правого края грудины, левая - на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Акцент 2 тона во 2 межреберье справа.Живот мягкий, беболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный. ОАК: Hb - 120 г/л. L - 8,6х10/л. СОЭ - 11 мм/час. Креатинин - 243 мкмоль/л, мочевина - 12,1 ммоль/л. Общий анализ мочи - у.в. - 1005, белок - следы. ЭКГ - отклонение ЭОС влево, зубцы R в V5-6>V4.

**Вопросы:**

1. Диагноз

2. Лечение

**Задача №26**

Мужчина 48 лет с гипертонической болезнью кризового течения в момент одного из подъемов АД до 220/140 мм рт ст почувствовал резкую одышку, достигающую степени удушья. При осмотре выявлена тахикардия до 110 в мин., в легких выслушивалось большое количество булькающих мелкопузырчатых хрипов с обеих сторон.

1. Ваш диагноз?
2. Неотложная помощь?

**Задача №27**

Больной 3. 53 года, поступил в клинику с жалобами на повышение температуры тела до 38,4° С ознобом, повышенную потливость, слабость. Из ***анамнеза*** известно, что за 3 нед. до начала заболевания больному была произведена экстракция зуба в связи с пульпитом и начинающимся периодонтитом. В возрасте 10 лет после ангины перенес ревматическую атаку, после которой у больного был диагностирован митрально - аортальный порок сердца порок сердца с преобладанием клапанного стеноза левого атриовентрикулярного отверстия. В последующие годы пациент состоял на учете у ревматолога поликлиники, по назначению специалиста проводилась вторичная профилактика ревматизма. Самочувствие пациента в дальнейшем было удовлетворительным, лишь при высоких физических нагрузках больной отмечал слабость, сердцебиение и одышку. При ***объективном обследовании:*** общее состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, заметны точечные кровоизлияния под конъюнктивой, при аускультации сердца отмечен «ритм перепела», систолический и диастолический шумы в точке митрального клапана, легкий диастолический убывающий шум в точке аортального клапана. Пульс 88 в минуту, ритм правильный, АД 120/60 мм.рт.ст. Отмечено также увеличение перкуторных размеров селезенки до 12X8 см. Результаты лабораторных исследований: ***Общий анализ крови***: Гемоглобин 111 г/л, эритроциты 3,75 х 10 12 /л, лейкоциты 11,9 х 10 9 /л, палочкоядерные 12 %, сегментоядерные 61%, лимфоциты 20%, эозинофилы 1%, моноциты 7%, СОЭ 50 мм/час. ***Биохимический анализ крови* от**: билирубин **6,9** мкмоль/л, креатинин 100 мкмоль/л, мочевина 8,2 ммоль/л, С-реактивный белок +++. ***Анализ мочи:*** относительная плотность 1018, белок 0,05 г/л эритроциты 5-10 в поле зрения, лейкоциты 6-12 в поле зрения. Пациенту было проведено ***эхокардиографическое исследование***: выявлено наличие вегетации на створках аортального и митрального клапанов, признаки клапанного стеноза левого атриовентрикулярного отверстия и значительной (3-й степени ) недостаточности митрального клапана, отмечены также признаки умеренной недостаточности аортального клапана. Серийно были взяты посевы пробы на высоте лихорадки - роста флоры не получено.

**Вопросы:**

1. Ваш диагноз?

2. Лечение

**Задача №28** Больная Ж. 71 год, поступила в клинику с жалобами на повышение температуры тела до 39,5°С, с ознобом, повышенную потливость, слабость, недомогание, боли в мышцах, крупных суставах. Из *анамнеза* известно, что за 9 нед. до начала заболевания больная простудилась, во время того, как мыла окна в своей квартире, врачом поликлиники была диагностирована ОРВИ. По назначению врача больная принимала анальгин, бисептол. Несмотря на проводимое лечение, температура тела оставалась 37,5 - 38,2°С, через 10 дней появились слабость, недомогание, снизился аппетит. В течение последующего месяца указанные симптомы усиливались; за неделю до госпитализации появились ознобы, сопровождавшиеся выраженной потливостью. Ранее заболеваний сердца не отмечалось. При *объективном обследовании:* общее состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, «оттенок кофе с молоком», при аускультации сердца слышен систолический шум в точке митрального клапана. Пульс 96 в минуту, ритм правильный, АД 90/65 мм.рт.ст. Селезенка увеличена. Печень выступает из под края правой реберной дуги на 4 см. Результаты лабораторных исследований: *Общий анализ крови*: Гемоглобин 96 г/л, эритроциты 3,05 х 10 12 /л, лейкоциты 3,8 х 10 9 /л, палочкоядерные 2 %, сегментоядерные 50%, лимфоциты 34%, эозинофилы 4%, моноциты 10%, СОЭ 77 мм/час. *Биохимический анализ крови*: билирубин 27,1 мкмоль/л, креатинин 159 мкмоль/л, мочевина 17,2 ммоль/л, С-реактивный белок ++. *Анализ мочи:*относительная плотность 1012, белок 0,15 г/л эритроциты 10-35 в поле зрения, лейкоциты 4-10 в поле зрения. ЭхКГ: выявлено наличие вегетации на створках митрального клапана и признаки значительной ( 3-й степени) недостаточности митрального клапана, среднее давление в легочной артерии составляло 39 мм.рт.ст., ( в норме 12 -18 мм.рт.ст.), признаков застоя в нижней полой вене не обнаружено. Помимо этого обнаружены признаки выпотного перикардита без наличия синдрома тампонады; Были серийно были взяты посевы крови - роста флоры не обнаружено.

**Вопросы:**

1. Ваш диагноз?

2. Лечение

**Задача №29**

Больной С., 53 года. Госпитализирован с жалобами на лихорадку до 39,5°С, потливость, ознобы, одышку и головокружение при небольшой физической нагрузке, слабость, отсутствие аппетита, похудание на 10 кг за последние 2 месяца. Около 2,5 мес. назад перенес экстракцию зуба. Через неделю появилась субфебрильная лихорадка, потливость. В течение двух недель лечился народными средствами, на фоне чего появилась фебрильная лихорадка с ознобами, потливость, боли в мышцах и суставах. При рентгенографии органов грудной клетки патологии не выявлено. Анализы крови: лейкоцитоз - до 14х109/л, увеличение СОЭ до 24 мм/ч. Был назначен ампициллин в дозе 2 г/сут, на фоне чего отметил уменьшение лихорадки до субфебрильных цифр, миалгий и артралгий. Сохранялась потливость, резкая слабость, отсутствие аппетита. Через 5 дней после 10-дневного курса лечения ампициллином вновь отметил повышение температуры тела до фебрильных цифр с ознобом. В течение последних двух недель отметил появление нарастающей одышки, головокружения, похудания. За два дня до госпитализации развилась гектическая лихорадка, усилилась одышка.

Вредные привычки: в течение многих лет злоупотребляет алкоголем, в течение 30 лет курит по 1 пачке в день. При осмотре: состояние тяжелое, температура 39,5°С. Кожные покровы бледные с желтушным оттенком, тургор снижен, пятна Дженуэйя. Симптом щипка положительный. Отеков нет, периферические л/узлы не увеличены. Грудная клетка цилиндрической формы, перкуторно - легочный звук с коробочным оттенком, с притуплением в нижних отделах. При аускультации влажные хрипы в нижних отделах . ЧДД 24/мин. Верхушечный толчок разлитой, в VI межреберье по левой передней подмышечной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - верхний край III ребра, левая - по левой передней подмышечной линии в VI межреберье. При аускультации сердца - тоны ритмичные, ослабление I тона на верхушке, ослабление I тона на верхушке, ослабление II тона во II межреберье справа от грудины. Во II межреберье справа от грудины и в пятой точке аускультации выслушивается мягкий, дующий протодиастолический шум, в VI межреберье по левой передней подмышечной линии - систолический шум. ЧСС - 115 уд/мин. АД - 130/40 мм рт ст. Пульс высокий, скорый. "Пляска каротид". Размеры печени по Курлову - 14х12х10 см. Селезенка у края реберной дуги 12х10 см. Анализ крови: гемоглобин - 85 г/л, лейкоциты - 22х109/л, п -8%,с - 78%, лимфоциты - 8%, СОЭ - 38 мм/ч. Б/х анализ крови: общий билирубин - 41,2 мкмоль/л, СРБ+++, фибриноген - 6,5 г/л. Имеется ревматоидный фактор. Общий анализ мочи: у.в. - 1010, белок - 0,99, лейкоциты - 5-6 в поле зрения, выщелоченные эритроциты - 5-8 в поле зрения. ЭхКГ - Расширение полости левого желудочка. На створке аортального клапана имеется эхогенное образование . Аортальная регургитация III ст., митральная регургитация - II ст.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз

2. Перечислите диагностические критерии, на основании которых может быть поставлен диагноз.

3. Какое еще обследование должно быть проведено для уточнения диагноза?

4. Что такое пятна Дженуэйя? Какие факторы риска развития данного заболевания имелись у больного?

5. Какова тактика лечения?

**Задача№30**

Больная Л, 63 лет, поступила в кардиологическое отделение с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке и в покое, приступы удушья в ночное время, возникающие в горизонтальном положении, кашель с выделением небольшого количества мокроты с примесью крови, выраженные отеки нижних конечностей, слабость. С детства страдает ревматизмом с формированием порока сердца. Настоящее ухудшение в течение последнего месяца, которое связывает с переохлаждением. При осмотре состояние тяжелое, положение ортопноэ. Кожные покровы бледные, на лице - румянец щек. Акроцианоз. Отеки голеней и стоп. ЧДД - 24 в мин. Притупление перкуторного звука в нижних долях обеих легких. При аускультации - в нижних отделах влажные незвонкие мелкопузырчатые хрипы. Границы относительной тупости сердца: правая - 3 см кнаружи от правого края грудины, левая - 2,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя - верхний край II ребра. При аускультации сердца - хлопающий I тон, тон открытия митрального клапана, протодиастолический шум, акцент II тона над легочной артерией. Ритм сердца правильный, ЧСС - 90 уд в мин. АД 120,80 мм рт ст. Печень вступает из-под края реберной дуги на 5 см. Селезенка не увеличена. Ревмопробы : СРБ - положительный, титр антистрептолизина О - 160.

1. Сформулируйте диагноз

2. Обоснуйте изменение гемодинамики

3. Тактика лечения

**Задача №31**

Больной Д., 67 лет. Поступил с жалобами на одышку при минимальной физической нагрузке, сухой кашель, усиливающийся в положении лёжа (в связи с чем вынужден спать сидя, отёчность голеней и стоп). Из анамнеза известно, что в течение 10 лет беспокоили приступы стенокардии при умеренных физических нагрузках. Около года назад перенес ИМ, после чего появились указанные жалобы, которые постепенно прогрессировали.

При осмотре состояние тяжелое. Цианоз губ, холодный акроцианоз. Отёки голеней и стоп. ЧДД – 26 в мин. В лёгких жёсткое дыхание, в базальных отделах обоих лёгких выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Видна прекордиальная пульсация. Пальпаторно в области сердца (в III межреберье по левому краю грудины определяется парадоксальная пульсация, положительный симптом «качелей», на верхушке – систолическое «кошачье мурлыкание». Верхушечный толчок ослабленный, разлитой. Границы относительной сердечной тупости: левая – по передней подмышечной линии, верхняя – по II межреберью, правая – на 2 см латеральнее правого края грудины. При аускультации сердца: тоны глухие, выслушивается протодиастолический ритм галопа. На верхушке систолический шум с проведением в левую подмышечную область. ЧСС – 96 в мин. АД – 120/70. Размеры печени по Курлову: 16-13-8 см. Край печени на 4 см выступает из-под реберной дуги, мягкий, округлый, болезненный при пальпации. Положительный симптом Плеша. Селезенка не увеличена. Симметричный отек стоп, голеней до средней трети. ЭКГ – признаки перенесенного трансмурального ИМ в переднее-перегородочно-верхушечной области, Отсутствие динамики смещения сегмента ST («застывшая»ЭКГ).

1. Ваш диагноз
2. Какие осложнения способствовали быстрому прогрессированию болезни у больного?
3. Какое требуется дообследование?
4. Лечение

**Задача №32**

У больного 45 лет ночью появились интенсивные боли за грудиной с иррадиацией в левую руку, длительностью 30 минут, купированы после повторного приема нитроглицерина.

Объективно: состояние средней тяжести. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Пульс-82 уд. в мин. АД-130/80 мм.рт.ст.

На ЭКГ: ритм синусовый. Подъем сегмента ST в отведениях AVL, V3-5 на следующий день S-T на изолинии.

Общий анализ крови: L-6,8х109/л. АсАТ-0,28ммоль/л, АЛТ-0,35ммоль/л.

1.Какой вид ангинозного приступа можно предположить?

2.Возможен ли инфаркт миокарда?

**Задача №33**

Больной М., 55 лет, по профессии токарь, предъявляет жалобы на приступы болей за грудиной сжимающего характера, иррадиирующие в левую руку, лопатку, плечо, возникающие во время ходьбы в обычном темпе, проходящие через 3-5 минут после приема нитроглицерина.

Анамнез заболевания: больным себя считает около 2 лет, когда впервые отметил появление болей вышеописанного характера при значительной физической нагрузке. Около 3-х месяцев назад они стали появляться и при обычной физической нагрузке, а также в покое. Последний приступ болей, возникший 2 дня назад, сопровождался резкой слабостью, холодным потом, головокружением, продолжался около часа и прошел самостоятельно. Во время диспансерного осмотра врач выявил симметричный отрицательный зубец Т и горизонтальное опущение сегмента ST более чем на 1 мм в III, аvF, V3-V6 отведениях.

Объективно: правильного телосложения, повышенного питания, рост 175 см, масса тела 110 кг. Кожные покровы несколько бледноваты, на ощупь влажные. В легких перкуторно легочной звук, аускультативно – везикулярное дыхание. Чдд 19 в мин. Область сердца на глаз не изменена. Границы сердца: правая по правому краю грудины, верхняя - в 3-м межреберье, левая на 2 см кнутри от среднеключичной линии. Тоны несколько приглушены, шумов нет. Пульс 100 уд.в мин. АД – 100/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Периферических отеков нет.

1.Ваш предварительный диагноз?

2.Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

3.Назначьте лечение

**Задача №34**

Больной м., 57 лет, 3 месяца находился в клинике по поводу инфаркта миокарда. Через 2 месяца после начала заболевания стали появляться сжимающие боли за грудиной при подъеме по лестнице на 1 этаж. Боли снимались отдыхом или приемом нитроглицерина через 3 мин. Повторно поступил в стационар по поводу учащения приступов болей. На снятой ЭКГ имеются признаки перенесенного инфаркта миокарда.

1.Какие изменения ЭКГ наиболее достоверно указывают на перенесенный инфаркт миокарда у больного?

2.О каком варианте стенокардии идет речь у данного больного?

3.Сформулируйте клинический диагноз. Назначьте лечение.

**Задача №35**

Больной С., 48 лет, последние 6 лет страдает артериальной гипертонией. Лечился не регулярно. На протяжении последнего года стали появляться кратковременные сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в левую руку. Боль провоцируется эмоциональным и физическим напряжением и пребыванием на холоде. При объективном обследовании патология со стороны сердца не выявлена. Общий анализ крови без патологии. ЭКГ в покое вне приступа без отклонений от нормы.

1.Вероятный диагноз.

2.Какое исследование необходимо произвести для подтверждения диагноза?

3.Назначьте лечение.

**Задача №36**

Б-ой Л., 57 лет, жалуется, что в течение года несколько раз в месяц под утро у него возникают загрудинные боли сжимающего характера, отдающие под лопатку, которые проходят в течение получаса после приема нитроглицерина или через несколько минут после приема финоптина. При холтеровском мониторировании удалось зафиксировать в момент приступа подъем сегмента STв грудных отведениях. на следующий день сегмент ST распологается на изолинии.

Вопросы к задаче:

1. Какое заболевание можно предположить?
2. Какое лечение целесообразнее проводить?

**Задача №37**

Больная Т., 35 лет, поступила с жалобами на снижение аппетита, тошноту, общую слабость, отеки век, лица и нижних конечностей, на тупые, ноющие, продолжительные боли слабой интенсивности в поясничной области.

Заболела 2,5 года назад, когда после переохлаждения впервые появились тянущие тупые боли в поясничной области, отеки на лице. Больная постоянно находится на амбулаторном диспансерном наблюдении. Трижды за этот период находилась на стационарном лечении. Постоянно получает преднизолон в дозе 5 мг/сут. Настоящее ухудшение состояния в течение последних двух недель связывает с перенесенным ОРВИ.

Перенесенные заболевания: ангина, ОРЗ. Работает учителем. Вредные привычки отрицает. Семейный и аллергологический анамнез не отягощены.

При осмотре: состояние средней тяжести. Рост — 163 см, масса тела — 78 кг. Температура тела — 37,0 °С. Лицо бледное, одутловатое, веки отечны, глаза сужены. Кожные покровы и слизистые бледные, чистые, влажные. Выраженные отеки на лице и нижних конечностях. Грудная клетка конической формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания — 19 уд/мин. При аускультации легких: дыхание везикулярное. Бронхофония не изменена. Область сердца и крупных сосудов не изменена. Границы относительной тупости сердца: правая на 1,5 см вправо от правого края грудины, левая на 1 см внутри от среднеключичной линии в V межреберье, верхняя на уровне верхнего края III ребра. При аускультации сердца тоны сердца ясные, ритмичные, пульс — 76 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД — 125/75 мм рт. ст. Живот обычной формы. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого слабо положительный с обеих сторон. Анализ крови: НЬ — 103 г/л, лейкоциты — 9,1 тыс./л, палочкоядерные — 7%, сегментоядерные — 53%, эозинофилы — 0%, лимфоциты — 33%, моноциты — 7%, СОЭ — 29 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность — 1011, белок — 6,5 г/л, лейкоциты — 5—7 в поле зрения (п/з), эритроциты — 11—14 в п/з, гиалиновые цилиндры — 4—6 в п/з. Суточная протеинурия — 4,5 г.

Проба Зимницкого: дневной диурез — 410 мл, ночной — 320 мл. Колебания относительной плотности — от 1,006 до 1,016.

Биохимический анализ крови: креатинин — 144 мкмоль/л. Общий белок сыворотки крови 52 г/л (альбуминов — 37%, а,-глобулинов — 6%, а2-глобулинов — 11%, (3-глобулинов — 14%, у-глобулинов — 24%), холестерин сыворотки — 8,8 %ммоль/л. Проба Реберга—Тареева: скорость клубочковой фильтрации 55 мл/мин, канальцевая реабсорбция — 95%.

УЗИ почек: Изменений в чашечно-лоханочной системе не выявлено. Биопсия почек: найдено: склероз капиллярных петель клубочков, синехий сосудистых долек с капсулой, фиброэпителиальных и фиброзных полулуний, утолщение и склероз капсулы клубочка. Выявленные фибропластические изменения в клубочках сопровождаются дистрофией эпителия проксимальных и дистальных отделов канальцев, субатрофией эпителия, атрофией и коллапсом канальцев, разрастанием соединительной ткани.

**Вопросы к задаче**

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.

2. Какие вы ожидаете найти изменения белков и липидов в крови у этой больной?

3. Перечислите принципы медикаментозной терапии.

**Задача №38**

Больная Т., 38 лет, поступила в клинику с жалобами на головные боли, головокружения, «шум в ушах», мелькание «мушек» перед глазами, слабость. Считает себя больной в течение двух лет. Около 10 лет назад при обследовании по поводу пневмонии в общем анализе мочи выявили кровь, наблюдалась у терапевта поликлиники, однако, в связи с тем что при повторном анализе количество эритроцитов в моче значительно уменьшилось, лечение не было назначено. В последние 3 года стали беспокоить вышеуказанные жалобы. Две недели назад состояние больной ухудшилось, усилились головные боли, головокружения. Связывает это с переохлаждением и перенесенной острой респираторной инфекцией.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРИ, хронический гастрит, ангина. Больная работает библиотекарем, профессиональных вредностей не имеет. Вредные привычки отрицает. Семейный анамнез: мать — ГБ, у отца — ИБС, дочь здорова. Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура тела — 36,5 °С. Кожные покровы и слизистые нормальной окраски, чистые, влажные. Отеков нет. Частота дыхания 18 уд/мин. При сравнительной перкуссии ясный, легочный звук. При аускультации легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. Бронхофония не изменена. Область сердца и крупных сосудов не изменена. Границы относительной тупости сердца: правая на 1,5 см вправо от правого края грудины, левая на 2 см кнаружи от среднеключичной линии в V межреберье, верхняя на уровне нижнего края III ребра. При аускультации сердца: тоны сердца ясные, ритмичные, акцент II тона на аорте. Пульс — 72 уд/мин, удовлетворительного наполнения, напряжен. АД — 195/110 мм рт. ст. Живот обычной формы. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь расположен за лонным сочленением, не пальпируется, болезненность в области верхней и нижней мочеточниковой точках не определяется.

Общий анализ крови: НЬ — 116 г/л,-эритроциты — 3,6 х 1012/л, лейкоциты — 5,6 х 109/л, палочкоядерные — 4%, сегментоядерные — 56%, эозинофилы — 0%, лимфоциты — 33%, моноциты — 7%, СОЭ — 20 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность — 1012, белок — 0,069 г/л, лейкоциты — 5—6 в поле зрения, эритроциты — 6—8 в поле зрения.

Суточная протеинурия: 1,5 л.

Проба Зимницкого: дневной диурез — 1050 мл, ночной — 1600 мл, колебания относительной плотности мочи — от 1,002 до 1,011.

Проба Реберга: клубочковая фильтрация — 50 мл/мин, канальцевая реабсорбция — 98%.

Биохимический анализ крови: мочевина — 9,3 ммоль/л, креатинин — 170 мкмоль/л, калий — 4,5 мэкв/л.

**Вопросы к задаче**

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.

2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести больной?

3. Укажите причины возникновения артериальной гипертензии при данном заболевании.

4. Какую диету необходимо рекомендовать больной?

5. Какую медикаментозную терапию проводят при данном заболевании?

**Задача №39**

У больного Р., 34 лет, при диспансерном обследовании по месту работы было обнаружено: протеинурия — до 0,89 г/л, эритроцитурия — до 7000 в 1 мл, лейкоцитурия — 1500 в 1 мл. Около двух лет назад после перенесенной ангины была красная моча.

При более тщательном расспросе удалось выяснить, что больной 1,5 года назад перенес ангину, после которой через 10—15 дней в течение недели была красная моча, общее самочувствие оставалось нормальным. К врачу не обращался, продолжал работать. Цвет мочи впоследствии восстановился.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ, пневмония, ангина. Больной работает мастером на фабрике, профессиональных вредностей не имеет. Курит 10 лет по 0,5 пачки в день. Семейный анамнез: мать здорова, отец здоров, сын здоров. Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура тела — 36,5 °С. Кожные покровы и слизистые нормальной окраски, чистые, влажные. Отеков нет. Грудная клетка конической формы. При пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания — 19 уд/мин. При аускультации легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Бронхофония не изменена.

Область сердца и крупных сосудов не изменена. Границы относительной тупости сердца: правая на 1,5 см вправо от правого края грудины, левая на 1 см кнут- ри от среднеключичной линии в V межреберье, верхняя на уровне нижнего края III ребра. При аускультации сердца: тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс — 70 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД — 120/70 мм рт. ст.

Живот обычной формы. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Общий анализ крови: НЬ — 123 г/л, лейкоциты — 5,6 х 109/л, палочкоядерные — 4%, сегментоядерные — 56%, эозинофилы — 0%, лимфоциты — 33%, моноциты — 7%, СОЭ — 12 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность мочи — 1,018, белок — 0,99 г/л, эритроциты — 6—8 в поле зрения, лейкоциты — 4—5 в поле зрения, гиалиновые и эритроцитарные цилиндры единичные в препарате.

Суточная протеинурия — 1,4 г.

Биохимический анализ крови: мочевина сыворотки — 6,6 ммоль/л, креатинин — 112 мкмоль /л.

Проба Реберга: скорость клубочковой фильтрации — 70 мл/мин, канальцевая реабсорбция — 97%.

Проба Зимницкого: дневной диурез — 1200 мл, ночной — 1500 мл, колебания относительной плотности — от 1,005 до 1,016.

**Вопросы к задаче**

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.

2. Какие еще дополнительные исследования необходимо провести больному?

3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз выявленной патологии у больного?

4. Какую диету необходимо рекомендовать больному?

5. Какую медикаментозную терапию проводят при данном заболевании?

**Задача №40**

Больной К., 49 лет, поступил в стационар с жалобами на головные боли, головокружение, мелькание мушек перед глазами на фоне повышения артериального давления до 200/110 мм рт. ст. Из анамнеза известно, что больной 5 лет назад после проведения вакцинации через 10—15 дней отметил появление мочи цвета мясных помоев. Цвет мочи в течение нескольких дней восстановился. Из-за занятности к врачу не обращался. Продолжал работать. Головные боли, головокружение, мелькание мушек перед глазами беспокоят около 4—5 лет. Артериальное давление стал измерять последние полгода по совету родственников, максимальное повышение до 190/100 мм рт. ст., адаптирован к 170/100 мм рт. ст. Не лечился.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ, ангина, аппендэктомия — 10 лет назад. Больной работает экономистом, профессиональных вредностей не имеет. Вредные привычки отрицает. Семейный анамнез: мать здорова, у отца — язвенная болезнь желудка, сын здоров. Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела — 36,5 °С. Лицо бледное, одутловатое, веки отечны, глаза сужены. Кожные покровы и слизистые бледные, чистые, влажные. Отеки век, лодыжки и голени пастозны. Грудная клетка конической формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания — 19 уд/мин. При сравнительной перкуссии ясный легочный звук. Область сердца и крупных сосудов не изменена. Границы относительной тупости сердца: правая на 1,5 см вправо от правого края грудины, левая на 2 см кнаружи от среднеключичной линии в V межреберье, верхняя на уровне нижнего края II ребра. При аускультации сердца: тоны сердца ясные, ритмичные, акцент II тона над аортой, пульс — 68 уд/мин, удовлетворительного наполнения, напряжен, АД — 200/110 мм рт. ст.

Живот обычной формы. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь расположен за лонным сочленением, не пальпируется, болезненность в области верхней и нижней мочеточниковой точках не определяется.

Клинический анализ крови: НЬ — 102 г/л, эритроциты — 4,2 х 1012/л, лейкоциты — 5,8 х 109/л, палочкоядерные — 4%, сегментоядерные — 56%, эозинофилы— 0%, лимфоциты — 33%, моноциты — 7%, СОЭ — 16 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность — 1,016, белок — 4,3 г/л, лейкоциты — 4—5 в поле зрения, эритроциты — 8—10 в поле зрения. Суточная протеинурия — 5,2 г. €

Проба Зимницкого: дневной диурез — 1060 мл, ночной — 1400 мл, колебания относительной плотности мочи — от 1006 до 1018.

Проба Реберга: клубочковая фильтрация — 60 мл/мин, канальцевая реабсорбция — 98%.

Биохимический анализ крови: креатинин — 138 мкмоль/л.

**Вопросы к задаче**

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.

2. Какие дополнительные исследования необходимо провести больному?

3. Укажите причины возникновения гипертензии у данного больного.

4. Какую медикаментозную терапию проводят при данном заболевании?

**Задача №41**

Больной Т.,35 лет врач-дерматолог. При профилактическом осмотре был обнаружен лейкоцитоз, 12 х /л, в лейкоцитарной формуле – 2% миелоцитов. Ни сам больной, ни его коллеги не придали значения обнаруженной патологии, поскольку других признаков не было. В течение полугода не производился повторный анализ крови, т.к. отсутствовали субъективные ощущения болезни. Однако в течение последнего месяца пациент отметил нарастание общей слабости, снижение работоспособности. При осмотре – состояние средней тяжести. Температура тела – 37,3 С. Лимфатические узлы при осмотре не увеличены. ЧД – 20 в мин. При аускультации тоны сердца глухие. ЧСС – 100 уд/мин. Ритм правильный. Шумов нет. Печень пальпируется у края правой реберной дуги, край печени мягкий, острый, ровный, гладкий, безболезненный. При пальпации отмечается увеличение селезенки, выступавшей на 2 см из-под края реберной дуги, плотная, безболезненная.

Анализ крови: Hb - 110 г/л, эритроциты – 2,8 х , тромбоциты – 98 x /л, лейкоциты – 50 х /л, в лейкоцитарной формуле: промиелоциты – 2%, миелоциты – 4%, метамиелоциты – 12%, палочкоядерные нейтрофилы – 10%, сегментоядерные нейтрофилы – 52%, эозинофилы – 5%, базофилы – 2%, лимфоциты – 12%, моноциты – 1%, СОЭ – 48 мм/ч. Выявлено снижение активности щелочной фосфотазы нейтрофилов менее 25 ЕД.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз.

2. На основание каких диагностических критериев поставлен данный диагноз?

3. Какие клинические синдромы имеются у данного пациента?

4. Назначьте лечение.

**Задача №42**

Больная Г., 58 лет, химиу-лаборант, поступила в клинику с жалобами на потливость, отсутствие аппетита, похудание, боли в правом и левом подреберьях. Из анамнеза известно: заболела около двух месяцев назад, когда появились и прогрессировали указанные жалобы. До этого считала себя здоровой, к врачам не обращалась. В возрасте 23 лет – аппендэктомия. Имеет двух здоровых детей 30 и 26 лет, беременности протекали без особенностей. Родители больной 78 и 82 лет живы, практически здоровы, больная с 30-летнего возраста работает лаборантом технологического института, имеет контакт с органическими растворителями.

При осмотре – состояние средней тяжести. Температура тела – 37,0 С. ЧД – 22 уд./мин. При аускультации над легкими определяется жесткое дыхание, сухие рассеянные хрипы различного тембра. Границы относительной тупости сердца: правая – правый край грудины в IV межреберье; левая – по левой среднеключичной линии в V межреберье; верхняя – на уровне III ребра. При аускультации тоны сердца глухие. ЧСС – 90 уд/мин. Ритм правильный. Шумов нет. Размеры печеночной тупости по Курлову: по правой среднеключичной линии – 12 x 11 x 9 см. Печень пальпируется на 3 см под краем реберной дуги, край печени эластичный, ровный, гладкий, безболезненный. При пальпации отмечается увеличение селезенки, выступающей на 2 см из-под края реберной дуги, плотная, слегка болезненная.

Анализ крови: Hb - 108 г/л, эритроциты – 1,8 х , тромбоциты – 100 x /л, цветной показатель – 0,9, лейкоциты – 98 х /л, в лейкоцитарной формуле: промиелоциты – 6%, миелоциты – 20%, метамиелоциты – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 20%, сегментоядерные нейтрофилы – 45%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 10%, моноциты – 0%, СОЭ – 55 мм/ч.

В общем анализе мочи: удельный вес – 1020, следовая протеинурия, лейкоцитов – 2 – 4 в поле зрения, много уратов.

В биохимическом анализе крови обращает внимание гиперурикимия до 500 ммоль/л.

При рентгенографии грудной клетки: Легочные поля прозрачны с признаками умеренного диффузного пневмосклероза. Очаговых теней нет. Диафрагма подвижна, синусы свободны. Тень сердца не расширена.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимы больному?
3. Каковы ожидаемые результаты обследования?
4. Назначьте лечение.

**Задача №43:**

Больной Б., 64 лет,от был доставлен в клинику с диагнозом анемии. Больной предъявлял жалобы на слабость, головокружение, одышку при физической нагрузке (ходьбе до 100м), сердцебиение, потливость, зуд, субфебрильную температуру. В течение 3 лет страдает хроническим лимфолейкозом. Ухудшение состояния в течение полугода, когда впервые появились и стали нарастать вышеописанные жалобы. В течение 2 месяцев отмечает субфебрильную температуру. Поводом для госпитализации явилась нарастающая слабость и головокружение, из-за которых больной упал на улице6 сознание не терял. Была вызвана бригада скорой помощи, и в связи со значительной бледностью кожных покровов был поставлен предварительный диагноз – анемия. Другие перенесенные заболевания отрицает. Вредных привычек нет. Семейный анамнез не отягощен.

При осмотре – состояние тяжелое. Температура тела – 37,3 С. При осмотре лимфатические узлы не увеличены. ЧД – 22уд/мин. При аускультации тоны сердца приглушены. ЧСС – 100 уд/мин. Печень пальпируется на 3 см ниже края правой реберной дуги, плотная, край острый, ровный, гладкий, безболезненный. Селезенка выступает из-под реберного края на 5 см, плотная, безболезненная.

Анализ крови: Hb - 75 г/л, эритроциты – 2,3 х , тромбоциты – 130 x /л, цветной показатель – 1,0, лейкоциты – 78 х /л, палочкоядерные нейтрофилы – 0%, сегментоядерные нейтрофилы – 18%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 80%, моноциты – 0%, СОЭ – 55 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 7,2, мочевичина – 5,0, креатинин – 58, холестирин – 5,3, билирубин – 11, АСТ – 40, АЛТ – 35, КФК – 52, глюкоза – 6,7, К+ - 4,0, Na+ - 129.

**Вопросы:**

1. Поставьте диагноз.
2. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Какие клинические синдромы имеются у пациента?
4. Назначьте лечение.

**Задача №44**

Больная М., 63 лет, пенсионерка, поступила в клинику с жалобами на нарастание общей слабости, утомляемость, одышку при небольшой нагрузке, появление потливости. В течение последних двух месяцев периодически на несколько дней появлялось желтушное окрашивание склер, слизистых оболочек и кожи, выделение интенсивно окрашенной мочи. Мать больной умерла в возрасте 50 лет от рака желудка, отец в возрасте 72 лет – от рака легких. Больная работала няней в детском саду.

При пальпации определяются подчелюстные, подмышечные, передние шейные, паховые лимфатические узлы, размером 2 – 4 см, подвижные, безболезненные, не спаянные с окружающими тканями, плотновато – эластичной консистенции. Размеры печеночной тупости по Курлову: по правой среднеключичной линии – 14 х 12 х 10 см. Печень пальпируется на 3 см под краем реберной дуги, край печени эластичный, ровный, гладкий, безболезненный.

Анализ крови: Hb - 98 г/л, эритроциты – 2,9 х , , цветной показатель – 0,95, лейкоциты – 156 х /л, в лейкоцитарной формуле: палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 26%, лимфоциты – 64%, моноциты – 8%, СОЭ – 58 мм/ч.

В общем анализе мочи: удельный вес – 1020, следовая протеинурия, лейкоцитов – 2 – 4 в поле зрения, много уратов.

В биохимическом анализе крови обращает внимание гипербилирубинемия – 46 мкмоль/л, прямой – 18 мкмоль/л, АСТ, АЛТ – в пределах нормы

При рентгенографии грудной клетки: Легочные поля прозрачны с признаками умеренного диффузного пневмосклероза. Очаговых теней нет. Диафрагма подвижна, синусы свободны. Тень сердца не расширена.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимы больной?
3. Назначьте лечение.

**Задача №45**

К врачу обратилась женщина, 43 лет, с жалобами на продолжительные ноющие боли слева от пупка, иррадирующие в спину, под левую лопатку, которые возникают после употребления жирных блюд. Отмечает снижение аппетита, тошноту, чувство тяжести после еды в эпигастральной области. Эти симптомы беспокоят в течение 4-х месяцев. Много лет страдает хроническим холециститом.

Объективно: температура 37,20С. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая, сухая, с желтушным оттенком. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Легкие и сердце без патологии. Язык обложен беловатым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный в верхней половине и в левом подреберье.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.  
2. Назовите необходимые дополнительные исследования  
3. Перечислите возможные осложнения  
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения

**Задача №46**

Больная Г., 46 лет, поступила в отделение с жалобами на сильные опоясывающие боли в верхней части живота, неоднократную рвоту, фибрильную температуру тела, сухость во рту. Указанные жалобы возникли через 2 часа после употребления большого количества (около 500 граммов) клубники со сливками.

Из анамнеза известно, что на протяжении последних 4-5 лет после погрешностей в диете временами беспокоили ноющие боли в эпигастральной области, иррадиирующие в спину, снимающиеся приемом но-шпы и при соблюдении строгой голодной диеты в течение 1-2 дней. Лечилась самостоятельно. Последние 2 года принимает пероральные сахаропонижающие препараты по поводу сахарного диабета.

При осмотре в приемном отделении состояние больной тяжелое. Телосложение правильное, незначительно повышенного питания. Рост - 167 см, вес - 81 кг, ИМТ - 29 кг/м2. Абдоминальный тип ожирения. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, умеренно сухие. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система без видимой патологии. Голени пастозны. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная, пальпация безболезненны. При сравнительной перкуссии легких определяется легочной звук. Аускультативно дыхание жесткое, проводится во все отделы. Перкуторно границы легких в пределах нормы с обеих сторон. Верхушечный толчок пальпируется в V межреберье на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии, умеренной силы. Границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины, верхняя - III межреберье полевой парастернальной линии, левая на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС=ps=92 уд/мин, АД - 163/84 мм рт ст. Живот вздут, дефанс в эпигастрии, положительные симптомы Кера, Кача и Мейо-Робсона, болезненность в зоне Шоффара. В экспресс-лаборатории: лейкоцитоз крови - 12000, гемоглобин - 127 г/л, амилаза - 310 ЕД.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз

2. Неотложные медицинские мероприятия.

**Задача №47**

Больная В., 45 лет, работает в ресторане официанткой, поступила в отделение с жалобами на периодические ноющие боли в эпигастральной области, иррадиирующие в спину, возникающие чаще после приема жирной пищи и алкоголя, тошноту, отрыжку воздухом, неустойчивый стул, вздутие живота. Подобные явления постепенно нарастают в течение последних 2 лет. В течение последних 10 дней начала соблюдать диету с ограничением жирных, жареных, острых блюд, пила много минеральной воды до 1,5-2 литров в сутки, принимала но-шпу - 3-4 таблетки в сутки, отметила некоторое улучшение самочувствия. Тем не менее после еды тяжесть в животе, отрыжка воздухом, вздутие и урчание живота сохранялись.

Последнее ухудшение самочувствия возникло ночью после приема алкоголя, обильной еды деликатесов, в т.ч. копченостей, торта.

вредные привычки отрицает.

Наследственность: у мамы сахарный диабет 2-го типа, отец умер от инфаркта миокарда.

Аллергоанамнез не отягощен. При осмотре больная пониженного питания. Рост - 169 см, вес - 50,0 кг. ИМТ - 17 кг/м2. Кожные покровы иктеричны, со следами расчесов. телеангиоэктазий, пальмарной эритемы нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система без видимой патологии. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная, пальпация ее безболезненна. При сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочной звук. Перкуторно границы легких в пределах нормы с обеих сторон. Область сердца и крупных сосудов не изменена. Верхушечный толчок пальпируется в V межреберье на 2 см кнутри от левой среднеключичной линии, умеренной силы. Границы относительной тупости сердца: правая - по правому краю грудины, верхняя на уровне нижнего края III ребра, левая на 2 см кнутри от среднеключичной линии в V межреберье. Тоны сердца ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС=ps=88 уд/мин, АД - 105/65 мм рт ст. Язык влажный, обложен желтоватым налетом. при пальпации живот несколько вздут, болезненный при пальпации в правом подреберье. Слабо положительный симптом Керте, Кача и Мейо-Робсона, болезненность в зоне Шоффара. Симптомов раздражения брюшины нет. При глубокой пальпации живота отделы толстой кишки нормальных размеров, безболезненные. Размеры печени по Курлову - 14х12х15 см, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, умеренно плотная, чувствительная при пальпации, селезенка не пальпируется.

В клиническом анализе крови: лейкоциты - 11х109, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы - 68%, эозинофилы - 2%, лимфоциты - 20%, моноциты - 2%, СОЭ - 25 мм/ч.

В биохимии крови: билирубин - 6- ммоль/л за счет прямой фракции пигмента, холестерин - 9 ммоль/л, щелочная фосфотаза - 6 ЕД (норма 2,9 ЕД), тимоловая проба - 5,5,амилаза - 600 ЕД, глюкоза крови натощак - 7,4 ммоль/л, АСТ - 0,8, АЛТ - 0,92. В кале резко снижено содержание стеркобилина.

При УЗИ поджелудочной железы на фоне усиления эхогенности pancreas отмечается увеличение размеров ее головки до 4 см с ровными контурами. Визуализация органов затруднена из-за вздутия кишечника.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз

2.Определите тактику лечения.

**Задача №48**

К врачу обратилась женщина, 27 лет, с жалобами на тупые, распирающие боли вокруг пупка, возникающие через 3-4 часа после еды, вздутие живота, сильное урчание в животе, обильный жидкий стул 2-3 раза в день, слабость, быструю утомляемость, похудание. Отмечается непереносимость молока. Эти симптомы беспокоят в течение 2-х лет, ухудшение состояния провоцируется приемом острой пищи.

Объективно: температура 36,90С. Состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые оболочки чистые, бледные, сухие. В углах рта определяются «заеды». Подкожно-жировой слой развит недостаточно. Со стороны легких и сердца патологии нет. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный в околопупочной области.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах

лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

**Задача №49**

К врачу обратился мужчина 42 лет с жалобами на боли внизу живота и в левой половине, чередование поносов (стул в небольшом количестве, жидкий) и запоров, болезненные позывы к дефекации, вздутие живота. Беспокоит слабость, повышенная утомляемость. Болен в течение нескольких лет.

Объективно: температура тела 37,10С. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Со стороны легких и сердца изменений нет. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный по ходу толстого кишечника.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

**Задача №50**

Больная Л., 36 лет, поступила в гастроэнтерологическое отд. с жалобами на: частый (до 12 раз в сутки) жидкий стул с примесью слизи, гноя и крови, повышение температуры тела до 39°С, снижение аппетита, похудание. Заболела 4 нед назад, когда стала отмечать примесь крови в кале, стул был 5-8 раз в сутки. Лечилась дома, принимала левомицетин, фталазол. В связи с отсутствием эффекта обратилась к участковому врачу, который направил ее в инфекционное отделение с диагнозом дизентерия, где диагноз дизентерии был снят и больная переведена в гастроэнтерологическое отделение. Объективно: общее состояние средней тяжести, бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек, патологии со стороны органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, мочевыделения не выявлено. Язык сухой обложен коричневым налетом, живот вздут, при пальпации отмечается болезненность в левой половине живота в проекции нисходящей и сигмовидной кишок, а также болезненность в зоне Поргеса. Печень и селезенка не пальпируются. Анализ крови: Нв - 110 г/л, эритроциты - 3,5 х10 в 12/л, ЦП - 0,9 , лейкоциты 9,6х109/л, лейкоцитарная формула не изменена, тромбоциты - 260х109/л, СОЭ 32 мм/час. Время свертывания крови 4 мин. по Сухареву, ретракция кровяного сгустка 2 часа, длительность кровотечения 2 мин. по Дьюку. Копрологическое исследование: кал в виде сгустков крови и слизи. Ректороманоскопия: слизистая оболочка прямой и сигмовидной кишок отечная, рыхлая, отмечается контактная кровоточивость, на всем протяжении видны эрозии и язвенные дефекты, покрытые фибрином. В просвете слизь, гной, сгустки крови.  
**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Составьте план обследования.

3. Назначьте лечение.

**Задача №51**

Пациент С, 24 лет, поступил в клинику с жалобами на ноющие, голодные болив эпигастральной области, которые снимаются приемом пищи и возникают вновь через 1,5—2 ч, тошноту и рвоту желудочным содержимым, возникающую за высоте болей и приносящую облегчение, снижение аппетита, запоры. Впервые подобные жалобы возникли год назад, но боли быстро купировались приемом альмагеля в течение 2 недель. Из анамнеза известно, что ранее в течение многих лет наблюдался в поликлинике с диагнозом хронический гастрит. Профессиональный анамнез: по работе имеет частые командировки, питание нерегулярное. Вредные привычки: часто употребляет алкоголь. Семейный анамнез: у отца и дяди - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

Больной пониженного питания, астенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, кожа сухая. Язык обложен белым налетом, на краях языка отмечаются отпечатки зубов. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в пилородуоденальной зоне. Симптом Менделя положительный. При глубокой методической пальпации по Образцову-Стражеско-Василенко сигмовидная, восходящая, поперечная, нисходящая и слепая части ободочной кишки нормальных размеров, безболез­ненные. Нижний край печени не пальпируется. Размеры печени по Курлову - 9x8x7 см. Селезенка не увеличена. Стул оформленный, регулярный, обычного цвета. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь расположен за лонным сочлене­нием, не пальпируется, болезненность в области верхней и нижней мочеточнико-вой точках не определяется.

**Общий анализ крови:** НЬ — 130 г/л, лейкоциты — 6,4х109/л, палочкоядерные - 1%, сегментоядерные - 60%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 30%, моноциты - 8%, СОЭ - 10 мм/ч.

**Общий анализ мочи:** относительная плотность - 1020, белок, эритроциты и

цилиндры отсутствуют, лейкоциты - 1-2 в поле зрения.

**Биохимический анализ крови:** общий белок - 7,5 ммоль/л, холестерин - 4,2

ммоль/л, мочевина - 6,7 ммоль/л, креатинин - 86 ммоль/л, АЛТ- 16, ACT - 21,

ЛДГ - 380, общий билирубин - 12 ммоль/л.

Больному выполнена эзофагогастродуоденоскопия. Выявлен язвенный дефект слизистой 12-п кишки.

**Вопросы к задаче**

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Перечислите все возможные осложнения данного заболевания.
3. Назначьте лечение.

**Задача №52.**

В клинику доставлен пациент 58 лет с жалобами на резкую слабость, голово­кружение, шум в ушах. Накануне вечером на фоне дискомфорта в животе

был двухкратный, неоформленный, темный стул. Из анамнеза известно, что 3 месяца назад был госпитализирован в отделение травматологии после автомобильной катастрофы, где был диагностирован перелом лучевой кости. В течение последнего месяца практически ежедневно принимает ортофен по 1-2 таблетке в день из-за болей в области перелома. Самочувствие ухудшилось накануне вечером, когда появилась слабость, темный стул.

Профессиональный анамнез: работает инженером на судостроительном заводе. Вредные привычки: курит 30 лет по 1 пачке сигарет в день. Алкоголь не употребляет. Больной гиперстенического телосложения, повышенного питания, индекс массы тела - 29. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, холодный пот. Грудная клетка эмфизематозная, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание ослаблено над всеми отделами легких. Частота дыхания - 19 в мин.

При сравнительной перкуссии звук коробочный. При аускультации легких

дыхание жесткое, хрипов нет. При аускультации сердца тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс — 110 уд/мин. АД — 85/40 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. При глубокой методической пальпации по Образцову-Стражеско-Василенко сигмовидная, слепая кишка, восходящая, поперечная и нисходящая части ободочной кишки нормальных размеров, безболезненные. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 10x9x8 см. Селезенка не увеличена. При проведении ректального исследования выявлены темные дегтеобразные каловые массы.

**Общий анализ крови:** НЬ - 62 г/л, гематокрит - 14, лейкоциты - 6,1х109/л,

палочкоядерные - 1%, сегментоядерные - 59%, эозинофилы - 2%, лимфоциты - 29%, моноциты - 9%, СОЭ- 20 мм/ч.

**Общий анализ мочи:** относительная плотность - 1019, белок, эритроциты

и цилиндры отсутствуют, лейкоциты - 1-2 в поле зрения.

**ЭГДС:** из-за большого количества темной крови в просвете желудка

опреде­лить источник кровотечения не удалось, установлено только, что кровь поступает в желудок из двенадцатиперстной кишки.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Определите тактику в отношении больного.

**Задача №53**

К врачу обратилась женщина 21 года с жалобами на появление боли в эпигастральной области после еды, отрыжку кислым, изжогу. Режим питания не соблюдает. Боли беспокоят 2 года. Объективно: температура 36,6 С. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Язык обложен беловатым налетом. Живот при пальпации мягкий, отмечается слабая болезненность в эпигастральной области. Со стороны других органов патологии нет.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.  
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.  
3. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

**Задача №54**

Больной И., 30 лет, обратился к врачу с жалобами на чувство полноты и боли в эпигастральной области, возникающие вскоре после еды, частую отрыжку тухлым, отмечает похудание. Считает себя больным в течение 5 лет. Последние 2 дня ухудшение самочувствия связывает с погрешностью в диете (выпивал). Вредные привычки: курит, употребляет алкоголь. Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожа бледная, подкожно-жировой слой выражен недостаточно. Со стороны сердечно-сосудистой системы и легких патологии нет. Язык обложен белым налетом. Живот вздут, при пальпации нерезкая болезненность в эпигастральной области. Печень и селезенка не пальпируются.

**Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

**Задача №55**

К врачу обратился пациент 47 лет с жалобами на постоянные умеренные боли в эпигастральной области, усиливающиеся сразу после приема пищи, снижение аппетита, отрыжку тухлым, тошноту после еды, периодически возникающую рвоту с остатками непереваренной пищи, приносящую облегчение.  
Объективно: пациент пониженного питания, язык обложен беловатым налетом. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Стул 2-3 раза в сутки, неоформленный.

##### Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. Выделите основной клинический синдром.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.
3. Расскажите о возможных осложнениях при данной патологии.

**Задача №56**

Больной Л., 20 лет , занимался подледной рыбной ловлей. После переохлаждения температура тела повысилась до 39,5 С, появился сухой кашель. Вызванный участковый терапевт , помимо обилия сухих хрипов в легких, выслушал мелкопузырчатые звучные влажные хрипы слева под углом лопатки. Больному назначены бисептол, отхаркивающие, отвлекающие средства. После приема бисептола появился отек губ и лица. Повторно вызванный участковый терапевт продолжал настаивать на продолжении приема бисептола. Коррекция лечения проведена не была.

1. Каков предположительный диагноз?
2. Какие методы обследования необходимо назначить?
3. Определите последующую тактику.

**Задача№57**

Больной, 16 лет, поступил по поводу болей в левом коленном суставе, лихорадку до 39 С, общую слабость, потливость, 3 недели назад перенес ангину. Неделю назад были боли в локтевых суставах.

Обьективно: левый коленный сустав увеличен в обьеме, гиперемирован, горячий на ощупь, болезненный при пальпации и движениях. Другие суставы и внутренние органы без особенностей. Миндалины не изменены.

Анализ крови: Нв 140 г/л, L- 16.5х 109/л, нейтрофилы 78%, СОЭ- 60 мм/ч

1. Дайте характеристику заболевания сустава.
2. Вероятный диагноз.
3. Роль перенесенной ангины.
4. Какие изменения могут быть на ЭКГ?
5. Какое лечение назначите?

**Задача№58**

Болной , 49 лет, доставлен машиной “скорой помощи” в приемное отделение с жалобами на общую слабость, чувство нехватки воздуха, сердцебиение. Выяснилось, что в течение последних 2-х месяцев беспокоили боли за грудиной, по поводу которых был назначен сустак. Во время болей принимал нитроглицерин, который через 1-2 минуты снимал эти боли. Ухудшение состояния наступило во второй половине дня: появились выраженная одышка, больной не мог лежать в горизонтальном положении,резкая слабость, в связи с чем доставлен в отделение.

Обьективно: общее состояние тыяжелое. Больной ртом ловит воздух. Возбужден, беспокоен. Кожные покровы серо-бледные , холодные, покрыты крупными капельками пота. Сердечные тоны приглушены, тахикардия до 112 ударов в минуту. Пульс частый, слабого наполнения и напряжения. АД- 50/30 мм.рт.ст. В легких с обеих сторон симметрично выслушиваются влажные разнокалиберные хрипы, ЧДД- 34 в мин.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назовите основные клинические синдромы.
3. Определите тактику ведения больного и основные неотложные лечебные мероприятия.

**Задача №59**

Больной Б., 44 года, доставлен в клинику машиной скорой помощи с жалобами на сильные давчящие боли за грудиной, иррадирующие в левую руку, перебои сердца, резкую общую слабость. Болеет около 12 часов, когда впервые появились давящие боли за грудиной.Через 10 минут боли самостоятельно прошли. В последующем боли несколько раз возобновлялись и самостоятельно проходили. Последний приступ продолжался более 2 часов. После инъекции баралгина , сделанной врачом скорой помощи , боли несколько уменьшились, но полностью не прошли, в связи с чем доставлен в клинику.

Обьективно: состояние тяжелое, бледность кожных покровов, холодный липкий пот. Тоны сердца глухие, аритмичные. Пульс 106 ударов в минуту. АД 90/60 мм.рт.ст. В легких в нижних отделах единичные влажные хрипы.

ЭКГ: очаговые изменения задней стенки миокарда левого желудочка по типу некроза и повреждения , частая, временами по типу бигемении, желудочковая экстрасистолия.

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте лечение.

**Задача№60**

Больной 3., 46 лет, доставлен в приемное отделение машиной скорой помощи в тяжелом состоянии. Заторможен, кожные покровы бледные, акроцианоз, холодный пот. Положение вынужденное, сидячее, с упором рук на спинку стула. Дыхание свистящее, резко удлинен и затруднен выдох. Аускультативно: в легких дыхательные шумы на ограниченных участках не выслушиваются. Тоны сердца глухие, пульс слабого наполнения, 120 уд. в мин. АД- 100/60 мм.рт.ст. Удалось выяснить, что в течение нескольких лет принимал преднизолон, прием которого прекратил за 3-4 дня до поступления в стационар. В течение 2 последних суток неоднократно вызывал скорую помощь , но эффекта от проводимых мероприятий не было.

1. Ваш диагноз.
2. Причина развития настоящего состояния.
3. Какие лечебные мероприятия вы предложите?

**Задача№61**

Больной, 52 года, доставлен в БИТ в бессознательном состоянии. Со слов родственников около 2 часов до поступления у больного возник приступ резких загрудинных болей., без эффекта от приема нитроглицерина.

Обьективно состояние тяжелое. Кожные покровы бледные. Пульс – 100 уд. в мин. АД – 60/30 мм.рт.с**т.** Живот мягкий , безболезненный.

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Какие исследования необходимы?
3. Что ожидается наЭКГ?
4. Какое лечение показано?

**Задача№62**

Больной С., 58 лет, около 10 лет страдает гипертонической болезнью , цифры АД постоянно высокие , до 210/120 мм.рт.ст. Ночью проснулся с чувством нехватки воздуха, сел в постели, попросил открыть окно, состояние ухудшилось,удушьенарастало,дыхание стало клокочущим, появился кашель с пенистой , кровянистой мокротой. При измерении АД- 280/150 мм.рт.ст. В легких масса влажных хрипов , пульс частый, напряжен, тоны сердца возбуждены, ритмичны.

1. Поставьте диагноз.
2. Окажите больному неотложную помощь.

**Задача№63**

Больной П., 18 лет, слесарь, жалуется на головную боль в теменной и затылочной областях, тупую боль в поясничной области, появляющуюся при поворотах туловища и наклонах. Кроме того, заметил,что стал реже мочиться, при каждом мочеиспускании выделяется мало мочи.

После переохлаждения 3 нед. назад стало болеть горло. По совету врача начал принимать сульфадиметоксин, полоскать горло раствором фурациллина . Самочувствие вскоре улучшилось ,приступил к работе. Ухудшение наступило вчера днем: появилась тяжесть в теменной и затылочной области головы, недомогание. Обратился в поликлинику. Были сделаны анализы крови и мочи. На следующий день , поскольку самочувствие не улучшилось, направлен в стационар для обследования и лечения.

При осмотре : ритмичный, удовлетворительного наполнения , пульс, 70 уд. в мин, напряжен. АД 160/105 мм.рт.ст. 1 тон над верхушкой ослабленной звучности, 2 тон усилен над аортой. Других изменений со стороны внутренних органов не выявлено.

Анализ крови: эр.-4,3х1012 /л, Нв-140 г/л, L- 7.6Х109/л, СОЭ- 22 мм/ч.

Анализ мочи : относительная плотность -1028, белок 1,65 г/л, L- 5-6 в п/зр, эр.выщ.- 10-15 в п/зр., цилиндры гиалиновые и зернистые – 5-6 в п/зр.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какие необходимы дополнительные методы исследования?
3. Ваша врачебная тактика?

**Задача№64**

У больного 45 лет ночью появились интенсивные боли за грудиной с иррадиацией в левую руку, длительностью 30 минут, купированы после повторного приема нитроглицерина.

Обьективно: состояние средней тяжести. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Пульс- 82 уд. в мин. АД -130/80 мм.рт.ст.

На ЭКГ: ритм синусовый. Подьемсегмента STв отведениях AVL,V3-5  на след.деньS-Tна изолинии.

Общий анализ крови: L-6,8х109/л, АсАТ -0,28 ммоль/л, АЛТ- 0,35 ммоль/л.

1. Какой вид ангинозного приступа можно предположить?
2. Возможен ли инфаркт миокарда?

**Задача №65**

Больная М., 38 лет, поступила в клинику с жалобами на приступообразный кашель с трудноотделяемой вязкой слизистой мокротой, приступы удушья с затрудненным выдохом, возникающие как в дневное, так и в ночное время ежедневно, одышку при незначительной физической нагрузке, заложенность носа. Сестра пациентки страдает полипозным риносинуситом, у матери больной пищевая аллергия в виде крапивницы на цитрусовые. Пациентка работает вязальщицей на текстильном предприятии, имеет постоянный контакт с шерстью. В течение последних лет отмечает частые ОРЗ – 2-3 раза в год. В анамнезе отмечены аллергические реакции на прием ампициллина – заложенность носа, слезотечение; цитрусовые и клубника – крапивница. Из анамнеза заболевания известно, что в течение многих лет беспокоит практически постоянная заложенность носа, 2 года назад диагностирован полипозный риносинусит, проведена полипэктомия носа. Год назад после перенесенного ОРЗ у больной длительно сохранялся приступообразный кашель. Состояние ухудшилось весной, в апреле впервые развился приступ удушья, купированный в/в введением эуфиллина. В последующем больная самостоятельно принимала антигистаминные препараты, эуфиллин с эффектом. Последнее ухудшение вновь после ОРЗ, резко возросла частота приступов удушья в дневное, появились ночные приступы. Для обследования и подбора терапии больная поступила в клинику.

При поступлении: состояние относительно удовлетворительное, ЧД 22 в мин.. Носовое дыхание резко затруднено. Отмечается диффузный «теплый» цианоз. При перкуссии легких – коробочный звук, при аускультации выслушивается большое количество сухих свистящих и жужжащих хрипов над всей поверхностью легких. ЧСС 96 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

При исследовании крови: гемоглобин 120 г/л; эритр. 4,5 млн., ЦП 0,79; лейк. 8,0 тыс.; сегм. 63%. лимф. 21%; эоз. 13%; мон. 3%., СОЭ 10 мм/час. Анализ мокроты общий: консистенция вязкая, характер слизистый, лейкоциты 1-5 в п/зр; эозинофилы 20-40-60 в п/зр; эритрицитов нет; спирали Куршмана – 1-3 в препарате, кристаллы Шарко-Лейдена – 5-7 в препарате; атипичные клетки, эластичные волокна, БК не найдены. Исследование ФВД: ЖЕЛ 84%; ОФВ1 55%; МОС25 66%; МОС50 42%; МОС75 38%;. После ингаляции 400 мкг сальбутамола: ОФВ1 84%; МОС25 68%; МОС50 59%; МОС75 58%. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки – очаговые и инфильтративные изменения не обнаружены, определяется уплощение купола диафрагмы, повышение воздушности легочной ткани, утолщение стенок бронхов.

1.Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

2.Назначьте лечение и обоснуйте его.

**Задача №66**

Больной К., 27 лет, по профессии маляр, поступил в клинику с жалобами на резкое затруднение дыхания, преимущественно выдоха, кашель с отделением вязкой стекловидной мокроты, чаще в ранние утренние часы. Известно, что у сестры больного – аллергический дерматит. Пациент курит по 1 пачке сигарет в день в течение 10 лет. В анамнезе отмечает аллергическую реакцию в виде отека Квинке на новокаин, пищевую аллергию – крапивница при употреблении в пищу морепродуктов. Ухудшение состояния в течение недели, когда после ОРВИ появился кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой, больной самостоятельно начал принимал ампициллин. На 2 день приема препарата ночью развился приступ удушья, купированный преднизолоном и эуфиллином внутривенно бригадой СМП. С этого времени беспокоит резкое затруднение дыхания, преимущественно выдоха, сохраняется приступообразный кашель. При поступлении: состояние средней тяжести. Дистанционные свистящие хрипы. Грудная клетка бочкообразной формы. ЧД 24 в мин. Перкуторный звук над легочными полями коробочный. В легких дыхание резко ослаблено, выслушивается большое количество сухих свистящих хрипов над всей поверхностью легких. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 100 в мин, АД 120/80 мм рт.ст., Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

При исследовании крови: Hb 120 г/л; эритроциты 4,3 млн; ЦП – 0,9; лейк. 4,5 млн; п/я 3%; с/я 64%; эоз. 13%; лимф 20%; мон. 2%; СОЭ 10 мм /час. Ан. мокроты общий: характер слизистый, консистенция вязкая, лейк. 5-10 в п/зр., эозинофилы 50-60 в препарате. Спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена – единичные в препарате. Эластичные волокна, атипичные клетки, БК не найдены. При рентгенологическом исследовании легких – свежие очаговые и инфильтративные изменения не обнаружены. Отмечается уплощение купола диафрагмы, повышение воздушности легочной ткани. ФВД: ЖЕЛ – 87%; ОФВ1 – 53%; МОС25 – 68%; МОС50 – 54%; МОС75 – 24%; ОФВ1/ФЖЕЛ – 82%.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Назначьте лечение и обоснуйте его.

**Задача №67**

Больной Д., 46 лет, сварщик, поступил в клинику с жалобами на приступы удушья до 3-4 раз в сутки в дневное и ночное время, кашель с отделением слизисто-гнойной мокроты, одышку при умеренной физической нагрузке, заложенность носа, обильное отделяемое из носа. Из анамнеза известно, что с детства беспокоит заложенность носа, усиливающаяся в весенний период. К врачам не обращался, самостоятельно использовал сосудосуживающие капли с эффектом. В течение 20 лет курит по 1 пачке сигарет в день. Последние 5 лет часто болеет ОРЗ (3-4 раза в год). Ухудшение состояния в течение 2-х месяцев, когда после контакта с масляной краской впервые возник приступ затрудненного дыхания, прошедший самостоятельно. К врачам не обращался. 2 недели назад заболел ОРЗ, появился кашель, вновь стало беспокоить затрудненное дыхание. Лечился самостоятельно без эффекта. Последнюю недели появились приступы удушья как в дневное, так и ночное время, которые больной купирует ингаляциями сальбутамола. Для обследования и лечения поступил в клинике

При поступлении: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы бледные, влажные. ЧД 18 в мин. Грудная клетка бочкообразной формы, перкуторный звук над легочными полями коробочный. В легких при аускультации над всей поверхностью выслушиваются сухие свистящие и жужжащие хрипы в большом количестве. Тоны сердца ритмичные ЧСС 86 в мин, ритм правильный, шумов нет. АД 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

При исследовании крови: гемоглобин 130 г/л; эритр. 4,5 млн.; лейк. 4,5 тыс; сегм. 63%, эоз. 12%, лимфоциты 21%; мон. 4%, СОЭ 12 мм/час. В общем анализе мокроты: консистенция вязкая, характер слизисто-гнойный, лейкоциты – 20-40 в п/зр, эритроцитов нет, эозинофилы 40-60 в п/зр.; спирали Куршмана – 1-3 в препарате; кристаллы Шарко-Лейдена – 3-5 в препарате, эластические волокна, атипичные клетки, БК не найдены. При рентгенологическом исследовании легких: повышение воздушности легочной ткани, уплотнение стенок бронхов. Исследование ФВД: ЖЕЛ 90%; ОФВ1 68%; МОС25 82%; МОС50 64%; МОС75 46%. После ингаляции 40 мкг аьровента: ОФВ1 92%; МОС25 86%; МОС50 78%; МОС75 68%.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Назначьте лечение и обоснуйте его.

**Задача № 68**

Больной П.,35 лет жалуется на боль при дыхании в левой половине грудной клетки, на кашель с небольшим количеством ржавой мокроты, выраженную слабость ,озноб, повысилась температура тела до 39,5, снижение аппетита . .Принимал парацетамол. Вызывал бригаду скорой помощи, врачом которой произведена иньекция препаратов, каких больной назвать не может, после чего самочувствие несколько улучшилось, боль исчезла. Утром боль возобновилась, температура тела повысилась до 400С.

При осмотре: состояние средней тяжести,температура тела 390С, кожные покровы бледные ,чистые,влажные,цианоз губ. Форма грудной клетки нормостеническая, больной при дыхании щадит левую половину грудной клетки. Одышка в покое до 24 в минуту, грудная клетка при пальпации эластична,голосовое дрожание слева в нижних отделах грудной клетки усилено. При сравнительной перкуссии слева ниже угла лопатки тупой звук, в остальных участках легкого звук ясный, легочный. При топографической перкуссии границы легких в норме. При аускультации легких слева над участком перкуторной тупости ,дыхание резко ослаблено, выслушивается звонкая крепитация,справа дыхание везикулярное.

Область сердца и крупых сосудов не изменена. Границы относительной тупости сердца в норме. ЧСС 91 уд. в минуту. АД -110/70 мм. рт. ст..

Из лабораторных данных: Общий анализ крови- Гемоглобин -140 г/л, лейкоциты 13,8 \*1012 /л, палочкоядерные нейтрофилы- 8%, сегментоядерные нейтрофилы-68 %, эозинофилы- 2%, лимфоциты- 20%, моноциты- 2%, СОЭ- 38 мм.в час.

Анализ мокроты- слизисто-гнойная, вязкая, лейкоциты 20-30 в п.зр.,эритроциты-40-50 в п.зр.,альвеолярные макрофаги и эителиальные клетки единичные в п. зр.

Рентгенография органов грудной полости : Заключение: Усиление легочного рисунка, расширение корня легкого слева. Гомогенное затемнение в нижней доле левого легкого.

Вопросы:

1.Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

2.Назначьте лечение и обоснуйте его.

**Задача №69**

Больной К., 56лет, каменщик, поступил в клинику с жалобами на кашель и обильное выделение гнойной мокроты по утрам, одышку, учащенное сердцебиение, субфебрильную температуру. Страдает заболеванием легких с 23 лет после перенесенной двусторонней пневмонии. С тех пор ежегодно отмечаются затяжные обострения болезни в холодное время года, по поводу которых неоднократно лечился в стационарах. Последние полгода состояние осложнилось появлением отеков нижних конечностей, головной боли, повышен6ием АД.

При осмотре состояние средней степени тяжести, в положении сидя поза вынужденная, с фиксированным плечевым поясом и опорой на руки. В дыхании участвует вспомогательная дыхательная мускулатура. Обращают на себя внимание одутловатость лица, серо-землистый цвет кожи, акроцианоз. Выраженные отеки голеней и стоп. Пальцы имеют форму барабанных палочек, ногти – в виде часовых стекол. Грудная клетка бочкообразной формы, нижнелатеральные ее отделы симметрично отстают при дыхании. Перкуторно определяется коробочный звук, в нижних отделах – тимпанический. При аускультации – дыхание с удлиненным выдохом, множество рассеянных сухих хрипов, нестойких мелкопузырчатых влажных хрипов. В нижнелатеральных отделах с двух сторон выслушиваются стойкие звонкие средне- и крупнопузырчатые влажные хрипы. Ритм сердечных сокращений правильный, частота их – 100 в минуту. I тон над верхушкой сердца ослаблен, акцент II тона над легочным стволом. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются, симптомы Пастернацкого отрицательные с обеих сторон. Анализ крови: Hb 100г/л, эр. 3., лейк. 7,8 (п.3,5%, с.46%, э. 2,5%, лимф. 34%, мон. 14%). СОЭ 54мм/ч. Анализ мочи: количество 150мл, отн. Плотность 1,008, реакция кислая, белок 24г/л, лейкоциты до 20, эритроциты 0-2-5, цилиндры гиалиновые – единичные в препарате, восковидные 6-10, зернистые 2-5 в поле зрения. Биохимический анализ крови: общий белок 30г/л (норма 60-80г/л), остаточный азот 120,12 ммоль/л (норма 14.28-28,56 ммоль/л), холестерин 7,8 ммоль/л,(норма 3,9-5.2 ммоль/л), креатинин 10,6 мкмоль/л (норма 0,88 – 1,76 мкмоль/л), клубочковая фильтрация 26 мл/мин (норма 65-125 мл/мин). Рентгенография органов грудной клетки: легочные поля повышенной прозрачности, рисунок деформирован, в области нижних сегментов легких с обеих сторон имеет ячеистое строение. Свежих очаговых и инфильтративных изменений не выявлено. ЭКГ признаки гипертрофии правого предсердия и правого желудочка, синусовая тахикардия.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какие исследования позволяют поставить диагноз с большей достоверностью?
3. Какие осложнения заболевания развились у больного?
4. Лечение основного заболевания.

**Ситуационные задачи по проф.болезням:**

**Интоксикации ароматическими углеводородами**

**ЗАДАЧА №70.**

Больной А., 42 года, в течение 17 лет производил полировку футляров телевизоров на войлочном круге с применением раствора, содержащего 35% бензола. Заболевание развивалось постепенно. Больной стал отмечать слабость, головные боли, быструю утомляемость, в дальнейшем появилась кровоточивость десен, носовые кровотечения. При обследовании в стационаре было обращено внимание на отсутствие увеличенных лимфатических узлов, печень пальпировалась у края реберной дуги, селезенка не пальпировалась. Отмечались тремор пальцев вытянутых рук, яркий красный дермографизм, гипергидроз ладоней, лабильность пульса и артериального Давления.

Задание: ycтановите предварительный диагноз; составьте план до­полнительного обследования, необходимого для формулирования окон­чательного диагноза.

**ЗАДАЧА №71.**

Больная М., 28 лет, в течение 7 лет работает лаборантом в химической лаборатории.' где имеет контакт с различными продуктами перегонки каменного угля и нефти, в том числе с толуолом, ксилолом, бензолом и др. В последнее время стала отмечать раздражительность, бы­струю утомляемость, расстройство сна.

Объективных изменений со стороны внутренних органов не отмечалось. Анализы крови и мочи в норме, за исключением умеренного лейкоцитоза (число лейкоцитов 8,1 '10 /л).

В настоящее время появилась кровоточивость десен, «синяки» на теле, нарастает общая слабость. Анализ крови: число эритроцитов ЗЛО12 /л, лейкоцитов 2,8 109/л, тромбоцитов 100 10ч/л.

Задание: сформулируйте и обоснуйте диагноз. Нужны ли дополнительные диагностические исследования? Назначьте лечение и проведите ВТЭ.

**ЗАДАЧА №72.**

Больной В., 42 года доставлен в приемное отделение больницы с предприятия по производству красителей. Объективно: синюшность слизистых оболочек, пальцев, ушных раковин, носа; несвязная, запле­тающаяся речь, дезориентация. Удалось установить, что в процессе работы по изготовлению красителей в качестве исходного продукта рабочий использовал бензол и анилин, вручную заливая ихв смесители при аварийном состоянии вытяжной вентиляции. Спустя 2 ч от начала работы почувствовал неуверенность при выполнении производственных операций (пошатывание), нарастающую слабость, сопровождающуюся головной болью и головокружением, учащенным сердцебиением. Прервав работу, обратился в цеховой здравпункт, откуда был доставлен в клинику с диагнозом «вегетативная дистония».

В динамике наблюдения и обследования больной в стационаре в течение 5 дней отмечался неустойчивый пульс со склонностью. к тахикардии, повышение АД, приглушенность сердечных тонов, преходящее затруднение дыхания. Неврологически отмечались боли при пальпации по ходу нервных стволов верхних конечностей, высокие сухожильные рефлексы с расширением рефлексогенных зон, вялая реакция зрачков на свет, преходящее нарушение ориентации, нарушена; модуляции речи.

Лабораторные данные: кровь — НЬ 143 г/л; число эритроцитов 4,61012 /л, цветной показатель 0,9; СОЭ 5 мм/ч, чихлю лейкоцитов 5,6 10 /л, тельца Гейнца 14%о, число ретикулоцитов 18%о; метгемоглобин 36 %, содержание кислорода и артериальной край 10 объемных процентов, билирубин крови общий 24,8 мкмодь/л. В иоче отмечается положительная реакция на парааминофенол.

Задание: поставьте и обоснуйте диагноз; назначьте лечение и проведите ВТЭ.

**Интоксикации пестицидами**

**ЗАДАЧА №73.**

Больной К., 40 лет. полевод совхоза, доставлен в центральную районную больницу с жалобами на резкую слабость, головокружение, головную боль, тошноту, рвоту, боли в животе. При опросе установлено, что за 2 ч до появления описанных симптомов занимался прополкой поля, накануне обработанного метилмеркаптофосом. Объективное исследование выявило сужение зрачков, гипергидроз кожи, миоз, бронхорею, брадикардию, фибрилляцию отдельных мышц.

Задание: установите предварительный диагноз, составьте план об­следования; назначьте лечение, проведите ВТЭ.

**ЗАДАЧА № 74.**

Больной М. 39 лет. доставлен в клинику в состоянии психомоторного возбуждения, в контакт не вступает. Со слов родственников пострадавшего выяснилось, что больной ошибочно выпил раствор хлорофоса. При осмотре: больной в сопорозном состоянии, возбужден, выраженный миоз с отсутствующей реакцией зрачков на свет. Достигли максимальной степени симптомы гипергидроза (резчайшая потливость, саливация, бронхорея). Наблюдаются миофибрилляции (гиперкинезы миоклонического типа) в области век, мышц груди и голеней, периодически общий  
гипертонус мышц, тонические судороги, тремор конечностей. Грудная клетка ригидна, ее экскурсия уменьшена, аускультативно выслушивают­ся влажные хрипы с обеих сторон. При аускультации сердца - выражен­  
ная брадикардия. пульс 40 в 1 мин. АД 240/120 мм.рт.ст. При пальпации брюшной полости отмечена болезненность по ходу толстой кишки, печень не увеличена, нижний край на уровне реберной дуги, во время ос­мотра наблюдается непроизвольный жидкий стул.

Анализ крови: эр.4,2х1012/л , Hb 136 г\л., Л-6х 109\л, формула без сдвига, ЦП-1, СОЭ -9 мм\ч, сахар крови 3.8 ммоль\л. Анализ мочи: относительная плотность 1016, белка и сахара нет, в осадке эпителиальные клетки единичные, л.- 7-10 в поле зрения, эритроцитов нет. Данные ЭКГ: снижение сегмента S-T и негативный зубец Т в отведениях V2-V6

Задание: установите диагноз; какие необходимы неотложные ме­роприятия?

**ЗАДАЧА №75.**

Больной Я, 28 лет, работник сельского хозяйства, принимал активное участие в опылении плодовых деревьев и зерновых культур пестицидами. На протяжении последующих 2 мес. чувствовал себя здоровым. Ранее заболеваний не было, не курит. В дальнейшем его стали беспокоить резь в глазах, першение в горле, появился насморк с выделением из носа прозрачной жидкости, чиханье. Вскоре присоединились сухой ка­шель, периодами затрудненное дыхание на фазы выдоха. Одновременно отмечает головную боль, головокружение, повышенную утомляемость.

Объективно; гиперемия слизистых оболочек глаз и носа: в легких прослушиваются сухие хрипы: тоны сердца приглушены, АД 100/60 мм рт. ст. Со стороны нервной системы отмечаются общий гипергидроз. эмоциональная лабильность. легкий тремор пальцев рук, болезненность по ходу нервных стволов.

Задание: сформулируйте диагноз и обоснуйте его: назначьте лечение и проведите ВТЭ.

**ЗАДАЧА №76**

Больной Б., 42 года, автотехник, в течение ряда лет участвовал в работах по борьбе с сельскохозяйственными вредителями.

При заправке баллона ядохимикатами случайно из шланга облил себе лицо, руки, грудь горячей смесью полихлорпилена и ДДТ. частич­но их вдохнул. Обмыл лицо и руки водой. На следующий день появи­лись учащенное сердцебиение, озноб, подергивание в отдельных груп­пах мышц, температура тела повысилась до 38,4" С. Больной не мог продолжать работу и был госпитализирован.

При поступлении в стационар жалобы на общую слабость, сердцебиение, головную боль, головокружение, тошноту, одышку, ощущение тяжести в ногах. Объективно: состояние тяжелое; выраженный акроцианоз, одышка в. покое (число дыханий 26 в 1 мин)

В легких с обеих сторон в нижнебоковых отделах прослушиваются влажные хрипы. Левая граница сердца расширена, тоны глухие, частота сердечных сокращений 120лд/мин. Печень - размеры увеличены, при пальпации край печени болезненный. Коленные рефлексы высокие, асимметричны.

Задание: установите предварительный диагноз; составьте план до­полнительных исследований « наметьте мероприятия по оказанию экс­тренной медицинской помощи.

Интоксикации свинцом ,марганцем

**ЗАДАЧА № 77.**

При проведении периодического медицинского осмотра у одного из намазчиков свинцовых пластин, работающего на аккумуляторном заводе, обнаружены следующие показатели периферической крови: НЬ 148 г/л. число эритроцитов 4,2,10п/л, цветной показатель 0,98, число лейкоцитов 5,8 107л. ретикулоцитов 20%о. эритроцитов с базофильной зернистостью 38%о. В моче обнаружено 0,08 мг/л свинца. Жалоб рабочий не предъявляет, объективно со стороны внутренних органов без особенностей.

Задание: установите предварительный диагноз, составьте план до­полнительного обследования. Какие данные необходимо получить до­полнительно?

**ЗАДАЧА №78.**

*Больной П.,* 42 лет. работает на производстве по изготовлению ак­кумуляторов. Был доставлен в больницу машиной скорой помощи в связи с резкими болями в животе. Из анамнеза выяснено, что еще до работы на аккумуляторном заводе перенес язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки. На протяжении последующих 20 лет обострений не было, что подтверждалось и гастрологическими исследованиями. При поступлении в больницу жаловался на резкие схваткообразные боли в животе. Объективно: живот втянут, при пальпации разлитая болезненность с преимущественной локализацией в средней и нижней половине живота и особенно вокруг пупка. Появлению болей предше­ствовали неприятный вкус во рту, тошнота, слюнотечение, бессонница, запоры. Стула у больного не было, хотя он принимал слабительные средства. В легких перкуторный звук не изменен, дыхание везикулярное, границы сердца не изменены, тоны ясные, чистые. АД 180/90 мм рт.ст. Анализ крови: НЬ 110 г/л, число ретикулоцитов 40%, эритроцитов 4,1 1012/л, число эритроцитов с базофильной зернистостью 66%о; СОЭ 11 мм/ч.

Задание: сформулируйте и обоснуйте диагноз. Нужны ли дополнительные диагностические исследования и какие? Назначьте лечение.

**ЗАДАЧА № 79.**

*Больной Л.,* 43 года, работает в совхозе водителем грузового авто­транспорта. Нередко ему приходится производить ремонтные работы автомашины, при этом обычно наблюдается загрязнение рук смазочны­ми материалами, двигательным топливом, иногда и нитрокраской. В анамнезе заболеваний не было, за исключением ушиба головы в детском возрасте без каких-либо последствий. Спустя 15 лет после начала работы в сельской местности стал замечать появление головной боли в виде кризов по типу мигреней, головокружение, нарушение сна (чуткий сон, бессонница, долго не засыпает). В дальнейшем появились раздражительность, чувство страха, ощу­щение волоса во рту, ползания насекомых по телу, кошмарные сновидения.

Задание: сформулируйте и обоснуйте диагноз; назначьте лечение: проведите ВТЭ.

**Хроническая ртутная интоксикация**

**ЗАДАЧА №80**

*Больная Ф.,* 42 года, в течение 21 года работает лаборантом в химической лаборатории завода, имея постоянный контакт с металлической ртутью. Во время периодического медицинского осмотра предъявляла жалобы на головную боль распространенного характера, нарушение памяти, раздражительность, плаксивость, снижение работоспособности, нарушение сна, дрожание пальцев рук. При осмотре выявлено равномерное оживление сухожильных рефлексов по функциональному типу, тремор век и пальцев вытянутых рук (асимметричный), выражен­ный красный дермографизм, общий гипергидроз. Пульс96 уд/мин, рит­мичный, АД 150/100 мм рт. ст. В остальном изменений не выявлено.

Задание: установите предварительный диагноз; составьте план обследования, необходимый для формулировки окончательного диагноза и проведения ВТЭ.

**ЗАДАЧА №81**

*Больной Т.,* 32 лет. работает на базе ядохимикатов для сельского хозяйства, занимается их отпуском сельскохозяйственным предприятием. В процессе работы не исключен непосредственный контакт с ядохимикатами в виде их аэрозолей. В прошлом заболеваний не было. Спустя 6 лет от начала работы на базе он стал отмечать повышенную раздражительность, периодически появлялись головная боль, головокружение. За последнее время значительно снизилась память, нарушился сон. Объективно: гипергидроз, легкий акроцианоз, красный стойкий дермографизм, повышение сухожильных рефлексов, невыраженный тремор пальцев вы тянутых рук. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не имеется, за исключением аритмии и брадикардии.

Задание: сформулируйте и обоснуйте диагноз. Есть ли необходимость в дополнительных исследованиях? Назначьте лечение; проведите ВТЭ.

**Ситуационная задача по ХНВ (Холодовой нейроваскулит)**

**Задача №82**

Солдат находился в дозоре в горнолесистой местности (температура воздуха -16 °С). Отбился от группы и заблудился. Промочил ноги, провалившись в болото, выбился из сил. Найден к концу дня поисковой группой. В МПП доставлен через 6 часов. При осмотре адинамичен, заторможен, в контакт вступает с трудом. Самостоятельно передвигаться не может. Пульс 60 уд./мин, слабого наполнения. АД 90/60 мм рт.ст. Пальцы кистей холодные восковой бледности и плотности. Обувь промерзла. Снять удалось с трудом. Стопы холодные с выраженным цианозом, чувствительность кожи на стопах снижена.

**Ситуационные задачи по вибрационной болезни.**

**Задача № 83.** На приеме у врача пациент с жалуется на ноющие боли в предплечьях, снижение силы в кистях рук, ощущение «ползания мурашек» в кистях руки предплечьях. Из анамнеза выяснено, что больной в течение 6 лет работал обрубщиком чугунного литья в литейном цехе станкостроительного завода. Для работы использует пневматический молоток весом 6,5 кг с частотой ударов 1200 в минуту. При осмотре: кисти «мраморной» окраски, гипергидроз ладоней. При проведении холодовой пробы получен отрицательный результат.

1) установите предварительный диагноз.

2) разработайте план обследования.

3) план лечения.

4) проведите экспертизу трудоспособности.

5) профилактика патологии.

**Задача № 84.** Пациент N., 49 лет, формовщик литейного цеха предъявляет жалобы на зябкость кистей рук, побеление ногтевых фаланг II-IV пальцев левой кисти, возникающие после мытья рек холодной водой и проходящее самостоятельно через 3-5 минут. Эпизоды побеления наблюдались 1-2 раза в месяц. Также больного беспокоили ноющие боли в кистях рук, усиливающиеся в покое и в ночное время, онемение и ощущение покалывания в кистях. Больным себя считает в течение 3 лет, когда стал отмечать зябкость кистей, ноющие боли в кистях рук. За медицинской помощью не обращался, продолжал работать. В течение последнего года боли и зябкость усилились, присоединились онемение, побеление пальцев, покалывание в кистях рук. Стаж работы 10 лет. Кисти при пальпации холодные, гипергидроз ладоней. При осмотре отмечается мраморность кожи ладоней. Симптом белого пятна положителен. Отмечается дистальная гипалгезия по типу коротких перчаток.

1) поставьте предварительный диагноз.

2) план обследования.

3) план лечения.

4) разработайте план реабилитационных мероприятий.

5)проведите экспертизу трудоспособности.

**Задача № 85.** Рабочий - обрубщик сталелитейного цеха 30 лет со стажем работы 15 лет при проведении периодического медицинского осмотра стал предъявлять жалобы на побеление ногтевых и основных фаланг II-IV пальцев обеих рук, возникающее в любое время суток без видимых причин. В холодную погоду эпизоды побеления учащаются до 3-6 раз в день. Больного кроме этого беспокоили онемение, ощущение «ползания мурашек», зябкость кистей и предплечий. Больной жаловался на ноющие боли в области кистей, предплечий, усиливающиеся в ночное время, что приводило к нарушению сна. При осмотре обращает на себя внимание цианоз кистей рук, мраморность предплечий. При пальпации кистей – гипотермия и гипергидроз. Симптом «белого пятна» был положителен. Выявлена дистальная гипестезия кистей по типу длинных перчаток.

1) поставьте предварительный диагноз.

2) план обследования.

3) план лечения.

4) проведите экспертизу трудоспособности.

5) профилактика заболевания.

**Задача № 86.** В поликлинику к участковому врачу обратился больной 59 лет с жалобами на частые (4-5 раз в неделю) эпизоды внезапного побеления ногтевых и основных фаланг II-V пальцев левой кисти и ногтевых фаланг III-IV левой кисти. Эти эпизоды длились по 30-35 минут и заканчивались восстановлением исходной окраски кожных покровов и интенсивнымжжением в побелевших пальцах. Кроме того пациента беспокоили ноющие боли в кистях и предплечьях, усиливающиеся в ночное время, онемение, зябкость кистей, боли при движении в локтевых, лучезапястных суставах и межфаланговых суставах кистей рук. Профессия – клѐпальщик, стаж 30 лет. При осмотре кисти рук цианотичны; при пальпации кисти и предплечья холодные, гипергидроз ладоней. При исследовании болевой чувствительности обнаружена дистальная гипестезия по типу высоких перчаток. Холодовая проба положительна. Реовазография верхних конечностей: снижение уровня пульсового кровенаполнения с обеих сторон, повышение тонуса артерий, затруднение венозного оттока. На рентгенограммах локтевых и лучезапястных суставов – картина остеоартроза II стадии .

1) сформулируйте диагноз.

2) план обследования.

3) план лечения.

4) проведите экспертизу трудоспособности.

5) меры профилактики.

**Задача № 87.** Механизатор сельского хозяйства обратился к невропатологу с жалобами на интенсивные боли в поясничном отделе позвоночника и нижних конечностях, усиливающиеся при движении, наклонах и во время работы. Кроме того больного беспокоили ноющие боли в кистях и предплечьях, усиливающиеся в ночное время, онемение в области кистей, предплечий, стоп; зябкость кистей и стоп. Из анамнеза было выяснено, что пациент работал механизатором в течение 29 лет на гусеничной технике (трактор ДТ-75), зерноуборочных комбайнах (ДОН-1500), выполняя все виды сельскохозяйственных работ (вспашка, боронование, уборка и др.). Симптоматика развивалась постепенно в течение последних 10 лет. Интенсивные боли в позвоночнике в течение последнего года. Перестал справляться с профессиональными обязанностями. В течение последнего года 147 дней временной нетрудоспособности. При осмотре кисти и стопы цианотичны. При пальпации – гипотермия и гипергидроз кистей и стоп. Определялись гипестезии по типу «перчаток» и «носков». В поясничном отделе позвоночника определялась болезненность паравертебральных точек, дефанс мышц.

1) сформулируйте диагноз.

2) составьте план обследования.

3) план лечения.

4) проведите экспертизу трудоспособности.

5) меры профилактики.

**Пылевые заболевания легких**

**Задача № 88.**

Больной Л., 48 лет, при очередном обследовании в медсанчасти по­жаловался на сухой кашель; боли в груди без чёткой связи с физичес­кой нагрузкой; одышку при ходьбе, постепенно нарастающую в течение последних 6 месяцев; слабость; недомогание; потливость. В течение 12 лет работал пескоструйщиком (концентрация пыли, содержащей сво­бодную двуокись кремния 12%, 28 мг/м3). Два года назад у больного диагностирован силикоз (1p, 1s, em). Направлен на консультацию в противотуберкулёзный диспансер. Объективно; легкий цианоз губ, ЧДД 24 в минуту, перкуторный звук в нижних отделах легких с коробочным оттенком. Дыхание ослаб­ленное, в правой аксиллярной области жесткое, рассеянные сухие хри­пы, под левой лопаткой нестойкие мелко - и среднепузырчатые хрипы. Рентгенологически: лёгочный рисунок деформирован по ячеисто-сетчатому типу, в средне-нижних отделах, больше справа, округлые; образования 1-2 мм в диаметре в умеренном количестве; более крупные полиморфные образования разной плотности в верхних отделах с обеих; сторон. Апикальная плевра утолщена, массивные плевродиафрагмальные спайки.

1. Проанализируйте представленные данные.

2. Сформули­руйте предварительный диагноз.

З. Составьте план обследования.

**Задача № 89.**

Больной С., 39 лет, шофер легковой машины, поступил в профпатологический центр с жалобами на периодические неприятные ощущения в грудной клетке (в межлопаточной области и в левой половине грудной клетки), одышку при физической нагрузке, сухой кашель. Курит по 1/2 пачке сигарет в день около 20 лет. Работает шофером 5 лет (2 года на автобусе, последние 3 года на легковой машине). Ранее работал 14 лет обдирщиком и шлифовальщиком на кругах из природных абразивов (песчаника). На работу водителем перешел по собственному желанию, в связи с переездом в другой город. Последние 4 года профосмотры не проходил. При обследовании: кожные покровы обычной окраски и влажности. Подвижность нижних легочных краёв 4-6 см. В нижних отделах легких перкуторный звук с коробочным оттенком, дыхание ослабленное, на других участках - жёсткое. Выслушиваются немногочисленные сухие рас­сеянные хрипы. Рентгенография лёгких: свежих очаговых и инфильтративных образований нет. На всем протяжении легких, исключая верхушки, множественные узелковые образования диаметром 3-5мм на фоне сетчатого фиброза, корни «обрублены», содержат петрификаты лимфоузлов. Справа - тень междолевой плевры.

1.Сформулируйте диагноз

2.Назначьте лечение

3. Решите вопрос о профессиональной пригодности

**Задача № 90.**

Больной К., 32 лет, поступил в легочное отделение ККБ №I для уточнения диагноза в связи с тем, что на очередном профосмотре на рентгенограмме легких были выявлены узелковоподобные тени диаметром 1,5 - 3мм преимущественно в средне-нижних отделах лёгких в умеренном количестве. Жалоб при поступлении не предъявлял. Профмаршрут: в течение 10 лет работает электросварщиком на заводе «Сибтяжмаш». Из санитарно-гигиенической характеристики рабочего места: на сварочном участке подвергается воздействию аэрозолей окислов железа, марганца и др. соединений с превышением ПДК в 10 - 16 раз. Вентиляция в цехе общеоб­менная, при работе в полузакрытых помещениях применяется газоотсос. Индивидуальные средства защиты: маска - щиток, СИЗ органов дыхания не применялись. До поступления на завод рентгенологических изменений в легких не было. При обследовании: перкуторно - лёгочный звук, дыхание жесткова­тое, хрипов нет. Спирография: показатели в пределах нормы, прироста ОФВ1 на беротек не получено. SpO2 – 98%. Фтизиатр: данныхза туберкулёз лёгких не выявлено.

1. Сформулируйте предположительный диагноз с примене­нием кодировки рентгенологических изменений в легких.

2. Определите дальнейшую тактику ведения больного

3. Трудовые рекомендации.

**Задача № 91.**

Больной Щ., 53 лет, моторист подземной галереи, стаж работы 16 лет, имеет контакт с пылью песка и керамзита. Концентрация пыли в воздухе рабочей зоны – 50 мг/м3 при ПДК - 2 мг/м3. Жалуется на кашель с мокротой слизистого характера отдельными плевками, одышку при при­вычной физической нагрузке, приступообразные затруднения дыхания с кашлем и ощущением свиста в грудной клетке. На предприятие поступал здоровым, через 12 лет появился сухой кашель, затем стала отходить слизистая мокрота, появилась одышка, постепенно нарастающие присту­пы затрудненного дыхания; обострения заболевания 2-3 раза в год с пребыванием на б/листе. В период отпуска наступает улучшение, но полностью здоровым себя не ощущает. Не курит. На предприятии мно­гие рабочие страдают хроническим бронхитом. Объективно: грудная клетка бочкообразной формы, перкуторный звук с коробочным оттенком, дыхание жесткое, ослабленное, выдох удлинен, по всем полям сухие свистящие хрипы. Спирография: ЖЕЛ – 63% от должной, ОФВ1 - 60 *%* от должного, на беротек прирост ОФВ1. Рентгенологически: усиление легочного рисунка, эмфизема, с-м диссеминации.

1.Сформулируйте клинический диагноз

2. Обоснуйте профессиональный характер заболевания

3. Экспертиза трудоспособности

**Задача № 92**

Больная С., 44 лет, работница хлопкоперерабатывающей фабрики, поступила в клинику с жалобами на приступы удушья, более выраженные в начале рабочей недели (по понедельникам), уменьшающиеся по продол­жительности к пятнице; почти постоянный кашель с отделением небольшо­го количества вязкой мокроты; одышку при ходьбе, усиливающуюся при физической нагрузке, работе в цехе, при резких перепадах погоды. Рентгено­логически определяется нерезкое усиление сосудисто-бронхиального ри­сунка, преимущественно в средне-нижних отделах; уплотнение корней; повышение прозрачности легочной ткани. Эозинофилии в крови и мокроте не выявлено. Спирографически – ОФВ1- 64*%* с приростом на беротек на 13%.

1.Клинический диагноз

2. Ведущие синдромы

3. Экспертиза трудоспособности

**ЖДА**

**Задача 93**. Больная, 25 лет, предъявляет жалобы на утомляемость, общую слабость, эпизоды головокружения, сердцебиение и одышку при физической нагрузке. Из анамнеза: сухость кожи и ломкость ногтей отмечает в течение нескольких лет. Слабость, головокружения появились год тому назад во время беременности. Месячные с 13 лет, обильные первые 3-4 дня, по 5-6 дней, регулярные. В настоящее время осуществляет грудные вскармливания ребенка. Объективно: состояние средней тяжести. Бледность и сухость кожных покровов; ногти с поперечной исчерченностью, слоятся. Волосы ломкие. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 90 в минуту, АД 110/70 мм рт.ст. В легких везикулярное дыхание. Печень и селезенка не увеличены. ОАК: Hb 75 г/л, эр. 3,3х1012/л, формула без особенностей, СОЭ 12 мм/час, MCV 70 фл., MCH 21,0 пг, анизоцитоз, пойкилоцитоз

**Вопросы к задаче**:

1. Выделите основные синдромы

2. Оцените ОАК

3. Сформулируйте и обоснуйте диагноз

4. План обследования

5. Лечение