**ЗАДАЧИ К ЭКЗАМЕНУ ПО ПРОПЕДЕВТИКЕ ВНУРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ**

**Задача 1**

Больной К. находился 3 дня на больничном листе по поводу острого респираторного заболевания. При явке к врачу на повторный прием пожаловался на усиление кашля с мокротой белого цвета в небольшом количестве, легко откашливающейся. При осмотре, пальпации, перкуссии грудной клетки врач не выявил никаких изменений. При аускультации легких больного определены влажные среднепузырчатые незвучные хрипы в обеих подлопаточных областях у нижних углов лопаток. Поставив диагноз, воспаление легких, врач направил больного в стационар.

1. Согласны ли Вы с диагнозом врача?

2. В каком случае влажные хрипы могут быть признаком уплотнения легоч­ной ткани?

3. Почему при осмотре, перкуссии, пальпации грудной клетки не выявлены изменения при наличии хрипов?

**Задача 2**

На 3-й день пребывания больного А. в стационаре по поводу левосторонней крупозной пневмонии с локализацией в нижней доле, отмечено ухудшение общего состояния, повышение температуры тела до 39 °С, при выслушивании появление в левой подлопаточной области крупнопузырчатых влажных звучных хрипов.

1. Чем объяснить механизм появления этих хрипов?

2. Какие дополнительные сведения мог бы получить врач, применив пер­куссию грудной клетки?

**Задача 3**

Во время обследования больного М. оказалось, что правая половина груд­ной клетки отстает в акте дыхания, в подлопаточной области справа пальпаторно - определяется усиление голосового дрожания, перкуторно - укорочение легочного звука и аускультативно - бронхиальное дыхание.

1. Возможно ли сочетание таких признаков?

2. Объясните механизм их возникновения?

3. Как называется синдром, если эти признаки сочетаются?

**Задача 4**

У больного М. над всей поверхностью грудной клетки ослаблено голосовое дрожание, при определении активной подвижности нижних легочных краев с обеих сторон отмечается ограничение, аускультативно - ослабленное везикуляр­ное дыхание над всеми легочными полями.

1. Какими методами определены голосовое дрожание и активная подвиж­ность нижних краев легких?

2. При каком синдроме возможно такое сочетание признаков?

3. Какие данные можно получить при осмотре грудной клетки?

**Задача 5**

У больного В. при обследовании выявлены в левой подлопаточной области бронхиальное дыхание, крепитация и коробочный звук.

1. Какими физическими методами могут быть выявлены указанные симп­томы?

2. Возможно ли сочетание указанных симптомов?

3. Какое название носит этот симптомокомплекс?

**Задача 6**

При исследовании больного С. получены следующие данные: при осмотре грудной клетки форма ее правильная, обе половины симметричны, равномерно участвуют в акте дыхания, при сравнительной перкуссии над обеими полови­нами грудной клетки ясный звук, при топографической перкуссии верхние и нижние границы легких не изменены.

1. Какая аускультативная картина возможна при этих данных у здорового?

2. Какая аускультативная картина возможна при этих данных у больного с заболеванием бронхолегочной системы?

3. При каком бронхолегочном синдроме будет изменена аускультативная картина при этих условиях?

**Задача 7**

Во время профосмотра врач определил у больного Н. с помощью перкуссии нижнюю границу правого легкого по топографическим линиям; окологрудинной - IV ребро, среднеключичной - V ребро, передней подмышечной - VI ребро, средней подмышечной - VII ребро, задней подмышечной - VIII ребро, лопа­точной - IX ребро, околопозвоночной - Х ребро.

1. Оцените результаты исследования?

2. Объясните механизм?

3. Как называется примененный врачом вид перкуссии?

**Задача 8**

У больного П. при топографической перкуссии определена высота стояния верхушки спереди на 6 см выше ключиц с обеих сторон. Активная подвижность нижнего легочного края по всем линиям в пределах 2 см с обеих сторон.

1. Оцените данные топографической перкуссии?

2. Для каждого синдрома характерны указанные изменения?

**Задача 9**

Больной 3., 23 лет, почувствовал себя больным 5 дней назад, когда появи­лось недомогание, ощущение неловкости в грудной клетке. Обратился к врачу на 5-й день заболевания в связи с повышением температуры тела, сопровож­давшейся ознобом. Ощущение неловкости сменилось чувством распирания в грудной клетке, появилась одышка смешанного характера, особенно при ходьбе. Врач определил тяжелое состояние у больного, колебания температуры в пре­делах 2-3° С, причем утром ее значение 36,3°-36.5 °С. а вечером 37,9°-38,5 °С. Над грудной клеткой слева от угла лопатки книзу определяется укорочение перкуторного звука, дыхание не прослушивается, голосовое дрожание отсут­ствует.

1. Какими методами выявлены указанные симптомы?

2. Дайте оценку механизмов полученных симптомов?

3. Для какого клинического синдрома характерна совокупность этих при­знаков?

4. При какой температурной кривой отмечаются указанные параметры тем­пературы?

**Задача 10**

Больную М., 24 лет в течение 7 дней беспокоит насморк, небольшой сухой кашель, першение в горле, повышение температуры до 37,2°-37,3°С вечером. На 8-й день кашель усилился, появилась боль в левой половине грудной клет­ки, температура тела повысилась до 37,8°С. Обратилась к врачу, который обнаружил при осмотре грудной клетки отставание левой половины в дыхании; при пальпации - усиление голосового дрожания в левой подлопаточной области; там же при перкуссии укорочение перкуторного звука, а при аускультации мелкопузырчатые влажные звучные хрипы.

1. Определите степень повышения температуры.

2. Объясните механизм усиления голосового дрожания.

3. Для какого синдрома характерны описанные признаки заболевания?

**Задача 11**

Больной 45 лет, обратился по поводу приступов головной боли, которые появились 3 года назад. Работает директором крупного предприятия. При об­следовании выявлен конституционный тип строения тела - гиперстенический. При сравнительной перкуссии над легкими ясный легочный звук, при аускультации - везикулярное дыхание, границы относительной тупости сердца: правая - на 0,5 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - в III межреберье, левая - на 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии. При аускультации над верхушкой ослаблен 1 тон, над аортой усилен II тон. Pulsus durus - 96 в 1 минуту. АД 180/100 мм рт. ст. Брюшная стенка мягкая, безболез­ненная. При глубокой пальпации в левой подвздошной области прощупывается сигмовидная кишка в виде эластичного тяжа 2 см в диаметре, в правой под­вздошной области - слепая кишка в виде эластичного тяжа 2,5 см в диаметре. Другие отделы кишечника и желудок не прощупываются. Печень не прощупы­вается. Селезенка не прощупывается. Консультация окулиста: на глазном дне артерии сужены. Феномен артериовенозного перекреста.

1. Дайте определение данного синдрома

**Задача 12**

Больной 50 лет обратился в поликлинику с жалобами на приступообразные боли за грудиной, отдающие под левую лопатку. Приступы появились 3 недели назад, продолжаются несколько минут. Появляются боли при подъеме на лестницу или в гору и проходят после отдыха. При обследовании над легкими при сравнительной перкуссии ясный легочный звук, при аускультации - ве­зикулярное дыхание; границы относительной тупости сердца: правая - на 0,5см кнаружи от правого края грудины, верхняя - в III межреберье, левая на 0,5см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены. Пульс 72 удара в 1 минуту, ритмичный, АД 120/60 мм рт. ст. При поверхностной пальпации брюшная стенка мягкая, безболезненная. При глубокой пальпации в левой подвздошной области пальпируется сигмовидная кишка в виде эла­стичного тяжа, 2 см в диаметре, подвижная, безболезненная. Другие отделы кишечника и желудок не прощупываются. Печень и селезенка не прощупы­ваются.

Какой синдром имеет место в данном случае? Дайте обоснование.

**Задача 13**

При осмотре юноши 19 лет, который не предъявлял никаких жалоб, было выявлено при сравнительной перкуссии над легкими - ясный легочный звук, при аускультации - везикулярное дыхание. Усиленный сердечный толчок. Границы относительной тупости сердца: правая на 0,5 см кнаружи от правого края грудины, верхняя в III межреберье, левая на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Систолический шум над верхушкой, Д тон над вер­хушкой ослаблен, акцент II тона над легочной артерией. Пульс 72 удара в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. При поверхностной пальпации передняя брюшная стенка мягкая, безболезненная. При глубокой пальпации кишечник, желудок не прощупываются. Печень не прощупывается, селезенка не пальпируется. При опросе выяснилось, что больной в детстве перенес хорею. При рентгенологи­ческом исследовании органов грудной клетки - легкие в норме, талия сердца сглажена, гипертрофия левого желудочка.

1. О каком синдроме можно думать?

**Задача 14**

Больной 60 лет обратился в поликлинику с жалобами на головную боль. Из анамнеза выяснилось, что в молодости перенес какое-то заболевание, которое осложнилось заболеванием сердца. Последние 20 лет считает себя здоровым. При обследовании - лицо бледное. В легких при сравнительной перкуссии - ясный легочный звук, при аускультации - везикулярное дыхание. Сердечный толчок усилен. Границы относительной тупости сердца: правая на 0,5 см кнаружи от правого края грудины, верхняя во II межреберье, левая на 2 см влево от среднеключичной линии. При аускультации - I тон над верхушкой ослаблен, II тон ослаблен над аортой, грубый систолический шум над аортой. АД 90/60 мм рт. ст. При поверхностной пальпации брюшная стенка мягкая, безболезненная. При глубокой пальпации прощупывается в левой подвздошной области сигмовидная кишка в виде эластичного тяжа 2 см в диаметре, подвижного, безболезненного. Другие отделы кишечника, желудок не прощупываются. Печень не прощупывается, селезенка не пальпируется.

1. Для какого синдрома характерны описанные признаки?

**Задача 15**

Врач был вызван на дом к больной 46 лет, предъявившей жалобы на одышку, появляющуюся при выполнении обычной физической работы и ходьбе, сердцебиение, отеки на ногах, которые появились 1 неделю назад. Из анамнеза: больная с 30-летнего возраста страдает пороком сердца (митральный стеноз) по поводу чего неоднократно обследовалась и лечилась в стационаре. Объек­тивно: общее состояние средней тяжести. Положение в постели вынужденное - ортопноэ. Пониженного питания. Над легкими при сравнительной перкуссии - ясный легочный звук, при аускультации - везикулярное дыхание. При пальпации области сердца определяется fremssemente catierae Границы относительной тупости сердца: правая на 2 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - во II межреберье, левая - по левой среднеключичной линии. При аускультации над верхушкой выслушивается усиленный I тон, над легочной артерией акцент II тона, пресистолический шум над верхушкой. Пульс 100 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, ритмичный, равномерный. АД 110/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. В левой подвздошной области прощупывается сигмовидная кишка в виде эластического тяжа, под­вижного, безболезненного. Другие отделы кишечника и желудок не прощупы­ваются. Печень на 5 см выступает из подреберья, эластичной консистенции, край ее закруглен, болезнен. Селезенка не пальпируется. Голени и стопы отечны.

1. Какой синдром осложнил течение митрального стеноза?

**Задача 16**

Больной С., 35 лет, жалуется на одышку, общую слабость. При обследова­нии – акроцианоз, тахипноэ - 24 в 1 минуту. При сравнительной пер­куссии над легкими ясный легочный звук, при аускультации - везикулярное дыхание. Границы относительной тупости сердца: правая - на 2 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - в III межреберье, левая - по левой среднеключичной линии; границы абсолютной тупости сердца: правая по сре­динной линии тела, верхняя - в III межреберье, левая на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии. При аускультации над верхушкой прослуши­вается хлопающий I тон, акцент II тона над легочной артерией, пресистолический шум над верхушкой. Пульс - 92 в 1 минуту, ритм правильный. АД 130/60 мм рт. ст. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболез­ненный. При глубокой пальпации отделы кишечника и желудок не прощупы­ваются. Печень не прощупывается, селезенка не пальпируется. При рентгено­логическом исследовании талия сердца сглажена. Контуры сердца» шаровидной формы.

1. О каком пороке сердца можно думать?

**Задача 17**

Больной П., 72 лет, жалуется; на приступы головокружения, сопровождаю­щиеся поташниванием и чувством замирания сердца. При обследовании - кожа цвета загара, слизистые розовые. Над легкими при сравнительной пер­куссии - легочный звук, при аускультации - везикулярное дыхание. Границы сердца: правая на 0,5 см кнаружи от, правого края грудины, верхняя в III межреберье, левая - на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Аускультативно: над верхушкой I тон сердца приглушен. Ритм неправильный. Пульс аритмичный - 64 в 1 минуту. АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, без­болезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Отеков нет. ЭКГ данные: Р-0,04 с, PQ-0,18 с, 0,24-0,32 с, QRS-0,1с, QRST-0,4 с.

1. Определите вид нарушения ритма сердечной деятельности у больного.

**Задача 18**

Больной Р., 76 лет, жалуется на сердцебиение, одышку при физической нагрузке, общую слабость, снижение памяти. Болеет 6 лет. При обследовании: акроцианоз. При сравнительной перкуссии над легкими легочный звук, при аускультации везикулярное дыхание. Границы сердца: правая на 0,5 см кнаружи от правого края грудины, верхняя в III межреберье, левая - на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Аускультативно: I тон над верхушкой ослаблен, периодически прослушивается пушечный тон Стражеско, брадикардия. Пульс 42 в 1 минуту, ритмичный. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, без­болезненный. Печень и селезенка не пальпируется. Отеков нет ЭКГ данные: зубец Р-положителен, 0,06 c, QRS-0,1 c, QRST-0,4 c, R-R -1,4c.

1. Какое нарушение ритма сердечной деятельности имеется; у больного?

**Задача 19**

Больной 66 лет, состоит на диспансерном учете у участкового врача по поводу заболевания сердца. Был вызван на обследование в плановом порядке. При расспросе выявлено, что кроме кратковременных (1—2 минуты) сжимаю­щих болей в области сердца с иррадиацией в левое плечо, возникающих при физической нагрузке, больного стали беспокоить приступы одышки. Приступы появляются ночью во время сна, от чего больной просыпается. Сопровождаются выделением небольшого количества мокроты, чувством страха смерти, продол­жаются около 10 мин, после чего больной засыпает. Больной отметил, что приступам обычно предшествуют дневные физические нагрузки. При обследовании: общее состояние удовлетворительное. Активен. Гиперстенического строения тела. Кожа и слизистые розовые. При сравнительной пер­куссии - ясный легочный звук, при аускультации - везикулярное дыхание. Границы относительной тупости сердца: правая на 0,5 см кнаружи от правого края грудины, верхняя в III межреберье, левая на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены. Пульс 88 в 1 минуту рит­мичный. АД 150/90 мм рт. ст. При поверхностной пальпации - брюшная стенка мягкая, безболезненная. При глубокой пальпации в левой подвздошной области прощупывается сигмовидная кишка в виде эластичного тяжа 2 см в диаметре» подвижного, безболезненного. Печень и селезенка не прощупываются. Оте­ков нет.

1. Какой синдром осложнил течение заболевания сердца?

**Задача 20**

Больная С., 45 лет, жалуется на одышку, общую слабость. Из анамнеза известно, что больная с 35 лет страдает митральным пороком сердца. Объективно:лицо исхудавшее, на щеках багрово-синюшный румянец. Склеры субиктеричны. Рот полуоткрыт. Акроцианоз. Над легкими при сравнительной перкуссии - легочный звук, при аускультации - везикулярное дыхание. Границы сердца: правая на 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - во II межреберье, левая - по левой среднеключичной линии. Аускультативно: беспорядочная аритмия. ЧСС - 100 в 1 минуту. АД 130/80 мм рт. ст. Пульс 90 в 1 мин., арит­мичный. Печень на 5 см выступает из подреберья. Голени пастозны.

1. О каком виде порока сердца можно предположить?

2. Какое нарушение ритма имеет место у больной?

**Задача 21**

Больной Н. обратился к врачу с жалобами на постоянную боль в подло­жечной области, справа от срединной линии, усиливающуюся спустя 2-3 часа после еды, ночью и натощак. При исследовании определяется резистентность передней брюшной стенки в подложечной области, в указанном больным месте выявлена локальная болезненность, положительный симптом Менделя. При изучении секреторной функции желудка выявлено следующее: объем сока натощак 140 мл, свободная соляная кислота 220 мл (базальная секреция).

1. Систематизируйте данные о больном?

2. Оцените показатели базальной секреции желудка?

3. О каком синдроме можно думать?

**Задача 22**

Больной А., 50 лет, длительное время (около 15 лет) состоял на диспансер­ном учете по поводу язвенной болезни желудка и локализацией язвы в антральном отделе. При обследовании регулярно обнаруживаются высокие цифры кислотности желудочного содержимого. Три месяца тому назад выписан из стационара. Спустя месяц после выписки больной начал вновь отмечать боль в животе после еды (спустя 3-4 часа), появилась отрыжка с неприятным запахом, чувство переполнения живота, исчез ранее хороший аппетит.

1. О каком патологическом состоянии следует подумать?

2. Какие дополнительные вопросы при опросе больного должен задать врач?

3. На какие моменты нужно обратить внимание при объективном исследо­вании больного?

**Задача 23**

Больной Н., 42 лет, инженер, работа которого связана с длительными ко­мандировками, работой в полевых условиях, ненормированным рабочим днем нерегулярным питанием. Злоупотребление курением. Обратился к врачу с жалобами на немотивированную слабость, апатию, быструю физическую и ум­ственную утомляемость, снижение аппетита, тяжесть в подложечной области; отрыжку с неприятным запахом, потерю в весе.

1. Какой синдром выявлен у больного?

**Задача 24**

У больного язвенной болезнью с локализацией язвы в 12-перстной кишке в период последнего обострения заболевания выздоровление наступало мед­ленно, появилось регулярное ощущение переполнения желудка, чувство тошноты и распирания в подложечной области, в вечерние часы появилась непостоянная, а затем закономерная рвота съеденной утром пищей, что облегчает чувство больного.

1. О каком синдроме идет речь на основании анализа имеющихся у боль­ного симптомов?

**Задача 25**

Больной Б., 49 лет жалуется на увеличение живота, чувство тяжести в правом подреберье, кожный зуд, исхудание. При осмотре обнаружено выра­женное равномерное увеличение живота, выпячивание пупка. Кожа передней брюшной стенки истончена, гладкая, в эпигастральной области видны расши­ренные, извитые, уходящие на грудную клетку вены. При перкуссии живота и в положении стоя в нижних отделах его выявлен абсолютно тупой перкуторный звук.

1. Объясните причину выявленных изменений, опираясь на данные обсле­дования больного?

2. Подтвердите свое предложение дополнительными исследованиями боль­ного?

**Задача 26**

Больной В., 28 лет, около 10 лет, страдающий язвенной болезнью 12-перстной кишки, указывает при поступлении на изменившийся характер боли в подло­жечной области, потерявший своеобразный ритм, приступообразность, ставшую постоянной, упорной, отдающей в спину, потерю веса, общую слабость, го­ловокружение, быструю физическую утомляемость.

1. С чем связана такая динамика болевого синдрома?

2. Подтвердите свое предположение объективными данными и данными дополнительных исследований?

**Задача 27**

Больной Н, 23 лет, доставлен в приемное отделение больницы бригадой скорой помощи в тяжелом состоянии с жалобами на внезапно развившийся приступ острой «кинжальной» боли в подложечной области, несколько облег­чающуюся в положении лежа на боку с подтянутыми к животу ногами головокружение, сухость во рту. При объективном исследовании больной бледен, покрыт холодным потом, язык сух, живот напряжен «доскообразный» умеренно вздут, стула нет, газы не отходят. Перкуторно: печеночная тупость не определяется, симптом Щеткина-Блюмберга в подложечной области поло­жительный.

1. Оцените совокупность субъективных и объективных данных по данному случаю

2. Используйте для подтверждения диагноза дополнительные исследования.

**Задача 28**

У больного Н., 42 лет, находящегося в стационаре в связи с обострением язвенной болезни, при вставании с постели вдруг случилось головокружение, потемнение в глазах, тошнота, отмечает нестерпимую боль под ложечкой, При осмотре бледен, покрыт холодным потом, число сердечных сокращений 110 уд. в мин., пульс частый, малый, АД 90/60 мм рт. ст. В рвотных массах - желудочное содержимое цвета «кофейной гущи».

1. Оцените совокупность клинических данных.

2. Дайте описание неотложных мероприятий в данном случае.

**Задача 29**

При обследовании больного на переднебоковой поверхности живота и груди выявлена расширенная и извитая сеть венозных сосудов, возвышающихся над уровнем кожи.

Применяя физические методы исследования, определите в системе какого из сосудов, имеет место препятствие кровотоку, приведшего к развитию колла­терального кровообращения.

**Задача 30**

Больная В., 55 лет, обратилась за медицинской помощью, в связи с присту­пом острой боли в правом подреберье, схваткообразной, режущей, отдающей в спину, правое надплечье и шею, сопровождающейся тошнотой и повторной рвотой, задержкой стула и мочеотделения. При исследовании: больная повы­шенного питания, беспокоится, стонет от боли. Живот вздут, при поверхностной пальпации болезнен в правом подреберье, там же защитное напряжение, мышечная болезненность в пузырной точке, положительный симптом Георгиевского. Симптома раздражения брюшины нет.

1. О какой патологии следует думать?

2. Окажите неотложную помощь больной?

**Задача 31**

У больного Н., 52 лет, обратившегося к врачу с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, снижение работоспособности, кожный зуд, похудание и увеличение живота, при осмотре выяснилось наличие симптомов: сосудистые «звездочки» - телеангиэктазия, эритема ладоней; красные, яркие слизистые полости рта, языка, гинекомастия, ксантомы на коже; пальцы в виде «барабанных палочек».

1. Используйте выявленный комплекс симптомов для постановки диагноза?

2. О каком заболевании у больного идет речь?

**Задача 32**

При исследовании желудочного содержимого, взятого тонким зондом, уста­новлено отсутствие свободной соляной кислоты в нем в фазу стимулируемой «секреции, концентрация пепсина 2 мг на 100 мл желудочного сока.

1. Сделайте вывод по результатам данного исследования?

2. Какое диагностическое значение полученных данных?

3. О каком состоянии у больного идет речь?

**Задача 33**

При лабораторном исследовании желудочного содержимого качественная реакция Уффельмана найдена положительной, свободная соляная кислота в желудочном содержимом отсутствует.

1. Какие цели преследует данное исследование?

2. Какие выводы следует сделать в связи с положительной реакцией Уффельмана?

**Задача 34**

У больного фракционным методом взято желудочное содержимое. Дайте объективную оценку кислотообразующей функции желудка?

**Задача 35**

У больного В. 30 лет, положительная реакция на скрытую кровь в кале. В чем сущность данного исследования и каково диагностическое значение этих результатов?

**Задача 36**

Медицинская сестра, проводящая дуоденальное зондирование больному М., доложила врачу об отсутствии порции «В» в дуоденальном содержимом через 30 мин. после введения холецистокинетического средства - сульфата магния.

1. Какие действия врача должны последовать?

2. О чем следует думать, если после проведения соответствующих мероприятий порция «В» желчи не будет получена?

**Задача 37**

У больного И., 49 лет, страдающего в течение 15 лет бронхоэктатической болезнью, три месяца назад появились массивные отеки, слабость. При иссле­довании анализа крови: эр. 3,2-1012/л, Нв-116 г/л, лейк. 6,5-109/л, СОЭ-36 мм/час; общий белок крови 4J2 г/л, альбумины 22%, глобулины 78%,альфа1-21,8%, альфа2-27%, бета-16,4%, гамма-12,8%, холестерин 14,8 ммоль/л; мочи-относительная плотность 1030, белок 20 г/л, эритроциты-измененные, единичные, цилиндры гиалиновые и зернистые 3-4 в п/зр.

Дайте оценку клиническому и биохимическому анализу крови, клиническому анализу мочи.

**Задача 38**

Больной Н., 34 лет, страдает хроническим гломерулонефритом в течение 17 лет. На скенограмме почек определяется уменьшение размеров обеих почек. Проба по Зимницкому: колебания относительной плотности мочи 1.007-1.009-1.006-1.008. Дневной диурез 240 мл, ночной диурез-400 мл суточный диурез-640 мл.

1. Дайте оценку функциональной способности почек больного.

**Задача 39**

Больной Н., 34 лет, страдает хроническим гломерулонефритом в течение 17 лет. На скенограмме почек определяется уменьшение размеров обеих почек. Проба по Зимницкому: колебания относительной плотности мочи 1.007-1.009-1.006-1.008. Дневной диурез 240 мл, ночной диурез - 400 мл суточный диурез - 640 мл.

1. Дайте оценку функциональной способности почек больного.

**Задача 40**

Больная К., 33 лет, поступила в клинику с жалобами на боль в правой поясничной области, озноб, повышение Т° тела до 39°. Из анамнеза известно, что семь лет назад, во второй половине беременности была нефропатия! Объективно: бледность кожных покровов, пастозность лица. Артериальное давление 205/120 мм рт. ст. В анализе мочи - относительная плотность 1,008 белок 0,8 г/л, лейкоциты 80-90 в п/зрения. Исследование мочи по Каковскому-Аддису: лейкоциты 9-12-11 млн. эритроциты 1,2-1,1 млн. При посеве мочи высеяна кишечная палочка.

1. Дайте оценку клиническому анализу мочи и исследованию мочи по Какозскому-Аддису?

**Задача 41**

У больной М., 38 лет после переохлаждения 3 года назад появилось частое мочеиспускание малыми (не более 30 мл) порциями с резями в конце акта мочеиспускания. После лечения у уролога дизурические расстройства исчезли. Последние 3 месяца у больной периодически стала повышаться температура тела до 38° С сопровождавшаяся ознобом, появилась боль в правой поясничной области стала беспокоить головная боль, головокружение и повышение цифр АЛ до 210/110 мм рт. ст. При исследовании клинического анализа мочи: цвет - соломенно-желтый, прозрачность - мутная, реакция - щелочная, относительная плотность мочи 1,018, белок 0,165 г/л, плоский эпителий – 10-15 в поле зрения, лейкоциты – 70-80 в п/зр., найдены активные лейкоциты - клетки Мальбина-Штернберга.

1. О каком заболевании идет речь?

2. Назовите клинические и мочевые синдромы?

**Задача 42**

Больной 39 лет, страдал геморроидальными кровотечениями на протяжении последних 3 лет. Периодически исследовали кровь. Последний анализ крови: эр. 3,3-1012/л в 1 мм3 гемоглобин 110 г/л, цв. пок.-1,0, лейкоцитов 20•109/л, п-0, с-75%, лимф.-17%, моноцитов-8%, СОЭ-21 мм/час.

1. Какие отклонения от нормы Вы обнаружили в приведенном анализе крови?

2. Как они называются?

3. Какова их причина?

**Задача 43**

Больная С.. 52 лет. Болеет около 18 лет хроническим гломерулонефритом. Жалуется на тошноту, рвоту, отеки на ногах, похудание, сухость во рту, отсут­ствие аппетита, одышку. Объективно: пониженного питания. Выражена блед­ность кожных покровов. Отеки лица и нижних конечностей. Увеличение разме­ров сердца, тахикардия, АД 170/110 мм рт. ст. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон.

1. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить, чтобы подтвердить наличие у больной почечной недостаточности?

**Задача 44**

Через 2 недели после перенесенной ангины больную Н., 26 лет стали бес­покоить головная боль, тошнота, отеки лица по утрам, цвет мочи напоминал «мясные помои».

1. Для какого заболевания характерны указанные симптомы, назовите механизм их возникновения?

**Задача 45**

Больная Р., 28 лет, жалуется на учащение мочеиспускания, ноющую боль в поясничной области, периодически повышение температуры до 38°. В анам­незе приступ почечной колики 3 года назад. Кожные покровы бледные, нижние веки отечные. АД 150/100 мм рт. ст., живот болезнен в правой верхней мочеточниковой точке и в области ребернопозвоночных точек.

Дайте оценку исследования мочи по Нечипоренко у этой больной:

* Эритроциты - 1000
* Лейкоциты - 20000
* цилиндры (гиалиновые) - 10 в 1 мл.

**Задача 46**

У больного Н., страдающего в течение 12 лет хроническим гломерулонефритом, при осмотре определяется тяжелое состояние, нарушение сознания (сопор), отеки лица, запах аммиака изо рта, наличие расчесов на коже, олигурия (количество суточной мочи меньше 500 мл). В анализе крови: остаточный азот - 70 ммоль/л, мочевина - 10 ммоль/л, креатинин - 114 мкмоль/л.

1. Дайте оценку синдрома.

**Задача 47**

Больная Н., 43 лет, доставлена в клинику в тяжелом состоянии с жалоба­ми на общую слабость, головокружение, тошноту, рвоту, не связанную с приемом пищи. Из анамнеза стало известно, что 8 лет назад после перенесен­ной ангины наблюдалась кратковременная макрогематурия, по утрам наблюда­лись отеки под глазами, беспокоит периодически головная боль к врачам не обращалась, не лечилась. При обследовании — бледность кожных покровов и слизистых, следы расчесов на коже, запах аммиака изо рта. В дополнительных исследованиях содержание мочевины в крови 29,88 ммоль/л, креатинин крови 189 мкмоль/л. В клиническом анализе крови Нв -40 г/л, СОЭ-58 мм/час.

1. О каком заболевании идет речь?

**Задача 48**

У больного М., с выраженным болевым синдромом в поясничной области (положительный симптом Пастернацкого справа) и отечным синдромом при исследовании в моче реакция щелочная, белок 3,6 г/л, лейкоциты 60-70 в п/зр., гиалиновые цилиндры 1-2 в п/зр., бактериурия.

В исследовании мочи по Каковскому-Аддису лейкоциты - 42.000.000.

1. При каком заболевании наблюдаются указанные симптомы?

**Задача 49**

Больная К., 30 лет обратилась к врачу с жалобами на раздражительность, плаксивость, головную боль, особенно в затылочной области, перебои в области сердца Считает себя больной в течение 4 месяцев после тяжелой психической травмы.

Объективно: состояние удовлетворительное Больная словоохотлива, време­нами раздражена. Тоны сердца приглушены, частые (ЧСС-112), АД 180/80 мм рт. ст., акцент II тона над аортой. Потеряла в весе на протяжении 4 месяцев 5 кг. Отмечается незначительная асимметрия в области шеи спереди, пуче­глазие.

1. О каком синдромокомплексе следует думать?

2. Какую программу обследования Вы предлагаете?

**Задача 50**

При исследовании крови больного во время профосмотра был выявлен нейтрофильный лейкоцитоз с ядерным сдвигом нейтрофилов влево.

1. Что мог заподозрить врач?

2. Каким можно предположить индекс ядерного сдвига нейтрофилов?