**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра пропедевтики внутренних болезней и терапии с курсом ПО**

**ПЕРЕЧЕНЬ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ К ЭКЗАМЕНУ**

**по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней», 3 курса**

для специальности 31.05.01 Лечебное дело

|  |
| --- |
| УТВЕРЖДАЮ  Заведующий кафедрой д.м.н., проф.  П.А. Шестерня \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. |

1. Больная К., 35 лет, обратилась к врачу по поводу кашля с отделением небольшого количества мокроты с примесью алой крови, возникающего при длительной нагрузке, сердцебиение, перебои в работе сердца. При объективном обследовании в области сердца определяется сердечный толчок, симптом "кошачьего мурлыканья" в фазу диастолы. Границы сердца расширены вправо и вверх. На верхушке выслушивается усиление I тона, диастолический шум, на легочной артерии акцент II тона.

А. Ваш диагноз?

Б. Какое нарушение ритма характерно для данной патологии?

В. Что можно выявить при исследовании пульса?

Г. Какая конфигурация сердца имеется у данной больной?

2. В отделение поступил больной 20 лет с жалобами на перебои сердечной деятельности, одышку, отеки на ногах, тяжесть в правом подреберье. С 12 лет страдает ревматизмом, лечился в стационаре. Перебои ощущает в течение полугода. Бледен, цианотичный румянец. Шейные вены набухшие. Пульс аритмичный, пониженного наполнения, 90 в минуту. Границы сердца увеличены вверх и вправо, ритм неправильный, ч.с.с. на 20 в 1 минуту чаще, чем пульс. I тон хлопающий, диастолический шум на верхушке. Печень на 5 см выступает из-под края реберной дуги, болезненная при пальпации. Отеки на голенях.

А. Ваш диагноз?

Б. План обследования?

В. Оцените стадию сердечной недостаточности?

Г. Какой дополнительный тон можно выслушать в данном случае?

3. У больного резкая одышка в покое, отеки ног. Выраженный цианоз. Яремные вены расширены, набухшие. Определяется положительный венный пульс. Пальпируется сердечный толчок. Границы сердца увеличены вправо. При аускультации у основания мечевидного отростка выслушивается систолический шум .

А. О каком поражении сердца можно думать?

Б. Какие размеры печени должны быть у этого больного?

В. Какова наиболее вероятная звучность I тона в данном случае?

Г. Что произошло с границами абсолютной сердечной тупости?

4. Больной И., 30 лет обратился к врачу с жалобами на одышку при физической нагрузке, быструю утомляемость. В анамнезе - ревмокардит. Объективно: обращает на себя внимание резкая бледность кожных покровов. Пульс скорый, высокий. АД 180/50 мм рт. ст. Заметно сотрясение головы, синхронное с сокращениями сердца, положительный капиллярный пульс Квинке, пульсация сонных артерий. Верхушечный толчок смещен вниз и влево, высокий разлитой. Левая граница сердца резко расширена влево. При рентгеноскопии грудной клетки определяется аортальная конфигурация сердца. Печень и селезенка не увеличены.

А. Ваш предположительный диагноз?

Б. Какие данные Вы получите при аускультации сердца и сосудов?

В. Будут ли изменяться границы абсолютной сердечной тупости?

Г. Определите стадию сердечной недостаточности?

5. Больной поступил с жалобами на загрудинные боли, сопровождающиеся чувством "нехватки воздуха", общей слабостью. Боли не купировались приемом нитроглицерина. Кожные покровы бледные, влажные, цианоз губ. Границы сердца увеличены влево до срединно-ключичной линии, тоны глухие, аритмичные. Пульс 100 в минуту, мелкий. АД 90/60 мм рт.ст. На ЭКГ во II и III отведениях дугообразный подъем ST, желудочковые экстрасистолы.

А. О каком заболевании можно думать?

Б. Назовите локализацию поражения сердца?

В. Укажите стадию заболевания?

Г. Какое осложнение возникло у данного пациента?

6. Больной 3. 31 года жалуется на одышку в покое, отеки нижних конечностей, боли в правом подреберье. 20 лет страдает ревматическим пороком сердца. При осмотре выраженный акроцианоз, отеки ног. Дыхание 30 в минуту. В легких в нижних отделах мелко-пузырчатые влажные хрипы. Сердце увеличено во все стороны. I тон на верхушке усилен, систолический шум. Акцент II тона на легочной артерии. Пульс малый, 90 в минуту. Печень выступает на 3 см ниже края реберной дуги.

А. О каком поражении сердца следует думать?

Б. Что можно дополнительно выслушать при аускультации сердца?

В. Какие изменения наиболее вероятны на ЭКГ в данном случае?

Г. Оцените стадию сердечной недостаточности?

7. Больного беспокоит одышка, боли в области сердца. При осмотре бледность кожных покровов, пульсация сонных артерий. Границы сердца увеличены влево и вниз. На верхушке прослушивается пресистолический шум. На аорте II тон резко ослаблен, диастолический шум. Пульс скорый, высокий, большой. АД 140/90 мм рт.ст. На ЭКГ - левограмма, признаки гипертрофии левого желудочка. Рентгенологически - увеличение левого желудочка с подчеркнутой сердечной талией.

А. Ваш диагноз?

Б. Как расценить пресистолический шум на верхушке сердца?

В. Какая конфигурация сердца в данном случае?

Г. Какой будет звучность I тона?

8. К ревматологу обратился больной Т., 40 лет, с жалобами на ознобы, потливость, повышение температуры в течение месяца до 37,5-38,0. В анамнезе ревматизм, недостаточность митрального клапана, по поводу которого находится на учете у ревматолога. Объективно: бледность кожных покровов с умеренным желтушным оттенком, рассеянная единичная петехиальная сыпь. Пульс учащен, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Сердце расширено влево - на 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии, верхушечный толчок в области 6-го межреберья. I тон на верхушке ослаблен, II тон ослаблен на аорте. Выслушивается систолический шум на верхушке и диастолический во II межреберье справа. АД 150/60 мм рт.ст. Живот: умеренно увеличена печень и селезенка.

А. Что должен заподозрить врач?

Б. Какое исследование он должен назначить для подтверждения диагноза?

В. Дайте характеристику верхушечного толчка?

Г. Возможно ли в данном случае появление симптома Мюсе?

9. К больному К., 60 лет вызван врач скорой помощи. Больной жаловался на резкую давящую боль за грудиной, которая распространялась в левую руку, шею, челюсть и резко усиливалась при движении. Объективно: умеренная бледность кожных покровов, пульс частый. Сердце: левая граница расширена, на верхушке I тон ослаблен, II тон усилен на легочной артерии, тахикардия.

А. О какой патологии сердечно-сосудистой системы должен думать врач?

Б. Какие дополнительные исследования должен он провести?

В. Чем объяснить иррадиацию болей?

Г. Причина усиления II тона на легочной артерии?

10. Больной жалуется на боли в области сердца, усиливающиеся при физическом напряжении. При осмотре определяется бледность кожных покровов, высоких размеров верхушечный толчок. Границы сердца смещены влево и вниз. I тон на верхушке и II тон на аорте ослаблены. Систолический шум на аорте. На ЭКГ левограмма, признаки гипертрофии левого желудочка,

А. О каком поражении сердца нужно думать?

Б. Какие данные Вы получите при исследовании пульса?

В. Куда проводится систолический шум?

Г. Что произойдет с сердечной талией?

11. Больной 26 лет, слесарь, поступил в стационар с жалобами на боли в эпигастрии через 2-3 часа после еды, ночные боли, успокаивающиеся после приема соды, мучительную изжогу, отрыжку, запор. В анамнезе злоупотребление алкоголем, много курит, не соблюдает режим питания. При обследовании болезненность в эпигастрии, больше справа с незначительным мышечным напряжением в этой области. Кислотность желудочного сока повышена.

А. Поставьте диагноз?

Б. Как называются боли, возникающие через 2-3 часа после еды?

В. Назовите факторы риска данного заболевания?

Г. Какими способами можно определить кислотность желудочного сока?

12. Больной 53 года, инженер, поступил в клинику с жалобами на отсутствие аппетита, отвращение к мясной пищи, чувство тяжести в подложечной области, общую слабость. В течение многих лет наблюдался по поводу хронического гастрита. Последние 4-6 месяцев боли в подложечной области приняли постоянный характер, потерял в весе 6 кг. Больной бледен, отмечается болезненность и напряжение брюшной стенки в эпигастральной области. При исследовании желудочного сока ахилия, кал на скрытую кровь положительный.

А. Поставьте предположительный диагноз?

Б. Что можно найти при обследовании лимфатических узлов при данной патологии?

В. Что такое ахилия?

Г. Как называется анализ кала на скрытую кровь, каково его диагностическое значение и как происходит подготовка больного к этому исследованию?

13. Больная 42 лет жалуется на боли ноющего характера, чувство переполнения в подложечной области, отрыжку после приема пищи, тошноту, рвоту, плохой аппетит, понос, вздутие живота. Болевой синдром беспокоит в течение 2 лет. В стационар направлена на обследование. Объективно: пониженного питания, тургор кожи снижен, язык обложен, отмечается болезненность в эпигастрии. При исследовании желудочного сока - общая кислотность 10, свободная соляная кислота 0, после введения 0,6 мг гистамина свободная соляная кислота 0. Реакция на молочную кислоту отрицательная. При гастроскопии отмечается бледность и истонченность слизистой оболочки.

А. О какой патологии желудка можно думать?

Б. Почему при данной патологии наблюдается склонность к поносам?

В. Какова масса тела больной, если при исследовании желудочного сока ей проводили простой гистаминовый тест?

Г. О чем свидетельствует наличие молочной кислоты в желудочном соке?

14. Больной Р., 43 года, фармацевт. Жалуется на голодные, поздние и ночные боли в подложечной области, изжогу, отрыжку. Аппетит сохранен и даже повышен. Болен с юношеских лет, обострения наступают часто в осеннее время года, питается нерегулярно, много курит. При наружном осмотре больной пониженного питания, при поверхностной и глубокой пальпации живота болезненность в пилородуоденальной зоне, кислотность и секреция натощак и после стимуляции - повышены. Рентгенологически - "ниша" в стенке луковицы 12-перстной кишки, имеется наличие скрытой крови в кале.

А. О каком заболевании следует думать?

Б. Какая отрыжка характерна при повышенной кислотности желудочного сока?

В. Какое нарушение стула чаще встречается при данной патологии?

Г. Назовите возможные осложнения данного заболевания?

15. Больной Б., 35 лет, токарь, обратился в больницу с жалобами на постоянные, ноющие боли опоясывающего характера, иррадиирующие в спину, особенно интенсивные по ночам. Объективно: болезненность при пальпации эпигастральной области. В крови - лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ.

А. Поставьте предварительный диагноз?

Б. Назовите диспепсические расстройства, наиболее характерные для данной патологии?

В. Какие дополнительные исследования необходимо провести в данном случае?

Г. Каковы наиболее частые причины развития данной патологии?

16**.** Больной 48 лет, бухгалтер, обратился в поликлинику с жалобами на периодически возникающие схваткообразные боли в животе, хронический запор, головные боли, раздражительность. Результаты копрологического исследования выявили, что кал имеет твердую консистенцию, форму "овечьего кала", цвет коричневый, на поверхности слизь.

А. Каков Ваш диагноз?

Б. Назовите основной патогенетический механизм данного заболевания?

В. Какие объективные данные Вы получите при исследовании ЖКТ?

Г. Какие дополнительные методы исследования назначите для подтверждения диагноза?

17. Больной К., 44 года, рабочий, обратился в поликлинику с жалобами на ощущение полноты и боль в эпигастрии, на рвоту съеденной накануне пищей, на общую слабость, похудание. Со слов больного было установлено, что он страдает с 30 лет язвенной болезнью желудка. Последнее обострение было в 33 года. Объективно: сухость и шелушение кожи, тургор и эластичность снижены. В области желудка видимая перистальтика. При перкуссии определяется шум плеска.

А. Каков наиболее вероятный диагноз?

Б. Выделите основные синдромы данного заболевания?

В. Какие дополнительные методы необходимо назначить для подтверждения диагноза?

Г. Назовите осложнения язвенной болезни?

18. Больная А., 36 лет поступила и стационар с жалобами на боли в правом подреберье, иррадиирующие в подложечную область и под правую лопатку, субфебрильную температуру. Больна около 5 лет, ухудшение наступило после приема жирной пищи. При пальпации болезненность в точке желчного пузыря, положительный френикус-симптом. При дуоденальном зондировании в порции "В" большое количество лейкоцитов и эпителиальных клеток.

А. Какое заболевание у больной?

Б. Как можно получить порцию "В"?

В. Какие факторы предрасполагают к этому заболеванию?

Г. В каких случаях определяется положительный симптом Курвуазье?

19. При обследовании больного Г., 48 лет обнаружено увеличение живота, более отчетливое в нижнем отделе. Пупок выпячен. На коже грудной клетки телеангиоэктазии, на коже живота - расширенные вены, определяется асцит. Печень увеличена, плотная, край ее острый, поверхность мелкобугристая, безболезненная при пальпации. В крови анемия, лейкопения. В анамнезе перенесенный гепатит В.

А. О каком заболевании следует думать?

Б. Выделите основные синдромы данного заболевания?

В. Какие дополнительные методы исследования помогут подтвердить Ваш диагноз?

Г. Какие факторы предрасполагают к этому заболеванию?

20. Больной 3., 68 лет поступил с жалобами на отсутствие аппетита, вздутие живота, резкое похудание, постоянные боли в области правого подреберья. При осмотре - истощен, печень бугристая, каменистой консистенции. Размеры печени по Курлову- 14,12,10 см. В крови анемия, лейкоцитоз.

А. О чем следует думать?

Б. Какие дополнительные методы исследования можно применить для уточнения диагноза?

В. Какие осложнения данного заболевания Вы знаете?

Г. Назовите нормальные размеры печени по Курлову?

21. Больного беспокоят боли в левом боку при дыхании, кашле. Кашель с небольшим количеством слизистой мокроты. Температура тела 37,6 гр. Левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. При перкуссии слева от VI ребра определяется притупленно-тимпанический тон. Дыхание ослабленное везикулярное на этом участке. Прослушивается сripitatio redux, шум трения плевры по передней аксилярной линии. Голосовое дрожание и бронхофоння усилены.

А. О каком патологическом процессе можно думать?

Б. Каков механизм образования крепитации?

В. Чем объяснить ослабление везикулярного дыхания над пораженным участком легкого?

Г. Что выявится на рентгенограмме легких?

22. Беспокоит резко выраженная одышка при малейшем движении, кашель сухой, редкий. Левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, межреберные промежутки сглажены. Голосовое дрожание слева от 1V ребра по всем топографическим линиям не проводится. При перкуссии на этом участке определяется абсолютно тупой звук. При аускультации дыхание здесь же не прослушивается, бронхофония не проводится. Пространство Траубе не определяется.

А. О каком патологическом синдроме можно думать?

Б. Какие дополнительные методы исследования помогут в постановке диагноза?

В. Как определить характер жидкости, находящейся в плевральной полости?

Г. Что будет с легочной тканью выше IV ребра?

23. У больного внезапно начались сильные боли в левой половине грудной клетки, кашель, обильное кровохарканье, температура тела повысилась до 38,2 гр. Грудная клетка несколько отстает в акте дыхания. При перкуссии слева по средней и задней аксилярным линиям от V до VI1 ребра участок притупления легочного звука. При аускультации под этим участком притупленного звука дыхание с бронхиальным оттенком, прослушивается крепитация и шум трения плевры по задней аксилярной линии. Голосовое дрожание и бронхофония здесь же усилены.

А. О каком патологическом процессе у больного Вы думаете?

Б. Чем объясняется усиление голосового дрожания и бронхофонии над пораженным участком?

В. Какой из дополнительных методов исследования наиболее важен для подтверждения диагноза?

Г. Какие изменения в общем анализе крови наиболее вероятны?

24. Беспокоит кашель с небольшим количеством слизистой мокроты по утрам, в течение последних 5-6 лет. Грудная клетка равномерно участвует в акте дыхания. Перкуторно на симметричных участках определяемся легочный тон. При аускультации дыхание на всем протяжении везикулярнoe, прослушиваются рассеянные сухие жужжащие хрипы, единичные мелкого и среднего калибра незвучные влажные хрипы. Голосовое дрожание и бронхофония не изменены.

А. О каком патологическом процессе можно думать?

Б. Какой фактор риска является наиболее характерным для данной патологии?

В. Назовите механизм образования сухих хрипов?

Г. Какие изменения впоследствии развиваются в легочной ткани?

25. Больного беспокоят приступы удушья, возникающие внезапно, чаще ночью. Одышка во время приступа носит преимущественно экспираторный характер, кашель сухой. Дыхание у больного довольно громкое, в дыхательный акт включена дополнительная мускулатура. Грудная летка расширена. При перкуссии определяется слегка коробочный тон. При аускультации в нижне­боковых отделах дыхание везикулярное ослабленное, на остальном протяжении жесткое. Дыхание заглушается множеством свистящих сухих хрипов. Голосовое дрожание и бронхофония ослаблены.

А. О каком патологическом процессе Вы думаете?

Б. О чем свидетельствует коробочный оттенок перкуторного звука?

В. Как называются хрипы слышимые на расстоянии?

Г. Назовите макро- и микроскопические особенности мокроты при данном заболевании?

26. У больного выраженная одышка в покое. Левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Голосовое дрожание слева от III ребра по всем топографическим линиям не проводится. При перкуссии слева от III ребра по всем топографическим линиям определяется громкий низкий тимпанический звук. При аускультации слева на этом же участке дыхание нe прослушивается, бронхофония не проводится.

А. О каком патологическом процессе можно думать?

Б. Назовите возможные причины развития данной патологии?

В. Дайте характеристику тимпанического звука?

Г. Будет ли сохранено в данной ситуации пространство Траубе?

27. Беспокоит кашель с мокротой слизисто-гнойного характера. Температура тела 37,8 гр. Грудная клетка правильной формы, активно участвует в акте дыхания. При перкуссии на всем протяжении легких слышен низкий легочный тон. При аускультации дыхание жесткое, влажные среднего калибра незвучные хрипы, единичные рассеянные жужжащие хрипы. Бронхофония и голосовое дрожание не изменены.

А. О каком патологическом процессе Вы думаете?

Б. Разновидностью какого дыхательного шума является жесткое дыхание, дайте его характеристику?

В. Почему в данном случае влажные хрипы будут незвучными?

Г. Могут ли данные голосового дрожания и бронхофонии не совпадать?

28. У больного кашель усиливается по утрам на левом боку, легко отхаркивается большое количество гнойной жидкой мокроты. В течение многих лет часто лечился с воспалением легких, бронхов. При осмотре определяются пальцы в виде барабанных палочек. Грудная клетка справа несколько отстает в акте дыхания. При перкуссии справа на участке от VI1 до IX ребер по задней аксилярной и лопаточной линиям определяется тимпанический тон. При аускультации на этом же участке дыхание бронхиальное, крупнопузырчатые звучные влажные хрипы. Голосовое дрожание и бронхофония усилены.

А.О каком патологическом процессе можно думать?

Б. Чем объяснить усиление голосового дрожания и бронхофонии над пораженным участком?

В. Почему мокрота лучше отходит на левом боку и как называется это положение?

Г. Какой их дополнительных методов исследования позволит подтвердить диагноз?

29. Беспокоит кашель с отделением слизистой мокроты. Температура тела 38,2 гр. Грудная клетка правильной формы, обе ее половины равномерно участвуют в акте дыхания. При сравнительной перкуссии справа от угла лопатки (от VI1 до IX ребра) определяется участок притупленного звука. На этом же участке прослушивается смешанное дыхание, влажные мелкопузырчатые звучные хрипы. Голосовое дрожание и бронхофония здесь же проводится усиленно.

А. О каком патологическом процессе Вы думаете?

Б. Объясните механизм возникновения мелкопузырчатых звучных хрипов?

В. Какие данные Вы получите при исследовании мокроты?

Г. Какой метод исследования подтвердит диагноз?

30. Беспокоит кашель с мокротой зеленого цвета, которая отделяется в течение всего дня. Грудная клетка правильной формы, активно участвует в акте дыхания. При перкуссии слева под ключицей от II до IV ребра| по среднеключичной линии определяется тимпанический тон, дыхание в этой области амфорическое, влажные хрипы. Бронхофония и голосовое дрожание здесь же резко усилены.

А. О каком патологическом процессе Вы думаете?

Б. Разновидностью какого дыхательного шума является амфорическое дыхание?

В. Дайте характеристику тимпанического перкуторного звука?

Г. Какие данные Вы получите при исследовании мокроты?

31. В поликлинику обратился больной К., 34 лет с жалобами на апатию, ухудшение памяти, постоянную сонливость, снижение работоспособности. При осмотре отмечается бледность кожи с желтушным оттенком. Кожа сухая, холодная, шелушащаяся. При исследовании сердца отмечается брадикардия и приглушенность сердечных тонов. В крови высокий уровень холестерина.

А. Поставьте предварительный диагноз?

Б. Какое АД характерно для данной патологии?

В. Какое исследование необходимо провести для подтверждения данного диагноза?

Г. Как называется далеко зашедшая форма данной патологии?

32. В стационар скорой помощью доставлен больной К., 27 лет в бессознательном состоянии. В кармане больного обнаружена шприц-ручка для введения инсулина. При осмотре отмечается бледность и влажность кожных покровов, повышение мышечного тонуса, судороги, зрачки расширены, тонус глазных яблок не изменен. Пульс частый, тоны приглушены, АД 130/80 мм pт .ст.

А. Поставьте предварительный диагноз?

Б. Назовите наиболее частые причины, приводящие к данному осложнению?

В. Ваша тактика?

Г. Что предшествует развитию данного осложнения (опишите клинику)?

33. Больная Д., 45 лет обратилась к участковому терапевту с жалобами на потливость, сильное дрожание во всем теле, постоянное сердцебиение, частый жидкий стул. При осмотре обращает на себя внимание суетливость больной, общее истощение, выраженный экзофтальм. АД 160/70 мм рт. ст., тахикардия 130 в мин., тоны сердца громкие, систолическим шум на верхушке.

А. Поставьте предварительный диагноз?

Б. Какие нарушения ритма наиболее часто встречаются при данной патологии?

В. Объясните происхождение систолического шума на верхушке сердца?

Г. Какие дополнительные исследования необходимо провести?

34. Больная Л .,54 лет обратилась к дерматологу с жалобами на кожный зуд, гнойничковое поражение кожи. Периодически беспокоит сухость во рту, жажда. Объективно: повышенного питания. Язык суховат. Кожные покровы со следами расчесов, множественные гнойничковые высыпания на коже живота, бедер.

А. О каком заболевании можно думать?

Б. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?

В. Какие поздние осложнения возможны при данном заболевании?

Г. В каком случае необходимо проводить тест толерантности к глюкозе?

35. Больной В., 19 лет доставлен скорой помощью с жалобами на выраженную сухость во рту, жажду (выпивает до 15 л жидкости), частое, обильное мочеиспускание, одышку. Данные жалобы появились 2 недели назад после перенесенного гриппа и неуклонно нарастали. Похудел на 10 кг. Объективно: заторможен, пониженного питания, кожные покровы сухие, тургор снижен, на лице рубеоз, язык сухой, обложен коричневым налетом. Дыхание частое, шумное, в окружающем воздухе запах ацетона. АД 100/50 мм рт.ст.

А. Назовите предположительный диагноз?

Б. Какие дополнительные исследования необходимо провести?

В. Тактика ведения данного больного?

Г. Как называется описанное дыхание?

36. Молодой человек 25 лет жалуется на боли в горле при глотании, кровоточивость десен, слабость, потливость. Болен в течение 2 недель. Бледен, пальпируются умеренно увеличенные переднешейные и заднешейные лимфоузлы. Зев гиперемирован, отмечаются язвенно-некротические налеты на миндалинах, десны разрыхлены. Со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. Температура - 37,3 гр. В крови: Нв - 70 г/л, лейкоциты - 10 тыс., бластные клетки -76%. СОЭ -27 мм/час.

А. Ваш диагноз?

Б. Дайте характеристику лимфоузлов при данной патологии?

В. Что такое лейкемический провал?

Г. Назовите дополнительные методы исследования необходимые для подтверждения данного заболевания?

37. Больной, 63 года, жалобы на похудание, слабость, одышку. Выявлено увеличение шейных и подмышечных лимфоузлов. Последние безболезненны, подвижны. Анализ крови: Нв - 82 г/л, эритроциты -3,7 млн., лейкоциты - 117 тыс., лимфоциты - 62%, преимущественно зрелые формы. СОЭ - 19 мм/час.

А. Ваш диагноз?

Б. Назовите возможные этиологические факторы заболевания?

В. Что такое тени Боткина-Гумпрехта?

Г. Возможно ли при данном заболевании нагноение лимфоузлов?

38. Больная жалуется на общую слабость, потерю трудоспособности, плохой аппетит. Больной себя считает 7 лет. При общем осмотре обнаружено резкое истощение больной, живот значительно увеличен, больше в верхней части. При его пальпации определяется резкое увеличение печени и особенно селезенки. В крови: НВ -90 г/л, эритроцитов - 2,5 млн., лейкоцитов - 400 тыс, эозинофилов - 7%, базофилов - 6%, бластов - 1%, промиелоцитов – 3% , миелоцитов - 6%, юных нейтрофилов - 10%, палочкоядерных - 17%, сегментоядерных - 35%, лимфоцитов 10%, моноцитов - 5%. Тромбоцитов -90 тыс. СОЭ - 42 мм/час.

А. Ваш диагноз?

Б. Как называется увеличение печени и селезенки?

В. При каких заболеваниях наблюдается увеличение селезенки?

Г. Какие дополнительные методы исследования подтвердят Ваш диагноз?

39. Больной Б., 52 лет, страдает геморроем. В течение длительного времени отмечает частые ректальные необильные кровотечения. В настоящее время жалуется на быструю утомляемость, общую слабость, головокружение, шум в ушах. При исследовании больного отмечается бледность кожных покровов и слизистых оболочек, одутловатость лица, пастозность голеней. Границы сердца не изменены, при аускультации определяется систолический шум на верхушке. При исследовании крови - уменьшение количества Нв, эритроцитов, снижение цветного показателя. Эритроциты уменьшены в размерах. Количество ретикулоцитов увеличено.

А. Как объяснить изменение крови, имеющееся у больного?

Б. Чем объяснить наличие систолического шума на верхушке сердца?

В. Что такое сидеропенический синдром?

Г. Назовите нормальный уровень Нв и эритроцитов в периферической крови?

40. Больная 37 лет, жалуется на слабость, головокружение, потемнение в глазах, парастезии в стопах и неустойчивость походки. При осмотре выявлена некоторая желтушность кожных покровов, печень выступает из-под края реберной дуги на 4,5 см. В крови: Нв -70 г/л, ЦП - 1,4, лейкоциты - 4,5 тыс, СОЭ - 12 мм/час. При гастроскопии атрофический гастрит, при исследовании желудочного сока - ахилия.

А. Ваш диагноз?

Б. Назовите наиболее частые причины, приводящие к данному заболеванию?

В. Какой вариант анизоцитоза характерен для данной патологии?

Г. Что такое «тельца Жолли» и «кольца Кебота»?

41. Больного И.,50 лет, скорая помощь доставила в терапевтическое отделение с жалобами на резкую острую боль в поясничной области, иррадиирующую вниз живота и мошонку. Боли усиливаются при малейшем движении и длятся 2-3 часа. Мочеиспускание во время приступа учащено, затруднено, болезненно. Подобные приступы за последний год были дважды. В конце приступа появляется красная моча. Объективно: бледность кожных покровов, вынужденное положение. Резко положительный с-м Пастернацкого справа. В моче много эритроцитов, соли.

А. О каком процессе следует подумать врачу в первую очередь?

Б. Какие дополнительные методы исследования подтвердят его мысль?

В. Как называется наличие эритроцитов в моче и для каких заболеваний это характерно?

Г. Что может провоцировать возникновение подобной клинической ситуации?

42. Больной М.,45 лет, обратился к врачу с жалобами на выраженные отеки по всему телу. К утру отеки увеличиваются. За 3 года до развития заболевания в течение 6 лет был свищ в области левой голени. Объективно: кожные покровы бледные, видны отпечатки складок белья, отеки особенно выражены на лице, конечностях и меньше на туловище, мягкие, подвижные. АД не повышено. В крови - 4,5% белка ( гипопротеинемия). В моче: уд.вес - 1035, белок – 10 г/л, в осадке много гиалиновых и зернистых цилиндров, 5-6 клеток почечного эпителия в поле зрения. Количество мочевины и остаточный азот в сыворотке крови в пределах нормы. Функциональная проба по Зимницкому не изменена.

А. О каком заболевании можно думать?

Б. Какие причины приводят к данной патологии?

В. Что такое нефротический синдром и имеет ли он место в данной ситуации?

Г. Укажите основной механизм развития отеков при данной патологии?

43. Больной М., 45 лет, вызвал участкового врача па дом и предъявил следующие жалобы: в течение последнего месяца его беспокоят сильные головные боли и кожный зуд, боли в области желудка, тошнота рвота и жидкий стул. Из анамнеза известно, что много лет страдает каким-то заболеванием почек. Объективно: на коже рук, грудной клетки видна петехиальная сыпь и признаки расчесов, кожа сухая, у корней волос беловатая пыль, запах аммиака в выдыхаемом воздухе, шумное дыхание Куссмауля. В области сердца выслушивается шум трения перикарда. Живот болезненный при пальпации по ходу толстого кишечника и в эпигастральной области.

А. Чем обусловлена данная клиническая картина?

Б. Какие заболевания наиболее часто приводят к данному клиническому состоянию?

В. Назовите наиболее вероятные цифры суточного диуреза у данного больного?

Г. Что такое гипоизостенурия ?

44. Больной И., 30 лет, пожаловался участковому врачу на усилившуюся слабость, головные боли, одышку, ноющие боли в поясничной области, утренние отеки на лице. Болен 10 лет. Объективно: кожные покровы бледные, лицо одутловатое. Сердце: увеличено влево, тахикардия, акцент II тона на аорте. Легкие и живот без патологических

изменений. Моча: уд. вес 1011, белок - 850 мг/л, эритроциты - 5-10 выщелоченных в поле зрения, цилиндры - единичные зернистые и гиалиновые, клетки почечного эпителия - единичные. Пробa по Зимницкому: уд вес - 1011,1012, 1011,1010, 1012, 1011, 1012, 1012; количество - 50мл, 60мл, 50мл, 70мл, 60мл, 50мл, 40 мл, 30 мл.

А.О какой патологии следует думать на основании описанных признаков?

Б. Выделите основные синдромы?

В. Какие изменения имеют место в анализе по Зимницкому?

Г. Какое количество белка в моче характерно для нефротического синдрома?

45. Больная П., 19 лет, жалуется на отеки всего тела, но преимущественно на лице, головную боль, постоянную ноющую боль в поясничной области и мочу цвета "мясных помоев". Заболевание началось остро, 5 дней назад. При обследовании обнаружена бледность кожных покровов, общие отеки с преимущественной локализацией на лице, вокруг глаз. Напряженный редкий пульс, повышенное АД. Приглушение сердечных тонов и слабый систолический шум на верхушке сердца. В моче: уд вес - 1023, белок 330 мг/л, в осадке лейкоциты, выщелоченные эритроциты, зернистые цилиндры, клетки почечного эпителия.

А. Какое заболевание у больной?

Б. Выделите основные синдромы данного заболевания?

В. Что является наиболее частой причиной данной патологии?

Г. Каков механизм повышения АД в данном случае?

46. Больной Х.,48 лет, обратился к участковому врачу с жалобами на боли при мочеиспускании, боль в поясничной области, учащенное мочеиспускание, озноб, повышение температуры до 38 гр. Объективно: лихорадка, положительный симптом Пастернацкого слева. Моча мутная, с хлопьями, удельный вес мочи умеренно повышен, реакция щелочная, лейкоциты покрывают все поля зрения, единичные эритроциты. АД нормальное. Со стороны других органов патологии не обнаружено.

А. О какой патологии следует подумать врачу?

Б. Как называется болезненное мочеиспускание?

В. Что из дополнительных методов исследования поможет подтвердить диагноз?

Г. Какова особенность болевого синдрома при данном заболевании?

47. У больной, 21 года, срочные роды. При поступлении в родильный дом жалуется на выраженную головную боль, тошноту, массивные отеки ног, промежности, лица. При осмотре заторможена. Через час на вопросы не отвечает, появились тонические судорожные, подергивания мышц голеней, рвота. АД 230/120 мм рт. ст.

А. О какой патологии Вы думаете?

Б. Сочетание каких симптомов приводит к данному осложнению?

В. Какова должна быть тактика врача?

Г. При каких заболеваниях может наблюдаться подобная клиническая картина?

48. Больной, 39 лет, находится на стационарном лечении по поводу рожистого воспаления на левой голени. В течение недели стал отмечать лихорадку, увеличение массы тела (ежедневно на 1,5-2 кг), отеки ног, увеличение живота в объеме, головную боль в затылочной области, сопровождающуюся тошнотой, рвотой, мочу цвета "мясных помоев".

А. О какой патологии идет речь?

Б. Почему данная патология развилась на фоне рожистого воспаления?

В. Каков патогенетический механизм отечного синдрома при данном заболевании?

Г. Назовите составляющие мочевого синдрома при данном заболевании?

49. Больной Д.,50 лет, в анамнезе частые ангины, цвет мочи "мясные помои", отеки на лице. За медицинской помощью не обращался. Последние 3-4 года стал отмечать кожный зуд, сухость во рту, жажду.

А. О какой патологии можно думать?

Б. Какие обследования необходимо провести?

В. Что предполагаете увидеть в общем анализе мочи?

Г. Чем объяснить наличие кожного зуда при данной патологии?

50. Больная Т.,25 лет, неоднократно лечилась по поводу цистита. После перенесенного ОРВИ почувствовала боли в поясничной области, больше справа, учащенное болезненное мочеиспускание, озноб, повышение температуры до 38 гр. В анализе мочи - большое количество лейкоцитов, уд. вес 1012.

А. О каком заболевании можно думать?

Б. Как называется учащенное болезненное мочеиспускание?

В. Назовите особенность болевого синдрома в поясничной области при данной патологии?

Г. Какие изменения Вы обнаружите при проведении пробы Томпсона?

Утверждены на заседании кафедры пропедевтики внутренних болезней и терапии с курсом ПО

протокол № 9 от « 24 » апреля 2023 г.

 Зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней и терапии с курсом ПО

д.м.н., проф. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Шестерня П.А.