

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

ЗАДАЧИ К ЭКЗАМЕНУ

на 2019 - 2020 годы

**по дисциплине «Госпитальная терапия, эндокринология», 6 курса
для специальности 31.05.01 – “Лечебное дело”**

УТВЕРЖДАЮ
проректор по учебной работе
Д.М.Н., доцент. И.А. Соловьева
«15» апреля 2020 г.



Гематология

Задача 1

В стационаре находится больной, 20 лет, которого беспокоит головная боль, общая слабость, носовые кровотечения. Болен недавно, не лечился. При осмотре: очень бледен, изо рта гнилостный запах. Десна разрыхлены, кровоточат. При осмотре зева гипертрофия миндалин, на слизистой щек и твердого неба кровоизлияния и некрозы. Температура тела 38,6°. Пальпируются небольшие периферические лимфоузлы. В анализе крови Нв 50г/л, эритроциты 1,67, тромбоциты единичные в препарате, лейкоциты 122,0, СОЭ 75мм/ч, п/я 1%, с/я 4%, бласты 56%.

1. Выделите ведущие синдромы.
2. Сформулируйте диагноз
3. Назначьте дообследование
4. Что не типично в гемограмме?
5. Назначьте терапию

Задача 2

Больная Г., 58 лет, поступила в гинекологическую клинику по поводу маточного кровотечения. Кроме того, больная жаловалась на повышенную потливость, слабость, отсутствие аппетита, похудание, боли в правом и левом подреберьях, легкое образование синяков. Считает себя больной в течение 2 мес, когда появились и стали нарастать вышеперечисленные жалобы. Маточное кровотечение возникло в день поступления, было

значительным. Перенесенные заболевания отрицает. Вредных привычек нет. Менопауза в течение 10 лет.

При осмотре: состояние тяжелое. Температура тела 36,9 °С. Больная нормостенического телосложения, рост - 165 см, вес - 68 кг. Кожные покровы бледные, умеренно влажные, кожа дряблая. На коже предплечий небольшие многочисленные геморагии. Отеков нет. Лимфоузлы не увеличены. Костная система не изменена. Пальпация костей черепа, грудной клетки, позвоночника, конечностей безболезненна, трубчатых костей - болезненна. ЧД - 22 в минуту. При аускультации над легкими определяется жесткое дыхание, хрипов нет. При аускультации сердца тоны глухие. Шумов нет. ЧСС - 100 в минуту. Ритм правильный. АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на 3 см ниже края правой реберной дуги, край печени плотный, ровный, гладкий, безболезненный. При осмотре области селезенки отмечается выбухание в левой половине живота. Селезенка выступает из-под реберного края на 13 см, плотная, безболезненная, поверхность гладкая. При перкуссии селезенки по X ребру: длинник - 25 см, поперечник - 20 см (между IX и XI ребрами).

Анализ крови: НЬ - 108 г/л, эритроциты - $3,3 \times 10^{12}$ /л, цветной показатель - 0,9, тромбоциты - 110×10^9 /л, лейкоциты - 98×10^9 /л, метамиелоциты - 2 %, миелоциты - 20 %, палочкоядерные - 20 %, сегментоядерные - 45 %, эозинофилы - 1 %, лимфоциты - 12 %. СОЭ - 55 мм/ч.

Анализ мочи: удельный вес - 1020, белок - следы, лейкоциты - 2-4 в поле зрения, много уратов.

1. Какие симптомы и синдромы имеются у больной?
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Какое осложнение развилось у больной?
4. Какие дополнительные исследования необходимо провести больному для подтверждения диагноза?
5. Назначьте лечение.

Задача 3

50-летняя больная обратилась с жалобами на частые головные боли, чувство тяжести в голове, жгучие боли в кончиках пальцев рук, в меньшей степени - ног, кожный зуд после принятия ванны. Вышеуказанные жалобы стала отмечать несколько месяцев назад. К врачам не обращалась. В последнее время отмечала изменение цвета концевых фаланг пальцев. При

амбулаторном исследовании выявлено повышение АД и изменения на ЭКГ. Госпитализирована с диагнозом: «артериальная гипертензия».

Объективно: красно-цианотичная окраска кожи лица, изменение цвета концевых фаланг пальцев рук. АД - 170/100 мм рт.ст. ЧСС - 88 в минуту. Пальпируется увеличенная селезенка, выступающая на 3 см.

Клинический анализ крови: Нб - 170 г/л, эритроциты - 7×10^{12} /л, гематокрит - 55 %, лейкоциты - 12×10^9 /л, базофилы - 3 %, эозинофилы - 6 %, метамиелоциты - 2 %, палочкоядерные - 8 %, сегментоядерные - 70 %, лимфоциты - 8 %, моноциты - 3 %, тромбоциты - 600×10^9 /л. СОЭ - 2 мм/ч.

В стационаре на фоне головокружения больная упала, при этом развилась резкая слабость в левых конечностях, заторможенность. Через несколько часов состояние вернулось к исходному, сила и движения в конечностях восстановились. Приглашен на консультацию невролог, который не выявил очаговой неврологической симптоматики.

1. Как расценить эпизод падения больной и развившуюся неврологическую симптоматику?
2. Какие изменения со стороны периферической крови имеются у больной?
3. Как обозначить симптомокомплекс (жалобы, внешний вид), наблюдаемый в пальцах рук больной?
4. Ваш диагноз
5. Какой наиболее информативный диагностический метод следует использовать в данной ситуации?

Задача 4

Больной В., 48 лет, обратился к участковому врачу с жалобами на боли в горле при глотании и повышение температуры до 38 °С. Накануне он повторно пил холодную воду, ел мороженое. Перенесенные заболевания: ОРВИ - раз в год. Семейный анамнез не отягощен. Вредных привычек нет.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела 38,3 °С. Больной нормостенического телосложения, рост - 168 см, вес - 66 кг. Кожные покровы бледные, умеренно влажные, эластичность кожи хорошая. Отеков нет. Отмечается припухание боковых поверхностей шеи с обеих сторон. Пальпируются безболезненные, подвижные, не спаянные между собой и окружающими тканями, плотноватой консистенции шейные лимфатические узлы, размером с грецкий орех. Подчелюстные лимфоузлы размером с горошину, умеренно болезненные с обеих сторон. Другие группы лимфатических узлов не пальпируются. При осмотре костей черепа, грудной клетки, позвоночника, конечностей болезненность и деформации не отмечаются. ЧД - 16 в минуту. При аускультации над легкими определяется везикулярное дыхание, хрипов нет. При аускультации сердца тоны звучные.

Шумов нет. Ритм правильный. ЧСС - 85 в минуту. АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется у края правой реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

Анализ крови: эритроциты - $4,6 \times 10^{12}/л$, НЬ - 120 г/л, тромбоциты - $255 \times 10^9/л$, лейкоциты - $20,3 \times 10^9/л$, палочкоядерные - 3%, сегментоядерные - 44 %, эозинофилы - 2 %, лимфоциты - 50 %, моноциты - 1 %. СОЭ - 35 мм/ч, в миелограмме 60 % лимфоцитов.

Проводилось лечение амоксициллином по 3 г/сут в течение 8 дн. Воспалительные изменения в горле исчезли, нормализовались подчелюстные лимфоузлы. Шейные лимфоузлы остались без изменения.

1. Какие симптомы и синдромы имеются у больного?
2. Интерпретируйте анализ крови
3. Сформулируйте клинический диагноз.
4. Какие дополнительные исследования проведены больному для подтверждения диагноза и какие необходимо провести?
5. Назначьте лечение.

Задача 5

У больного, 50 лет, в анамнезе в течении нескольких лет пояснично-крестцовый остеохондроз. Последний месяц лечится по поводу обострения практически без эффекта. При обследовании в анализе крови: гемоглобин 125 г/л лейкоциты 4,0 тыс., СОЭ 60 мм/час. В моче: удельный вес 1015, белок 150 г/л. На рентгенограмме пояснично-крестцового отдела – компрессионные переломы L₁-L₃.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Как необходимо верифицировать диагноз?
3. Наметьте план дообследования?
4. План ведения больного.
5. Рекомендации на межкурсовой период.

Задача 6

Больная поступила в гематологическое отделение с жалобами на носовые кровотечения, обильные и длительные месячные, похудание. Больна много лет. Объективно: пониженного питания, в остальном в статусе без особенностей. В анализе крови: Нв 136г/л, эритроциты 3,9 млн., лейкоциты 6,2 тыс., тромбоциты 9,0 тыс., СОЭ 52мм/час. Вес больной 60 кг.

1. Предварительный диагноз?
2. Форма заболевания
3. С чем нужно дифференцировать?
4. Какое необходимо дообследование?
5. Назначьте лечение

Задача 7

Больной, 25 лет, поступил в клинику с жалобами на головокружение, шум в ушах, дегтеобразный стул, боли в крупных суставах и припухание в них. Болен с детства, периодически бывает гематурия, носовые кровотечения, боли в локтевых и коленных суставах. Родители как будто здоровы. В последний год частые повторные почечные кровотечения. Объективно кожа и видимые слизистые бледные. Коленные суставы увеличены в объеме, левый заметно напряжен. Систолический шум над всеми точками сердца.

1. Выделить ведущие синдромы
2. Сформулировать наиболее вероятный диагноз.
3. Наметить план для уточнения диагноза
4. Характерные изменения при исследовании гемостаза
5. Назначьте лечение

Задача 8

Больная, 46 лет, предъявляет жалобы на головокружение, шум в ушах, сердцебиение, одышку при ходьбе. Любит есть мел. В настоящее время месячные нерегулярные, в течение ряда месяцев отсутствуют. Периодически отмечаются приливы к голове. В объективном статусе: бледна, волосы ломкие, на ногтях поперечное исчерчивание. Сердце - мягкий систолический шум над всеми точками. Анализ крови: эритроциты $3,2 \times 10^{12}$ гемоглобин 64 г/л цв.п. 0,6 формула без патологии.

1. Выделите синдромы
2. Чем страдает больная?
3. Какой характер носит нарушение гемопоэза?
4. План уточнения диагноза
5. Назначьте лечение

Задача 9

Больной, 69 лет, поступил в клинику с жалобами на: выраженную слабость, быструю утомляемость, одышку при ходьбе, сердцебиение, головокружение, жжение языка, снижение аппетита, поносы, боли и онемение в нижних конечностях, субфебрильную температуру. Болен около 2-х лет, вначале на слабость и утомляемость не обращал внимания, затем появилась мышечная слабость, боль и онемение в нижних конечностях, в связи с чем обратился к врачу и был госпитализирован.

Объективно: состояние ближе к тяжелому, избыточного питания. Кожные покровы бледные с лимонным оттенком, склеры субиктеричны. Тоны сердца ослаблены, на верхушке выслушивается тихий дующий систолический шум, на яремной вене справа - "шум волчка", пульс -107 в мин., ритмичный, мягкий. Язык влажный, ярко красной окраски, гладкий - "лаковый" (из-за выраженной сглаженности сосочков), на слизистой щёк имеются единичные афты. Пальпируется нижний край печени, выступающий на 2,0 см из-под края рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. При поколачивании по грудице, рёбрам и большеберцовым костям больной ощущает болезненность.

Клинический анализ крови: эритроциты - $2,1 \times 10^{12}$ /л, Нв - 48 г/л, цв.п.- 1,4, ретикулоциты - нет, тромбоциты - 95×10^9 /л, лейкоциты - $3,0 \times 10^9$ /л, СОЭ - 35 мм/час. Гиперхромия эритроцитов, выражен анизоцитоз (макроциты, мегалоциты), пойкилоцитоз, найдены тельца Жолли, кольца Кебота, полисегментация нейтрофилов.

1. Выделите основные синдромы.
2. Поставьте диагноз. С чем необходимо дифференцировать?
3. Что такое тельца Жолли, кольца Кебота?
4. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза и этиологии заболевания?
5. Назначьте лечение.

Задача 10

Больной, 45 лет, обратился с жалобами на вялость, быструю утомляемость, слабость, значительно усиливающуюся во время физической работы. В течение 6 лет страдает хроническим холециститом. При осмотре кожа и слизистые слегка желтушны, пальпируется умеренно болезненная селезенка, выступающая на 3 - 4 см из-под края реберной дуги. В анализе крови гемоглобин 93 г/л эритроциты $3,5 \times 10^{12}$ /л выражен их микросфероцитоз. Анализ мочи: повышен уробилин, большое количество уратов и кристаллов мочевой кислоты. Анализ кала на стеркобилин резко положительный. ЛДГ 675ед/л.

1. Выделите синдромы
2. Какой характер носит анемия у больного.
3. С чем должна проводиться дифференциальная диагностика?
4. Какие исследования необходимо провести?
5. Какое осложнение вероятно имеется у больного
6. Тактика ведения

Пульмонология

Задача 1.

Больная, 35 лет, обратилась к терапевту с жалобами на приступы удушья до 2-3 раз в сутки, приступы кашля с трудноотделяемой скудной мокротой. С детства частые бронхиты, обострения в весенне-осенний период года. На протяжении последних 5 лет наблюдаются приступы удушья с затрудненным выдохом до 1-2 раз в месяц в дневные часы, которые полностью купируются ингаляциями сальбутамола. Ухудшение состояния в течение 1 недели, после переохлаждения. Объективно: состояние средней степени тяжести. Температура 37,6°C. ЧД 20 в минуту. Дыхание жесткое с удлиненным выдохом, слышны сухие свистящие хрипы на выдохе. Пульс 90 в минуту. АД 140/90 мм рт. ст. Живот без особенностей. Отеков нет.

1. Выделите основные синдромы
2. Сформулируйте диагноз
3. Какие лабораторные методы исследования необходимы для уточнения диагноза
4. Какие инструментальные методы исследования необходимы для уточнения диагноза и оценки состояния больной?
5. Лечебная тактика

Задача 2.

Больной, 23 лет, жалуется на периодические приступы экспираторного удушья с кашлем и ощущением хрипов и свиста в груди. Болен 2 года. Приступы возникают чаще ночью (1 – 2 раза в мес) и проходят спонтанно через 1 час с исчезновением всех симптомов. Лекарства не принимал. В весеннее время с детства отмечает явления ринита. Курит по 1.5 пачки в день. У матери - бронхиальная астма. При объективном и рентгенологическом исследовании патологии в межприступном периоде не обнаружено. В анализе крови: эоз. - 6%.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте диагноз
3. Какое обследование необходимо провести?
4. Какое лечение показано данному больному?
5. Вторичная профилактика заболевания

Задача 3.

Пациент К., 65 лет. Жалобы на одышку при физической нагрузке, кашель со скудной мокротой, преимущественно в утренние часы в течение последнего года. Анамнез: В течение многих лет мокрота в небольшом количестве отходила по утрам. Пять лет назад стал замечать одышку при сильной физической нагрузке. В течение последнего года усилились малопродуктивный кашель и одышка. Одышка заставляет делать остановки на расстояние около 100 метров или через несколько минут ходьбы по ровной поверхности. Ранее работал слесарем. Вредные привычки: курит по 1 пачке сигарет в день в течение 45 лет. ФВД: ЖЕЛ– 50%; ОФВ1 = 45%, ОФВ1/ФЖЕЛ – 0,56.

1. Сформулируйте диагноз
2. Выделите основные синдромы
3. Какие обследования необходимо провести?
4. Назначьте лечение при стабильном течении
5. Профилактика заболевания

Задача 4.

Больной, 62 лет, обратился к терапевту по поводу нарастающей одышки, преимущественно экспираторного типа. Много лет курит по 1 - 1,5 пачки сигарет в сутки. Несколько лет отмечает кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой. Одышка беспокоит 2 года. В последнее время одышка появляется при быстрой ходьбе и при подъёме на небольшое возвышение. Температура не повысилась. Принимал бета - стимуляторы без выраженного эффекта. Объективно: Признаки эмфиземы легких. При аускультации дыхание с удлиненным выдохом, сухие хрипы на выдохе. АД -180/105 мм. Пульс 90 в минуту. При рентгенографии: усиленный легочный рисунок, эмфизема легких. Спирография после пробы с бронходилататором: модифицированный индекс Тиффно - 55%, ОФВ1 - 56%. Прирост ОФВ1 – 9%.

1. Назовите физикальные признаки эмфиземы легких
2. Признаки бронхиальной обструкции
3. Выделите основные синдромы
4. Сформулируйте диагноз
5. Какое лечение следует назначить больному

Задача 5.

Женщина, 40 лет, стала отмечать в последние 3 - 4 месяца слабость одышку, сухой кашель, субфебрильную температуру, боли в голеностопных суставах. На рентгенограмме выявлено увеличение внутригрудных лимфатических узлов, усиленный петлистый рисунок в прикорневых и нижних отделах легких.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Какая стадия заболевания?
3. План уточнения диагноза
4. Какие изменения могут быть выявлены на коже?
5. Тактика ведения

Задача 6.

У 57-летнего больного в последние несколько месяцев нарастает одышка. Анамнез без особенностей. Объективно: акроцианоз, пальцы в виде барабанных палочек, в легких на фоне ослабленного дыхания незвонкие хрипы, напоминающие крепитацию, имеется акцент 2-го тона на легочной артерии. Рентгенологически: двустороннее усиление легочного рисунка и изменения по типу «сотового легкого» в нижних и периферических зонах легких. Размеры сердца не изменены, выбухает конус легочной артерии. На ЭКГ признаки гипертрофии правого желудочка.

1. Выделить основные клинические синдромы
2. О каком заболевании можно думать
3. Обоснуйте диагноз
4. Определить круг заболеваний для дифференциальной диагностики
5. Наметить план обследования

Задача 7.

Участковый врач был вызван на дом к больному 38 лет, у которого накануне появилась лихорадка до $38,5^{\circ}\text{C}$, кашель с небольшим количеством мокроты, боли в левом боку при глубоком дыхании и кашле. До этого был вполне здоров. В прошлом заболеваний легких не было. Курит 10 сигарет в день. При обследовании врач обнаружил слева в нижней доле ослабленное дыхание и мелкопузырчатые влажные хрипы. Пульс 82 в мин. АД 120/75 мм.рт.ст., температура $37,8^{\circ}\text{C}$.

1. Поставьте диагноз

2. Выделите ведущие клинические синдромы
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести больному для уточнения диагноза?
4. Какое антибактериальное лечение показано?
5. Профилактика

Эндокринология

Задача 1.

На приём к участковому терапевту обратилась пациентка 56 лет
Жалобы: на сухость во рту, жажду, онемение стоп, боли в ногах (преимущественно ночью), судороги в икроножных мышцах, парестезии.
Анамнез заболевания. В течение 4 лет страдает сахарным диабетом, заболевание было выявлено случайно на диспансеризации. Принимает Метформин 1000 мг в сутки; Гликлазид МВ – 30 мг перед завтраком. Эпизодов гипогликемии нет. В течение 3 месяцев гликемия натощак при самоконтроле 8,4-13 ммоль/л. Гликированный гемоглобин – 7,9%. Осложнений диабета ранее не диагностировано. Ведет малоподвижный образ жизни.

Анамнез жизни. Росла и развивалась нормально. В настоящее время не работает (на пенсии), ранее работала поваром. Перенесённые заболевания: гипертоническая болезнь III стадии. Максимальный подъем АД до 170/100 мм. рт. ст. Адаптирован к АД 130-140/80 мм. рт. ст. Принимает гипотензивную терапию: лозартан 100 мг утром, амлодипин 5 мг. Наследственность: сахарный диабет 2 типа у родной тети. Аллергоанамнез: не отягощен. Вредные привычки: отрицает. Часто употребляет хлебобулочные изделия, газированные напитки, жареные и копченые мясные продукты.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 1,76 м, вес 104 кг, индекс массы тела $33,65 \text{ кг/м}^2$, $t \text{ тела } 36,8^\circ\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 72 в минуту. АД 145/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный диагноз.
3. Составьте план обследований.

4. Назовите целевые цифры АД у больных с данной патологией.
5. План лечения. Возможно ли назначение ингибиторов НГЛТ-2 данной пациентки, обоснуйте свой ответ.

Задача 2.

Больная 35 лет обратилась к участковому терапевту.

Жалобы на слабость, быструю утомляемость, головные боли.

Анамнез заболевания. Данные жалобы беспокоят в течение 1 года.

Анамнез жизни. Росла и развивалась соответственно полу и возрасту.

Работает преподавателем в школе. Перенесённые заболевания: ОРВИ.

Наследственность: тётя по отцовской линии больна сахарным диабетом.

Аллергоанамнез: не отягощен. Вредные привычки: отрицает. Акушерский

анамнез: в анамнезе 2 родов, все дети рождались с весом 4,5-5 кг.

Объективный статус.

Состояние относительно удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое, рост 1,58 м, вес 90 кг, t тела $36,5^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски и влажности, периферические лимфоузлы не увеличены, пастозность голеней и стоп. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 68 в минуту. АД 135/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Глюкоза капиллярной крови натощак 5.9 ммоль/л

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Какие лабораторные методы необходимы для постановки диагноза, методика их проведения.
3. Напишите ожидаемые результаты намеченных обследований.
4. Рассчитайте индекс массы тела и оцените полученный результат;
5. План лечения, с выпиской рецептов.

Задача 3.

На приём к участковому терапевту обратился пациент 68 лет.

Жалобы на периодически возникающую сухость во рту.

Анамнез заболевания. Страдает артериальной гипертензией в течение 15 лет.

Перенес ОНМК по ишемическому типу 3 года назад.

Анамнез жизни. Рос и развивался нормально. В настоящее время не работает (пенсионер). Около 15 лет назад установлен диагноз артериальной гипертензии (повышение артериального давления до 190/110 мм рт ст),

регулярный прием гипотензивных препаратов около 3-х лет, в настоящее время получает моксонидин по 0.2 мг 2 раза в день, индапамид 2,5 мг утром. Перенесённые заболевания: ОНМК 3 года назад. Наследственность: у матери - сахарный диабет 2 типа. Аллергоанамнез: не отягощен. Вредные привычки: курение (1 пачка в день).

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое, рост 1,82 м, вес 86,3 кг, индекс массы тела $26,1 \text{ кг/м}^2$, t тела $36,5^\circ\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски и влажности, периферические лимфоузлы не увеличены, пастозность голеней и стоп. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 72 в минуту. АД 150/95 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Глюкоза плазмы венозной крови натощак – 8,1 ммоль/л. Гликированный гемоглобин (HbA1c)

8.3%. Пациенту выполнен расчёт СКФ - 42 мл/мин/1,73 кв.м. Соотношение альбумин/креатинин в утренней порции мочи – 320 мг/г.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный диагноз.
3. Что такое HbA1c и какой целевой уровень должен быть у данного пациента?
4. Нуждается ли пациент в коррекции гипотензивной терапии?
5. К какой группе препаратов относится препарат Янувия? Выпишите рецепт.

Задача 4.

Больной 22 лет, доставлен в приемное отделение скорой помощью.

Жалобы на выраженную слабость, вялость, жажду, полиурию, боли в эпигастральной области, рвоту.

Анамнез заболевания. Считает себя больным около 4 дней, когда после перенесенного острого респираторного заболевания, появились вышеперечисленные жалобы.

Анамнез жизни. Рос и развивался согласно возраста. Студент. Хронические заболевания отрицает. Наследственность не отягощена. Аллергоанамнез: не отягощен. Вредные привычки отрицает.

Объективный статус

Состояние пациента тяжелое. Заторможен. Запах ацетона изо рта. Астенического телосложения, рост 1,78 м; вес 62 кг, индекс массы тела 20

кг/м², t тела 36,6°C. Кожные покровы и видимые слизистые сухие, язык сухой, обложен грязно-коричневым налетом, периферические лимфоузлы не увеличены. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 22 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 102 в минуту. АД 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации болезненный в эпигастральной области, симптомов раздражения брюшины нет. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Отеков нет.

1. Какой диагноз можно заподозрить?
2. Какие обследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Причина данного заболевания?
4. Перечислите основные этапы лечения.
5. Показание к введению бикарбоната натрия?.

Задача 5.

Больная, 32 года, обратилась к участковому терапевту.

Жалобы слабость, похудание, сердцебиение, одышку при незначительной физической нагрузке, чувство жара, дрожание рук, потливость, раздражительность.

Анамнез заболевания. Считает себя больным около 1,5 лет, когда появились вышеперечисленные жалобы. Обратилась к участковому терапевту, амбулаторно был назначен мерказолил по 1 таблетке (10 мг) 3 раза в день. Принимала его 1,5 месяца, почувствовала себя лучше и прекратила лечение. Через 1,5 месяца вернулись все симптомы заболевания, присоединилась одышка. К врачам не обращалась. Иногда самостоятельно принимала мерказолил.

Анамнез жизни. Рос и развивался согласно возрасту. Бухгалтер. Хронические заболевания отрицает. Наследственность не отягощена. Аллергоанамнез: не отягощен. Вредные привычки отрицает. Объективный статус.

Состояние пациентки средней степени тяжести. Больная суеверна, разговорчива, плаксива. Пониженного питания, рост 1,78 м; вес 58 кг, индекс массы тела 18,3 кг/м², t тела 36,8°C. Кожные покровы влажные, горячие на ощупь, периферические лимфоузлы не увеличены. Тремор рук, Положительный симптом телеграфного столба. Щитовидная железа однородная, III ст. При осмотре глаз определяется экзофтальм, положительные симптомы Грефе, Мебиуса, Штальвага, Жоффруа. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации –

везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 120 в минуту. АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, симптомов раздражения брюшины нет. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Отеков нет.

1. Сформулировать предварительный диагноз.
2. План дообследования.
3. Какова причина ухудшения состояния?
4. План лечения.
5. Что такое синдром Грефе?

Задача 6.

Пациентка 24 года, обратилась к участковому терапевту.

Жалобы на боли в поясничной области усиливающиеся при движении, прибавку в весе, изменения внешности, округлилось лицо, появилась общая и мышечная слабость, повышение АД до 150/90 мм.рт.ст. , отмечает нерегулярный менструальный цикл.

Анамнез заболевания считает себя больной в течении года, когда появились вышеперечисленные жалобы. Была обследована по месту жительства у терапевта, невропатолога, получала лечение по поводу остеохондроза с корешковым синдромом без эффекта, осмотрена у рологом, исключалась МКБ.

Анамнез жизни. Рос и развивался согласно возраста. Продавей. Хронические заболевания- остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника. Наследственность не отягощена. Аллергоанамнез: не отягощен. Вредные привычки отрицает

Объективный статус.

Общее состояние ближе к удовлетворительному. Рост 158см (- 2 см) вес 76 кг распределение п/жировой клетчатки по абдоминальному типу. Кожные покровы сухие, на внутренней стороне плеч, животе бардовые стрии, матронизм. Видимые слизистые чистые нормальной влажности

Периферические л/у не пальпируются. Щитовидная железа 1 степени эластичная подвижная б/б В легких дыхание везикулярное хрипов нет. Область сердца не изменена. Границы сердца в пределах возрастной нормы. ЧСС 92 уд в мин АД 142/85 мм.рт.ст.

Живот мягкий безболезненный, печень на 1 см от края реберной дуги, б/б. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание не нарушено . Голени пастозные.

В б/х анализе – Калий 2,3 ммоль/л натрий 146 ммоль/л Кальций 2,35 ммоль/л, креатинин 86 мкмоль/л мочевины 5,4 ммоль/л АЛТ 38 Ед/мл, АСТ 42 Ед/мл, билирубин 18,7 Глюкоза 6,8 ммоль/л

Нв 135 г/л Лейкоциты 6,1 Эритроциты 5,0 СОЭ 23 мм/ч

В гормональном статусе ТТГ 2,5 мкЕД/мл свТ4 13,8, Кортизол крови в 8-00 960 нмоль/л, свободный кортизол в моче – 840 нмоль/л (норма 38-350)

Рентген позвоночника – Компрессионные переломы Th 11-12 L1

МРТ гипофиза – микроаденома гипофиза

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте
2. Укажите осложнения гиперкортизолизма
3. Какое необходимо дообследование
4. Лечение
5. Критерии компенсации

Ревматология

Задача 1.

Больная Б., 50 лет, страдает ревматоидным артритом в течение 10 лет, принимает метотрексат 10 мг/в неделю, НПВС. Объективно: выраженная ульнарная девиация кистей, деформация коленных суставов, стоп. В анализе крови: Нв 98 г/л, СОЭ 50 мм/ч.

1. Оцените терапию, назначенную больной?
2. С какой целью при приеме метотрексата назначается фолиевая кислота?
3. В какое время необходимо назначить фолиевую кислоту?
4. Какие препараты биологической терапии могут быть применены?
5. Диспансеризация данной больной

Задача 2.

Больная С., 60 лет, страдает ревматоидным артритом 5 лет. Принимает НПВС в высоких дозах. В течение недели стала отмечать дискомфорт в эпигастрии, голодные боли.

1. Какое осложнение, связанное с приемом НПВП можно ожидать у данной больной?
2. Какой метод обследования Вы порекомендуете?
3. Какой группе НПВП Вы отдадите предпочтение в дальнейшем лечении?
4. В чем заключается профилактика НПВП-гастропатий?
5. Диспансеризация

Задача 3.

У больной 60 лет, в течение 15 лет страдает ревматоидным артритом с медленно прогрессирующим течением, присоединился остеоартроз коленных

суставов, рентгенологическая стадия III. Лечащий врач для снятия болевого синдрома назначил аэртал 100 мг*2 раза в день.

1. Быстро ли наступает эффект при приеме внутрь аэртала?
2. Проникает ли аэртал в полость сустава?
3. К какой группе препаратов относится аэртал?
4. Оказывает ли аэртал отрицательное влияние на хрящ сустава?
5. Высок ли риск развития желудочного кровотечения?

Задача 4.

Женщина, 20 лет, жалуется на лихорадку в течении 2-х недель, боли плевропаллангового характера, скованность и припухание в лучезапястных, пястнофаланговых и проксимальных межфаланговых суставах, эритему на обеих щеках и двусторонние отеки на голенях. В анализе крови Нв-80 г/л, СОЭ-64 мм/час, в анализе мочи белок-2,54 г/л.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дополнительные методы обследования.
3. Назначьте лечение.
4. О каком поражении почек идет речь у пациентки? Какое требуется дополнительное обследование?
5. Каковой трудовой прогноз у данного пациента?

Задача 5.

У больной 45 лет наблюдаются синдром Рейно вплоть до некротических изменений пальцев, нарушение глотания, одышка при небольшой физической нагрузке, затрудненное сгибание пальцев рук, уплотнение кожи в области кистей, укорочение пальцев за счет лизиса концевых фаланг.

1. Проведите дополнительные методы обследования.
2. Поставьте диагноз.
3. Чем может быть обусловлена одышка у пациентки?
4. Каковой трудовой прогноз у данного пациента?
5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

Задача 6.

Женщина 24 лет, около 4 недель назад перенесла ОРЗ, в течение последних 2-3 недель отмечает повышенную утомляемость, нарастающую слабость в мышцах плечевого, тазового пояса, в течение нескольких последних дней

поперхивание при глотании, температура 37,8, похудела на 5 кг. Об-но: отмечается на себя внимание гиперпигментация кожи вокруг глаз, резкая слабость в мышцах плечевого и тазового пояса: не может поднять руку выше головы, с трудом приподнимает ногу над кроватью. В анализе крови Нв-101 г/л, СОЭ-58 мм/час, Л-6,4, в анализе мочи изменений нет.

1. Какие биохимические лабораторные исследования необходимы?
2. Проведение какой биопсии показано?
3. Поставьте диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. В каких случаях при данном заболевании показано назначение цитостатиков?

Задача 7.

Женщина 24 лет, около 2 недель назад перенесла ОРЗ, в течение последней недели появились множественные мелко точечные геморрагические высыпания вначале на голених, а затем и на бедрах, последние 3 дня присоединились боли в коленных суставах и отметила появление мочи красного цвета. Объективно: на коже голеней, бедрах петехиальная сыпь, отмечается небольшая отечность коленных суставов, живот при пальпации мягкий, безболезненный. В анализе крови Нв-112 г/л, СОЭ-48 мм/час, Л-6,4, в анализе мочи эритроциты в большом количестве.

1. Какие обследования необходимо провести?
2. Поставьте диагноз
3. Назначьте лечение
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
5. Трудовой прогноз

Нефрология

Задача 1.

У больного 61года, после физической нагрузки развился приступ болей в поясничной области слева с повышением АД до 180/120 мм. рт.ст., отмечалось появление красной мочи и императивные позывы на мочеиспускание. В анализе мочи: цвет темно – красный. Удельный вес 1018. Белок 0,05 г/л. Эритроциты сплошь. Лейкоциты 10 - 12 в поле зрения.

1. Дать характеристику изменений в моче
2. Наиболее вероятный диагноз

3. Предрасполагающие факторы развития заболевания
4. Дополнительные методы исследования
5. Тактика ведения больного

Задача 2.

Больная, 23 лет, госпитализирована с жалобами на массивные отеки нижних конечностей, изменения цвета мочи («мясные помои»), слабость. Из анамнеза: 2 недели назад перенесла ангину. При обследовании в анализе мочи: цвет темно – коричневый, pH 5,0. Удельный вес 1023. Белок 3,2 г/л. Лейкоциты 20 - 30 в поле зрения. Гиалиновые цилиндры единичные в поле зрения. Восковидные цилиндры 4 - 6 в поле зрения.

1. Дать характеристику изменений в моче
2. Наиболее вероятный диагноз
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику
4. Какой возбудитель чаще всего вызывает это заболевание
5. Показано ли назначение антибактериальных препаратов

Задача 3.

Женщина 30 лет в течение недели отмечает отеки по всему телу, слабость, недомогание, повышение АД до 180/100 мм рт. ст. Из анамнеза известно, что пациентка в течение 5 лет страдает хроническим гломерулонефритом. Объективный статус: состояние средней степени тяжести. Отеки по типу анасарки. АД 170/90 мм рт. ст. Температура тела 37,5 С. В анализах мочи: суточное количество 450 мл, уд. вес 1017, суточная потеря белка 20 г/л. в осадке выявлены гиалиновые и зернистые цилиндры до 5-6 в п/зр. В анализе крови: гемоглобин 110г/л, эритроциты $3 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $18 \times 10^9/л$, СОЭ 33 мм/ч.

1. Ведущие синдромы
2. При каких патологических состояниях обнаруживается белок в моче
3. 4-х компонентная терапия
4. Какие необходимо провести дополнительные исследования
5. Дифференциальный диагноз

Задача 4.

Больной, 39 лет, обратился с жалобами на периодические боли в поясничной области с обеих сторон, субфебрильную температуру по вечерам в течение последнего года. При обследовании в анализе мочи: цвет мутная,

pH 6,5, удельный вес 1014, белок 0,106г/л, лейкоциты 30–40 в поле зрения, эритроциты 4 - 6 в поле зрения, бактерии +++. 1

1. Дать характеристику изменений в моче
2. Наиболее вероятный диагноз
3. Какие дополнительные лабораторные методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза
4. Какое рентгенологическое исследование необходимо провести для подтверждения диагноза
5. Основные принципы лечения данного заболевания

Задача 5.

Больной, 61 года, обнаружил в моче кровяные сгустки в виде "червячков", после чего был приступ болей в поясничной области слева с повышением АД до 180/120мм.рт.ст. В анализе мочи: цвет темно - красный. Удельный вес 1018, белок 0,05 г/л, эритроциты сплошь, лейкоциты 10 - 12 в поле зрения.

1. Дать характеристику изменений в моче.
2. Выделите ведущие синдромы заболевания.
3. Наиболее вероятный диагноз?
4. Дополнительные методы исследования?
5. Тактика ведения больного?

Задача 6.

У больного, 35 лет, появилась резкая боль в суставах стоп, отечность первого пальца в виде «сосиски». Накануне употребил значительное количество мясной пищи. При обследовании в анализе крови гиперурикемия. В анализе мочи: цвет светло-желтый, pH 4,5, удельный вес 1012, белок 0,096 г/л, эритроциты 1 - 2 в поле зрения, лейкоциты 8 – 10, ураты +++. 1

1. Какие изменения мочевого осадка
2. Выделите ведущие синдромы заболевания
3. Наиболее вероятный диагноз
4. Какое исследование необходимо провести для подтверждения диагноза
5. Тактика лечения

Задача 7.

У больного, 18 лет, после заглатывания антифриза через 6 часов развилась выраженная слабость, головокружение с потерей сознания. Через 12 часов количество мочи снизилось до 200 мл, через 36 часов перестал мочиться, появились отеки. В анализе крови мочевины 12,5 ммоль/л, креатинин 147 мкмоль/л, калий 6,3 ммоль/л, натрий 135 ммоль/л.

1. Оцените лабораторные данные.
2. Предположительный диагноз?

3. Тактика ведения больного?
4. Нарастание какого показателя определит перевод на гемодиализ?
5. Возможные исходы заболевания

Задача 8.

В приемный покой поступил больной 26 лет с жалобами на боли в правой ноге, слабость, головокружение. Доставлен на попутном транспорте рабочими стройплощадки, где он работает ночным сторожем. Рабочие нашли его утром, был придавлен бетонной плитой. Пролежал около 8 часов. Скорую помощь не вызывали, рабочие самостоятельно извлекли его из под завала и доставили в ближайшую больницу. Неотложная помощь не оказывалась. Объективно: сознание спутанное, реагирует только на громкую речь, зрачки расширены. При осмотре правая нога, выражено синюшного цвета до уровня бедра, видны множественные подкожные кровоизлияния, отека, увеличена в объеме. АД 90/60 мм.рт.ст., ЧСС 115 уд/мин, катетером моча не выводится.

1. Предположительный диагноз
2. Причина развития данного состояния
3. Какие ошибки при оказании помощи были допущены
4. Лечение
5. В какой области медицины чаще всего встречается данная патология

Гастроэнтерология

Задача 1.

Больная К., 44 лет, поступила в клинику с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, снижение аппетита, вздутие живота, тупую боль в правой половине живота, неустойчивый стул, кожный зуд. Из анамнеза болезни: 5 лет назад перенесла гепатит. При поступлении: состояние больной средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые желтушны, живот увеличен в размерах, на передней брюшной стенке - расширение вен. При осмотре у больной отмечена ладонная эритема, обилие мелких нитевидных подкожных сосудов на лице. При пальпации: печень плотная, болезненная, край ее неровный, увеличена на 5-6 см, отмечено увеличение селезенки. Общий анализ крови: НЬ - 110 г/л, эр - $3,0 \times 10^{12}/л$, Л - $3,9 \times 10^9/л$, СОЭ - 45 мм/ч. Общий билирубин крови: 43,4 мкмоль/л, прямой - 29,1 мкмоль/л, непрямой - 14,3 мкмоль/л, тимоловая - 44 ед. Общий белок - 56 г/л, альбумин - 32 г/л.

1. Ваш диагноз?
2. План обследования?

3. Стадия цирроза печени по Чайлд-Пью?
4. Выделите основные синдромы?
5. Лечение

Задача 2.

Больной М., 43 года, около 3-х лет назад перенес острый гепатит В. Через год при медицинских осмотрах стали находить увеличение печени. Больному было рекомендовано обследование в стационаре, но он продолжал работать. Последние полгода состояние ухудшилось: отмечает повышенную утомляемость, постоянно беспокоят тошнота, дискомфорт в правом подреберье после погрешности в диете, желтушность склер и кожных покровов. При объективном обследовании: состояние больного удовлетворительное. Легкие и сердце без патологии. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный, АД – 120/80 мм рт.ст. На грудной клетке единичные сосудистые «звездочки». Живот при пальпации чувствителен в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3-4 см, умеренной плотности, чувствительная, край закруглен. Селезенка не увеличена.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Дополнительные методы обследования?
3. Перечислите основные синдромы заболевания у данного больного?
4. Назначьте лечение, в том числе и противовирусную терапию
5. Профилактика хронических гепатитов. Какова профилактика гепатита В?

Задача 3.

Больной Д., 56 лет, поступил в приемное отделение Жалобы - на сильный приступ болей в верхней половине живота опоясывающего характера, многократную рвоту, расстройство стула, стул более 3-х раз в течение суток с обильным количеством каловых масс серой окраски и гнилостным запахом; жажду, сухость во рту. Снижение веса на 5 кг. Анамнез: Больным себя считает в течение года, когда после погрешности в диете и злоупотребления алкоголем впервые возник подобный приступ болей с иррадиацией в спину. Боль сопровождалась рвотой, расстройством стула. В поликлинику не обращался, самостоятельно принимал баралгин, но-шпу. За последние 2 месяца подобные приступы болей возникали трижды. При осмотре: состояние средней степени тяжести. Тургор кожи снижен, кожные покровы и видимые слизистые бледные. Сердце – границы умеренно

расширены влево, тоны приглушены, ритм правильный, ЧСС 80 в мин, АД 110/70 мм рт.ст. Живот несколько вздут, участвует в акте дыхания, резко болезнен в эпигастральной области и особенно в левом подреберье. Положительные симптомы Мейо-Робсона, Гротте. Печень и селезенка не увеличены. Общий анализ крови: Нб – 126 г/л, лейкоциты – $10,5 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 24 мм/ч. Сахар крови 9,7 ммоль/л. Амилаза – 240. Большое количество нейтрального жира в копрограмме. Снижен уровень эластазы¹ в кале.

1. Ваш предварительный диагноз
2. Обоснуйте предварительный диагноз
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести
4. Чем проявляется экскреторная недостаточность поджелудочной железы у пациента?
5. Лечение

Задача 4.

Больная В., 40 лет жалуется на интенсивный кожный зуд, желтуху склер и кожных покровов, темную мочу, слабость, похудание, плохой сон. Зуд в течение 6 месяцев, желтуха в течение недели. Гепатитом не болела. Объективно: кожные покровы и слизистые интенсивно-желтушные, имеются следы расчесов. Печень, селезенка не пальпируются, асцита нет. АД - 110/60 мм. рт. ст., ЧСС - 90 в минуту. Лабораторно: билирубин 260 мкмоль/л, реакция прямая, Нб - 110 г/л, лейкоциты - $8,0 \times 10^9/\text{л}$, АСТ - 54, АЛТ - 62 мкмоль/л, холестерин 17,2 ммоль/л, В -липопротеиды 420 ед., щелочная фосфатаза 1490 ед., ГГТ – 820; иммуноглобулины: М - 3,6; G -18,3; А -1,4 г/л, альбумины 26 г/л, ПТИ 52%. Маркеры гепатитов В, С, Д - отрицательно, УЗИ: печень несколько увеличена, неравномерной эхогенности.

1. Ваш диагноз
2. Какие синдромы можно выделить
3. Маркеры холестаза у пациентки
4. Признаки печеночно-клеточной недостаточности
5. Лечение данной пациентки

Задача 5.

Больной С., 42 лет, поступил гастроэнтерологическое отделение с жалобами на жгучую боль в подложечной области, изжогу, тошноту, однократную рвоту «кофейной гущей», общую слабость. Заболел после

погрешности в диете и приема алкоголя. В течение нескольких лет наблюдался по поводу язвенной болезни желудка. Последняя ФГС три года назад: язва локализовалась на большой кривизне желудка, биопсия злокачественных клеток не обнаружила. Курит, злоупотребляет спиртными напитками. При осмотре общее состояние средней тяжести, кожные покровы видимые слизистые бледные, пониженного питания. В легких без патологических изменений. Над верхушкой сердца и над аортой выслушивается дующий систолический шум, ЧСС 90 уд/мин, АД 100/70 мм рт ст. Язык обложен белесоватым влажным налетом, при пальпации живота отмечается незначительное напряжение брюшных мышц в подложечной области и болезненность в пилорoduоденальной зоне. Симптом Менделя положительный. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: эр. $2,6 \cdot 10^{12}$; Hb – 68 г/л; СОЭ – 28 мм/час; лейкоциты $9,6 \cdot 10^9$; ретикулоциты 3%, рентгеноскопия органов грудной клетки: легкие и сердце без патологии.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
3. Какое дополнительное исследование необходимо провести с целью установления окончательного диагноза?
4. Какое осложнение заболевания возникло у больного вследствие кровопотери?
5. Укажите вид необходимого лечения и на что оно должно быть направлено?

Задача 6.

У больного рвота пищей, съеденной накануне, тухлая отрыжка, тошнота. Похудание. Болел язвенной болезнью 8 лет. Данные симптомы появились в течение полугода. Объективно: больной резко пониженного питания, сухие кожные покровы. При пальпации живота – «шум плеска» и болезненность в эпигастральной области, больше в пилорoduоденальной зоне.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Назначьте дообследование
3. Консультация какого специалиста необходима в данном случае?
4. Какова лечебная тактика в отношении пациента?
5. Возможно ли в данном случае применение прокинетиков с лечебной целью?

Задача 7.

У больной 38 лет, жидкий стул со слизью и кровью до 6 - 8 раз в сутки, боли в животе больше слева в подвздошной области, тенезмы, субфебрильная температура, снижение веса, слабость. Страдает данным заболеванием 4 года, заболевание имеет тенденцию к рецидивированию. Объективно: бледность кожных покровов, тахикардия до 100, болезненность при пальпации живота по ходу нисходящей толстой кишки, которая пальпируется в виде болезненного спазмированного тяжа в диаметре 3 см. В анализе крови: гемоглобин 75 г/л, лейкоциты 10,0тыс., СОЭ 30мм/час, гамма - глобулины 28,2%. Ирригоскопия: сглаженность рельефа слизистой нисходящего отдела толстой кишки, отсутствие гаустраций. ФКС - кишка спазмирована, осмотр крайне затруднен, отмечается контактная кровоточивость, на осмотренном участке прямой кишки множественные эрозии.

1. Сформулируйте диагноз
2. Какое осложнение возникло у больной и какова причина?
3. С чем чаще всего приходится дифференцировать это заболевание?
4. Принципы терапии
5. Какой лабораторный показатель коррелирует с эндоскопической активностью заболевания?

Кардиология

Задача 1.

Больной 45 лет обратился в кардиологический стационар с поликлиники, куда пришел с жалобами на сжимающие боли за грудиной, возникающие при ходьбе в среднем темпе через 500 м или при подъеме по лестнице на 3 этаж, проходящие через 1-2 мин покоя. Впервые боли за грудиной появились 3 года назад, но больной их появление не связывал с заболеванием сердца. Настоящее ухудшение наступило в течение недели, когда приступы загрудинных болей участились, стали возникать при меньших нагрузках – при спокойной ходьбе через 50-100 м, появились приступы сжимающих болей в покое. Из анамнеза известно, что больной страдает артериальной гипертензией с максимальными цифрами АД – 180/110 мм рт. ст. Курит до 2 пачек сигарет в день в течение 10 лет. Мать и отец больного страдают артериальной гипертензией, имеются случаи внезапной смерти среди родственников.

Вопросы:

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз

3. Составьте план дополнительного обследования пациента
4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
5. Есть ли в данном случае показания к хирургическому лечению? Обоснуйте

Задание 2:

Больной К. 18 лет, предъявляет жалобы на головные боли, носовые кровотечения, боли в ногах после длительной ходьбы.

При осмотре отмечается гиперстеническая конституция больного, развитый плечевой пояс, гиперемия лица. Пульс на лучевой артерии напряжён, ритмичный с частотой 66 в минуту, симметричный с обеих сторон. Левая граница сердца на 1,5 см снаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца звучные, ясные, на всех точках аускультации выслушивается грубый систолический шум, проводящийся на сосуды шеи и в межлопаточное пространство, акцент II тона на аорте. АД на плечевой артерии - 170/110 мм рт. ст., на бедренной артерии - 150/80 мм рт. ст. с обеих сторон.

Вопросы:

1. Выделите и обоснуйте ведущий синдром
2. Установите предварительный диагноз
3. Наметьте план обследования пациента на первом этапе
4. Определите круг дифференциального диагноза
5. Определите тактику лечения

Задание 3:

Больная С., 68 лет страдает артериальной гипертензией (АД – 185/100 мм рт. ст.). Отмечает повышение АД в течение 18 лет. Постоянно принимает Атенолол 50 мг в сутки, Гипотиазид 25 мг в сутки. За последние десять лет прибавила в весе 20 кг.

Объективно: повышенного питания. Рост 168 см, вес 101 кг. Индекс массы тела – 36,5 кг/м². Объём талии 120 см, объём бёдер 128 см. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Отеков нет. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 90 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень у рёберного края.

Биохимический анализ крови: холестерин общий – 7,4 ммоль/л; триглицериды – 3,22 ммоль/л; ХС-ЛПВП – 0,8 ммоль/л; креатинин – 105,9 мкмоль/л; глюкоза крови натощак – 6,7 ммоль/л; через 2 часа после приёма 75 г глюкозы – 9,0 ммоль/л.

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

Анализ мочи на микроальбуминурию – 200 мг/сутки.

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

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС – 72 уд/мин, гипертрофия левого желудочка.

ЭХО-КГ: клапанной патологии не выявлено, полости сердца не расширены, индекс массы миокарда левого желудочка 125 г/м², признаки диастолической дисфункции, ФВ – 67%.

Вопросы:

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

Задача 4:

Больная К., 30 лет, лет жалуется на резкую одышку, заставляющую её принимать вынужденное положение сидя, кашель с отделением мокроты, диффузно окрашенной свежей кровью. Наблюдается у врача-терапевта участкового по поводу заболевания сердца. Около 3 лет отмечает одышку при физической нагрузке, периодический кашель, сухой или со скудным количеством светлой мокроты. Иногда замечала в мокроте прожилки крови. Накануне поступления в больницу работала физически. Ночью проснулась из-за приступа удушья и скорой помощью доставлена в стационар.

Объективно: состояние тяжёлое. Румянец на щеках. Выраженный цианоз губ и языка. Отеков нет. В лёгких дыхание везикулярное, мелкопузырчатые влажные хрипы с обеих сторон в нижних отделах. Частота дыхательных

движений (ЧДД) – 26 в мин. При аускультации сердца ритм правильный, 88 в минуту, хлопающий 1 тон и щелчок открытия митрального клапана на верхушке, акцент 2 тона на лёгочной артерии, диастолический шум с пресистолическим усилением на верхушке и в 5 точке. Печень не увеличена. Живот мягкий, безболезненный при пальпации.

Вопросы:

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

Задача 5.

Больной Ю., 32 лет, на приеме у врача-терапевта участкового с жалобами на периодически возникающие давящие загрудинные боли при умеренной физической нагрузке, перебои в работе сердца и периодические потери сознания, которые появились около полугода назад. Брат больного умер внезапно в молодом возрасте. При осмотре – кожные покровы без особенностей, ЧДД – 19 в минуту, ЧСС – 88 ударов в минуту, ритм неправильный. При аускультации сердца – систолический шум в 3– 4 межреберье слева. АД – 115/75 мм рт. ст. Печень не увеличена. Отёков нет.

При суточном мониторинге ЭКГ выявлена частая желудочковая экстрасистолия и короткие пароксизмы желудочковой тахикардии. При эхокардиографии толщина межжелудочковой перегородки в диастолу – 1,7 см, задней стенки левого желудочка – 1,3 см, размер полости левого желудочка в диастолу – 4,2 см. Госпитализирован для обследования и уточнения диагноза.

Вопросы:

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

Задача 6.

У больной, 47 лет, находящейся на лечении в отделении интенсивной терапии на ЭКГ имеется подъем сегмента ST, переходящий в положительный T в отведениях II, III, aVF, V_{3R} - V_{6R}, частота зубцов P 100 в минуту, интервалы P - P равны, частота желудочковых комплексов 50 в минуту, интервалы R - R равны, зубцы P находятся на разных расстояниях от зубца R. АД 110/70 мм рт. ст.

1. Какое заболевание и осложнение у пациентки?
2. Какая локализация патологического процесса?
3. Диагностические мероприятия.
4. Лечение осложнений.
5. Профилактика повторного инфаркта миокарда.

Задача 7.

Больной 68 лет, длительно отмечал повышение АД с максимумом до 225/125 мм рт. ст., привычное АД 185/95 мм рт. ст. Не лечился. Последние 2 дня жгучие загрудинные боли с иррадиацией в левое плечо без четкой связи с физической нагрузкой, длительностью от 5 до 20 минут. 2 часа назад возникла интенсивная нарастающая загрудинная боль, слабость, холодный пот. При объективном осмотре: кожные покровы холодные, влажные. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца глухие, ритмичные с ЧСС 105 в мин, АД 90/60 мм рт. ст. Прекратилось отделение мочи.

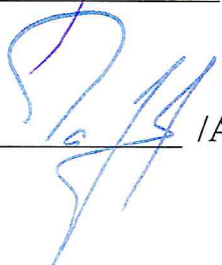
1. Сформулируйте диагноз
2. Каковы осложнения и их проявления?
3. Оказать экстренную помощь
4. Методы хирургической помощи
5. Укажите виды реабилитации больных после инфаркта миокарда

Утверждены на заседании кафедры внутренних болезней № 1, протокол № 10 от «08» мая 2020 г.

Заведующий кафедрой внутренних болезней № 1 д.м.н., проф.

 /С.Ю. Никулина

Декан лечебного факультета к.м.н., доцент

 /А.А.Газенкамф